



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Casimiro Ernesto Lobo

Ansiedade, depressão e suporte social em gestantes atendidas na atenção primária na cidade de Nampula em Moçambique

Florianópolis

2022

Casimiro Ernesto Lobo

Ansiedade, depressão e suporte social em gestantes atendidas na atenção primária na cidade de Nampula em Moçambique

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Roberto Moraes, Dr.

Coorientadora: Prof.^a Carina Nunes, Dra.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lobo, Casimiro Ernesto

Ansiedade, depressão e suporte social em gestantes atendidas na atenção primária na cidade de Nampula em Moçambique / Casimiro Ernesto Lobo ; orientador, Roberto Moraes, coorientador, Carina Nunes, 2022.

106 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. gravidez. 3. depressão. 4. ansiedade. 5. suporte social. I. Moraes, Roberto . II. Nunes, Carina. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Casimiro Ernesto Lobo

**Ansiedade, Depressão e Suporte Social em Gestantes Atendidas na Atenção Primária na
Cidade de Nampula em Moçambique**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora
composta pelos seguintes membros:

Prof. Mauro Luiz Vieira, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Rachel Schlindwein, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Jamir João Sardá, Dr.
UNIVALI

Prof. Carlos Henrique S. da Silva Nunes, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina (Suplente)

Prof. Luís Flávio Chaves Anunciação, Dr.
PUC RJ (Suplente)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de doutor em Psicologia.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Roberto Moraes, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2022.

À Arminda e aos meus filhos, a razão deste sucesso.

AGRADECIMENTOS

"Todo o nosso conhecimento se inicia com sentimentos"
[Leonardo da Vinci, 1452//1519]

A procura de conhecimento é muitas vezes um caminho solitário. Mas há outras vezes em que esse caminho não é possível de percorrer se não houver quem o faça ao nosso lado. Por isso, é de toda a justiça que se diga não haver conhecimento sem o reconhecimento de quem nos ajudou a alcançá-lo.

Primeiro de tudo, gostaria de agradecer a Deus por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar perante as dificuldades.

Agradecer a Professora Doutora Maria Aparecida Crepaldi (Cida), a minha primeira orientada, que sem me conhecer de lado algum teve a ousadia de me aceitar como o seu orientando e de me acolher neste processo criativo. Professora Cida, muito obrigado pelo afeto, carinho, incentivo e pelos ensinamentos transmitidos durante o período que trabalhamos juntos.

Ao Prof. Doutor Roberto Cruz, meu segundo orientador, agradecer-lhe pela sua disponibilidade em me acolher. Obrigado pela sua inabalável paciência, atenção, dedicação, orientação e ajuda que prestou ao longo de um ano que trabalhamos juntos, repleto de desafios, nem sempre ultrapassados com êxito, mas os quais sempre soube ter uma palavra de sabedoria e motivação. Pelo seu apoio e estímulo permanente, muito obrigado Prof.

A Professora Doutora Carina Nunes Bossardi, minha coorientadora, agradecer-lhe pela vontade em contribuir com os seus valiosos conhecimentos, principalmente na fase de interpretação dos dados da pesquisa. Muito obrigado pela paciência e tranquilidade com as minhas dúvidas.

Agradecer aos meus Pais (*in memoriam*) pelos ensinamentos, dedicação, persistência e carinho que contribuíram muito para na minha educação.

Aos meus familiares, principalmente a Arminda que soube acreditar e compreender o motivo da minha longa ausência do convívio familiar, muito obrigado.

Aos meus filhos Valdo e Ângelo, muito obrigado por terem compreendido a minha ausência e que a mesma era para alcançar um objetivo. Obrigado filhos.

A todos os familiares endereço o meu agradecimento pelos incentivos e força que me dispensaram ao longo desta caminhada.

Agradecer a todos os professores do PPGP que contribuíram com os seus conhecimentos nesse processo que chegou ao fim com sucesso.

Agradecer a Direção Provincial de Saúde de Nampula por ter autorizado a recolha dos dados da pesquisa ao nível da cidade de Nampula.

Agradecer as direções dos centros de saúde da cidade de Nampula por permitir a realização desse estudo.

Agradecer a todas as enfermeiras de saúde materno infantil dos centros de saúde de Marrere, Muhala Expansão, 25 de Setembro, Napipine e Namutequeliua pela contribuição na recolha dos dados da pesquisa.

Agradecer a todas as gestantes que se disponibilizaram a aceitar participar na recolha dos dados.

Agradecer aos colegas do Laboratório da Psicologia da Saúde, Família e Comunidade, o primeiro onde fui recebido com muito carinho e afeto. Muito obrigado pelos incentivos e força que me prestaram.

Aos colegas do Laboratório de Fator Humano, agradeço pelo acolhimento e apoio prestados.

A todos os não foi possível mencioná-los, que forma direta ou indiretamente contribuíram para o alcance desse sucesso.

A CAPES, agradecer pelo apoio dado e que contribuiu imenso para o alcance do nível académico.

*“Nunca é tarde demais para ser aquilo que sempre desejou ser”
George Eliot*

RESUMO

A mulher grávida, ao se deparar com as transformações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, vivencia a manifestação de sintomas de transtornos mentais, no pré-natal, dentre eles a ansiedade e a depressão. O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar a presença de indicadores de ansiedade, depressão e suporte social em gestantes que realizam consultas de pré-natal na atenção primária de saúde na cidade de Nampula, Moçambique. Foram realizados dois estudos, um teórico (Estudo 1) e um empírico (Estudo 2). No estudo teórico, apresentou-se uma revisão sistemática da literatura que objetivou identificar a produção científica das publicações nacionais e internacionais acerca da relação entre depressão, ansiedade e suporte social em gestantes. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (ScieLO), Scopus e no portal de bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período entre 2015 e 2021. Quatorze estudos fizeram parte do corpus de análise, e em grande parte dos estudos referiam prevalências de ansiedade e depressão em torno de 17% em grávidas. Foram observados, também, fatores de risco associados à ansiedade e depressão na gestação, tais: baixa escolaridade, baixa renda familiar, histórico de complicações em gestações anteriores, não ter companheiro ou parceiro, ter menos apoio social, ter história de depressão, ter menos idade, ser múltipara, gravidez não planejada, gravidez indesejada, fazer o uso do tabaco e violência doméstica. No estudo empírico, buscou-se avaliar os indicadores de ansiedade, depressão e suporte social em 166 gestantes moçambicanas, dos cinco centros de saúde da cidade de Nampula. Foram estudados: a) o perfil socioeconômico, clínico-obstétrico e suporte social percebido das gestantes, b) a presença e as correlações entre os indicadores ansiedade, depressão e suporte social nas gestantes. A coleta dos dados ocorreu por meio de sete instrumentos de pesquisa. Para ajudar no tratamento de dados, utilizou-se o SPSS versão 20. Com o uso dos instrumentos de pesquisa e a correlação de IDATE Estado, IDATE Traço, a Escala de MOS-SSS e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, resultados mostraram que a depressão e ansiedade estavam presentes nas gestantes, cujos mesmos confirmaram as hipóteses de que a idade gestacional, o nível de escolaridade e o suporte social são fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, ansiedade no pré-natal. Porém, refutou-se a hipótese de que o desemprego é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade. A partir da pesquisa realizada, pode-se concluir que a depressão e a ansiedade são fenômenos que podem comprometer a saúde da mãe e do bebê. O estudo ressaltou a necessidade de se prestar maior atenção no desenho de políticas que incluam a atenção à saúde mental da mulher, principalmente, no período gestacional.

Palavras-chaves: gravidez; depressão; ansiedade; suporte social; atenção primária.

ABSTRACT

When faced with physical, hormonal, psychological and social transformations, pregnant women experience the manifestation of symptoms of mental disorders during prenatal care, including anxiety and depression. The general objective of this research was to evaluate the presence of indicators of anxiety, depression and social support in pregnant women who undergo prenatal consultations in primary health care in the city of Nampula, Mozambique. Two studies were carried out, one theoretical (Study 1) and one empirical (Study 2). In the theoretical study, a systematic review of the literature was presented that aimed to identify the scientific production of national and international publications on the relationship between depression, anxiety, and social support in pregnant women. The search for articles was carried out in the PubMed, Scientific Electronic Library Online (ScieLO), Scopus databases and in the Virtual Health Library (BVS) database portal, in the period between 2015 and 2021. Fourteen studies composed the corpus of analysis, and in most studies reported prevalence of anxiety and depression around 17% in pregnant women. Risk factors associated with anxiety and depression during pregnancy were also observed, such as: low education, low family income, history of complications in previous pregnancies, not having a partner or partner, having less social support, having a history of depression, having less age, being multiparous, unplanned pregnancy, unwanted pregnancy, tobacco use and domestic violence. In the empirical study, we sought to evaluate the indicators of anxiety, depression, and social support in 166 Mozambican pregnant women from the five health centers in the city of Nampula. The following were studied: a) the socioeconomic, clinical-obstetric profile and perceived social support of pregnant women, b) the presence and correlations between the indicator's anxiety, depression, and social support in pregnant women. Data collection took place through seven research instruments. Th SPSS version 20 was used to organize the data. The results showed that depression and anxiety were present in pregnant women, which confirmed the hypotheses that gestational age, education level and social support are factors of risk for the development of depression, anxiety in prenatal care. However, the hypothesis that unemployment is a risk factor for the development of depression and anxiety was refuted. From the research carried out, it can be concluded that depression and anxiety are phenomena that can compromise the health of the mother and the baby. The study highlighted the need to pay greater attention to the design of policies that include attention to women's mental health, especially during pregnancy.

Keywords: pregnancy; depression; anxiety; social support; primary care.

RESUMEN

Frente a transformaciones físicas, hormonales, psicológicas y sociales, las gestantes experimentan la manifestación de síntomas de trastornos mentales durante el prenatal, entre ellos, ansiedad y depresión. El objetivo general de esta investigación fue evaluar la presencia de indicadores de ansiedad, depresión y apoyo social en gestantes que acuden a consultas prenatales en la atención primaria de salud de la ciudad de Nampula, Mozambique. Se realizaron dos estudios, uno teórico (Estudio 1) y otro empírico (Estudio 2). En el estudio teórico, se presentó una revisión sistemática de la literatura que tuvo como objetivo identificar la producción científica de publicaciones nacionales e internacionales sobre la relación entre depresión, ansiedad y apoyo social en gestantes. La búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos PubMed, Scientific Electronic Library Online (ScieLO), Scopus y en el portal de bases de datos Biblioteca Virtual en Salud (BVS), en el período comprendido entre 2015 y 2021. Catorce estudios compusieron el corpus de análisis, y en la mayoría de los estudios reportaron prevalencia de ansiedad y depresión alrededor del 17% en mujeres embarazadas. También se observaron factores de riesgo asociados a la ansiedad y depresión durante el embarazo como: baja escolaridad, bajos ingresos familiares, antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores, no tener pareja o compañero, tener menos apoyo social, tener antecedentes de depresión, tener menos edad, ser múltipara, embarazo no planeado, embarazo no deseado, tabaquismo y violencia doméstica. En el estudio empírico, buscamos evaluar los indicadores de ansiedad, depresión y apoyo social en 166 mujeres embarazadas mozambiqueñas de los cinco centros de salud de la ciudad de Nampula. Se estudiaron: a) el perfil socioeconómico, clínico-obstétrico y el apoyo social percibido de las gestantes, b) la presencia y correlaciones entre los indicadores ansiedad, depresión y apoyo social en las gestantes. La recolección de datos se realizó a través de siete instrumentos de investigación. Para ayudar a organizar los datos se utilizó el SPSS versión 20. Los resultados mostraron que la depresión y la ansiedad estaban presentes en las gestantes, lo que confirmó las hipótesis de que la edad gestacional, el nivel educativo y el apoyo social son factores de riesgo para el desarrollo de depresión, ansiedad en el prenatal. cuidado. Sin embargo, se refutó la hipótesis de que el desempleo es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión y ansiedad. De la investigación realizada se puede concluir que la depresión y la ansiedad son fenómenos que pueden comprometer la salud de la madre y del bebé. El estudio destacó la necesidad de prestar mayor atención al diseño de políticas que incluyan atención a la salud mental de las mujeres, especialmente durante el embarazo.

Palabras clave: embarazo; depresión; ansiedad; apoyo social; atención primaria.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio.....	16
Figura 2 - Fluxograma da seleção dos artigos.....	25
Figura 3 - Cidade de Nampula.....	55
Figura 4 - Centro de Saúde de Marrere.....	61
Figura 5 - Comparação entre os indicadores de ansiedade, depressão e apoio social nas gestantes	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos estudos selecionados	26
Tabela 2 - Estatística descritiva dos dados sociodemográficos dos participantes.....	63
Tabela 3 - Caracterização das variáveis clínicas e obstétricas	64
Tabela 4 - Caracterização do suporte social das gestantes	66
Tabela 5 - Estatística descritiva dos escores das escalas de ansiedade, depressão e estresse nas gestantes	67
Tabela 6 - Análise de correlações de Spearman dos escores das escalas utilizadas no estudo	68
Tabela 7 - Médias das variáveis ansiedade, depressão e apoio social nos três semestres gestacionais.....	69
Tabela 8 - Comparação das médias dos sintomas de ansiedade, depressão e apoio social nos diferentes trimestres de gravidez por meio da análise de variância e teste F	70
Tabela 9 - Resultados das análises de correlação de Spearman para idade e renda vs escores dos instrumentos (DASS-21, IDATE Estado e Traço, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e Questionário MOS-SSS)	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASPICO	Associação de Assistência Psicologia a Comunidade
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DALYS	<i>Disability Adjusted Life Yeras</i>
DASS-21	<i>Depression Anxiety Scale</i> / Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EDPS	Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo
H1	Hipótese um
H2	Hipótese dois
H3	Hipótese três
H4	Hipótese quatro
IDATE	Inventário de Ansiedade traço-estado
INE	Instituto Nacional de Estatística
MeSH	<i>Medical Subjective Headings</i>
MOS	<i>Medical Outcomes Stay</i>
MOS-SSS	Medical Outcomes Study-Social Support Survey
NEPeDI/UFSC	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Desenvolvimento Infantil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RCF	Restrição de Crescimento Fetal
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistic Program for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	15
2	INTRODUÇÃO	17
2.1	OBJETIVOS.....	19
2.1.1	Objetivo Geral	19
2.1.2	Objetivos Específicos.....	19
2.2	HIPÓTESES	19
2.3	RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E SOCIAL DO ESTUDO	20
3	ESTUDO 1 - DEPRESSÃO, ANSIEDADE E APOIO SOCIAL EM GRÁVIDAS: REVISÃO SISTEMÁTICA	21
3.1	RESUMO	21
3.2	INTRODUÇÃO.....	22
3.3	MÉTODO	23
3.3.1	Critérios de elegibilidade	24
3.3.2	Fontes de informação e estratégia de busca	24
3.3.3	Fatores de risco	28
3.3.4	Ansiedade e depressão.....	28
3.3.5	Apoio social	30
3.4	DISCUSSÃO.....	30
3.5	CONCLUSÃO.....	33
4	ESTUDO 2 - DEPRESSÃO, ANSIEDADE E SUPORTE SOCIAL EM GESTANTES ATENDIDAS NOS CENTROS DE SAÚDE DA CIDADE DE NAMPULA EM MOÇAMBIQUE	34
4.1	INTRODUÇÃO.....	34
4.2	PERSPECTIVA TEÓRICA	36
4.3	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ	42
4.3.1	Caracterização dos aspectos psicológicos dos três trimestres da gravidez.....	43
4.3.2	O primeiro trimestre da gravidez	44
4.3.3	O segundo trimestre da gravidez	45
4.3.4	O terceiro Trimestre da gravidez.....	45

4.3.5 Fatores associados à Ansiedade e Depressão e a importância do Apoio Social	46
4.4 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE	52
4.5 MÉTODO	53
4.5.1 Delineamento	53
4.5.2 Participantes	54
4.5.3 Critérios de inclusão e exclusão	54
4.5.4 Local de estudo	54
4.5.5 Instrumentos de coleta de dados	55
4.5.6 Procedimentos Éticos e de Coleta de dados	59
4.5.7 Procedimentos de Análise dos Dados	61
4.6 RESULTADOS	63
4.6.1 Caracterização das participantes	63
4.6.2 Caracterização das variáveis clínicas e obstétricas das participantes	64
4.7 DISCUSSÃO	72
4.8 CONCLUSÃO	77
4.8.1 Limitações do estudo	79
REFERÊNCIAS	80
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	90
ANEXO 2 - APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA	92
ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	93
ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	94
ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS	96
ANEXO 6 - ESCALA DASS-21	97
ANEXO 7 - ESCALA DE ANSIEDADE-TRAÇO (IDATE)	98
ANEXO 8 - QUESTIONÁRIO MOS-SSS (MEDICAL OUTCOMES STUDY-SOCIAL SURVEY)	100
ANEXO 9 - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)	102

1 APRESENTAÇÃO

A presente tese tem por objetivo estudar os indicadores de ansiedade e de depressão em mulheres grávidas nos Centros de Saúde, da cidade de Nampula, em Moçambique. Nesse contexto, a pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Linha de Pesquisa Avaliação em saúde, desenvolvimento e processos psicológicos básicos, da Área de Concentração Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Essa Área de Concentração congrega estudos sobre processos de desenvolvimento psicológico, individuais e coletivos, no âmbito das relações que constituem as áreas da saúde humana, da comunicação, da cognição, e da construção de medidas e instrumentos de avaliação psicológica.

Nesta pesquisa, o pesquisador está interessado em aprofundar aspectos no âmbito da Psicologia da gravidez, parto e puerpério, e no contexto maior da Psicologia da saúde, com o propósito de propor ações de promoção e prevenção em saúde mental na atenção pré-natal, ao nível dos Postos de Saúde, na cidade de Nampula, em particular, e em Moçambique, em geral.

O interesse em desenvolver o tema reside no fato de reconhecer que a saúde mental da mulher grávida é muito importante, não só para ela, mas também para o futuro bebê. A presença de depressão e ansiedade durante a gestação é um risco para a saúde da mulher, daí que é extremamente importante que esses males sejam prevenidos para permitir que a gestação se desenvolva sem intercorrências.

Outro motivo é o fato de existirem muitos estudos sobre a depressão, ansiedade e suporte social na gestação, porém, na revisão bibliográfica realizada, observamos que a maioria dos estudos foram desenvolvidos em países de alta renda em detrimento doutros contextos, fator que nos remete para a necessidade de realização de estudos em outros contextos como africano e o moçambicano em particular.

É importante salientar que a Universidade Lúrio, em Nampula, Moçambique, à qual o pesquisador está vinculado, mantém uma parceria com os referidos Centros de Saúde, locais onde foi realizada a pesquisa, por meio de atividades de ensino e extensão com os alunos de graduação em Psicologia Clínica.

Figura 1 - Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio



Fonte: Fotografia do autor (2021).

Além disso, essa pesquisa busca contribuir com os estudos sobre a associação entre variáveis, sociodemográficas, obstétricas e de saúde mental em gestantes, baseando-se na tradição do Laboratório Fator Humano (UFSC) em produzir conhecimentos sobre a mensuração de aspectos clínicos e epidemiológicos em grupos populacionais específicos. A expectativa é de esta pesquisa contribua com o desenvolvimento de novos estudos, nesse âmbito, em Moçambique, assim como possa incentivar os pesquisadores da região no aperfeiçoamento de métodos e fundamentos científicos na investigação da atenção à saúde de gestantes.

2 INTRODUÇÃO

O estado gestacional é tido como um processo ímpar, complexo, que é acompanhado de transformações hormonais, físicas, psicológicas, familiares, sociais, socioeconômicas e profissionais. É um momento de transição no ciclo de vida pessoal e familiar e gera algum período de crise (Kliemann et al., 2017), podendo desenvolver estado de tensão e desequilíbrios emocionais na mulher grávida (Maldonado, 2005). Kliemann et al. (2017) apontam que a prevalência de transtornos mentais comuns é semelhante na gestação e no puerpério, sendo os transtornos de ansiedade e depressão aqueles que apresentam maior prevalência durante o período gestacional.

Toda a gravidez não só diz respeito à mulher, mas também ao seu parceiro e aos membros da família de ambos. Esse processo que envolve a preparação para a recepção do recém-nascido traz consigo uma enorme preocupação no ciclo da vida familiar, visto que aqueles que são considerados ainda filhos irão tornar-se pais, o que demanda uma gama de tarefas para outros membros da rede familiar (Kliemann et al., 2017). Maldonado (2005) argumenta que, com o advento da gravidez, é de esperar que a mulher esteja a vivenciar uma fase de regressão no estado emocional, que a leva a ser sensível e vulnerável. Nesse mesmo diapasão, Maldonado (1984) refere a gravidez como um momento emocional em que a mulher tende a voltar-se a si mesma, o que faz com que seja mais sensível e dependa de maiores cuidados.

Couto et al. (2009) referem que a mulher grávida deve ser vista como alguém que necessita de todos os cuidados, além de, concretamente, adquirir o aprendizado sobre o que é a gravidez, principalmente se se tratar da primeira gestação, porque para ela tudo constitui novidade, e daí surgem questões e prioridades que devem ser resolvidas direcionadas para a própria grávida. A presença de sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação também provoca inatividade física da gestante.

Kliemann et al. (2017) apontam que as prevalências de transtornos mentais comuns são semelhantes na gestação e puerpério, sendo os transtornos de ansiedade e depressão que apresentam maior prevalência durante o período gestacional. Observa-se, no entanto, que cerca de 60% das gestantes são fisicamente inativas e atribuem este fator justamente à ansiedade, depressão e fadiga. E o índice de inatividade tende a aumentar na medida em que a gravidez progride (Gonçalves et al., 2018).

Patel e Prince (2006) sugerem que a depressão e ansiedade, no primeiro e segundos trimestres da gestação, estão sendo negligenciadas, havendo poucas pesquisas científicas sobre o assunto, apesar de existir um consenso de que os fatores que afetam a gestante e o bebê tenham suas origens no período pré-concepcional. A maioria dos estudos existentes enfatizam a depressão e ansiedade durante a gravidez, aspectos considerados relevante à saúde pública, visto que constituem um importante fator de risco à depressão pós-parto. Nesse sentido, há a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê, considerando as novas evidências de que a depressão e a ansiedade podem causar baixo peso ao nascer e prematuridade, além de afetar o desenvolvimento da criança.

A triagem feita em mulheres ao longo da consulta de pré-natal é um mecanismo de importância para identificar gestantes com possíveis transtornos mentais ou emocionais. Procedimentos de triagem têm vindo a ser referenciados em estudos desenvolvidos em países considerados de baixa renda per capita (Abas et al., 2014; Tesfaye & Agenagnew, 2021; Patel & Prince, 2006).

A Organização Mundial da Saúde salienta que os profissionais, nos programas de atenção pré-natal, têm a obrigatoriedade de conhecer e reconhecer a relevância dos problemas de saúde mental para as mulheres e incorporá-los nas suas atividades do cotidiano (Direção-Geral da Saúde, 2005). Patel e Prince (2006) apontam que a depressão e ansiedade durante a gravidez importante fator de risco à depressão pós-parto, podem causar o baixo peso ao bebê, prematuridade e afetar o desenvolvimento da criança.

Escassos estudos foram desenvolvidos nessa direção, em Moçambique, destacando-se dentre eles, o de Mitano et al. (2015) e o de Singo (2018). Esses, porém, não objetivaram abordar os fenômenos da depressão e da ansiedade na gravidez, mas alguns problemas que advêm do estado gravídico na adolescência e seus fatores de risco. Esse fato, de certo modo, desperta maior interesse acadêmico em estudar indicadores de ansiedade e depressão nas gestantes que são atendidas na atenção primária de Saúde na cidade de Nampula, tendo em vista que os resultados obtidos nesta pesquisa poderão subsidiar intervenções com vista à prevenção de eventuais riscos que estas duas condições psicológicas poderão acarretar para estas mulheres.

Diante dos aspectos mencionados torna-se imprescindível, portanto, a realização de estudos que ajudem a demonstrar a relação entre as principais variáveis pessoais e ambientais e o surgimento ou exacerbação de sintomas de transtornos de ansiedade e depressivos em

mulheres grávidas, com a finalidade de contribuir para a elaboração de políticas voltadas à atenção à saúde mental de gestantes. Uma vez esclarecidos essa relação, pode-se incrementar mecanismos de proteção à saúde gestacional, melhorando a assistência pré-natal, para a redução dos efeitos nocivos à qualidade de vida relacionada com a saúde da mulher grávida, assim como outros danos ao futuro bebê. Além disso, presume-se que investigar os tipos de apoio recebidos pela gestante, neste período, podem minimizar os problemas advindos dos referidos estados emocionais, como demonstrou Kliemann (2017) no seu estudo.

Assim, este estudo pretende responder à seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os indicadores de sintomas de ansiedade, depressão e suporte social em gestantes atendidas na atenção primária de saúde na cidade de Nampula, em Moçambique? E, para responder a essa pergunta de pesquisa, foram definidos os objetivos e as hipóteses norteadoras deste trabalho.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a presença de indicadores de ansiedade, depressão e suporte social em gestantes que realizam consultas de pré-natal na atenção primária na cidade de Nampula, Moçambique.

2.1.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar o perfil socioeconômico, clínico-obstétrico e de suporte social percebido das gestantes;
2. Identificar a presença de indicadores ansiedade e depressão das gestantes;
3. Caracterizar o suporte social recebido pelas gestantes durante a gravidez;
4. Relacionar os indicadores de ansiedade, depressão e suporte social;
5. Comparar os indicadores de ansiedade, depressão e suporte social, nos diferentes trimestres de gravidez;

2.2 HIPÓTESES

Hipóteses são explicações provisórias que podem ser verificadas em uma investigação, a partir da qual se extraem uma conclusão (Creswell & Creswell, 2021). No Estudo 2, de caráter empírico e de acordo com os seus objetivos, a hipótese geral é de que a ansiedade,

depressão e o suporte social afetam a saúde mental da mulher grávida. As hipóteses específicas do Estudo 2.

H1: Espera-se que a idade gestacional um fator de risco para a depressão e ansiedade ao longo da gestação. Estudos desenvolvidos sobre o tema mostram ou evidenciam essa relação (Baptista et al., 2006).

H2: Espera-se que o nível de escolaridade baixo contribua para o desenvolvimento da ansiedade e depressão na gravidez. Estudos realizados abordando o tema evidenciaram essa relação (Silva et al., 2015).

H3: Espera-se que o desemprego no período gestacional seja um fator para o desenvolvimento da ansiedade e depressão. Estudos realizados sobre o tema evidenciam essa hipótese (Silva et al., 2017).

H4: Espera-se que baixo suporte social durante a gravidez seja um fator para o desenvolvimento da ansiedade e depressão. Estudos realizados sobre o tema mostram essa relação (Baptista et al., 2006; Wenzel & Kleiman, 2015).

2.3 RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E SOCIAL DO ESTUDO

A necessidade de contribuir para a saúde mental da mulher grávida motivou para a realização da presente pesquisa. A relevância científica da presente tese tem o respaldo em dois aspectos principais. O primeiro se refere à escassez de estudos que tenham investigado a prevalência da depressão, ansiedade e apoio social na gravidez em Moçambique. Considera-se que a produção de conhecimentos especializados nesse âmbito possa contribuir efetivamente para o desenvolvimento de pesquisas científicas sobre gestantes no continente africano, de forma a motivar pesquisadores no incremento de metodologias clínicas e epidemiológicas sobre a saúde das gestantes. Quanto à relevância social desta tese, espera-se que os conhecimentos produzidos subsidiem políticas públicas e intervenções voltadas à atenção à saúde mental de gestantes.

3 ESTUDO 1 - DEPRESSÃO, ANSIEDADE E APOIO SOCIAL EM GRÁVIDAS: REVISÃO SISTEMÁTICA

3.1 RESUMO

Ao vivenciar as mudanças físicas, hormonais, psíquicas e de inclusão social inerente à gravidez, a mulher torna-se vulnerável aos transtornos mentais que ocorrem durante o pré-natal, entre eles a ansiedade e a depressão. **Objetivo:** Identificar a relação entre depressão, ansiedade e suporte social recebido por grávidas, indicadas em estudos nacionais e internacionais publicados no período entre 2015 e 2020. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática que buscou identificar a produção científica das publicações nacionais e internacionais acerca da relação entre depressão, ansiedade e suporte social em gestantes. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (ScieLO), Scopus e no portal de bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período 2015-2021. **Resultados:** Os 14 artigos selecionados demonstraram a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres grávidas, porém nem todos os estudos apresentaram com clareza a prevalência, mas sim evidenciaram a necessidade de promover um estudo ampliado para a compreensão dos aspectos de saúde mental materna, de forma a promover um cuidado integral e efetivo para a mulher gestante e sua família. Além disso, quando o suporte social está presente ao longo da gravidez, os níveis de ansiedade e depressão tendem a diminuir e, como resultado, há um desenvolvimento saudável da mãe. **Conclusão:** Infere-se a necessidade de implementação de intervenções para prevenção, detecção e tratamento de transtornos mentais que podem permear a gravidez, como ansiedade e depressão, a exemplo da realização de rastreamento e acompanhamento da saúde mental durante o pré-natal. Sugere-se que os profissionais de saúde inseridos na atenção primária devem incorporar a saúde mental da mulher na atenção às práticas cotidianas e o apoio dos gestores de saúde por meio de políticas e programas que envolvam a saúde mental das mulheres, especialmente durante a gravidez, aspecto que não observa em muitos contextos da atenção da mulher grávida.

Palavras-chave: Gravidez. Depressão. Ansiedade. Apoio social. Atenção primária à saúde.

3.2 INTRODUÇÃO

A gravidez, uma fase de transição no ciclo de vida individual e familiar, envolve preparo psicológico, reorganização da dinâmica familiar, de papéis sociais e profissionais para realizá-la à contento. Além desses aspectos, o período da gravidez e dos meses que decorrem com o bebê são influenciados pela qualidade da relação estabelecida com o parceiro, pelo histórico de vínculos afetivos pessoais e familiares, pelos recursos econômicos e rede de apoio disponível (Kliemann et al., 2017). É necessário levar em consideração que a gravidez é um período de intensas modificações hormonais, físicas e psicológicas, com a necessidade de adaptações ambientais constantes, que podem acentuar a vulnerabilidade a agravos à saúde mental (Morais et al., 2017).

Ao vivenciar as mudanças físicas, hormonais, psíquicas e de inclusão social inerente à gravidez, a mulher torna-se vulnerável aos transtornos mentais que possam ocorrer durante o pré-natal, entre eles a ansiedade e a depressão, pois ao longo da gravidez, se presentes, os transtornos mentais são condições psicopatológicas que comprometem o desenvolvimento da gravidez tanto para a mãe quanto para o feto, a curto e longo prazo (Silva et al., 2015).

Os transtornos mentais são um conjunto de patologias que podem acarretar elevado peso, não só para o sujeito que padece, mas também para os membros da família. Nesse contexto, a ansiedade é uma condição de apreensão que estimula, motiva, anima e ocasiona certo tipo de comportamento (Cury, 2016), abordada pelo manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) (*American Psychiatric Association – APA*, 2014) como a antecipação apreensiva de um futuro perigoso ou infortúnio acompanhado de uma sensação ou de sintomas somáticos de tensão.

A depressão é o espectro clínico com maior prevalência na população, dentre os transtornos emocionais (Abelha, 2014). É considerado um transtorno afetivo, que desencadeia alterações significativas no tônus humoral, com repercussões somáticas que podem perdurar semanas, meses ou até anos e afetar a vida do indivíduo, no contexto social e profissional (Jardim, 2011). Associado a gravidez, a depressão é o transtorno mental mais frequentemente, considerado como o principal fator de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto, onde mães diagnosticadas com depressão e ansiedade durante a gestação e no pós-parto podem gerar perspectivas negativas sobre si e seus filhos e desenvolver relações materno-fetais e/ou materno-infantis menos fortes, afetando o futuro processo de desenvolvimento da

relação e de vínculos entre mãe e o filho que pode durar por muito tempo entre as duas pessoas (Morais et al., 2017).

A taxa de indicadores de ansiedade e de depressão na população de países pobres ou em desenvolvimento é alta (de 20 a 30%) e os fatores de risco para sua presença são: baixa renda, baixo nível de escolaridade, desemprego, uso e abuso de substâncias, como fumo, álcool e outras drogas, além da ausência ou pouco apoio social e os fatores protetores para uma gravidez saudável são: nível de escolaridade elevado, planejamento da gravidez, realização do pré-natal para acompanhamento da evolução da gestação, além da presença do apoio social à gestante (Aytac & Yazici, 2020).

O suporte social, atualmente é um objeto de estudo da psicologia e de outros ramos de conhecimento, pois tem relação com a saúde, como uma variável importante e amortecedora no cenário de estresse vivido por algumas pessoas (Casale & Wild, 2013), definido como a existência ou presença de relações sociais de um modo geral ou particularizado que envolve as estruturas das relações entre os indivíduos. Assim, um suporte social que não supra as necessidades dos indivíduos, poderá constituir como um fator desencadeante de transtornos emocionais como a depressão e ansiedade. Silva et al. (2015) em seu estudo, enfatiza a necessidade de intervenções de prevenção e tratamento de possíveis transtornos mentais na fase pré-natal, principalmente na atenção primária de saúde, porque é a este nível que a maioria das gestantes têm o primeiro contato com a unidade de saúde, estruturando o suporte social para permitir ou ainda facilitar o vínculo materno-fetal, como condição para acautelar ou prevenir a depressão pós-parto.

Partindo destes pressupostos, este estudo reveste-se de importância, pois mostra os transtornos mentais que podem acometer as gestantes e a importância de um apoio social adequado (Silva et al., 2015). Sendo assim, o objetivo do estudo foi identificar a relação entre depressão, ansiedade e suporte social em grávidas por meio de uma revisão sistemática.

3.3 MÉTODO

Esta revisão sistemática seguiu as diretrizes da metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2015). Foi empregada uma revisão sistemática, que é uma técnica de pesquisa, que respeita certos critérios específicos, e que busca perceber e atribuir a lógica a um manancial de documentos, especificamente, observando o que é funcional e o não funcional em certos contextos (Galvão

& Ricarte, 2019). A revisão sistemática tem o seu foco no seu caráter de reprodutividade feito por outros autores, com base numa apresentação mais explícita das bases de dados consultadas, e que respeitam a seleção dos artigos, onde fazem parte os critérios de inclusão e exclusão. Assim, a revisão sistemática é um exercício que apresenta alto nível de evidências e é um importante documento que auxilia na tomada de decisão (Galvão & Ricarte, 2019). Portanto, a revisão sistemática de literatura é constituída de seus objetivos, problemas de pesquisa, metodologia, resultados e conclusões.

3.3.1 Critérios de elegibilidade

A elegibilidade da pergunta de pesquisa na revisão sistemática foi determinada pela estrutura PVO, em que o “P” significa Participantes (gestantes), o “V”, variável (depressão, ansiedade, contexto nacional, internacional) e “O” significa Outcomes - resultados (fatores de risco, prevalência e incidência de ansiedade e depressão, e apoio social). Com a união destes componentes, chegou-se as seguintes perguntas norteadoras: “Quais os fatores de risco para a depressão e ansiedade em gestantes? Qual a importância do apoio social no processo de gestação?”.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos os seguintes parâmetros:

Desenho do estudo: foram considerados estudos com quaisquer delineamentos não experimentais (ou seja, observacionais, estudos de coorte, pesquisas, transversais, longitudinais, análise de conteúdo, qualitativas). *Idioma e data:* Foram considerados os estudos publicados em qualquer idioma, entre os anos de 2015 a 2021. *População e Local:* estudos com gestantes em diferentes contextos. *Variáveis:* Estudos que contemplaram as variáveis relacionadas: (1) ansiedade e depressão, (2) fatores de risco, (3) apoio social. *Critérios de exclusão:* estudos que não se enquadram nos aspectos relatados anteriormente e que utilizaram amostras de crianças, adultos e idosos.

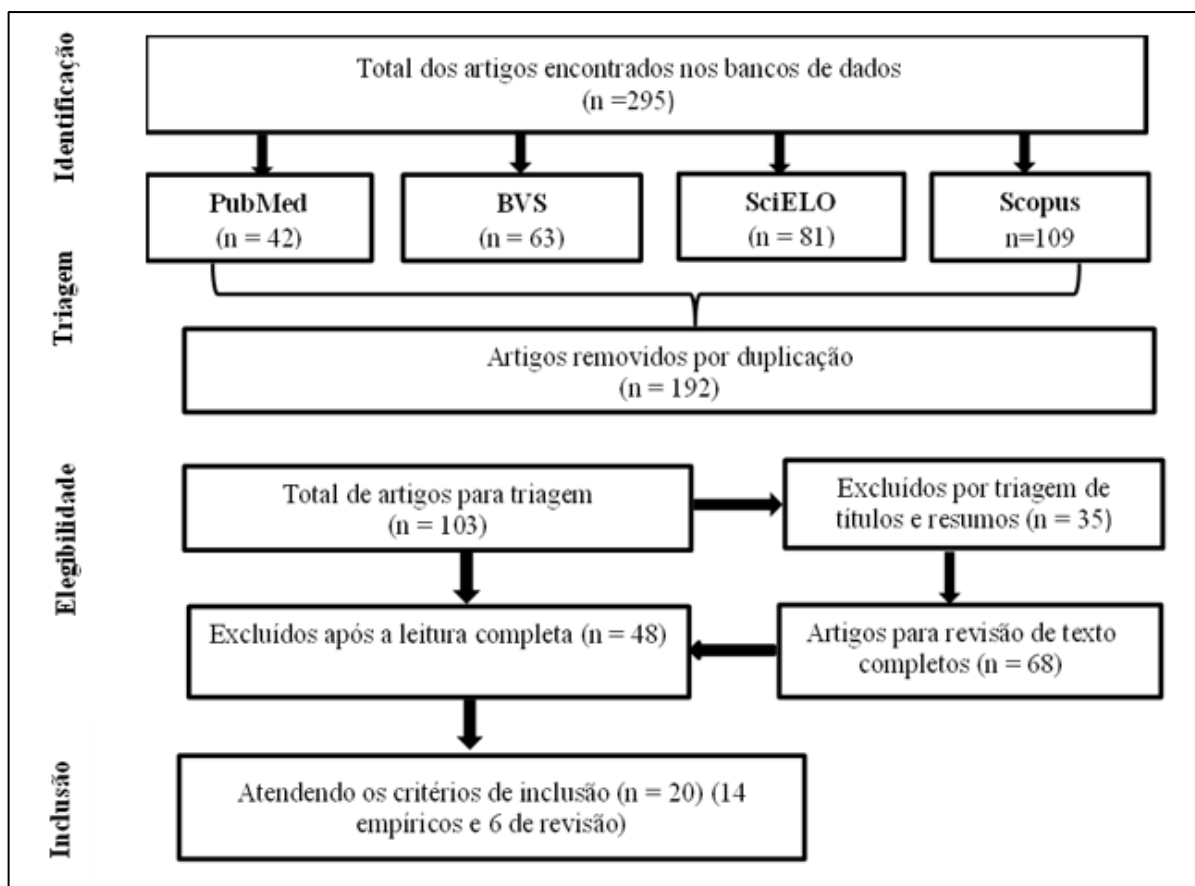
3.3.2 Fontes de informação e estratégia de busca

Para a coleta das informações, foi realizada uma busca da produção científica sobre o tema nas bases de dados PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Scopus e também no portal de bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio dos seguintes Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), bem como pelos *Medical Subjective Headings* (MeSH): “grávida”, “depressão”, “ansiedade”, “atenção primária à saúde” e “apoio

social” e seus equivalentes em inglês: “*pregnant*”, “*depression*”, “*anxiety*”, “*primary health*” e “*social support*”. Para ampliar as buscas nas bases de dados, foram utilizadas as associações com o operador booleano “AND”.

Inicialmente foi realizada a leitura minuciosa dos títulos e resumos dos artigos encontrados (N=295), nas quatro bases de dados consultadas: PubMed (n=42), BVS (n=63), SciELO (n=81) e Scopus (n=109), sendo excluídos aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão. Após a leitura dos títulos, 192 artigos foram removidos por duplicação. Depois da triagem dos 103 artigos, 35 foram excluídos e somente 68 artigos fizeram parte da revisão de texto completo. Depois da leitura na sua íntegra, 48 artigos foram excluídos e para o estudo foram selecionados 20 artigos. Para a análise dos resultados, as principais informações foram coletadas, realizando resumos e fichamentos de cada material selecionado, como avaliação da população pesquisada, dos autores, ano, país, tema, objetivo principal e principais resultados. A Figura 2 apresenta o processo de seleção dos artigos de acordo com os critérios pré-estabelecidos.

Figura 2 - Fluxograma da seleção dos artigos



A Tabela 1 apresenta uma síntese dos quatorze estudos analisados. Os estudos foram publicados entre os anos 2015 a 2022. Desses oito foram realizados no Brasil e um cada país: África do Sul, Espanha, Paquistão, Turquia, Taiwan e Quênia. Para a organização dos estudos, os resultados foram categorizados e apresentados de forma descritiva e analisados com base na literatura do tema em estudo.

Tabela 1

Caracterização dos estudos selecionados

Fonte/País	Objetivo principal	Principais resultados
Silva et al. (2015) Brasil	Avaliar a presença de ansiedade e depressão na gravidez e caracterizar o perfil das gestantes.	A ansiedade se mostrou mais frequente que a depressão. Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: baixa-média escolaridade, baixa renda familiar mensal, histórico de complicações em gestações anteriores, gravidez não planejada. Suporte social: Iniciativas preventivas, Monitoramento da saúde mental, Triagem durante todo o pré-natal, para prevenção da ocorrência da ansiedade e da depressão na gravidez.
Rebello (2016) Brasil	Comparar gestantes com suspeita de restrição de crescimento fetal (RCF) e gestantes sem intercorrências clínicas em relação à depressão, estresse, apoio social e autoestima.	17,7% de depressão em gestantes com suspeita de RCF e 16,3% sem intercorrências clínicas. Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: possível relação entre depressão, estresse, apoio social e autoestima; Maior depressão e estresse com menor apoio social e autoestima.
Morais et al. (2017) Brasil	Investigar a associação entre sintomas vinculados à depressão e ansiedade da mãe e possíveis danos na relação mãe e filho, a partir da modelagem de equações estruturais.	Sintomas de depressão na gestação e no pós-parto se associam com índices maiores de escore do <i>Personality Belief Questionnaire</i> (PBQ), o que indica danos negativos para a relação mãe/filho. O maior efeito dos sintomas de depressão acontece na gestação. Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: menor apoio social, situação socioeconômica desfavorável, não ter um companheiro. Suporte social: A identificação e o tratamento da depressão no pré-natal e pós-parto podem beneficiar a relação mãe/filho na infância.
Hartmann et al. (2017) Brasil	Identificar a prevalência e os fatores associados à ocorrência de depressão entre puérperas residentes em um município de médio porte no extremo Sul do Brasil, durante todo o ano de 2013.	Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: depressão anterior, tristeza no último trimestre da gravidez, história de depressão na família, menor idade e ser múltipara. Suporte social: O apoio fornecido à gestante pela equipe de saúde foi um importante fator de proteção, reduzindo em até 23% a razão de prevalência de a puérpera desenvolver depressão.
Guimarães et al. (2019) Brasil	Analisar a ocorrência de adoecimento mental em gestantes e os fatores associados a esse fenômeno.	Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: A proporção de adoecimento mental em gestantes foi de 31,9% e esteve associada com estar solteira, ter estudado até o ensino fundamental, não ter planejado a gravidez e possuir doença crônica.

Continua

Fonte/País	Objetivo principal	Principais resultados
Silva e Clapis (2020) Brasil	Identificar os fatores de risco para a ocorrência da depressão na gravidez na percepção das gestantes	Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: origem socioeconômica, obstétrico-materna, psíquica e psicossocial.
Silva (2020) Brasil	Identificar o perfil das mulheres que sofrem com sintomas depressivos que tiveram partos realizados pela maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.	22,97% sintomas depressivos na gestação. Após seis semanas pós-parto, esse índice sobe para 32,87%. Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: mais de 30 anos, etnia branca, ensino médio completo, moradoras de área urbana, maior parte multíparas, com parto a termo, sem complicações e relataram história familiar de transtornos mentais e alterações de humor no período pré-menstrual. Suporte social: Apoio do cônjuge para o cuidado da criança.
Faisal-Cury et al. (2021) Brasil	Estimar a prevalência de depressão pré-natal e sua associação sociodemográfica e fatores de risco obstétricos.	Alta taxa de prevalência de depressão em mulheres com baixo nível socioeconômico e nas consideradas de minorias. Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: situação socioeconômica precária, baixa escolaridade, ser mãe solteira, gravidez indesejada, ser jovem, falta de apoio, sofrer de violência pelo parceiro e ter histórico de problemas de saúde mental.
Hung e Chung (2021). Taiwan	Determinar o estado de saúde das mulheres no pós-parto no contexto social mais amplo da família taiwanesa depois que as mulheres voltam para casa do hospital ou clínica.	O nível de estresse pós-parto na terceira e quinta semana pós-parto foi maior do que na primeira. As pontuações de suporte social nesta semana pós-natal foram as mais altas entre os três pontos no tempo. Além disso, 29%, 41% e 41% das mulheres na primeira, terceira e quinta semanas, respectivamente, apresentaram menor morbidade psiquiátrica.
Van-Heyning et al. (2017) Africa do Sul	Investigar a prevalência e os preditores de ansiedade em pré-natal nas mulheres de baixa renda que vivem em adversidade psicossocial.	376 mulheres. 23% prevalência de ansiedade. Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: como histórias de problemas de saúde mental, adversidades psicológicas podem desenvolver transtornos de ansiedade na gestação. Suporte social: Protetor e contribuiu para a redução do risco de desencadear a ansiedade.
Soto-Balbuena et al. (2018) Espanha	Estimar a incidência e prevalência de ansiedade ao longo dos três trimestres de gravidez e possível risco de fatores associados a sintomas de ansiedade.	Prevalência de ansiedade de 19,5% no primeiro trimestre, 16,8% no segundo trimestre, com incidência de 0,048% e no terceiro trimestre, 17,2%, com incidência de 0,068%. Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: ser fumante, presença de doença prévia e mudanças nas relações sociais.
Premji et al. (2020) Paquistão	Explorar a prevalência e os padrões de ansiedade pré-natal e transtornos depressivos e categorias leve e moderada em mulheres de média renda em Paquistão.	14,2% prevalência de ansiedade e transtornos depressivos leves a graves, 28,4% prevalência de depressão leve a grave e 17,7% depressão moderada a grave. A comorbidade ansiedade e transtornos depressivos leves a grave foi de 13,5% e de moderados a grave foi de 5,0%.

			Conclusão
Fonte/País	Objetivo principal	Principais resultados	
Aytac e Yazici (2020) Turquia	Determinar o efeito do apoio social realizado para mulheres grávidas que tenham a depressão diagnosticada.	Suporte social: Aumento da percepção de apoio social, a ocorrência da depressão consegue ser minimizada. O diagnóstico precoce de problemas psicológicos durante a gestação e o período pós-parto pode prevenir a depressão na gravidez e no período pós-parto, reduzindo também a percepção da depressão.	
Madeghe et al. (2021) Kenya	Determinar a magnitude da depressão pré-parto, fatores de risco e experiências de depressão em gestantes.	262 gestantes, 33,6% com sintomas de depressão. Fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez: idade gestacional, renda familiar, pobreza, falta de apoio social, violência doméstica e cuidados hostis formam os que mais contribuíram para a depressão pré-parto.	

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

Dos 14 artigos que compõem o estudo, a depressão em gestantes situa-se em 17,7% com suspeita de RCF e 16,3% sem intercorrências clínicas (Rebello, 2016). Também se observou 22,97% com sintomas depressivos em gestação e seis semanas depois de parto foi de 32,8% (Silva, 2020). A depressão leve e grave apresentou uma prevalência de 28,4% e 17,7% depressão moderada a grave, a comorbidade a ansiedade e transtornos depressivos leves a grave foi de 13,5% e de moderada a grave foi de 5% (Premji et al. 2020).

3.3.3 Fatores de risco

No que se referem a fatores de risco para ansiedade e depressão, dez estudos referiram-se a: baixa-média escolaridade, baixa renda familiar, histórico de complicações em gestação anteriores, não ter companheiro, menos apoio social, história de depressão, menos idade, ser múltipara, gravidez não planejada, gravidez indesejada, ser fumante e violência doméstica. E em relação ao suporte social, observou-se que seis estudos aludem que o suporte social é um fator proteção em relação a ansiedade e depressão (Silva et al., 2015; Rebello, 2016; Hartmann et al. 2017; Silva, 2020; Van-Heyning et al. 2017; Aytac & Yazici, 2020).

3.3.4 Ansiedade e depressão

Um estudo que avaliou a presença de ansiedade e depressão na gravidez observou que a ansiedade era a mais frequente que a depressão (Silva et al., 2015). Outro estudo achou 17,7% de depressão em gestantes com suspeita de RCF e 16,3% sem intercorrências clínicas (Rebello, 2016). Em estudo que identificou o perfil das mulheres que sofrem com sintomas

depressivos, 22,97% apresentou depressivos. E depois de seis meses do parto, o índice subiu para 32,87% (Silva, 2020).

Um estudo que investigou a prevalência de depressão pré-natal e sua associação sociodemográfica e fatores de risco achou alta taxa de prevalência de prevalência em mulheres com baixo nível socioeconômico e nas consideradas de minorias (Faisal-Cury et al. 2021). Ainda outro estudo que estudou a prevalência e os preditores de ansiedade em pré-natal em 376 mulheres de baixa renda, observou a prevalência de 23% de ansiedade nas mulheres (Van-Heyning et al., 2017). E o estudo de Soto-Balbuena et al. (2018), que estimou a incidência de ansiedade ao longo dos três trimestres de gravidez, verificou a prevalência de ansiedade de 19,5% no primeiro trimestre, 16,8% no segundo trimestre, com a incidência de 0,048% e no terceiro trimestre 17,2%, com incidência de 0,068%.

Por fim, o estudo que objetivou a explorar a prevalência e os padrões de ansiedade pré-natal e transtornos depressivos e categorias leve e moderada em mulheres, achou a prevalência de 14,2% de ansiedade e transtornos depressivos leves a graves, 28,4% de prevalência de depressão moderada a grave e 17,7% depressão moderada a grave. E a comorbidade ansiedade e transtornos depressivos leves a grave situou-se em 13,5% e de moderado a grave 50% (Premji et al., 2020).

O estudo que avaliou a presença de ansiedade e depressão na gravidez e caracterizou o perfil das gestantes, achou como fatores de risco para a ocorrência de ansiedade e depressão os seguintes: baixa escolaridade, baixa renda familiar mensal, histórico de complicações em gestantes anteriores e gravidez não desejada (Silva et al., 2015). Em outros estudos identificaram como fatores de risco para a ocorrência de transtornos na gravidez: a relação entre depressão, estresse e ansiedade; depressão maior e estresse com menor apoio social e autoestima (Rebello, 2016; Morais et al., 2017).

Um estudo que objetivou a identificar a prevalência e os fatores associados à ocorrência de depressão em puérperas, observou que os fatores que se associam a depressão são: depressão anterior, tristeza no último trimestre da gravidez, história de depressão na família, menor idade e ser múltipara (Hartmann et al., 2017). Ainda Guimarães et al. (2019) defendem como sendo fatores de risco para a ocorrência desses transtornos: adoecimento mental em gestantes (31,9%), ser solteira, ensino fundamental, gravidez não planejada. O estudo de Van-Heyning et al. (2017), que investigou 376 mulheres identificou fatores de risco

como sendo: histórico de problemas de saúde mental e adversidades psicológicas que favorecem o desenvolvimento transtornos de ansiedade na gestação.

3.3.5 Apoio social

Alguns estudos que constituem a base da pesquisa consideram o apoio social para a gestante. Citam como: iniciativas de prevenção dos transtornos mentais, o monitoramento da saúde mental das gestantes, a realização de triagem durante todo o pré-natal com o objetivo de prevenir a ocorrência da ansiedade e da depressão na gravidez (Silva et al., 2015). Morais et al. (2017) no seu estudo para a identificação e o tratamento da depressão no pré-natal e no pós-parto defendem apoio social muito importante para a mulher, porque evita o surgimento de transtornos psicológicos na gravidez.

Hartmann et al. (2017) argumentam que o apoio oferecido a gestante pela equipe de saúde reduz em até 23% a prevalência da depressão. Os mesmos autores defendem ainda que o apoio social no pós-parto é muito importante, visto que reduz a morbidade psiquiátrica em 29%, 41% e 41% na primeira, terceira e quinta semanas respectivamente no pós-parto. Um estudo que determinou o efeito do apoio social para mulheres grávidas como depressão defende que um bom diagnóstico de problemas psicológicos contribui para a prevenção da depressão na gravidez e no pós-parto (Aytac & Yazici, 2020).

3.4 DISCUSSÃO

Os resultados da presente revisão sistemática sobre ansiedade, depressão e apoio social na gestação indicam a tendência de ser considerada como um problema de saúde pública.

Em primeiro lugar, merece destaque o resultado de estudo apresentado na tabela 1, da relação entre gestação de risco e ansiedade e depressão. Rebello (2016) apontou que entre as gestações sem intercorrências clínicas existe uma possível relação entre depressão, ansiedade, apoio social e autoestima; e maior depressão e maior ansiedade caminhariam junto com menor apoio social e menor autoestima. Mesmo resultado observa-se nas revisões de Rodrigues et al. (2016) em que apontam que mulheres com gestações de alto risco ou hospitalizadas possuem a tendência de um nível significativamente mais alto de ansiedade, estresse, de emoções negativas e pior estado emocional do que mulheres com gestações normais que apresentam a tendência de uma boa percepção da qualidade de vida.

Os resultados apresentados na tabela 1 mostram a tendência de a ansiedade ser mais frequente que a depressão, e que as gestantes possuíam alguns fatores de risco para a ocorrência desses transtornos na gravidez, como baixa-média escolaridade, baixa renda familiar mensal, histórico de complicações em gestações anteriores e gravidez não planejada (Hung & Chung, 2001; Silva et al., 2015; Madeghe et al., 2021; Van-Heyning et al., 2017; Hartmann et al., 2017; Guimarães et al., 2019; Silva, 2020; Faisal-Cury et al., 2021; Premji et al., 2020).

E, também, esses fatores de risco para a ansiedade e depressão de gestantes são apontados em diversos estudos de revisão, como: baixo nível de escolaridade; idade materna; falta de parceiro ou apoio social; estado civil; histórico de abuso ou violência doméstica; história pessoal de doença mental; nível socioeconômico e a qualidade conjugal; gravidez não planejada ou indesejada; eventos adversos na vida e estresse elevado percebidos; baixo apoio familiar/social; complicações na gravidez presente ou no passado e perda da gravidez; uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas; violência; aspectos cognitivos (Biaggi et al., 2016; Kliemann et al., 2017; Alipour et al., 2018; Santos, 2020).

Revisões de Alipour et al. (2018) e de Santos (2020), concluem que estes fatores de risco maternos podem afetar o desenvolvimento do feto, pois está associada a desfechos neonatais adversos, como: prematuridade, baixo peso ao nascer, menores escores de Apgar, desenvolvimento fetal atrofiado, efeitos duradouros no desenvolvimento físico e psicológico da criança, e complicações obstétricas, como sangramento vaginal e ameaças de aborto, além de ser um dos principais fatores de risco para depressão pós-parto.

Revisões de Kliemann et al. (2017) e Silva e Clapis (2020), apontam que mães mais jovens têm maiores chances de desenvolver a depressão. No entanto, no estudo de Moraes et al. (2017) essa relação entre ser mais jovem e apresentar características depressivas não foi apresentada. A maior parte das puérperas que apresentaram sintomas de depressão após o parto tinham mais do que 30 anos. A idade maior de 30 anos é predominante nas puérperas em que não se tinha sintomas de depressão, concordando com outros estudos realizados em outras regiões do Brasil.

Iniciativas preventivas à ocorrência da ansiedade e da depressão na gravidez, como o monitoramento da saúde mental e a sua triagem durante todo o pré-natal, são necessárias. Assim, outro resultado a ser analisado é a importância do apoio social apontado nos estudos da Tabela 1, em que relatam que mulheres que vivenciaram depressão durante a gravidez

estão mais propensas a desenvolverem depressão pós-parto, apresentando também menos flexibilidade para as mudanças, menos coerência, menor sensibilidade, menor aceitação da criança, mais ansiedade e menos sentimentos de autoeficácia como cuidadora (Morais et al., 2017).

Estudos de Silva et al. (2015) e de Soto-Balbuena et al. (2018) mostram a importância das relações construtivas com familiares e amigos, benéficas para o bem-estar, pois faz a gestante se sentir amparada por um círculo de pessoas com quem se relaciona e que fazem parte da sua rede de apoio. Aytac e Yazici (2020) e de Van-Heyning et al. (2017) evidenciam que o apoio social poderá gerar uma redução de diversas perturbações psicológico-psiquiátricas, dentre elas a ansiedade e a depressão. Silva (2020) aponta que o pré-natal realizado com o acompanhamento de um psicólogo é um fator que gera proteção, pois as emoções ficam mais intensas com o advento da gravidez. Hung e Chung (2001) relatam que quando o apoio social é relativamente alto, principalmente da família, a gestante apresenta melhor estado de saúde.

A importância do apoio social também aparece em revisões, em que relatam que o apoio social, familiar, bom relacionamento conjugal durante a gravidez são fatores de proteção para depressão e ansiedade, melhor vínculo materno-fetal e do apoio a gestante (Bedaso et al., 2021; Marques & Souza, 2019). O suporte social em seus diversos momentos da vida é extremamente importante, porque desempenha o papel de amortecedor de fatores estressores, principalmente na gravidez e no puerpério (Clay & Seehusen, 2004).

O estudo apresentou limitações principalmente na abordagem da variável, suporte social, pois poucos estudos o falaram de uma forma não clara. Sugere-se, no entanto, a realização de mais estudos para contribuir nos resultados da existência da relação do suporte social com ansiedade e depressão. Desse modo, infere-se a necessidade de implementação de intervenções para prevenção, detecção e tratamento de transtornos mentais que podem se associar a gravidez como ansiedade e depressão, a exemplo da realização de rastreamento e acompanhamento da saúde mental durante o pré-natal. Os profissionais de saúde inseridos na atenção básica devem incorporar a saúde mental da mulher na atenção às práticas cotidianas e o apoio dos gestores de saúde por meio de políticas e programas que envolvam a saúde mental das mulheres, especialmente durante a gestação.

3.5 CONCLUSÃO

A maioria dos estudos sobre a ansiedade, depressão, fatores de risco e apoio social na gravidez foi desenvolvida em países de renda econômica alta, isto é, desenvolvidos, havendo poucos estudos nos países em desenvolvimento, como por exemplo, Moçambique, o que de certo modo dificulta aplicação dos achados aos contextos específicos desses países. Em grande parte dos estudos acharam-se prevalência de ansiedade e depressão em torno de 17,7%. Entre os fatores de risco associados à ansiedade e depressão na gestação, observaram-se com mais frequência: baixa escolaridade, baixa renda familiar, histórico de complicações em gestações anteriores, não ter companheiro ou parceiro, ter menos apoio social, ter história de depressão, ter menos idade, ser múltipara, gravidez não planejada, gravidez indesejada, fazer o uso do tabaco e violência doméstica.

Os resultados desta revisão reforçam a necessidade de se promover um estudo para a compreensão dos aspectos de saúde mental materna, dessa forma olhando para um cuidado integral e efetivo para a mulher gestante e sua família. É necessário também que a mulher seja avaliada e amparada emocionalmente durante o período da gestação, recebendo apoio afetivo e efetivo de todas as pessoas a sua volta, incluindo familiares e equipes de saúde. Dessa maneira, essa mulher receberá seu bebê e conseguirá promover seu desenvolvimento.

Os estudos apresentaram limitações principalmente nos estudos que focam a relação entre ansiedade, depressão com a o suporte social. Sugere-se que se realizem mais estudos sobre o suporte social na gestação, por forma a trazer mais informações sobre o tema.

4 ESTUDO 2 - DEPRESSÃO, ANSIEDADE E SUPORTE SOCIAL EM GESTANTES ATENDIDAS NOS CENTROS DE SAÚDE DA CIDADE DE NAMPULA EM MOÇAMBIQUE

4.1 INTRODUÇÃO

A gestação é considerada uma fase de transição na vida da mulher e na família e traz como consequências ou resultados a reorganização intrapsíquicas, familiares, nos papéis sociais, econômicas assim como nas relações da rede familiar (Kliemann et al., 2017; Silva et al., 2017). Ao longo da gravidez observam-se alterações fisiológicas, psíquicas, humanas e sociais. Essas alterações potencializam o risco de sofrimento emocional e de morbidade psiquiátrica neste período da vida da mulher (Silva et al., 2017).

Nas famílias e, especialmente nas mulheres, são muitas as mudanças que podem ser observadas durante o período gestacional, tais como as mudanças físicas, hormonais, mas para, além disso, estão presentes alterações sociais e emocionais. Nesta fase, a mulher torna-se suscetível a desencadear transtornos mentais, destacando-se a ansiedade e depressão (Silva et al., 2015). Observa-se que ao longo da gestação, os transtornos mentais são condições psicopatológicas que de certo modo comprometem o normal desenvolvimento da gravidez, fator que pode afetar a saúde da mãe assim como do feto (Almeida et al., 2012).

Estudos epidemiológicos mostram que cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de transtorno mental e que esse número vem crescendo de forma galopante, com maior evidência nos países em desenvolvimento (Maragno et al., 2006; Bromet et al., 2011). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2000, a depressão foi catalogada como a principal causa que provocou a incapacidade nas pessoas e o quinto fator que terá influenciado com o peso global da doença. Previa-se ainda que a depressão pudesse alcançar o segundo lugar no *ranking* do *Disability Adjusted Life Yeras* (DALYS). Presentemente, a depressão é considerada a segunda causa de incapacidade nas pessoas com idades de 15 a 44 anos (*World Health Organization – WHO*, 2011).

Outros estudos realizados no mundo apresentam resultados que apontam que a depressão constitui um grande problema de saúde pública global, que vem causando impacto negativo na vida das pessoas, assim como nas das suas famílias, encarecendo os custos nos sistemas de saúde dos países (Valentim et al., 2011). Um estudo da OMS na região da Europa, que foi realizado na Inglaterra, apresenta uma estimativa dos custos totais derivados da

depressão nos adultos em 15.46 milhões de euros ao longo do ano de 2002. Ainda o mesmo estudo, salienta que os custos são o resultado da perda de emprego como o absentismo e a mortalidade prematura (WHO, 2006).

No Brasil a prevalência de depressão na população geral ao longo da vida é de aproximadamente 17% (Andrade et al., 2002). Um estudo de carácter internacional, efetuado em 18 países incluindo Brasil, achou-se a prevalência de 11,1% de depressão, nos países que apresentam uma renda média e a prevalência achada no Brasil foi de 18,4% (Bromet et al., 2011).

A literatura vem evidenciando que os índices de depressão e ansiedade na atenção primária à saúde têm aumentado, tanto nos estudos nacionais assim como realizados internacionalmente (Costa, 2015), observam-se elevados índices de depressão em estudos realizados no Brasil, fator que evidencia algum défice na assistência e nas políticas públicas e provavelmente pouco investimento nas pesquisas voltadas para a temática (Sacks et al., 2014). Ainda no Brasil, um estudo de base populacional realizado em 2013 com uma amostra representativa, evidenciaram maior prevalência de depressão nas mulheres que moram em áreas urbanas, e que apresentavam um nível de escolaridade baixa e condições de saúde crônica (Silva et al., 2016). O mesmo estudo achou menor prevalência da depressão no norte e a maior no sul do Brasil. Também, se observou que os brasileiros que apresentavam sintomas depressivos (78,8%) não recebiam tratamento médico adequado para depressão.

Um estudo desenvolvido por uma Organização de base comunitária (Associação de Assistência Psicologia a Comunidade – ASPICO, 2019), na província de Manica, localidade de Dombe, em Moçambique, que objetivava avaliar os efeitos psicossociais causados pelo ciclone IDAI em crianças, adultos e idosos nas comunidades afetadas, aponta que 64% da população estudada apresenta sintomas prolongados de ansiedade. O mesmo estudo alude ainda que as calamidades naturais induzem a uma série de alterações emocionais, gerando ansiedade e ou depressão nas vítimas.

O estudo de Massinga (2010), que objetivou conhecer a prevalência da depressão pós-parto e os fatores associados em 189 mulheres no segundo e terceiro meses após o parto em ambulatório, no Hospital Geral de Chamanculo, na cidade de Maputo, Moçambique, concluiu que a depressão na população puérpera estudada é entre 11,6 e 22,2%. A autora defende que a elevada taxa de depressão no pós-parto tenha uma relação com os fatores psicossociais (estado civil, suporte familiar e desejo de engravidar). Ainda o mesmo estudo, defende que a

detecção precoce da depressão na gestação pelos profissionais de saúde de atenção primária se mostra importante para prevenção da depressão pós-parto.

Nas bases de dados consultadas em relação ao tema em Moçambique, escassos estudos foram achados que abordam especificamente sobre a ansiedade e depressão em gestantes. Os estudos achados, um aborda a ansiedade e depressão em crianças, adultos e idosos em situações de pós-desastres naturais e outro referência a prevalência da depressão pós-parto e os fatores associados (Massinga, 2010; ASPICO, 2019). Este fato, de certo modo despertou maior interesse acadêmico e social em estudar os indicadores de ansiedade, depressão e suporte social nas gestantes que são atendidas na atenção primária de saúde na cidade de Nampula, Moçambique, porque, espero que os resultados obtidos nesta pesquisa possam contribuir para futuras intervenções de prevenção de riscos que as duas condições psicológicas representam para a mulher grávida.

Um estudo cujo objetivo foi de caracterizar a produção de artigos que mensuraram sintomas de ansiedade e depressão na gestação, as autoras se referem em relação aos fatores que podem influenciar o estado psicológico na gestação, como a idade, o nível de escolaridade, fisiológicos, histórico de saúde, estrutura familiar, relacionamento conjugal, rede de apoio, condições socioeconômicas e eventos estressores (Kliemann et al., 2017).

Parte-se do pressuposto de que as condições econômicas e sociais da população Moçambicana concorram para que haja indicadores de ansiedade e depressão nas gestantes e que estes sejam prevalentes, sobretudo o terceiro trimestres da gravidez. Além disso, supõe-se que o apoio social estará presente, sobretudo no que se refere ao companheiro como demonstrado por (Kliemann et al., 2017).

4.2 PERSPECTIVA TEÓRICA

Esta pesquisa tem como suporte teórico-epistemológico os pressupostos do Pensamento Sistêmico e, com base nessa perspectiva, serão expostos os pressupostos teóricos da teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1996). Esta teoria, por sua vez, se preocupa com os fenômenos envolvidos no desenvolvimento da pessoa e de sua família, ao longo do tempo, nos diferentes contextos de desenvolvimento tais como as características pessoais, as relações proximais, os aspectos contextuais e psicossociais das gestantes ao longo do ciclo gravídico puerperal, considerando a gestação como um momento de transição importante do desenvolvimento humano.

O Pensamento Sistêmico pressupõe que se considerem os fenômenos na sua complexidade e sugere compreender o mundo desde três pressupostos principais: o da complexidade, que estabelece que a simplificação ofusque as inter-relações que existem entre os fenômenos e indica a necessidade de contextualização dos mesmos; o da instabilidade, que pressupõe que o mundo encontra-se em constante transformação, o que resulta nos princípios da imprevisibilidade, incontrolabilidade e indeterminação dos eventos; e o da intersubjetividade, que gera a noção de que a realidade depende exclusivamente do observador e como resultado deste fenômeno, se definem várias versões da provável realidade, sabendo-se que o conhecimento científico resulta de combinação social em ambientes aonde se chega a consensos. Assim, podemos assumir que “a realidade” e a “verdade” são tendências que se aproximam do real (Vasconcellos, 2002).

A epistemologia sistêmica transporta uma mudança no padrão, onde o cientista salvo e integraliza a ciência comum, mas uma visão nova sobre ela, tendo em consideração a complexidade, instabilidade e a intersubjetividade, no momento de estudar os eventos da natureza. Desde a altura que ele escolhe um agrupamento, se sugere a não separar os eventos de seus cenários e seu foco liga-se nos vínculos e interligações entre os fenômenos, além das virtudes individuais (Vasconcellos, 2002). A recursividade de acordo com Oliveira (2016) e Kliemann (2017) significa haver uma relação entre o produto e o produtor de determinado fenômeno, indicando que o produto é produtor do que produz, impedindo explicações unicasais para o mesmo.

Desse modo, o conceito que é atribuído a casualidade recursiva em contestação à narração pessoal e a aclaração linear, representa-se como ponto principal sobre a qual é estabelecido o entendimento sistêmico dos eventos. Todavia podemos considerar que os conceitos e propósitos da epistemologia do Pensamento Sistêmico ajudam na percepção da gestação, como um período de passagem ou transição do ciclo vital. Porém, salienta-se que o período gravídico carrega consigo consequências individuais e de cunho familiar, originando alteração e reorientação no ciclo de relações com toda a família (Kliemann, 2017).

Portanto, a epistemologia do Pensamento Sistêmico forneceu suporte ao estudo, principalmente baseando-se nos desígnios da complexidade, instabilidade e intersubjetividade para o entendimento dos eventos a serem estudados (Vasconcellos, 2002). Para o domínio do fenômeno e da presença de um quadro com sintomas depressivos na gravidez, é importante ter

em consideração a interpelação das múltiplas variáveis e eventos, sejam individuais, sociais e circunstanciais de uma forma concreta.

O surgimento da teoria ecológica de Bronfenbrenner trouxe uma visão relativamente diferente dos modelos teóricos anteriores relativos à psicologia do desenvolvimento, que reduzia as funções psicológicas e atribuía aos processos psicológicos significado egocêntrico (Narvaz & Koller, 2004). De acordo com as autoras, nesta perspectiva, os processos psicológicos emergem como propriedades de sistemas e a pessoa é considerada como um dos componentes da teoria e os processos e as interações passam a ser considerado o centro da atenção.

Desse modo, o padrão ecológico que teve origem no método de Kurt, ($C=f(PA)$), onde defendia que o comportamento era o resultado da interação do indivíduo com o meio que o rodeia. Para responder a este método, o termo comportamento foi substituído por desenvolvimento e posteriormente adicionou-se o tempo, visto que, o desenvolvimento de um indivíduo acontece ao longo do tempo. Assim, a comunicação que se estabelece entre o indivíduo e o cenário envolvendo o tempo, e resulta no desenvolvimento (Machado & Krebs, 1997; Narvaz & Koller, 2004). No entanto, o desenvolvimento acontece quando existe o envolvimento de processos psicológicos de uma forma contínua e consistente no indivíduo. Todo esse processo envolve alguns paradigmas que participam nas transformações das aptidões biopsicológicas dos seres humanos, transformações essas que se operam de geração em geração (Narvaz & Koller, 2004). É importante notar que no início da teoria ecológica se atribuiu maior realce aos aspectos do contexto, relegando para o segundo plano os aspectos que têm relação com a pessoa.

Foi a partir dessa concepção que Bronfenbrenner lança certa crítica em relação as origens da teoria dos sistemas ecológicos. Como forma de normalizar os aspectos da teoria dos sistemas ecológicos, introduziu-se um novo modelo que inclui os demais componentes da teoria. Foi a partir da inclusão ou integração de novos componentes e articulação, que permitiu a recuperação dos aspectos da Pessoa, dos Processos e do Tempo, então, ergue-se o modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (Narvaz & Koller, 2004).

No modelo Bioecológico, o Processo configura-se como o resultado imprescindível das interações face a face, o que foi denominado de processos proximais. Estes incluem as peculiaridades da relação entre o organismo e o ambiente que, por sua vez, agem ao longo do

tempo e são, por conseguinte, considerados a razão do desenvolvimento. Desse modo, os processos proximais fazem parte do desenvolvimento do indivíduo com objetos e símbolos, pelo que as tarefas podem ser guiadas ou orientadas sem a presença de outros indivíduos. A partir desse pressuposto, os processos proximais são delineados na base de cinco aspectos: 1) a atividade que é um elemento que condiciona o desenvolvimento no indivíduo; 2) a interação que se manifesta de uma forma regular e por momentos relativamente longos; 3) há necessidade das tarefas serem mais complexas, por isso, é necessário um tempo consideravelmente longo. 4) as relações ou as ligações nos processos proximais se tornam factuais quando se verificar uma interdependência; 5) a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação do indivíduo são estimuladas pelos objetos e símbolos, através de uma interação recíproca (Machado & Krebs, 1997; Narvaz & Koller, 2004).

A disposição dos processos proximais, como a forma, a força, o conteúdo e a direção tomam uma variação na interação sobre o desenvolvimento, como o resultado da união dos atributos biopsicológicos do indivíduo, do meio ambiente, da natureza, das mudanças, continuidades sociais que se operam com decorrer do tempo em que o indivíduo viveu (Machado & Krebs, 1997). Desse modo, os processos proximais originam dois tipos de consequências que levam a repercussão com: 1) efeitos de competência que resulta no alcance e no desenvolvimento do saber, aptidão e competências que levam o seu comportamento; 2) decorrência de disfunção que é um problema em manter o domínio do comportamento em diferentes momentos do desenvolvimento. Portanto, pode-se concluir que os estágios de desenvolvimento resultam da junção dos processos e das características do indivíduo e do ambiente. Então, é importante ter em conta os fatores genéticos que são recíprocos a todos os processos (Narvaz & Koller, 2004; Machado & Krebs, 1997).

O segundo integrante do modelo Bioecológico, a Pessoa, que envolve suas características biopsicológicas que foram as adquiridas na interação com o ambiente. Destacar que o desenvolvimento tem uma relação com o nível de consistência ou estabilidade das características biopsicológicas do indivíduo ao longo da vida (Narvaz & Koller, 2004). Pode-se afirmar que, os atributos do indivíduo são eles produtores, assim como produto do desenvolvimento, tornando-se pilares que intervêm na forma, na força, no conteúdo e na direção dos processos proximais e que resultam da relação com os demais elementos: o processo, o contexto e o tempo.

Nesta perspectiva, identificam-se três particularidades da pessoa que agem no desenvolvimento e intervêm nos processos proximais, que recebem os nomes de força, recursos e demandas: 1) a força, que desempenha o papel de expor os componentes que permitem o movimento e a sustentação dos processos proximais. São arranjos comportamentais que põem os processos proximais em desenvolvimento. Observam-se aqui as denominadas características geradoras ou desorganizadoras (Narvaz & Koller, 2004). Aquelas características que desempenham o papel de direção, como a curiosidade, a predisposição para empenhar-se nas tarefas individuais ou com outras pessoas, são denominadas de geradoras, enquanto que aquelas que impedem o indivíduo a estabelecer um comando ou domínio sobre a sua conduta, suas emoções, apatia, desatenção, insegurança, timidez excessiva, impulsividade, irresponsabilidade e tendência a comportamentos expulsivo, são as denominadas desorganizadoras; 2) os recursos biopsicológicos, que dizem respeito às privações ou condições e aptidões psicológicas que interferem na faculdade do indivíduo empenhar-se com afinco nos processos proximais. As referidas condições constituem as circunstâncias que impedem a justeza funcional do organismo, por exemplo, deficiência física ou mental, defeitos genéticos e baixo peso ao nascer. Também, as habilidades têm relação com as capacidades, as aptidões, os conhecimentos e as experiências que fizeram parte durante o desenvolvimento; 3) as demandas, que são tidas como as posturas que incentivam ou não as respostas do ambiente social, impedindo ou permitindo o contato com os processos proximais.

É importante salientar que o desenvolvimento do indivíduo não acontece só com a interação com as pessoas, mas também participam ou fazem parte os objetos e símbolos que se encontram em diferentes contextos. Atribuem-se aqui as características demográficas como a idade, gênero, e etnia, como atuantes sobre os processos proximais e no desenvolvimento (Machado & Krebs, 1997). De acordo com Narvaz e Koller (2004) os padrões genéticos fazem parte dos processos proximais, e determinam o comportamento. Por isso, as condições e aspectos ambientais interferem de um modo marcante na hereditariedade, dependendo dos efeitos dos processos proximais. E se os efeitos forem tênues, a hereditariedade ganha um potencial latente. Entretanto, a junção de várias características no indivíduo, originará diferenças ou desigualdades na direção e no vigor dos processos proximais, assim como nos resultados do desenvolvimento.

O Contexto é o terceiro componente do modelo bioecológico que é composto por quatro níveis ambientais, com a seguinte nomenclatura: microssistema, messossistema, exossistema e macrossistema. Os referidos níveis ou graus estabelecem uma articulação na configuração de estruturas convergentes embutidas umas nas outras, o que resulta no meio ambiente ecológico (Machado & Krebs, 1997; Narvaz & Koller, 2004). De acordo com esses autores, é atribuída ao microssistema a definição de um cenário onde existe um modelo protótipo de tarefas, atribuições sociais e relações interpessoais vivenciadas face a face pelo indivíduo ao longo do desenvolvimento.

A comunicação que acontece no nível de microssistema sucede com os aspectos físicos, sociais e simbólicos do meio ambiente e são atravessadas pelas características de força, de recursos e de demandas dos indivíduos envolvidos (Narvaz & Koller, 2004). A agregação de um conjunto de microssistemas é atribuída o nome de messossistema, onde um indivíduo coabita e mantém as relações com as pessoas que o rodeiam. Habitualmente é atribuído o significado quando um indivíduo começa a frequentar ou visitar um ambiente novo. Desse modo, o contato com um novo local de trabalho, por exemplo, exerce certa influência e ao mesmo tempo interfere nos outros ambientes que frequenta com a família (Machado & Krebs, 1997; Narvaz & Koller, 2004).

O outro nível que envolve os ambientes que o indivíduo habitualmente não frequenta ou utiliza é o exossistema. Apesar de não frequentar de uma forma ativa, este subsistema exerce um domínio sobre a pessoa de forma indireta. Este nível é composto por três exossistemas considerados imprescindíveis ao desenvolvimento do indivíduo, pelo fato de interferir nos processos familiares tais como: o trabalho dos pais, a rede de apoio social e a comunidade onde essa família se encontra inserida (Narvaz & Koller, 2004; Machado & Krebs, 1997). Por fim, o macrossistema congrega convicções, valores e crenças, religiões, formas de governo, culturas e subculturas que se encontram na vida cotidiana dos indivíduos que interferem no desenvolvimento. Segundo os autores acima citados, o conceito de microssistema não envolve apenas a cultura à qual o indivíduo pertence, mas à subcultura em que está inserido. O macrossistema no entender dos autores citados, circunda as tendências da cultura nos indivíduos em desenvolvimento, se relaciona com seu cotidiano. O quarto componente do modelo bioecológico é o tempo. De acordo com Narvaz e Koller (2004), este se refere às transformações e continuidades que acontecem ao longo da vida. O tempo compreende três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo. Ao microtempo são

atribuídas, a continuidade e descontinuidade do desenvolvimento, observadas nos processos proximais. O mesotempo é o período em que acontecem os episódios de processos proximais que respeitam espaços por longos tempos, como dias ou semanas, e cujos efeitos podem resultar num desenvolvimento significativo. E, finalmente, o macrotempo traduz as esperanças e os fenômenos em transformação da sociedade que se observam de gerações em gerações, assim como os fenômenos que afetam e são afetados e que resulta no desenvolvimento humano ao longo da vida. Portanto, as transformações que acontecem ao longo do tempo nas quatro propriedades do modelo bioecológico, não são apenas produtos, mas sim produtoras de transformações ao longo da história do indivíduo.

4.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ

Maldonado (2005) defende que a gestação é uma fase transitória, determinada biologicamente, por surgimento de transfigurações metabólicas profundas. É ainda um estado momentâneo de equilíbrio incerto, motivado por cenários de mudanças nos aspectos social, pessoal e intrapsíquicas (Melo & Lima, 2000). Trata-se de um período crítico com evidências de modificações de aspectos físicos e psíquicos, que alteram a disposição do estado emocional da mulher. Na altura da revelação do estado gravídico, desencadeia-se ansiedade, medo, responsabilidades sociais e culturais (Romero & Cassino, 2017).

O surgimento das alterações psicológicas pode ter origem nas relações com as pessoas do contexto social, familiares e com a própria personalidade da gestante. Desde o momento que a mulher passa a ter o conhecimento de que está grávida, inicia-se a sua preparação para assumir o papel social que antes não exercia, ou seja, de filha passa a mãe, de protegida, a protetora, e assume uma nova identidade (Maldonado, 2005).

De acordo com Romero e Cassino (2017), a cada fase do período gestacional, surge algo novo. O primeiro momento é a maternidade para a mulher grávida, o medo em abraçar a função materna. Para Nicácio (2006), a mulher grávida nota mudanças psicológicas desde o momento que se percebe como grávida, mesmo sem antes ter a grande certeza, costuma sentir psicologicamente a presença do feto e as mudanças psíquicas tornam-se mais presentes e daí inicia-se a relação materno-fetal.

Um estudo realizado na Unidade de Saúde no Município de Meio-Oeste de Santa Catarina por Vieira e Parizotto (2013) sobre alterações psicológicas decorrentes do período gravídico, com o objetivo de identificar os aspectos psicológicos no período gestacional,

observou-se que das 12 gestantes que participaram do estudo, duas manifestaram sinais de presença de alterações consideradas relevantes, as restantes evidenciaram mudanças comuns, como o resultado do desemprego do parceiro, ameaça de aborto e outros fenômenos externos à gravidez. Ainda, de acordo com o mesmo estudo, dez das mulheres grávidas conseguiram encarar de uma forma saudável os acontecimentos estressores ao longo da gravidez. Duas das entrevistadas, ainda, manifestaram algum nível de mudança, segundo elas, porque ao longo do período gestacional não receberam nenhum apoio da rede familiar e tampouco receberam apoio emocional. Diante dessas evidências, o referido estudo encontrou, ainda, uma associação direta entre a mudança psicológica como resultado da gestação, assim como a ausência de apoio emocional.

4.3.1 Caracterização dos aspectos psicológicos dos três trimestres da gravidez

O objetivo de ter um filho ou uma filha é resultado de combinação de vários elementos, desde conscientes e inconscientes, como o aprofundamento das relações entre o casal, à necessidade de trazer ao mundo um descendente e a concretização de um desejo de dar um nome de um membro da família ao filho que vier a nascer (Maldonado, 1997).

Todo esse desejo de trazer um ser ao mundo carrega consigo muitos aspectos de cunho psicológico. Como dizia Maldonado:

Embora a existência de estados emocionais peculiares na gravidez seja reconhecida pela grande maioria dos autores, a origem desses estados ainda é ainda muito discutida. É fácil supor, em vista das grandes transformações provocadas pela gravidez, que todas as mudanças emocionais se devem à existência de conflitos normalmente presentes nesse período. No entanto, é perfeitamente possível que outros fatores influam de maneira decisiva na etiologia dos estados emocionais na gravidez. (Maldonado, 1997, p. 31).

Desse modo, parece fácil imaginar que as transformações nesse período têm origem nos conflitos emocionais que habitualmente surgem na gravidez.

4.3.2 O primeiro trimestre da gravidez

Para Colman e Colman (1994), o primeiro trimestre da gravidez é tido como o período de adaptação, onde a mulher aceita a notícia da gravidez. Constitui-se de júbilo caso exista um projeto, isto é, se a gravidez fora planejada. Caso não tenha sido, desencadeia-se a incerteza na mulher. Perceber que uma mulher está grávida pode acontecer antes de ela ter a confirmação por um exame clínico, ou até mesmo antes da provável data de menstruação. Não é estranho que a mulher note as transformações que ocorrem em seu corpo de uma forma inconsciente, que denotam a gravidez e que expresse em sonhos ou intuições (Maldonado, 1997).

Ao contrário, algumas mulheres vêm a descobrir que estão grávidas no quarto ou no quinto mês de gestação. Este fato ocorre muitas vezes porque elas não conhecem bem o próprio corpo e, conseqüentemente, negam a existência de transformações que são o resultado da gravidez ou porque alguns sangramentos que ocorrem no primeiro trimestre podem ser confundidos com a menstruação.

Maldonado (2005) salienta que desde o primeiro momento a mulher percebe que está grávida, seja inconsciente ou consciente, então se inicia aquilo que se designa de uma relação materno-fetal e as transformações que se operam na comunicação na rede familiar. Então, é nesse período que a mulher passa a conviver com o estado gestacional e que se manifesta de diversas formas ao longo dos próximos meses e depois do parto, mas sempre como uma pergunta se posso ter ou filho ou não.

Na verdade, não existe uma gravidez que é aceita ou rejeitada, mesmo que existem evidências de aceitação ou rejeição. Essa atitude é claramente natural e é característica de relacionamentos entre pessoas, pois, de acordo com Maldonado (1997), uma pessoa nunca odeia completamente a outra, porque o enredo de um relacionamento humano aprova simultaneidade dos diversos sentimentos. Isso porque a gravidez resulta em grandes modificações, tais como: interpessoais, intrapsíquicas, o que logicamente inclui perdas e ganhos, que de certa forma justifica a existência de sentimentos opostos.

A variação do nível dos sentimentos tem o seu início no princípio da gravidez, observando-se uma reação que posteriormente desaparece, principalmente depois do parto. Assim, a possível atitude de negação pode ceder a uma atitude de aceitação ou o inverso (Maldonado, 2005). Nessa fase da gravidez é notável a primeira manifestação como a

hipersonia, ou seja, a mulher grávida é acometida por necessidade de dormir, algo que não se observava antes da gravidez. Observa-se que o organismo parece estar preparado para as tensões fisiológicas, que aumentam o desejo de maior repouso.

4.3.3 O segundo trimestre da gravidez

O segundo trimestre de gravidez é aquele que é tido como o mais estável de todos em termos emocionais. Os primeiros movimentos fetais são bem sentidos nesse período, pois a mulher grávida sente a presença do feto no seu ventre, como um ser isolado, mas independente e com características singulares (Maldonado, 1997). O segundo trimestre da gravidez é a fase de diferença que implicitamente se ajusta com o início dos movimentos do feto, que acontece entre 16 a 20 semanas de gravidez. Maldonado (1997) acredita que o trimestre se apresenta bastante seguro emocionalmente, em que é aceita a gravidez na vida conjugal.

Canavarro (2001) enfatiza que, com o sentir dos movimentos do bebê, a gestante assume que nela vegeta uma vida independente. Desde a altura que a mulher grávida assume a presença do bebê, se opera a distinção entre o feto e a mãe e tem início a relação mãe-filho. De acordo com Maldonado (2005), a gestante atribui ao feto algumas particularidades pessoais, de acordo a sua explicação em relação aos movimentos, como sendo: um feto afável, se os movimentos deduzidos como sendo leves; ou ainda ao feto são lhe dadas características de hostilidade e ataque se o feto executar movimentos com certa violência, com a semelhança de socos ou indelicadeza.

4.3.4 O terceiro Trimestre da gravidez

O terceiro trimestre de gravidez é considerado o momento de separação do feto da vida materna. Tem início o pensamento em relação ao aproximar do parto, a gestante começa a pensar na desunião que ocorrerá depois do nascimento do filho. De acordo com Brazelton (1993) e Colman e Colman (1994), muito antes de acontecer a desunião biológica, a gestante deve estar preparada para assumir a cisão psicológica do seu bebê. Isto, porque os últimos momentos da gravidez são determinantes, e é onde se observa a exacerbação da ansiedade. Perante este dilema, surge outro estado de incerteza, apesar da vontade de ver o bebê, e de se ver livre do estado de gestação, mas também emerge a vontade de retardar o parto, devido às

exigências matriarcais que demandam o nascimento de um filho (Cruz, 1990; Canavarro, 2001).

Canavarro (2001) e Maldonado (2005) enfatizaram que no terceiro trimestre da gravidez a gestante volta a reviver conflitos e memórias infantis da gravidez dos próprios pais que foram reprimidos. Os mesmos autores ressaltam que isso se deve a câmbios de equilíbrio entre o ego e o id, que, por sua vez, favorece o surgimento de conflitos e ilusões na consciência e debilita o sistema defensivo da gestante.

4.3.5 Fatores associados à Ansiedade e Depressão e a importância do Apoio Social

A gestação como um período de transição e de inúmeras transformações está implicitamente ligada a certo grau de ansiedade e de depressão. Porém, ter um bebê, quer seja planejado ou não, poderá originar um estado de ansiedade ou depressão, que pode ser um fator de risco durante a gravidez, no parto e puerpério. Assim, as mudanças emocionais que surgem ao longo do período gravídico são resultado de uma complicação da rede de inter-relações que envolvem os fatores: hormonais, psicológicos e sociais (Schetter & Tanner, 2012). Não obstante, devido ao fato de que a gravidez se configura como uma situação de grande exposição emocional, esperada na fase pré-natal, o impacto dos sintomas pode trazer resultados negativos para a saúde da mulher, do recém-nascido e nas relações com os familiares (Bayrampour et al., 2015).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) aponta a urbanização, o envelhecimento da população e os estilos de vida, que formam uma aliança entre si, como fatores que levam às doenças consideradas crônicas e não transmissíveis, a exemplo da depressão e ansiedade, a originar maior morbimortalidade atualmente. Além disso, estudos epidemiológicos se mostram quase consensuais ao apontar que os transtornos emocionais, como a ansiedade e a depressão, são considerados fatores de risco para a mulher gestante e o recém-nascido (Menezes et al., 2012; Araújo et al., 2010).

Dados do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2000) referem que a prevalência dos transtornos considerados comuns em mulheres grávidas apresenta-se alta, rondando por volta dos 20,2%. O estudo aponta a depressão no período gestacional em países desenvolvidos como sendo baixa, com uma variação de 10% a 15%, e nos países em desenvolvimento, como Brasil, a prevalência é de 25% (Fisher et al., 2012).

Estados de ansiedade e de depressão não são inertes ao longo do período gestacional, porque para algumas mulheres a sua manifestação é imediata e ao passo que para outras os sintomas podem perdurar ao longo da gestação e até depois do parto (Bayrampour et al., 2015). Alguns sintomas depressivos são em algumas vezes confundidos com os sinais da gravidez, como são a mudança nos hábitos de sono e de apetite e a fragilidade emocional, o que chama maior atenção para uma cuidada observação em relação à intensidade e à aparição dos sintomas, como também a necessidade de realizar um apurado diagnóstico diferencial (Baptista et al., 2006).

Em um estudo cujo objetivo foi de avaliar a presença da ansiedade e depressão na gravidez e caracterizar o perfil de gestantes, por meio do método quantitativo, epidemiológico, descritivo, de coorte transversal e correlacional, Silva et al. (2015) concluíram que das 209 mulheres que participaram da pesquisa, 26,8% manifestaram sintomas de ansiedade e 48% de depressão. Em relação ao aspecto socioeconômico e demográfico, a idade média das gestantes foi de 29,5 e o desvio padrão se situou em 5,74. A faixa etária com maior evidência no estudo foi dos 20 a 25 anos. O mesmo estudo constatou que 37,3% das gestantes possuíam o nível médio de escolaridade. Por sua vez, observou-se que 82,8% eram casadas ou moravam com o parceiro. Em relação à religião, 56,9% das entrevistadas afirmaram que professavam a religião católica, e 65,6% moravam em casa própria. Do total de 63,7% referiram que tinham uma renda mensal correspondente a três salários-mínimos. Observou-se também que 49,3% das gestantes exerciam atividade trabalhista.

No que diz respeito à anamnese obstétrica atual e pregressa, 90,9% das gestantes disseram que não enfrentaram problemas para engravidar e 95,2% não precisaram fazer tratamento algum. Das entrevistadas, 39,7% colocaram que estavam no terceiro semestre da gestação; 39% não tinham outros filhos e as que eram multigestas correspondiam a 67%. Dessas, 35% haviam vivido ou enfrentado episódio de abortamento ou ameaça de aborto, e 47,1% referiram que tiveram histórico de complicações em gravidezes anteriores.

Em relação ao estado de saúde das gestantes, os autores do estudo observaram que 88% consideraram não ter problemas, tendo apontado a hipertensão arterial (40%) e diabetes mellitus (20%) como as doenças mais recorrentes. Em relação a transtornos mentais, 79,1% referiram não ter nenhum histórico de transtornos mentais. Dentre estas, 76,2% afirmaram que foram acometidas com depressão no passado, sendo que, 59,9% foram tratadas. O número das

mulheres grávidas que não realizou tratamento para transtorno mental se apresentou relativamente alto (40,5%), dado este que se constitui em um problema de saúde pública. Quanto a eventos, tais como, violência doméstica, conflitos interpessoais, 97% das gestantes afirmaram não experimentar conflitos conjugais, 90% negaram ter sofrido violência doméstica. As que sofreram violência física correspondem a 71,5% e só uma gestante relatou ter sofrido violência psicológica ou moral. Um número considerável das gestantes afirmou ter boas relações interpessoais (89,5%), no entanto, mencionaram a família como tendo um relacionamento não satisfatório (91%). Referiram ainda que receberam suporte social (60,8%) e quem brindava o apoio era a família (88,9%).

Portanto, a pesquisa concluiu que na gravidez ocorreu ansiedade e depressão, apesar de ser evidente a ansiedade, fato que evidenciou que o período gestacional traz consigo alguns problemas para a gestante. O estudo faz ainda referência a fatores de risco associados à gravidez, como a baixa ou média escolaridade, baixa renda familiar mensal, histórico de complicações em gravidezes anteriores e não planejadas.

Num estudo desenvolvido por Thiengo et al. (2012) sobre a associação entre fatores de risco e apoio social entre gestantes, desenvolvido por meio de uma pesquisa quantitativa, os autores observaram que a prevalência de depressão ao longo da gravidez foi de 18%, em uma amostra de 104 gestantes. Em relação às características sociodemográficas, os autores notaram que a idade das gestantes participantes no estudo oscilou de 14 a 39 anos, com uma média de 25,2 anos. A faixa etária que se apresentou com um número elevado foi dos 20 aos 29 anos, que corresponde a 51%, e cerca de 26% das gestantes que participaram do estudo eram adolescentes com idades de 14 a 19 anos. No que diz respeito ao estado civil, 54% das gestantes afirmaram que estavam casadas, e 2% estavam divorciadas no momento da pesquisa. Das entrevistadas, 51% tinham 8º grau de escolaridade, 71% se identificaram de cor branca, 88% eram naturais do estado do Rio de Janeiro, Brasil, 42% estavam desempregadas e 72% pertenciam à classe baixa. O estudo associou o fato de ser solteira e estar desempregada como fator de risco para a depressão na gravidez.

No entanto, segundo o mesmo estudo, cerca de 40% das mulheres grávidas afirmaram não terem planejado a atual gravidez, 40% declararam serem primíparas, 24% aceitaram ter histórico de depressão e 15% relataram abortamentos espontâneos anteriores. Ainda, de acordo com os autores, a variável história anterior de gravidez pode estar associada à depressão ao longo da gravidez. Por sua vez, as gestantes afirmaram ter experimentado pelo

menos um fenômeno estressante, como conflito conjugal (49%), problemas de carácter financeiro (38%), morte de um familiar (38%), conflitos familiares, amigos e vizinhos (36%), ou divórcio (28%) e a perda de emprego (24%). Aqui, se evidenciaram o divórcio ou separação como fatores associados à depressão durante a gravidez.

O mesmo estudo, acima referido, pesquisou o apoio social às gestantes, que, por sua vez, foi dividido em apoio afetivo, de informação, material e emocional. O apoio afetivo teve o maior escore e uma percentagem de 80%. No entanto, 42% das gestantes afirmaram ter tido pouco apoio para obter informação, 33% de apoio material e 30% emocional. Dessa forma, de acordo como os autores, a ausência de informação e de interação positiva se associa a depressão na gestação. Portanto, a depressão, segundo os autores, se associa a fatores como: ser solteira, desempregada, possuir um histórico de depressão e antecedentes de separação ou divórcio. A presença dos fatores referenciados pode agudizar a depressão durante a gestação, principalmente em países onde as mulheres encontram dificuldades socioeconômicas, como são os casos de Moçambique e Brasil.

Outro estudo sobre ansiedade na gravidez, realizado em um Município de sul de Minas Gerais, com uma amostra de 209 gestantes, que objetivava avaliar a ocorrência da ansiedade e os fatores associados e comparar a presença da ansiedade, por meio do método descritivo e correlacional de coorte transversal, Silva et al. (2017), observou que das participantes do estudo, 46,4% eram jovens com idades entre 20 a 30 anos, 56,9% professava a religião católica e 94,3% estavam casadas ou em relação considerada estável. O estudo evidenciou que 41,1% das gestantes tinham o nível médio de escolaridade, 45,5% referiram ter renda correspondente a três salários-mínimos, 65,6% morava em casa própria e 49,3% exercia alguma atividade trabalhista. Um número considerável das gestantes afirmou que se encontrava no 3º trimestre da gestação, que corresponde a 71%. Em relação ao histórico obstétrico, 90,9% afirmaram que não enfrentou problemas para engravidar, 95,25 disse que não realizou nenhum tratamento para engravidar e 67% das gestantes era multigesta. Das que eram multigestas, 47,1% afirmaram que tiveram complicações em gravidezes anteriores e 42,1% vivenciaram um histórico de abortamento ou ameaça de parto prematuro, fatores que, de acordo com os autores do estudo, se associam de forma significativa à ocorrência da ansiedade na gestação.

Ainda, de acordo com os mesmos autores, em relação à gravidez atual, 25,8% das gestantes afirmaram que enfrentaram complicações obstétricas e 39,7% referiram não ter

filhos. Ainda no mesmo estudo, 98,6% afirmaram que almejavam a gravidez, o mesmo desejo foi compartilhado pelos pais das crianças em 99%. Desse modo, o desejo materno manifesto em relação à gravidez tem uma associação com a ansiedade. O aspecto importante no estudo é o fato de que 99% das gestantes afirmaram ter recebido apoio da família e do pai da criança (Silva et al., 2017). Dentre as gestantes participantes no estudo, 85,5% afirmaram não fumar cigarro, 92% disseram não consumir bebidas alcoólicas e 97,6% nunca usaram drogas. Desse modo, o fumar cigarro acima de dez por dia e usar drogas, são fatores associados potencialmente à ansiedade durante a gestação. No entanto, 12% das gestantes relataram ter problemas de hipertensão arterial (40%). É importante destacar que 90,7% das gestantes não faziam ainda tratamento, porém, entre as que faziam tratamento (42%), os remédios usados foram os anti-hipertensivos. No que diz respeito ao histórico de transtorno mental das gestantes, 20,1% afirmaram terem tido alguém transtorno. Das que tiveram problemas no passado, 59,5% afirmou ter realizado algum tratamento. Os autores observaram que 66,5% das gestantes não experimentaram momentos estressantes nos últimos 12 meses. Por outro lado, 54,3% relataram ter vivenciado a morte de um parente próximo e o diagnóstico de alguma doença 12,8%.

Em relação à violência doméstica, 10% afirmaram que têm histórico de violência, sendo que em 71,4% dos casos foi violência física e 100% violência psicológica. No entanto, 10,5% das gestantes afirmaram que não tinham um relacionamento saudável com a família, amigos e pessoas mais próximas e 12,7% relataram que tinham apoio social, e, das que tinham o apoio, 88,9% era oferecido pela família, que consistia na sua maioria em financeiro (74%).

Portanto, de acordo com os autores, nesse estudo, a ansiedade evidenciou ser um transtorno emocional com maior realce nas gestantes, visto que se associa a fatores como a ocupação, o histórico de abortamento, presença de complicações em gravidezes anteriores, o desejo materno em relação à gestação, o número de cigarros fumados por dia e o uso de drogas ilícitas.

Os autores do estudo consideram que, perante os resultados achados, eles são de grande relevância para a prevenção e promoção da saúde da mulher grávida, porque os fatores se associam a ocorrência da ansiedade na gestação, que poderão afetar o desenvolvimento da gestação. Assim, o conhecimento ou identificação dos fatores deve permitir a elaboração de

ações preventivas na consulta de pré-natal, como a promoção da saúde mental das gestantes. Essas ações permitirão alcançar um bem-estar físico e mental nas gestantes e no futuro filho.

Um estudo sobre sintomas depressivos na gestação e fatores associados, em 272 gestantes, cujo objetivo foi de identificar a frequência de sintomas depressivos no decorrer da gestação e verificar sua associação com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de idade, desenvolvido por Lima et al. (2017), evidenciou que do total das entrevistadas, 99,6% tinham uma média de 25,3 anos; 98,8% eram de raça branca que corresponde a 52,1%; 99,2% tinham o nível fundamental de escolaridade; 91% delas viviam com o parceiro; 60,5% professavam a religião católica; cerca de 269 das entrevistadas referiu ter uma renda familiar de 931,00 reais, o que corresponde a 50,6%; 37,5% delas eram primigestas; 65,7% tinham um ou mais filhos; 90,1% apresentaram queixas relacionadas à gestação; das entrevistadas, 19,8% afirmaram que fumavam cigarros; 4,8% usavam drogas ilícitas; 99,6% das gestantes haviam sofrido violência física e psicológica antes ou ao longo da gravidez, 11,8% e 29,8%, respectivamente. Do total das gestantes, 71,9% afirmaram que não planejaram a gravidez atual e 90,8% firmaram terem planejado a gravidez. Com o uso de coeficiente Alfa Cronbach, os autores observaram que 7% das gestantes apresentaram sintomas depressivos ao longo do período gestacional, 38,5% em alguma vez e 54,5% em nenhuma vez. Nesse sentido, os autores notaram que o nível de escolaridade elevado, planejamento da gravidez e a evolução da gestação são fatores de proteção.

Num outro estudo, desenvolvido por Baptista et al. (2006) com 44 gestantes, que tinha o objetivo de correlacionar a presença de sintomatologias depressiva e ansiosa com o suporte social durante o pré-natal, concluiu que, do total, a idade média foi de 24,6 anos; dessas, 59,1% afirmaram que tinham uma renda familiar que correspondia a três salários mínimos e 36,4% tinham de quatro a seis salários; 79,6% disseram que estavam casadas e cerca de 20,4% eram solteiras ou separadas, 68,2% viviam com o parceiro ou familiar; 63,6% afirmaram que tinham o nível médio de escolaridade e 34,1% tinham o nível fundamental. Das gestantes entrevistadas, 40,9% referiram que eram primigestas; 22,7% relataram que estavam no primeiro trimestre, 27,3% no segundo trimestre e 50% no terceiro semestre. Em relação a recorrências obstétricas, 27,7 afirmaram abortamentos em gestações anteriores; 81,8% não tinham planejado a gravidez; 40,9% referiram sentirem-se tristes ao longo da gravidez; 31,8% afirmaram ter algum membro da família que manifestavam sintomatologias de depressão ao longo das suas vidas. No que diz respeito à depressão nas gestantes, notou-se

que 29,5% tiveram escores acima da nota de corte, o que evidenciou sintomas clinicamente relevantes da depressão na gravidez. Quanto à medida de ansiedade-estado, observou-se que 77,3% das participantes do estudo apresentaram ansiedade controlada, 22,7% baixa ansiedade e 6,8% alta ansiedade. No que diz respeito à ansiedade-traço, 65,9% se encontravam ansiosas, 27,3% pouco ansiosas e 6,8% muito ansiosas. Em relação ao suporte social, 56,8% das gestantes tinham uma percepção alta e 43,2% afirmaram que tinham médio suporte social.

Para finalizar, pode-se dizer que, partindo dos estudos apresentados, a taxa de indicadores de ansiedade e de depressão na população de países pobres ou em desenvolvimento é alta (de 20 a 30%), e os fatores de risco para sua presença são: baixa renda, baixo nível de escolaridade, desemprego, uso e abuso de substâncias, como fumo, álcool e outras drogas, além da ausência ou pouco apoio social, desemprego. Por outro lado, os estudos mostraram que os fatores protetores para uma gravidez saudável são: nível de escolaridade elevado, planejamento da gravidez, realização do pré-natal para acompanhamento da evolução da gestação, além da presença do apoio social à gestante.

Assim, urge a necessidade de elaboração de medidas de intervenção para promover o desenvolvimento da gestante e do bebê. Para tanto, é imprescindível que se tenha dados epidemiológicos no que se refere a estados emocionais negativos, como se configuram os sintomas da ansiedade e da depressão, a fim de planejar programas de intervenção que incluam a gestante e sua família e que sejam eficazes.

4.4 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE

Desde o ano de 1975, altura da Proclamação da Independência do país, o governo Moçambicano, trabalhou para a criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), cujo objetivo era de criar condições sanitárias abrangentes para as populações (Brasil, 2007), porque é dever do Estado proporcionar os cuidados de saúde a toda população (Moçambique, 1990).

Para uma melhor organização e assistência às populações, o Sistema Nacional de Saúde de Moçambique está organizado em quatro níveis de atenção: primário, secundário, terciário e quaternário. O nível de atenção primária corresponde às unidades sanitárias que atendem os pacientes nos postos e centros de saúde; o nível secundário faz parte os hospitais distritais, rurais e gerais, normalmente localizados nas sedes dos distritos e se ocupam com os cuidados que não ofertados nos postos e centros de saúde; o nível de atenção terciário é

constituído pelos hospitais provinciais, que se localizam nas capitais ou outras cidades da província e por último o nível quaternário de atenção, onde fazem parte os hospitais centrais, que atualmente estão nas capitais das províncias de Maputo no sul, Beira e Quelimane no centro e Nampula no norte do país, que prestam cuidados diferenciados, como por exemplo, o acompanhamento psiquiátrico e outros serviços (Moçambique, 2007).

De acordo com os dados de Moçambique (2012), o país contava como 1.277 unidades sanitárias, 96% das quais (1224) de nível de atenção primário; 53 hospitais, sendo que 41 de nível de atenção secundário, sete de nível terciário e três hospitais centrais de nível quaternário. De referir que no ano de 2018, entrou em funcionamento o hospital central de Quelimane, perfazendo um total de (4) hospitais centrais (Moçambique, 2019).

Objetivo deste estudo é avaliar os indicadores de ansiedade, depressão e suporte social em gestantes moçambicanas. Para tanto, foram estudados: a) o perfil socioeconômico, clínico-obstétrico e de suporte social percebido das gestantes; b) a presença e as correlações entre os indicadores ansiedade, depressão e suporte social nas gestantes.

4.5 MÉTODO

4.5.1 Delineamento

Este estudo teve como objetivo gerar conhecimentos científicos a respeito da prevalência de ansiedade e depressão, além do apoio social destinado às gestantes atendidas na atenção primária de saúde. A pesquisa foi realizada a partir de uma abordagem mista, ou seja, uma etapa quantitativa e outra qualitativa, com vista à investigação do problema de pesquisa em pauta (Creswell & Creswell, 2021; Richardson, 1999). O estudo foi exploratório-descritivo, correlacional e compreensivo (Gil, 2002; Creswell & Creswell, 2021). Foi exploratório-descritivo, porque estudou um conjunto temático pouco estudado no contexto moçambicano, buscando caracterizar os indicadores de ansiedade, depressão e suporte social em gestantes e suas relações com as características pessoais e clínicas obstétricas. Correlacional porque buscou-se evidências entre as correlações dos indicadores e suas manifestações no contexto estudado, com base em técnicas estatísticas padronizadas. Por fim, compreensivo, pois buscou-se avaliar as repercussões dos fenômenos estudados na população-alvo e seus desdobramentos na atenção à saúde da mulher grávida e sua família.

4.5.2 Participantes

As participantes foram gestantes atendidas em consultas de pré-natal, em cinco (5) unidades de atenção primária de saúde na cidade de Nampula, nomeadamente: Centro de Saúde 25 de Setembro, Centro de Saúde de Muhala Expansão, Centro de Saúde de Napipine, Centro de Saúde de Marrere e o Centro de Saúde de Namutequeliua, com gestação normal, isto é, sem alguma intercorrência clínica (critério de exclusão), perfazendo um total de 166 participantes. As gestantes foram selecionadas de forma a se constituírem em uma amostra de conveniência, possuindo idade entre 18 e 42 anos, casadas ou não casadas, primigestas ou não, independentemente do trimestre gestacional, e que estavam a ser atendida no pré-natal nos cinco Centros de Saúde da cidade de Nampula, Moçambique.

4.5.3 Critérios de inclusão e exclusão

Para uma maior homogeneidade da amostra, definiram-se alguns critérios de inclusão: Ser gestante com idade de 18 a 42 anos, sem problemas que afetem a capacidade cognitiva ou expressão oral e que falem a língua portuguesa; gestante que frequente com regularidade a consulta pré-natal; voluntárias para o estudo; compreender e assinar o documento de consentimento informado. Como critérios de exclusão: gestantes adolescentes; com intercorrência clínica; gestantes com histórico de toxicod dependência; gestantes com transtorno mental ou outra patologia psíquica; gestantes que não frequentem regularmente às consultas de pré-natal e que não morem no bairro abrangido pelo estudo.

4.5.4 Local de estudo

O estudo decorreu na cidade de Nampula, em Moçambique. A cidade de Nampula, capital da província do mesmo nome, está localizada no interior da província, 2150 km a norte de Maputo, a capital de Moçambique. Em 2008, a província de Nampula foi dividida em 7 municípios: Angoche, Ilha de Moçambique, Malema, Monapo, Nacala-Porto, Nampula e Ribaué. A cidade de Nampula corresponde administrativamente ao município do mesmo nome, o qual tem, por esse motivo, um governo localmente eleito. A cidade de Nampula, segundo os dados do censo populacional de 2017, tem cerca de 743.125 habitantes, com 363.157 homens e 378.968 mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

Figura 3 - Cidade de Nampula



Fonte: Macua (2022).

4.5.5 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos abaixo descritos:

a) Questionário sociodemográfico

Instrumento adaptado do questionário construído por pesquisadores do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Desenvolvimento Infantil (NEPeDI/UFSC). É composto por 11 questões concernentes a variáveis como: dados da família (cidade de residência, composição familiar, número de pessoas que moram na casa, idade e escolaridade da respondente; renda (profissão, atividade atual, jornada de trabalho e valores dos rendimentos recebidos mensalmente pela família); uso de medicamentos por parte dos familiares; e características da habitação (tipo de casa e quantos cômodos)

b) Questionário de variáveis clínicas e obstétricas

Instrumento desenvolvido por Kliemann (2017) para obter informações sobre dados clínicos sobre a gestação atual (idade gestacional, data de início do pré-natal, intercorrências clínicas durante a gestação), histórico clínico e outros dados relevantes sobre gestações e partos anteriores, incluindo histórico de abortos, óbitos fetais e falecimento de filhos. Constam também questões sobre o histórico de saúde mental da gestante (histórico de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, se em algum momento recebeu um

diagnóstico de transtorno mental, histórico de saúde mental familiar e histórico e uso atual de álcool, tabaco e drogas).

c) Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

A escala de Depressão, Ansiedade e Estresse foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), com o objetivo de medir e diferenciar ao máximo os sintomas de ansiedade e depressão. A escala é baseada no modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Uma primeira, (a) definida pela presença de afeto negativo, como humor deprimido, insônia, desconforto e irritabilidade, que são sintomas específicos e estão incluídos tanto na depressão como na ansiedade; a segunda engloba (b) fatores que representam sintomas específicos para a depressão (anedonia, ausência de afeto positivo); por fim, a última estrutura refere-se aos (c) sintomas específicos de ansiedade (tensão somática e hiperatividade). Os resultados de uma série de análises fatoriais durante o seu desenvolvimento indicaram que os principais sintomas de ansiedade incluem excitação fisiológica (mãos suadas, tremores, aumento do batimento cardíaco), bem como a consciência subjetiva do afeto ansioso e tendências de fuga ou evitação. Já os sintomas de depressão são: baixo afeto positivo, desesperança, desvalorização da vida, depreciação e inércia. Além disso, foi incluída, na versão original, uma subescala de tensão ou esforço (Lovibond & Lovibond, 1995).

Originalmente, a DASS foi construída e avaliada para população adulta e era composta por 42 itens que refletem sintomas emocionais negativos. Os resultados de uma série de análises fatoriais durante o seu desenvolvimento indicaram que os principais sintomas de ansiedade incluem excitação fisiológica (mãos suadas, tremores, aumento do batimento cardíaco), bem como a consciência subjetiva do afeto ansioso e tendências de fuga ou evitação. Já os sintomas de depressão são: baixo afeto positivo, desesperança, desvalorização da vida, depreciação e inércia. Além disso, foi incluída, na versão original, uma subescala de tensão ou esforço (Lovibond & Lovibond, 1995). Esta última subescala surgiu empiricamente durante o desenvolvimento da subescala de depressão e de ansiedade por meio de uma agregação de itens, como dificuldade em relaxar, tensão, impaciência, irritabilidade e agitação (Szabó, 2010).

Vários pesquisadores têm demonstrado que o DASS, tanto em sua versão original de 42 itens quanto em sua breve, de 21 itens, é uma medida válida e confiável de depressão, ansiedade e tensão/estresse em populações clínicas e não clínicas de adultos, de várias

culturas e etnias. Essa última versão é composta por itens da versão original selecionada conforme critérios de conteúdo, como representação das sub facetas dos constructos avaliados e estatísticos.

Neste estudo, foi utilizada a versão reduzida da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), cujos itens encontram-se divididos em três fatores (Itens Depressão: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Ansiedade: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Estresse: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). A escala de resposta aos itens é do tipo *Likert* de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se a versão em português da DASS-21 proposta, em 2014, por Vignola e Tucci).

Vários pesquisadores têm demonstrado que o DASS, tanto em sua versão original de 42 itens quanto em sua breve, de 21 itens, é uma medida válida e confiável de depressão, ansiedade e tensão/estresse em populações clínicas e não clínicas de adultos, de várias culturas e etnias. Essa última versão é composta por itens da versão original selecionada conforme critérios de conteúdo, como representação das sub facetas dos constructos avaliados e estatísticos.

d) Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)

Em 1970, Spielberg, Gorsuch e Lushene desenvolveram o Inventário de Ansiedade Traço/Estado de autoaplicação para jovens e adultos, que distingue a ansiedade em dois conceitos: traço de ansiedade (a-traço) e estado de ansiedade (a-estado). O IDATE foi traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício em 1979. Ele é composto por duas escalas distintas para medir os dois conceitos de ansiedade. O inventário consiste em uma escala com 40 itens, 20 correspondentes à ansiedade-traço e 20 à ansiedade-estado. Existem quatro alternativas de resposta com valores que variam de um a quatro pontos. Desse modo, para cada escala, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos. Há itens das escalas que indicam uma direção contrária à ansiedade e, por isso, devem ser invertidos, ou seja, recodificados. Quanto maior a pontuação, maior a chance de o indivíduo apresentar ansiedade. Como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico, conforme estudos anteriores com gestantes foram utilizados o critério de corte igual ou maior ao escore 40 (Araújo et al., 2008; Bayrampour et al., 2015).

O IDATE tem sido amplamente utilizado no período perinatal ou no pós-parto, no plano internacionalmente e nacional, com bons resultados de sensibilidade, especificidade e valores preditivos para determinar quadros de ansiedade no contexto perinatal (Meades &

Ayres, 2011). Cabe ressaltar que tal instrumento não está totalmente liberado para utilização na atuação profissional do psicólogo, exceto para fins de pesquisa de acordo com a ponderação preconizada pela resolução CFP número 002/2003, art. 16, que coloca que “será considerada falta de ética, conforme disposto na alínea c do Art. 1 e na alínea m do Art. 2 do Código de Ética Profissional do Psicólogo, a utilização de testes psicológicos que não constam na relação de testes aprovados pelo CFP, salvo os casos de pesquisa” (Schmidt et al., 2017, p. 445).

e) Questionário do MOS-SSS (*Medical Outcomes Study-Social Support Survey*)

O instrumento MOS-SSS foi desenvolvido para a *Medical Outcomes Stay* (MOS), que investigou a percepção de suporte social em 2.987 adultos com doenças crônicas, usuários de serviços de saúde nos Estados Unidos, na década de 90, tendo demonstrado evidências de validade e confiabilidade. É um instrumento de autorrelato com 20 itens que avaliam o apoio social, estrutural e funcional. O primeiro item tem por objetivo avaliar a estrutura da rede, utilizando uma pergunta sobre o número de familiares e amigos com quem a pessoa pode contar como apoio. Os demais 19 itens avaliam cinco dimensões do apoio social (material, emocional, interação social positiva, emocional/informacional), utilizando uma escala *Likert* de cinco pontos que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre), a resposta da frequência com que o indivíduo percebe que pode contar com a rede de apoio em diferentes situações. Os autores relatam alpha de *Cronbach* maior que 0,91 para todos os fatores (Sherbourne & Stewart, 1991).

f) Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EDPS – Cox et al., 1987).

Trata-se de uma escala autoaplicável, que possui dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3). A EDPS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Ao final de aplicação, somam-se as pontuações dos itens da escala, obtendo-se um valor de zero a 30 pontos, que é usado para classificar em potencialmente deprimidas ou não deprimidas de acordo com o ponto de corte definido no estudo de validação. É largamente utilizada para rastreamento de sintomas depressivos pré-pós-natais.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é a mais utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam após o parto, tendo sido traduzida para 24 idiomas, com estudos de validação na maioria dos países (Kushi et al., 2007). A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo foi criada em 1987 por Cox et al e validado no Brasil por Santos et al. (1999). É considerado o primeiro instrumento desenvolvido para fazer

a triagem especificamente de Depressão Pós-Parto. É um instrumento de auto registro que contém questões de sintomas comuns de depressão pós-parto e que utiliza o formato de resposta do tipo múltipla escolha no qual a mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como ela tem se sentindo na última semana. Seus itens cobram sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersonia) e alterações do comportamento (crises de choro) (Santos et al., 2017).

A Escala de Depressão Pós-Parto é composta de 10 questões que avaliam como a mulher se sentiu na última semana. Para cada pergunta há quatro opções de resposta, sendo que cada resposta é associada a uma pontuação que varia de zero a três (Morais et al., 2017). A EPDS apresenta uma graduação de pontos, a qual varia de acordo com as alternativas escolhidas pela paciente. A soma varia de 0 a 30 pontos, sendo que uma pontuação igual ou superior a 10 indica uma possível depressão (Santos et al., 2017).

4.5.6 Procedimentos Éticos e de Coleta de dados

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Lúrio, Moçambique (Ref^o: 35/Fev/CBISUL/21). É importante referir que foram considerados todos os procedimentos éticos concernentes aos princípios da proteção dos direitos, bem-estar e dignidade das participantes, tais como: apresentação dos objetivos e das informações necessárias às participantes; a garantia do carácter voluntário e anônimo de sua participação; assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), confidencialidade de dados coletados e a possibilidade de desistência, em qualquer fase da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada sistematicamente em todas as agendas disponíveis para as consultas de pré-natal. O período de coleta de dados decorreu em abril de 2020 a março de 2021 e foi realizada por uma equipe de cinco enfermeiras de saúde materno-infantil vinculadas a cada um dos cinco centros de saúde e com o apoio do pesquisador principal. As enfermeiras receberam treinamento prévio com o objetivo de padronizar os procedimentos de coleta de dados. Além disso, um dos critérios adotado foi que as enfermeiras estivessem lotadas nas consultas pré-natais, fator que permitiu uma maior socialização com as gestantes.

Após o treinamento da equipe iniciou-se a coleta. As participantes do estudo foram selecionadas a partir dos critérios pré-definidos na pesquisa, alguns dos quais foram verificados por meio das informações contidas na ficha de consulta pré-natal. Dessa forma, as mulheres selecionadas eram convidadas a participar do estudo no momento da consulta pré-natal, sendo prestadas todas as informações a respeito da pesquisa, ressaltando-se ainda que, caso não aceitassem não haveria nenhum prejuízo em seu acompanhamento. O convite era formulado enquanto as gestantes aguardavam na sala de consulta pré-natal, sendo realizado antes do início dos atendimentos ou depois da consulta.

As pesquisadoras (enfermeiras de saúde materno-infantil) tomaram todo o cuidado em relação ao tempo disponível, porque a coleta durava em média de 45 minutos, com uma variação de mais ou menos 45 minutos, dependendo de características individuais de cada participante. Durante a coleta de dados às pesquisadoras mantinham-se atentas a possíveis sinais de desconforto, sendo ressaltada a possibilidade de interromper o trabalho sempre que necessário sem nenhum prejuízo para a participante.

No ato da aplicação dos instrumentos era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa (vide Anexo 1), sendo assim entregue uma cópia do mesmo para a participante e realizada a leitura de seu conteúdo em voz alta, frisando que a participação era voluntária e informando-as em relação ao procedimento de desistência. Após a leitura e assinatura do TCLE, era realizado um acolhimento inicial, esclarecendo-se dúvidas.

Ao final da coleta, conforme explicitado nas considerações éticas, foi verificado como a gestante estava se sentindo, considerando-se a mobilização emocional dos temas íntimos abordados, sendo assim oferecido acolhimento dos sentimentos e das percepções da gestante. É importante salientar que a coleta de dados em Moçambique não ocorreu conforme o planejado inicialmente. Em função da pandemia da Covid-19, o acesso aos locais de coleta de dados (Centros de Saúde) foi restrito, o que tornou o tempo de coleta de dados mais prolongado do que o esperado.

Figura 4 - Centro de Saúde de Marrere



Fonte: Fotografia do autor (2021).

4.5.7 Procedimentos de Análise dos Dados

Participaram da pesquisa 166 gestantes e a normalidade da distribuição das variáveis dos resultados das escalas métricas referidas neste estudo foram analisados pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. ($p > .05$ = distribuição normal, $p < .05$ = distribuição não normal).

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas (frequência, média, desvio padrão) das seguintes perguntas do Questionário Sociodemográfico: 1) bairro de residência, 2) número de pessoas que moram em casa, 3) grau de parentesco, 4) nível de escolaridade do respondente, 5) nível de escolaridade do marido, 6) etnia/raça do respondente, 7) profissão do respondente, 8) profissão do marido, 9) se alguém da família toma alguma medicação contínua, 10) renda familiar mensal, 11) número de cômodos da casa e 12) tipo de casa; e das perguntas do Questionário de Variáveis Clínicas: 1) religião, 2) estado civil, 3) tempo de conhecer o parceiro, 3) idade do pai do bebê, 4) número de filhos natimorto, 5) número de filhos falecidos, 6) número de abortos, 7) número de consulta pré-natais, 8) se a gravidez foi

planejada, 9) se a gravidez foi desejada, 10) se alguma vez realizou acompanhamento psicológico, 11) se alguma vez realizou acompanhamento psíquico, 12) se está atualmente em acompanhamento psicológico, 13) se em algum momento da vida recebeu algum diagnóstico psiquiátrico, 14) se existe algum diagnóstico psiquiátrico em parentes, 15) se tem histórico de uso de álcool, tabaco e/ou droga e 16) se a respondente faz o uso de álcool, tabaco e/ou drogas.

Posteriormente, foram realizadas análises descritivas (pontuação mínima, pontuação máxima, média e desvio padrão) dos escores das seguintes escalas: 1) DASS-21 (ansiedade, depressão e estresse), 2) IDATE Estado, 3) IDATE Traço, 4) Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e 5) Questionário MOS-SSS. Também se executaram análise de correlação de Spearman entre os escores das três dimensões da DASS-21, da IDATE Estado, da IDATE Traço, da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e do Questionário MOS-SSS. A escolha do uso da correlação não paramétrica foi determinada considerando que os escores de todas as escalas antes mencionadas não apresentaram distribuição normal dos dados ($p < .05$) segundo os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.

Finalmente, foram realizadas análises de variância (ANOVA), a fim de comparar os resultados médios das três dimensões da escala DASS-21 (ansiedade, depressão e estresse), IDATE Estado, IDATE Traço, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e Questionário MOS-SSS, segundo os três trimestres gestacionais. Foram implementados procedimentos de re-amostragem (*bootstrapping*; 1000 reamostragens, com intervalo de confiança 99%), com vista a apresentar maior confiabilidade aos resultados, corrigir desvios de normalidade da amostra e apresentar intervalo de confiança de 99% para as diferenças de média (Haukoos & Lewis, 2005).

Foram realizadas análises de correlação de Spearman entre os escores das três dimensões da DASS-21, da IDATE Estado, da IDATE Traço, da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e do Questionário MOS-SSS com as variáveis idade e renda. As análises foram realizadas utilizando o software no programa SPSS-22 para Windows.

4.6 RESULTADOS

4.6.1 Caracterização das participantes

Na Tabela 2 estão discriminados os valores e respectivos percentis acerca do perfil sociodemográfico das gestantes.

Tabela 2*Estatística descritiva dos dados sociodemográficos dos participantes*

Variável	Característica	N	%
Idade	18 a 22 anos	73	44,0
	23 a 27 anos	45	27,1
	28 a 32 anos	32	19,3
	33 a 37 anos	16	9,6
Nível Escolar	Primário incompleto	23	13,8
	Primário Completo	65	39,2
	Médio Incompleto	67	40,4
	Médio Completo	11	6,6
Estado Civil	Solteira	10	6,0
	Casada /União estável	132	79,5
	Divorciada /Separada	6	3,6
	Não informado	18	10,8
Religião	Católica	50	30,1
	Muçulmana	104	62,7
	Protestante	2	1,2
	Sem religião	2	1,2
	Não informado	8	4,8
Centro de Saúde	Marrere	44	26,5
	Muhala Expansão	42	25,3
	Namutequeliua	34	20,5
	25 de Setembro	17	10,2
	Napipine	29	17,5
Ocupação	Professora	4	2,4
	Enfermeira	3	1,8
	Motorista	1	0,6
	Comerciante	4	2,4
	Doméstica	144	86,7
	Não responderam	10	6,0
Ocupação do cônjuge	Professor	21	14,8
	Motorista	18	12,7
	Enfermeiro	6	4,2
	Comerciante	12	8,5
	Outros	85	59,9
	Não responderam	24	14,4
Renda Familiar	3.500.00 a 5.500.00 meticais*	34	20,5
	5.501.00 a 7.450.00 meticais	38	22,9
	7.451,00 a 12.350.00 meticais	33	19,9
	12.351.00 a 18.700,00 meticais	15	9,0
	Não informado	46	27,7

Continua

Variável	Característica	Conclusão	
		N	%
Número de pessoas que moram em casa	Até 3	39	23,5
	Entre 4 e 5	96	57,8
	Acima de 5	26	15,7
	Não informado	5	3,0

Notas. 1 metical equivale a 11,56 reais (23/08/22). Fonte: dados da pesquisa (2022).

Com base na Tabela 2, constata-se que das 166 participantes da pesquisa, 44% tinham a idade entre 18 e 22 anos. Em relação ao nível escolar, a maior parte da amostra tinha o ensino médio incompleto (40,4%) e o nível primário completo (39,2%). A maioria das gestantes (79,5%) encontrava-se casadas ou estavam num relacionamento estável. Um total de 62,7% das entrevistadas professava a religião muçulmana. Em relação aos postos de saúde nos quais foram atendidas as gestantes, 26,5% são de Marerre e 25,3% de Muhala-Expansão.

As participantes referiram quatro ocupações, no entanto, a maioria refere estar desempregada (86,7%). Em relação a ocupação do cônjuge, 59,9% referiram que os parceiros desenvolviam várias atividades não específicas. A renda mensal mínima familiar referida se situou na faixa de 3.500,00 a 5.500,00 meticais e, a máxima, entre 12.351,00 e 18.700,00 meticais. Porém, é importante salientar que 27,7% das gestantes não informaram a renda, por questões culturais do povo macua*, uma vez que o marido não é obrigado informar a esposa quanto ganha. E, em relação às pessoas que moram na casa, 57,8% referiram que moravam entre 4 e 5 pessoas.

4.6.2 Caracterização das variáveis clínicas e obstétricas das participantes

Na Tabela 3 estão contemplados os dados obtidos sobre as variáveis *clínicas e obstétricas* das gestantes.

Tabela 3

Caracterização das variáveis clínicas e obstétricas

Variável	Característica	N	%
Número de filhos natimortos	0	117	70,5
	1	5	3,0
	2 ou mais	3	1,8
	Não informado	41	24,7
Número de abortos	0	77	46,4
	1	22	13,3
	2 ou mais	14	8,4
	Não informado	53	31,9

Continua

Variável	Característica	Conclusão	
		N	%
Número de consulta pré-natal	1	59	35,5
	2	50	30,1
	3	48	28,9
	4 ou mais	8	4,8
	Não informado	1	0,6
A gravidez foi planejada	Sim	117	70,5
	Não	41	24,7
	Não informado	8	4,8
A gravidez foi desejada	Sim	130	78,3
	Não	28	16,9
	Não informado	8	4,8
Sente alguma preocupação por estar grávida	Sim	84	50,6
	Não	80	48,2
	Não informado	2	1,2
Motivos da preocupação	Cesariana	5	3,0
	Abortos	16	9,6
	Outras	54	32,5
	Não informado	91	54,8
Realizou acompanhamento psicológico?	Sim	4	2,4
	Não	161	97,6
	Não informado	1	0,6
Diagnostico psiquiátrico?	Sim	0	0,0
	Não	165	99,3
	Não informado	1	0,6
Uso de álcool, tabaco e/ou droga?	Sim	0	0,0
	Não	164	98,7
	Não respondeu	2	1,2

Fonte: dados da pesquisa (2022)

Do total das participantes do estudo, 70,5% afirmaram que tiveram filhos nascidos vivos e 4,8% indicaram um ou mais partos com filhos natimortos, sendo que 70,5% afirmaram que a gravidez foi planejada. Entre as participantes, 65,6% afirmaram que tiveram até 2 consultas pré-natal. Do total 50,6% das gestantes afirmaram que sentiu alguma preocupação por estar grávida e, quanto aos motivos da preocupação indicaram o fato de ter havido abortos anteriores (9,6%), sendo que 32,5% referiram outras causas. Dentre as gestantes, 97,6% referiram não ter realizado qualquer acompanhamento psicológico durante o período gestacional. Além, disso, 99,3% não referiam ter tido qualquer diagnóstico psiquiátrico, assim como, 98,7% não referiu fazer uso de álcool, tabaco ou droga.

Tabela 4
Caracterização do suporte social das gestantes

Variável	Característica	N	%
Recebeu apoio do cônjuge durante a gravidez	Sim	43	86,1
	Não	3	13,9
Recebeu apoio de familiares durante a gravidez	Sim	41	84,9
	Não	5	15,1
Recebeu algum tipo de apoio na gravidez	Sim	37	82,5
	Não	7	16,3
	Não informado	2	1,2
Pessoas de quem você recebeu apoio	Pai	2	1,2
	Mãe	1	6,6
	Sogra	9	5,4
	Marido	9	59,6
	Outros	2	1,2
	Não informado	3	25,9
Tipo de ajuda que recebeu	Alimentação	75	45,2
	Atividades caseiras	5	3,0
	Outras	51	30,7
	Não informado	35	21,1
Quando necessita de algum apoio, quem costuma chamar para te ajudar?	Mãe	6	3,6
	Irmãos	53	31,9
	Sogra	1	0,6
	Marido	51	30,7
	Outros	26	15,7
	Não informado	24	14,5

Fonte: dados da pesquisa (2022)

Como é possível observar na Tabela 4, as gestantes referiram ter recebido algum tipo de apoio, durante a gravidez 137 (82,5%), especialmente alimentação (45,2%). De uma forma geral, relatam terem sido apoiadas pelo cônjuge (86,1%) e de algum familiar (84,9%). Quando precisam de alguma ajuda mais imediata tendem a solicitar apoio principalmente dos irmãos (31,9%) e maridos (30,7%). A Tabela 5 apresenta as análises descritivas (média e desvio padrão) dos escores das escalas sintomas de ansiedade, depressão e estresse, obtidos nas escalas DASS-21, IDATE (Traço e Estado) e de Depressão Pós-Parto, assim como no Questionário MOS-SSS.

Tabela 5

Estatística descritiva dos escores das escalas de ansiedade, depressão e estresse nas gestantes

Instrumento	Fatores	Média	Desvio Padrão
DASS-21	Depressão	3,49	3,15
	Ansiedade	3,50	2,97
	Estresse	3,80	3,15
IDATE Estado		46,29	8,44
IDATE Traço		41,74	7,12
Escala de Depressão Pós-Parto		20,45	4,42
Questionário MOS-SSS		64,91	5,22

Fonte: dados da pesquisa (2022)

A Tabela 5, a média de sintomas de depressão, com o uso de DASS-21, foi baixa (3,49), comparando com a média padrão do instrumento que é de 6,9. O mesmo acontece com o desvio padrão que foi de 3,15, considerado baixo na literatura. Em relação a ansiedade, a média foi baixa, em comparação com a média padrão que é 3,50 (DP= 2,97). E em relação aos sintomas de estresse, a média encontrada foi de (3,80, DP=3,15), considerada baixa, de acordo a literatura especializada.

Os resultados médios apresentados para ansiedade no IDATE-Estado (46,26) e IDATE-Traço (41,74) foram considerados moderados, conforme o padrão normativo das escalas - entre 41 e 60 pontos. Em relação à escala de Depressão Pós-Parto, a média obtida foi considerada alta (20,45), ou seja, de risco para o desencadeamento da depressão. E, em relação a MOS-SSS, a média foi de 64,91 considerada baixa, considerando o alfa de Cronbach (0,83-0,92).

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise de correlação de Spearman entre os escores das três dimensões da DASS-21, da IDATE Estado, da IDATE Traço, da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e do Questionário MOS-SSS.

Tabela 6*Análise de correlações de Spearman dos escores das escalas utilizadas no estudo*

	IDATE Estado	IDATE Traço	MOS-SSS	Escala de Depressão Pós-parto	Depressão	Ansiedade	Estresse
IDATE Estado	1	-	-	-	-	-	-
IDATE Traço	$\rho = 0.612$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.374$	1	-	-	-	-	-
MOS-SSS	$\rho = 0.032$ $p = .720$ $\rho^2 = 0.001$	$\rho = -0.011$ $p = .895$ $\rho^2 = 0.001$	1	-	-	-	-
Escala de Depressão Pós-parto	$\rho = 0.331$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.109$	$\rho = 0.123$ $p = .144$ $\rho^2 = 0.015$	$\rho = 0.385$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.148$	1	-	-	-
Depressão	$\rho = 0.400$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.16$	$\rho = 0.385$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.148$	$\rho = 0.085$ $p = .294$ $\rho^2 = 0.007$	$\rho = 0.130$ $p = .100$ $\rho^2 = 0.016$	1	-	-
Ansiedade	$\rho = 0.458$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.209$	$\rho = 0.366$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.134$	$\rho = -0.002$ $p = .977$ $\rho^2 = 0.001$	$\rho = 0.240$ $p = .002$ $\rho^2 = 0.057$	$\rho = 0.760$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.577$	1	-
Estresse	$\rho = 0.453$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.205$	$\rho = 0.368$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.135$	$\rho = -0.064$ $p = .426$ $\rho^2 = 0.004$	$\rho = 0.141$ $p = .073$ $\rho^2 = 0.020$	$\rho = 0.662$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.438$	$\rho = 0.681$ $p < .001$ $\rho^2 = 0.464$	1

Notas. ρ = rho de Spearman; p = significância estatística; MOS-SSS = Questionário MOS-SSS; Escala de Depressão Pós-parto = Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo; Depressão = Fator depressão da DASS-21; Ansiedade = Fator ansiedade da DASS-21; Estresse = Fator estresse da DASS-21. Fonte: dados da pesquisa (2022)

Na Tabela 6, a correlação dos escores das escalas utilizadas no estudo demonstram que: a correlação de IDATE-Estado com a IDATE-Traço é moderada (0.612). Houve correlação com MOS-SSS com a Escala de Depressão Pós-parto que foi de (0.385) considerada fraca. Observou-se também, uma correlação fraca com depressão (0.400), ansiedade (0.458) e estresse (0.453).

O IDATE-Traço apresentou uma correlação com a depressão (0.385), ansiedade (0.366) e estresse (0.368) considerada fraca. O MOS-SSS teve uma correlação com Escala de Depressão Pós-Parto (0.385) também fraca de acordo com a literatura. Por sua vez, a Escala de Depressão Pós-Parto apresentou uma correlação com ansiedade fraca (0.240). A Depressão apresentou uma correlação com a ansiedade de (0.760) considerada forte, e outra com o

estresse moderada. Por fim, ansiedade apresentou a correlação com estresse considerada moderada.

As ANOVAs one-way foram realizadas visando comparar se os escores das três dimensões da DASS-21, da IDATE Estado, da IDATE Traço, da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e do Questionário MOS-SSS, variavam segundo os três trimestres gestacionais (Primeiro, Segundo e Terceiro). O teste de distribuição de normalidade demonstrou que os escores de todas as escalas mencionadas não apresentava distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov: $p < 0.05$ e Shapiro-Wilk: $p < 0.05$). O teste de Levene demonstrou que todos os grupos, com exceção das comparações realizadas com o teste IDATE estado (Levene (2, 107) = 4.09, $p = .019$), apresentavam homogeneidade de variância ($p > .05$). Os resultados das ANOVA executadas possibilitou verificar que não foram encontradas diferenças significativas entre os escores de nenhuma das escalas utilizadas no estudo, segundo os três trimestres gestacionais.

Tabela 7

Médias das variáveis ansiedade, depressão e apoio social nos três semestres gestacionais

Idade Gestacional	Ansiedade		Depressão		Apoio Social	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
1o Trimestre	1,7866	0,29538	0,5600	0,41521	3,4565	0,24759
2o Trimestre	1,8212	0,32715	0,4785	0,41144	3,4124	0,34450
3o Trimestre	1,7889	0,32663	0,5310	0,37124	3,4006	0,24142
Total	1,8006	0,31754	0,5186	0,39735	3,4196	0,28556

Fonte: dados da pesquisa (2022).

As médias das variáveis ansiedade, depressão e apoio social nos três semestres gestacionais em relação à ansiedade e depressão, as diferenças observadas nas respectivas médias são significativas principalmente da ansiedade (1,7866) primeiro trimestre, (1,8212) segundo trimestre e (1,7889) terceiro trimestre assim como as de apoio social que se mostraram alta, contrariamente a hipótese que defende que quanto menor apoio social a gestante recebe, maior são os sintomas de ansiedade e depressão.

Tabela 8

Comparação das médias dos sintomas de ansiedade, depressão e apoio social nos diferentes trimestres de gravidez por meio da análise de variância e teste F

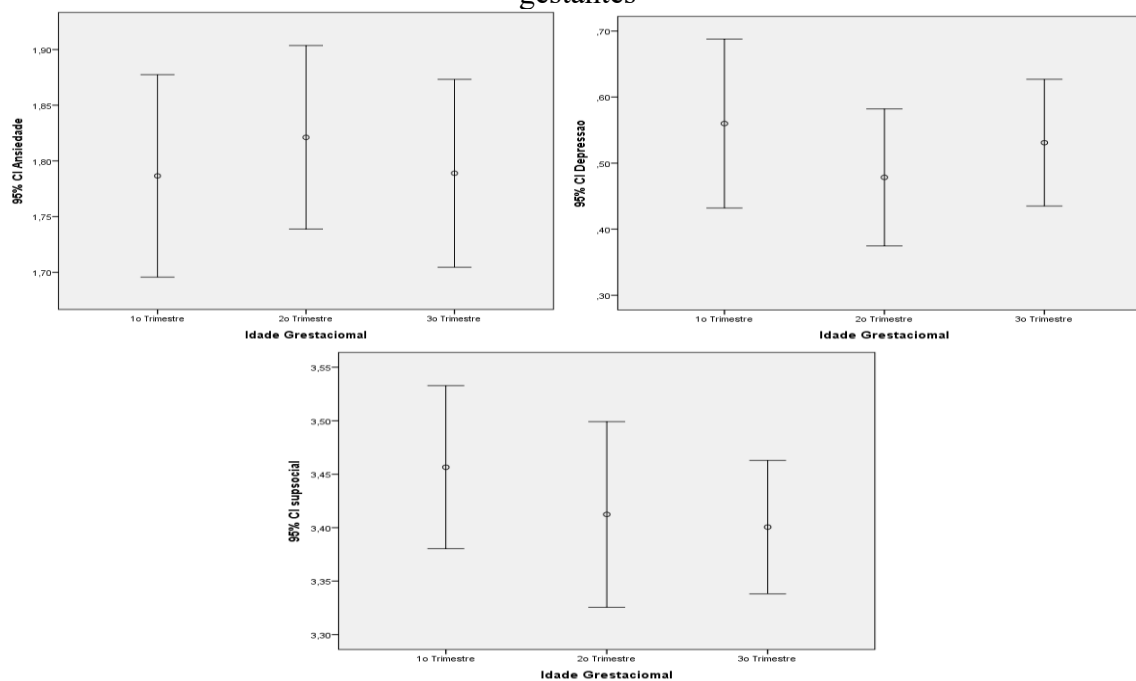
Associação das variáveis	Estatística ANOVA para sintomas de Ansiedade					
		Soma dos Quadrados	f	Quadrado Médio	F	Sig.
Ansiedade * Idade Gestacional	Entre Grupos	0,043	2	0,022	0,213	0,809
	Nos grupos	16,594	63	0,102		
	Total	16,638	65			
Estatística ANOVA para sintomas de Depressão						
		Soma dos Quadrados	f	Quadrado Médio	F	Sig.
Depressão * Idade Gestacional	Entre Grupos	0,184	2	0,092	0,581	0,561
	Nos grupos	25,868	63	0,159		
	Total	26,052	65			
Estatística ANOVA para Suporte Social						
		Soma dos Quadrados	f	Quadrado Médio	F	Sig.
Suporte social * Idade Gestacional	Entre Grupos	0,084	2	0,042	0,510	0,601
	Nos grupos	13,371	63	0,082		
	Total	13,455	65			

Fonte: dados da pesquisa (2022).

É possível observar, na Tabela 8, que não foram encontradas evidências estatísticas acerca das diferenças médias entre variações de sintomas de ansiedade ($F=0,213$ e $p>0,05$) e de depressão ($F=0,581$ e $p>0,05$) e suporte social ($F=0,510$ e $p>0,05$), comparando-as com os períodos gestacionais considerados (primeiro, segundo e terceiro trimestre de gravidez). Ou seja, não foram significativas essas diferenças, rejeitando-se a hipótese H_1 : Existe pelo menos um trimestre em que as gestantes apresentam um nível diferente de ansiedade.

Essas diferenças, embora possam ser observadas (Figura 5), especialmente em relação ao aumento de sintomas de ansiedade no segundo trimestre, não refletem uma tendência ou padrão associativo em relação às idades gestacionais. É importante salientar uma redução do suporte social ao longo dos trimestres, embora não tenha sido significativas essas diferenças.

Figura 5 - Comparação entre os indicadores de ansiedade, depressão e apoio social nas gestantes



Fonte: dados da pesquisa (2022).

A Tabela 9 apresenta os resultados da análise de correlação de Spearman entre os escores das três dimensões da DASS-21, da IDATE Estado, da IDATE Traço, da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e do Questionário MOS-SSS com as variáveis idade e renda. Como pode ser observado, a variável renda se correlaciona de forma inversa significativamente, embora seja uma correlação fraca, com os escores da escala de depressão pós parto ($\rho = -0.264$; $p = 0.019$) e com a dimensão estresse da escala DASS- 21 ($\rho = -0.298$; $p = 0.008$) – correlação inversa e moderada com a pontuação da escala IDATE Estado ($\rho = -0.369$; $p = 0.001$) e a dimensão ansiedade da escala DASS 21 ($\rho = -0.378$; $p = 0.001$).

Tabela 9

Resultados das análises de correlação de Spearman para idade e renda vs escores dos instrumentos (DASS-21, IDATE Estado e Traço, Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e Questionário MOS-SSS)

	IDATE Estado	IDATE Traço	MOS-SSS	Escala de Depressão Pós-parto	Depressão	Ansiedade	Estresse
Idade	$\rho = -0.178$ $p = .117$ $\rho^2 = 0.031$	$\rho = -0.118$ $p = .302$ $\rho^2 = 0.013$	$\rho = -0.02$ $p = .985$ $\rho^2 = 0.001$	$\rho = -0.097$ $p = .397$ $\rho^2 = 0.009$	$\rho = .017$ $p = .885$ $\rho^2 = 0.001$	$\rho = -0.089$ $p = .437$ $\rho^2 = 0.007$	$\rho = -0.108$ $p = .011$ $\rho^2 = 0.374$
Renda	$\rho = -0.369$ $p = .001$ $\rho^2 = 0.136$	$\rho = -0.098$ $p = .391$ $\rho^2 = 0.009$	$\rho = -0.091$ $p = .425$ $\rho^2 = 0.008$	$\rho = -0.264$ $p = .019$ $\rho^2 = 0.069$	$\rho = -0.211$ $p = .062$ $\rho^2 = 0.044$	$\rho = -0.378$ $p = .001$ $\rho^2 = 0.142$	$\rho = -0.298$ $p = .008$ $\rho^2 = 0.088$

Notas. ρ = rho de Spearman; p = significância estatística; MOS-SSS = Questionário MOS-SSS; Escala de Depressão Pós-parto = Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo; Depressão = Fator depressão da DASS-21; Ansiedade = Fator ansiedade da DASS-21; Estresse = Fator estresse da DASS-21. Fonte: dados da pesquisa (2022).

4.7 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a presença de indicadores de ansiedade, depressão e suporte social em gestantes que realizam consultas de pré-natal na atenção primária na cidade de Nampula, Moçambique. Os resultados do estudo vão ao encontro do objetivo, que permite fortalecer o conhecimento sobre o tema, além de confirmar algumas das hipóteses levantadas, bem como, refutar outras. Por questão de organização, os resultados serão discutidos a partir dos objetivos e das hipóteses elaborados para esta pesquisa.

A caracterização socioeconômica e demográfica das gestantes evidenciou que a maioria 73 (44,0%) tinha 18 a 22 anos. Esses achados se assemelham com o estudo de Reis-Muleva et al. (2021), que analisou a idade gestacional no início do pré-natal e aspectos associados, realizado na mesma cidade onde decorreu esta pesquisa (Nampula-Moçambique), tendo encontrado 43% de participantes na faixa etária entre 18 a 24 anos. O estudo de Silva et al. (2017), realizado no Brasil, que investigou 209 gestantes, observou que a idade predominante foi de 20 a 30 (64,4%).

No que respeito à escolaridade, os dados encontrados neste estudo demonstram que as gestantes possuem o nível médio incompleto (40,4%). Este resultado apresenta-se relativamente similar ao referido no estudo que envolveu 314 gestantes na Etiópia (36,9%),

que tinham o nível primário completo (Tsfaye & Agenagnew, 2021). Umuziga et al. (2020), em um estudo com 100 gestantes, em Ruanda, observou que 60,6% tinham o ensino primário. Silva et al. (2017), no estudo com gestantes brasileiras, referiu que 41,1% delas tinha o nível médio completo.

Em relação ao estado civil, este estudo mostrou que 79,5% das participantes estavam casadas ou mantinham uma relação estável. Reis-Muleva et al. (2021), em um estudo desenvolvido em Moçambique com gestantes com o objetivo de analisar a idade gestacional, observou que 349 (88,8%) viviam com os parceiros. Esses dois estudos encontram suporte também no estudo realizado por Ali et al. (2012). No Paquistão, com uma amostra de 165 gestantes, sendo que 76,6% estavam casadas Naja et al. (2020). Um estudo realizado em Qatar, com 800 gestantes, onde foi observado que a maioria das participantes estava casada (98%). Por fim, o estudo de Silva et al. (2017), realizado no Brasil, mostrou que 82,8% das gestantes estavam casadas ou vivia com os companheiros.

Quanto à ocupação das gestantes, esta pesquisa observou que 86,7% são domésticas, com uma renda familiar mensal de 22,9%. É importante salientar que 27,7% gestantes não referiram renda familiar, porque na cultura do povo Macua, local onde foi realizado o estudo, não é obrigatório o marido revelar à esposa o seu salário. Tsfaye e Agenagnew (2021), em uma amostra de 314 gestantes, observou que 56,1% eram domésticas, e no estudo desenvolvido por Nasreen et al. (2011), realizado em Bangladesh, 90% das 720 gestantes pesquisadas referiu atuar como domésticas.

No que se refere a variáveis clínicas e obstétrica atual e pregressa, esta pesquisa verificou que 3,0% das gestantes tinham histórico de natimortos, percentagem inferior quando comparado com o estudo de Jesus et al. (2016), no Brasil, que foi de 37,9%. De acordo com os autores desses estudos, esse fato se deve a realização de abortos e outros problemas ginecológicos.

Nesta pesquisa observamos que 35,5% das gestantes realizaram consultas pré-natal, percentagem inferior em relação às recomendações de programa de saúde materno infantil de Moçambique, que é de (4) quatro consultas no mínimo ao longo da gestação (Moçambique, 2016). No entanto, a maioria de países de alta média renda recomenda pelo menos seis consultas pré-natais ao longo da gestação (Garnelo et al., 2019; Heaman et al., 2018). Embora se verifique diferenças de números de consultas em diferentes países, a Organização Mundial da Saúde recomenda no mínimo a realização de oito consultas até a 12^a semana de gestação

(WHO, 2016). É de salientar que as recomendações poderão ser adaptadas de acordo cada situação socioeconômico, e as necessidades da população e o sistema de saúde de cada país.

Hipótese 1. Idade gestacional como fator de risco para depressão e ansiedade durante a gestação.

Os estudos desenvolvidos no mundo e no Brasil tem evidenciado que a depressão e ansiedade constituem um problema para a saúde pública, principalmente para as mulheres grávidas (OMS, 2009). Biratu e Haile (2015) defendem que os transtornos depressivos foram à segunda causa global de incapacidade em 2020. Por sua vez Bennett et al. (2004) em seu estudo em países desenvolvidos, observaram que a prevalência de depressão na gravidez foi de (7,4%) no primeiro trimestre, (12,8%) no segundo trimestre e (12,0%) no terceiro trimestre respectivamente. Porém, em países em desenvolvimento a prevalência da depressão foi de 29% em Bangladesh, (25%) no Paquistão, (20,2%) no Brasil, (39%) na África do Sul e (39,5%) na Tanzânia (Biratu & Haile, 2015).

Em nossa pesquisa, ao confrontar a hipótese de que a idade gestacional é um fator de risco para a ansiedade e depressão, foi observado que os resultados indicaram a presença de ansiedade nas gestantes no segundo trimestre. E em relação à depressão, os achados no estudo indicaram a presença de depressão nas gestantes no primeiro semestre da gestação, pouco significativo, comparando com os estudos citados anteriormente. Esse achado encontra suporte em estudo de Silva et al. (2016), onde se observou que 48,4% das gestantes apresentaram sintomas de depressão no segundo trimestre, apesar de não muito significativa. Em outro estudo, dos mesmos autores, em uma amostra de 209 gestantes sobre ansiedade na gravidez (Silva et al., 2017), foi identificado que (26,8%) das gestantes apresentaram sintomas de ansiedade, com mais ênfase no terceiro trimestre (42,9%).

No Brasil, estudos desenvolvidos nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul encontraram que 19,6% e 20,5% das gestantes entrevistadas, respectivamente, evidenciaram sintomas de depressão. Outro estudo realizado no Município de Rio de Janeiro em gestantes observou a prevalência de 64,9% de ansiedade (Morais et al., 2017). Almeida et al. (2012) verificaram sintomas de depressão em gestantes em torno de (28%) e (25%) no segundo e terceiro semestres, respectivamente, corroborando com o estudo de Silva et al. (2017). E em outro estudo de revisão sistemática com gestantes dos países desenvolvidos, a prevalência de depressão foi (8,5%) para ambos os semestres. Porém, os instrumentos usados para avaliar os sintomas de depressão e assim como as amostras selecionadas variaram muito nos diferentes

estudos, o que pode explicar os resultados divergentes, fator que pode dificultar a comparação (Gavin et al., 2005).

A maioria dos estudos que discutem a idade gestacional encontrou que a prevalência de depressão foi de 48,4% em gestantes no segundo trimestre da gestação no Brasil, diferente dos achados neste estudo que verificou um patamar de sintomas de depressão no primeiro trimestre. É importante referenciar que as diferenças verificadas nos resultados estudos na depressão e ansiedade são devido ao contexto, local e amostra da realização do estudo. O uso de amostras representativas da população em estudo poderá permitir não só a magnitude do problema, mas também a comparação com outras pesquisas, possibilitando desse modo o conhecimento do fenômeno e os fatores associados. Portanto, perante os resultados dos estudos, podemos aferir que a idade gestacional é um potencial risco para depressão e ansiedade na gestação.

Hipótese 2. O nível de escolaridade baixo contribui para o desenvolvimento de ansiedade e depressão na gravidez.

No que diz respeito o nível de escolaridade, os achados no nosso estudo permitem inferir a presença de um perfil de primário completo 65 (39,2%) e médio incompleto 67 (40,4%). Um estudo de Reis-Muleva et al. (2021), realizado em Nampula-Moçambique com 393 gestantes, verificou que a maioria (52,4%) tinha o ensino primário. Porém, o estudo de Silva et al., 2015 que avaliou a presença de ansiedade e depressão na gravidez num Município do sul de Minas Gerais, no Brasil, verificou que 37,3% das gestantes com o ensino médio completo. Outro estudo também realizado no Brasil, que objetivou identificar a presença de depressão em gestantes observou que a maioria das entrevistadas tinha o ensino médio incompleto. Os achados dos estudos (de Moçambique e Brasil) se assemelham apesar de notar-se alguma diferença não significativa nos seus resultados. Porém, os mesmos resultados contrastam com os dados evidenciados num estudo desenvolvido no Paquistão que, apesar de ser um país não desenvolvido igual que Moçambique, observou que a maioria das gestantes (70%) tinha o ensino superior completo ou pós-graduação (Ali et al., 2012).

É importante referenciar que a educação acompanhada com a escolaridade, acrescenta as possibilidades de escolher e adquirir novos conhecimentos que incentivam para atitudes e comportamentos aceitáveis que tem efeito direto para a vida das pessoas. Assim, o baixo nível de escolarização é um risco para saúde das mulheres, principalmente nas grávidas (Brasil, 2000).

Os resultados desta pesquisa, tendo em vista aqueles referidos na literatura pesquisada, apontam que o baixo nível de escolaridade na gestação é um potencial risco para o desenvolvimento da depressão e ansiedade, porque a gestante, por falta de informação sobre o seu estado, pode negligenciar os cuidados durante o período gestacional, fator que pode comprometer o desenvolvimento saudável do feto. Avaliamos que se o nível escolar da gestante for elevado, esta tem a possibilidade de cumprir com as orientações de saúde durante o pré-natal, no sentido de reduzir significativamente o potencial de riscos para a depressão e a ansiedade e, conseqüentemente, contribuir de forma positiva para a saúde mental.

Hipótese 3. O desemprego no período gestacional é um fator para o desenvolvimento da ansiedade e depressão.

O nosso estudo revelou que 86,7% (144) das gestantes não exercia nenhuma atividade remunerada, isto é, são domésticas. Cerca de 43 (10,3%) das gestantes no estudo desenvolvido em Moçambique por Reis-Muleva et al. (2021), exerciam alguma atividade remunerada. Nesta pesquisa, apenas 7,2% das gestantes tinham uma atividade remunerada, valor inferior ao encontrado no estudo de Reis-Muleva et al. (2021).

Tesfaye e Agenagnew (2021), em um estudo realizado na Etiópia, verificou uma prevalência de depressão pré-natal e fatores associados em 176 (56,1%) de gestantes domésticas. No estudo de Silva et al. (2015), no Brasil, 49,3% das gestantes exerciam alguma atividade remunerada, e o de Silva e Clapis (2020), que objetivou identificar os fatores de risco para a ocorrência da depressão em gestantes, observou que 60% das participantes exerciam atividade remunerada. É importante referir que a ocupação da gestante tem uma relação com a renda familiar, porque durante a o período gestacional, exercer uma atividade que proporciona renda pode trazer tranquilidade na gestante, visto que, a presença de uma renda mensal reduz inquietação e estresse relacionado com os possíveis gastos durante a gravidez, assim como a preparação para o nascimento do bebê.

Nesta pesquisa foi verificado que a maioria das gestantes (86,7%) não exercia nenhuma atividade remunerada, valores discrepantes aos encontrados nos estudos de Silva et al. (2015) e de Silva e Clapis (2020). Como é de depreender, os estudos desenvolvidos em Moçambique, esta pesquisa e o estudo de Reis-Muleva et al. (2021), evidenciaram que a maioria das gestantes não tinha emprego no momento da investigação, fator que pode contribuir para o aumento de sintomas de depressão e de ansiedade durante a gestação.

Os resultados analisados nesta pesquisa não permitem concluir que o desemprego no período gestacional é um fator para o desenvolvimento da ansiedade e depressão. No entanto, é possível afirmar que, o fato de a gestante ter alguma atividade que gera renda, é um fator de proteção para o desenvolvimento de perturbações ou transtornos emocionais. Assim, é recomendado que se criem condições para que a gestante tenha alguma atividade produtiva.

Hipótese 4. O baixo suporte social durante a gravidez é um fator para o desenvolvimento da ansiedade e depressão.

O suporte social durante a gestação deve ser considerado um componente importante para gestante e a respectiva família. Alvarado et al. (1993) defendem que o suporte social e outras formas de apoio podem contribuir para a redução dos estados emocionais ao longo da vida. Por sua vez, Antunes e Fontaine (2005) advogam que o suporte social é o apoio emocional oferecido pela família, amigos, na forma de afeto, assistência e informação, que permite a pessoa sentir-se amada, cuidada, valorizada e segura. Nesta pesquisa, constatou-se que 137 (82,5%) das gestantes receberam algum tipo de apoio familiar, que consistiu principalmente em alimentação 75 (45,2%). O apoio, de acordo com as gestantes, veio do cônjuge 143 (86,1%) e de familiares 141 (84,9).

O estudo de Konradt et al. (2011) desenvolvido com 1.019 mulheres gestantes, em Pelotas, Brasil, verificou que a maior parte das gestantes pesquisadas recebeu o suporte do cônjuge e familiares (96,8%). No entanto, o estudo de Tesfaye e Agenagnwe (2021), realizado na Etiópia, que estudou a prevalência de depressão pré-natal e seus fatores associados em 314 gestantes, verificou que 2/3 das gestantes referiram apoio social dos parceiros. Desse modo, o apoio do esposo ou parceiro se evidenciou nos estudos consultados, fator que pode ter reflexo no modo como a gestante aceita e convive com a gravidez, e na maneira que enfrenta as possíveis dificuldades relacionadas ao período de gestação.

Os estudos mostram a importância do suporte social na saúde mental materna. A mulher em estado gestacional com pouco suporte social corre o risco de desenvolver a depressão e ansiedade. Brindar um bom suporte social à gestante pode ajudar a mulher a correr menos riscos de desenvolver a depressão pós-parto.

4.8 CONCLUSÃO

A gravidez aparece, atualmente, como um acontecimento importante na vida de uma mulher, sendo um desafio e ao mesmo tempo uma ameaça na sua estrutura psicológica, visto

que se trata de uma fase específica na vida de uma mulher, na qual ela vai redefinir e adaptar-se a novos papéis e responsabilidades (Canavarro, 2001). A literatura consultada constatou que a ansiedade e a depressão são frequentes durante a gestação, fenômenos que podem comprometer a saúde da gestante e do bebê. Por este motivo neste estudo procuramos avaliar a presença de indicadores de ansiedade, depressão e suporte social em gestantes que realizam pré-natal nos centros de saúde na cidade de Nampula Moçambique.

Do ponto de vista metodológico, a realização de dois estudos (revisão e empírico) possibilitou identificar características sociodemográficas, clínicas-obstétricas e de saúde mental em gestantes, especialmente na manifestação de sintomas de ansiedade e depressão. O estudo documental ajudou a identificar a relação entre a depressão, ansiedade e suporte social recebido pelas gestantes. Também, possibilitou perceber a necessidade de programar intervenções viradas para a prevenção, detecção e tratamento de transtornos mentais que podem afetar a mulher grávida, como ansiedade, depressão.

O estudo empírico permitiu observar que a maioria das gestantes tinha 18 a 22 anos de idade, o nível de escolaridade predominante foi médio incompleto, das gestantes a maioria se encontrava sem ocupação formal. Foi observado, ainda, que a idade gestacional constituiu um risco para o desenvolvimento da ansiedade no segundo trimestre e a depressão no primeiro trimestre da gestação respectivamente, assim como, ficou evidenciado que o suporte social é um mecanismo de proteção para a ansiedade e depressão.

Das quatro hipóteses formuladas, resumidamente, podemos afirmar que: H1 e H2 foram confirmadas totalmente; a H4 foi confirmada parcialmente; a hipótese H3 foi rejeitada.

Na H1, foi confirmado que a idade gestacional é um fator de risco para o desenvolvimento da ansiedade e depressão nas gestantes, apesar não ser em todos os trimestres da gestação.

Na H2, confirmou-se que baixo nível de escolaridade é um potencial fator de risco para o desenvolvimento da depressão e ansiedade, porque a falta de informação sobre o seu estado, pode negligenciar os cuidados durante a gestação.

A H3 não foi confirmada, uma vez que não se verificou que o desemprego no período gestacional é um fator de risco para o desenvolvimento da ansiedade e depressão. No entanto, é possível afirmar que, o fato de a gestante ter alguma atividade que gera renda, é um fator de proteção para o desenvolvimento de perturbações ou transtornos mentais. Assim, é recomendado que se criem condições para que a gestante tenha uma atividade produtiva.

Na H4, confirmou-se que o baixo suporte social durante a gravidez é um fator para o desenvolvimento da ansiedade e depressão, porque a mulher em estado gestacional que recebe pouco suporte social corre o risco de desenvolver a depressão e ansiedade.

Consideramos que a pesquisa foi pertinente, relevante e enriquecedora para o estudo da depressão, ansiedade e suporte social nas gestantes. Os resultados mostraram quão é importante o desenvolvimento de estudos que visam investigar a saúde mental da mulher grávida. Esta pesquisa ressaltou, ainda, a necessidade de se promover maior atenção no desenho de políticas públicas que incluam a saúde mental da gestante, principalmente no rastreio e diagnóstico de depressão e ansiedade, considerados fatores de risco para a depressão pós-parto.

4.8.1 Limitações do estudo

Contudo, e apesar de dispormos para o estudo uma amostra razoável (166 grávidas), e estarem distribuídas pelos principais centros de saúde da cidade de Nampula, podemos apontar algumas limitações como: a escassez de estudos que abordam o tema em Moçambique, fator que terá contribuído para a citação e comparação de variáveis do estudo. Seria necessário realizar revisão integrada sobre o tema em base de dados internacionais para a comparação com os estudos de bases nacionais. É importante a realização de estudos em outros contextos que são mais próximos ou em distintas regiões na mesma cidade. Também por ter-se realizado a pesquisa no tempo de pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

- Abas, M., Ali, G. C., Nakimuli-Mpungu, E., & Chibanda, N. (2014). Depression in people living with HIV in Sub-Saharan Africa: Time to act. *Tropical Medicine and International Health*, 19(12), 1392-1396. <https://doi.org/10.1111/tmi.12382>
- Abelha, L. (2014). Depressão, uma questão de saúde pública. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(3), 223-223. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400030001>
- Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G., & Moin, S. S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-19. <https://doi.org/10.1100/2012/653098>
- Alipour, Z., Kheirabadi, G. R., Kazemi, A., & Fooladi, M. (2018). The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: A systematic review. *East Mediterr Health*, 24(6), 549-559. <https://doi.org/10.26719/2018.24.6.549>
- Almeida, M. S., Nunes, M. A., Camey, S., Pinheiro, A. P., & Schmidt, M. I. (2012). Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de Saúde de Sul de Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 28(2), 385-393. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>
- Alvarado, M. R., Peruca, L. E., Neves, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, E., & Vera, A. (1993). Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 58(2), 135-141.
- American Psychiatric Association. APA. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora. <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf>
- Andrade, L., Walters, E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10- mental disorders in catchments area in the city of São Paulo, Brasil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316-25. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0551-x>
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: Análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Pandéia*, 15(32), 355-366. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000300005>
- Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. R. N., Pimenta, A. M., & Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(3), 333-340. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000300013>
- Araújo, D. M. R., Vilarim, M. M., Saboroza, A. R., & Nardi, A. E. (2010). Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 26(2), 219-227. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200002>

- Associação de Assistência Psicologia a Comunidade. (2019). *Relatório de Pesquisa das Atividades Desenvolvidas em Dombe, Manica em Moçambique*.
- Aytac, S. H., & Yazici, S. (2020). The effect of social support on pregnancy and postpartum depression. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 746-758. <https://www.proquest.com/docview/2410490956?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Baptista, M. N., Baptista A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006
- Bayrampour, H., McDonald, S., & Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31(6), 582-589. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.009>
- Bedaso, A., Adams, J. W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(162), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-012095>
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetric Gynecology*, 103(4), 698-709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawbby., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Biratu, A., & Haile, D. (2015). Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: Cross-sectional study. *Reproductive Health*, 12(99). <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0092-x>
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. *Assistência pré-natal: Manual técnico*. Brasília.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde de Brasil. *Marco legal: Saúde um direito de adolescentes*. Brasília.
- Brazelton, T. B. (1993). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Terramar Editores.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Giolamo, G., et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(90). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Bronfenbrenner, U. A. (1996). *Ecologia do desenvolvimento humano*. Trad. M. A. V. Veronese. Artes Médicas.

- Canavarro, M. C. S. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Org.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Quarteto Editora.
- Casale, M., & Wild, L. (2013). Effects and process linking social support to caregiver health among HIV/AIDS-affect care-child dyads: A critical review of the empirical evidence. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1591-1611. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0275-1>
- Clay, E. C., & Seehusen, D. A. (2004). A review of postpartum depression for the primary care physician. *Southern Medical Journal*, 97(2), 175-161. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000091029.34773.33>
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência Psicologia*. Edições Colibri.
- Costa, T. S. S (2015). *Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela estratégia de saúde família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro* [Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo].
- Couto, E. R., Couto, E., Gregório, Z., Nomura, M. L., Zaccaria, R., & Passini, P. R., Junior. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Medicine Journal*, 127(4), 185-189. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802009000400002>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Cambridge University Press
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2021). Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto (5a ed.). Editora Penso.
- Cruz, M. M. (1990). Encantos e desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, 4(VIII), 367-370.
- Cury, A. (2016). *Ansiedade 2: Autocontrole - Como controlar o estresse e manter o equilíbrio*. Benvirá.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). Promoção da gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Portugal.
- Faisal-Cury, A., Rocha, A. C., Silotto, A. E. M. R., & Oliveira, R. D. M. (2021). Prevalence and associated risk factors of antenatal depression among brazilian pregnant women: Population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 5, 1-6. <https://doi.org.101016/jjad.2021.100166>.
- Fisher, J., Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in woman on low- and lower-middle-income countries a systematic review. *Bull World Health Organization*, 90(2), 139-49. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>

- Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2019). Revisão sistemática da literatura: Conceituação, produção e publicação. *Logeion: Filosofia da Informação*, 6(1), 57-73. <https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>
- Garnelo, L., Horta, B. L., Escobar, A. L., Santos, J. V., Cardoso, A. M., Welch, J. R., Tavares, F. G., & Coimbra, C. E. A., Jr. (2019). Avaliação da atenção pré-natal ofertadas as mulheres indígenas no Brasil: Achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(supl.2). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00181318>.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106(5), 107-183. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de Pesquisa* (4a ed). Atlas.
- Gonçalves, A. M. C., Teixeira, M. T. B., Gama, J. R. A., Lopes, C. S., Silva, G. A., Gamarra, C. J., Duque, K. C. D., & Machado, M. L. S. M. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2): 101-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>
- Guimarães, F. J., Santos, F. J. S., Leite, A. F. B., Holanda, V. R., Sousa, G. S., & Perrelli, J. G. A. (2019). Adoecimento mental em gestantes. *Enfermería Global*, 53, 511-522. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A. C., & Juraci, A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>
- Heaman, M. I., Martens, P. J., Brownell, M. D., Chartier, M. J., Derksen, S. A., & Helewa, M. E. (2018). The association of inadequate and intensive prenatal care with maternal, fetal and infant outcomes: A population-based study in Manitoba, Canada. *Journal Obstet Gynecol Canada*, 41(7), 1-13. doi:<http://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.09.006>
- Haukoos, J., & Lewis, R. (2005). Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with "difficult" distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 360-365. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>
- Hung C., & Chung, H. (2001). The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 676-684. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02032.x>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *IV Censo Geral da População e Habitação*. Maputo.
- Jardim, S. (2011). Depressão e trabalho: Ruptura de laço social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 84-92. <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a08v36n123.pdf>

- Kliemann, A. (2017). *Sintomas depressivos na gestação: Fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 25(2), 69-76. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>
- Konradt, C. E., Silva, R. A., Jansen, K., Vianna, D. M., Quevedo, M. A., Souza, L. D. M., Oses, J. P., & Pinheiro, R. T. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista Psiquiatria*, 33(2), 76-79. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>
- Kushi, L. H., Kwan, M. L., Lee, M. M., & Ambrosone, C. B. (2007). Lifestyle Factors and Survival in Women with Breast Cancer. *The Journal of Nutrition*, 137(1), 236-242. <https://doi.org/10.1093/jn/137.1.236S>
- Lima, M. O. P., Tsunehiro, M. A., Bonadio, I. C., Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: Estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm.* 30(1):39-46. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700007>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression, anxiety, stress scales Australia*. <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>
- Machado, Z., & Krebs, R. J. (1997). Teoria dos sistemas ecológicos: Um paradigma para o desenvolvimento infantil. *Editora da Universidade Federal de Santa Maria*, 1, 101-133
- Macua. (2022). Site institucional. <https://macua.blogs.com/>
- Madeghe, B. A., Kogi-Makau, W., Ngala, S., & Kumar, M. (2021). Risk factors and experiences of prepartum depression in urban-low-income settlement Nairobi Kenya: A mixed method study. *F1000 Research*, 9(1495). <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.27434.3>
- Maldonado, M. T. (2005). *Psicologia da gravidez* (17a ed.). Saraiva.
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. (14a ed.). Editora Saraiva.
- Maldonado, M. T. (1984). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Editora Saraiva.
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. R. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>

- Marques, A. C. M., & Souza, L. F. (2019). *Gestação e seus fatores emocionais* [Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário de Anápolis].
- Massinga, L. H. J. (2010). *Perturbações psiquiátricas no Pós-parto na cidade de Maputo* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto-Portugal].
- Meades, R., & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.009>
- Melo, L. L., & Lima, M. A. D. S. (2000). Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: Suas alterações psicológicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(1), 81-86. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000100010>
- Menezes, L. O., Pinheiro, R. T., Quevedo, L. A., Oliveira, S. S., Silva, A. S., Pinheiro, K. A. T., Santo, G. C. E. & Jansen, K. (2012). O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: Uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 28(10), 1939-1948. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000012>
- Mitano, F., Balegamire, J. B., & Sidat, M. (2015). Gravidez na adolescência: Um Estudo qualitativo realizado com utentes do hospital geral de Chamanculo na cidade de Maputo. *Revista Científica da Universidade Eduardo Mondlane, Serie Ciências Biomédicas e Saúde Pública*, 1(1), 14-26. <http://www.revistacientifica.uem.mz/revista/index.php/cbsp/article/view/8>
- Moçambique. (1990). *Constituição da República de Moçambique*.
- Moçambique. Ministério da Saúde. (2012). *Relatório da Revisão do Sector de Saúde*. Maputo
- Moçambique. Ministério da Saúde. (2016). *Normas para atenção pré-natal e cuidados pós-natal para mulheres e recém-nascidos*. Maputo.
- Moçambique. Ministério da Saúde. (2019). *Informe orçamental: Saúde de Moçambique*. Maputo.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1-9. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-4-1/>
- Morais, A. O. D. J., Simões, V. M. F., Rodrigues, L. S., Batista, R. F. L., Lamy, Z. C., Carvalho, C. A., Silva, A. A. M., & Ribeiro, M. R. C. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: Uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6), 1-16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00032016>
- Naja, S., Kubaisi, N. A., Singh, R., & Baugmiza, I. (2020). Generalized and pregnancy-related anxiety prevalence and predictors among pregnant women attending primary

- health care in Qatar, 2018-2019. *Heliyon* 6(10), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05264>.
- Narvaz, M. G, & Koller, S. H. (2004). *Ecologia do Desenvolvimento humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. Casa do Psicólogo.
- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*, 11(2), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-22>
- Nicácio, F. S. (2006). *Aspectos psicológicos da gestante*. <http://saude.hsw.uol.com.br/alteracoes-psicologicas-na-gravidez.htm>
- Oliveira, J. L. A. (2016). A epistemologia do Pensamento sistêmico no século XX e as contribuições de Humberto Maturana para o avanço das ciências pós-moderna [Monografia de Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra.
- Patel, V., & Prince, M. (2006). Maternal psychological morbidity and low birth weight in India. *British Journal of Psychiatry*, 188, 284-285. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012096>
- Premji, S. S., Lalani, S., Shaikh, K., Mian, A., Forcheh, N., Dorsani, A., Letourneu, N., Yim, I.S., Bhamanu, S. S., & Might Collaborators in Research. (2020). Comorbid anxiety and depression among pregnant pakistani women: Higher Rates different vulnerability characteristics and the role of perceived stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph.17197295>.
- Rebello, M. G. (2016). *Avaliação de depressão, estresse, apoio social e autoestima em gestantes com suspeita de restrição do crescimento fetal* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo].
- Reis-Muleva, B., Duarte, L. S., Silva, C. M., Gouveia, L. M. R., & Borges, A. L. (2021). Assistência ao pré-natal em Moçambique: Número de consultas e idade gestacional no início do pré-natal. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, 29(e3481), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4964.3481>.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: Métodos e técnicas*. Atlas.
- Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Amaury, C., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends in*

- Psychiatry and Psychotherapy*, 38(3).136-140. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0067>.
- Romero, S. L., & Cassino, L. (2017). Saúde mental no cuidado à gestante durante o pré-natal. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 6(2), 1-21. <http://jornalold.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/560>
- Sacks, R. M., Greene, J., Hibbard, J. H., & Overton, V. (2014). How well do patient activation scores predict depression outcomes one year later? *Journal of Affective Disorders*, 169(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.030>
- Santos, C. E., Paludo, S. S., Schiro, E. D. B., & Koller, S. H. (1999). Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. *Maringá Psicologia em Estudo*. 15(1), 73-85. <https://www.scielo.br/j/pe/a/BqKFcS478sbjFTnK3CypB6P/abstract/?lang=pt>
- Santos, E. A. (2020). *Sintomas depressivos em gestantes: organização do processo de cuidado por meio de fluxograma descritor* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista].
- Santos, M. A. R., Goetz, E. R., Sicco, G. R., Fernandes, H. G. S., Medeiros, M., Melo, N. E. B., & Bratt, V. F. (2017). Perfil Epidemiológico de puérperas com quadro de depressão pós-parto em Unidades de Saúde de um Município da Serra Catarinense. *Revista Amrigs*, 61(1), 30-34. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-849078>
- Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research and practice. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2), 141-148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Schmidt, B., Bolze, S. D. A., & Crepaldi, M. A. (2017). Avaliação Psicológica no Contexto Hospitalar. In: M. R. C. Lins & J. C. Borsa (Orgs.). *Avaliação Psicológica. Aspectos teóricos e práticos* (1a ed). Vozes, 427-445.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Silva, A. M. (2020). *Perfil das puérperas de um hospital universitário e sua relação com depressão pós-parto segundo a escala de depressão pós-parto de Edimburgo*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Silva, M. M. J., & Clapis, M. J. (2020). Percepção das gestantes acerca dos fatores de risco para depressão na gravidez. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24(e1328), 1-8. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200065>.
- Silva, M. M. J., Leite, E. P. R. C., Nogueira, D. A., & Clapis, M. J. (2015). Ansiedade e depressão na gravidez: Caracterização de gestantes que realizaram pré-natal em Unidades Públicas de Saúde. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9(7), 9027-9037. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i7a10694p9027-9037-2015>

- Silva, M. M. J., Leite, E. P. R. C., Nogueira, D. A., & Clapis, M. J. (2016). Depression in pregnancy: Prevalence and associated factors. *Investigacion y Educacion em Enfermaria*, 34(2), 342-350. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14>
- Silva, M. M. J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Ansiedade na gravidez: Prevalência e fatores associados. *Revista de Escola de Enfermagem USP*, 51(03253), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253->
- Singo, B. D. O. (2018). Impacto da gravidez precoce sobre econômicos e socioeconômicos de adolescentes moçambicanas: Resgatar o passado e perspectivar o futuro. *Revista Ensino de Ciências e Humanidades Cidadania, Diversidade e Bem Estar*, 1(1), 150-175.
- Soto-Balbuena, C., Rodríguez, M. F., Gomis, A. I. E., Barriendos, F. J. F., & Le, H. N. (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30(3), 257-263. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.379>
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Szabó, M. (2010). The Short Version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 33(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.05.014>
- Tesfaye, Y., & Agenagnew, L. (2021). Antenatal Depression and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care Service in Kochi Health Centre, Jimma Town, Ethiopia. *Journal of Pregnancy*, 2021, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2021/5047432>.
- Thiengo, D. L., Santos, J. F. C., Fonseca, D. L., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação: Um estudo sobre associação entre fatores de risco e apoio social entre gestantes. *Caderno de Saúde Coletiva*, 20(4), 416-426. <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/X4kfDCZgyYjmVV9C9c3VQ5c/abstract/?lang=pt>
- Umuziga, M. P., Adejuno, O., & Hynie, M. (2020). A cross-sectional study of the prevalence and factors associated with symptoms of perinatal depression and anxiety in Ruanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(68). <https://doi.org/10.1186/s12884-2747-z>.
- Valentim, W., Levan, I., Kohun, R., Miranda, C. T., & Mello, A. A. F. M. (2011). Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista Saúde Pública*, 38(4), 523-528.
- Van-Heyning, T., Honikman, S., Myer, L., Onah, M. N., Fiel, S., Tomlinson, M. (2017). Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa a cross-sectional study. *Arch Womens Ment. Health*, 20, 765-775. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0768-z>
- Vasconcellos, M. J. E. (2002). *Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência* (9a ed). Papirus.

- Vieira, B., & Parizotto, A. P. A. V. (2013). Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc & Ciência - ACBS*, 4(1), 79-90. <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/2559>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Wenzel, A., & Kleiman, K. (2015). *Cognitive behavioral therapy for perinatal distress*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- World Health Organization. (2006). *Mental health: Facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO, European Ministerial Conference. <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>
- World Health Organization. (2011). *Depression. Update*. <http://www.who.int/neutral-health/management/depression/en/>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal-health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Venho por meio de este convidá-la a participar da pesquisa intitulada “**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E SUPORTE SOCIAL EM GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CIDADE DE NAMPULA EM MOÇAMBIQUE**”, que dará origem à minha Tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, no Brasil sob orientação do Professor Dr. Roberto Moraes. A pesquisa segue toda a regulamentação preconizada na Resolução CNS 466/12. **Sua participação é voluntária.** Caso aceite, sua participação se dará a partir do preenchimento de questionários e instrumentos de coletas de dados, com o suporte e esclarecimento do pesquisador ao longo de todo o processo. O objetivo do trabalho é avaliar a presença de indicadores de ansiedade, depressão e o suporte social, em gestantes que realizam consultas de pré-natal na atenção primária na cidade de Nampula, Moçambique, e compreender quais as repercussões de tais indicadores no cotidiano das mulheres e seus familiares. Sua participação na pesquisa poderá trazer contribuições para o trabalho de psicólogos e das enfermeiras no contexto do pré-natal, embasando intervenções de prevenção e promoção de saúde mental e relacional para mãe-bebê e família. Os resultados da pesquisa serão apresentados ao Ministério da Saúde de Moçambique e poderão ser utilizados para o planejamento de ações de assistência nesse contexto.

Ressalta-se que no decorrer do processo de coleta de dados será dispensada atenção a possíveis mobilizações emocionais decorrentes desse processo, sendo fornecido apoio psicológico pelo pesquisador sempre que necessário.

Caso aceite participar, informo que seus dados serão mantidos em sigilo absoluto, garantindo sua privacidade. Nesse sentido, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, mas apenas os resultados obtidos como um todo será mostrado, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Em caso de quaisquer danos, seja material, moral e/ou outro tipo, decorrentes da pesquisa, incluindo danos relacionados à eventual quebra involuntária e não intencional de sigilo será garantida indenização por parte dos pesquisadores. Ressalta-se ainda que em caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa será também garantido o ressarcimento dos mesmos.

A senhora tem total liberdade para escolher participar ou não da pesquisa, sem que essa decisão interfira no atendimento prestado a você e/ou sua família no Centro de Saúde. Estarei à disposição para esclarecer

qualquer eventual dúvida e ressaltar que a senhora pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Dessa forma, caso deseje deixar de participar e quiser retirar seu consentimento isso poderá ser feito diretamente por telefone (850597227) ou e-mail (casimirolobo@yahoo.com.br).

O presente TCI está escrito em duas cópias, sendo que uma das cópias será fornecida a senhora e a outra ficará com o pesquisador.

Pelo presente termo de consentimento, eu _____
portadora de B.I/Cartão de Eleitor número _____, declaro que fui devidamente esclarecida sobre a pesquisa a ser desenvolvida e concordo em participar do estudo, e autorizo a utilização de meus dados, bem como sua publicação e apresentação em eventos científicos.

Nampula, ____ de _____, de 2020

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Casimiro Ernesto Lobo

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE LÚRIO
Comité Institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio – CIBSUL

Ao:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Casimiro Lobo

Refº:35.1/ Fev/CBISUL/21

Data 25 de Fevereiro de 2021

Assunto: Parecer sobre o protocolo intitulado: *“Ansiedade, depressão e suporte social em gestantes atendidos na atenção primária de saúde na Cidade de Nampula, Moçambique”*.

Reunidos no dia 25 de Fevereiro de 2021, no seu encontro ordinário, o Comité institucional de Bioética para Saúde da Universidade Lúrio (CIBSUL), analisou a 2ª versão do projecto intitulado: *“Ansiedade, depressão e suporte social em gestantes atendidos na atenção primária de saúde na Cidade de Nampula, Moçambique”*.

Verificando a descrição das normas éticas e científicas e não havendo nenhum inconveniente para a realização do estudo, o CIBSUL informa o investigador que o seu protocolo foi eticamente aprovado.

A presente aprovação tem uma duração de um ano a partir da data da assinatura e o pedido da sua renovação faz-se três meses antes do término da validade. A aprovação ética não substitui aprovação administrativa.

Todavia, o CIBSUL exige o investigador que mantenha informado o comité sobre o decurso da pesquisa mediante a entrega do relatório final da investigação

Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas mais cordiais saudações.

Por uma investigação de qualidade, eficiência e responsabilidade,

Recebi
Casimiro Lobo
30/3/21



O Presidente do CIBSUL

Marega Abdoulaye. MD, MSc

ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data:

Código de Identificação:

Idade da gestante:

Nível de escolaridade:

Idade Gestacional:

Centro de Saúde:

“Bom dia/boa tarde. A Senhora já participou da primeira parte da minha pesquisa e agora estou convidando-a para responder algumas perguntas para completar a pesquisa. Caso a pessoa mostre-se interessada em participar, continuar com as questões a seguir:

Perguntas

1. Gostaria de saber se essa é a sua primeira gravidez? Sim () Não ()
2. A senhora tem outros filhos em casa? Não () Sim () Se sim, quantos são? Qual é a idade deles?
3. A senhora sente alguma preocupação por estar grávida? Não () Sim ()
4. Se sim, por quê?
5. O teu marido apoiou a sua gravidez? Não () Sim ()
6. Os seus familiares apoiaram a sua gravidez? Sim () Não ()
7. A senhora recebe algum tipo de apoio na gravidez? Não () Sim ()
 - Se respondeu sim – Quem já ajudou?
 - pai, mãe, irmãos, sogra, marido
 - Que tipo de ajuda a senhora recebeu?
 - Se respondeu não – A senhora solicitou ajuda de alguém e não recebeu? Quais são as pessoas que tendo solicitado ajuda, não o apoiaram?
 - O que é que a senhora solicitou e não recebeu ajuda?
 - Se não recebeu - Como fez sem esse tipo de ajuda?
8. Quando necessita de algum apoio, quem é que a senhora costuma chamar para te ajudar?
 - Pai, mãe, irmãos, sogra, marido
9. A tua sogra e as tuas cunhadas costumam vir à tua casa para te visitar? Sim () Não ()
10. Com o dinheiro que o teu marido recebe, consegues comprar o que a senhora precisa ou quer?

ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Instrumento adaptado de Vieira (2010) e demais colaboradores do NEPeDI, o qual foi produzido no projeto de pesquisa “Valores, crenças e práticas parentais em diferentes contextos: integração entre fatores biopsicológicos e culturais”[1]

Código: _____ Data: _____

Por favor, responda as seguintes questões que se referem a informações gerais sobre você e sua família.

Dados da Família

1. Cidade de residência:
2. Genograma (pessoas que moram na casa, parentesco e idade – incluir o respondente).
3. Escolaridade (e do companheiro)?

Anos Concluídos	Respondente	Companheiro
Não alfabetizado		
Ensino fundamental incompleto: primário incompleto		
Ensino fundamental incompleto: primário completo e ginásio incompleto		
Ensino fundamental completo		
Ensino médio incompleto		
Ensino médio completo		
Ensino superior incompleto		
Ensino superior completo		
Pós-graduação		
Não sabe		

4. Quanto à sua etnia/raça você se designaria?
 negra mulata branca amarela/oriental

5. Atividade profissional

	Respondente	Companheiro
Profissão		
Atividade atual		
Jornada de trabalho (que dias trabalha por semana e as horas que trabalha por dia)		

6. Alguém da família faz uso de alguma medicação contínua?
 sim não Quem? _____ Qual? _____

7. Renda familiar mensal

Por favor, vamos ver quanto você, seu/sua companheiro (a) e outras pessoas da casa ganham por mês. Vamos pensar no mês passado (Inclua salários, gorjetas, bicos, pensão, rendas de aluguel e outro capital, ajudas financeiras sistemáticas etc.) _____

8. Quantos cômodos tem sua casa? (Incluir quarto, cozinha, banheiro e varanda): _____

9. Tipo de Casa:

Casa de alvenaria () Casa de barro () Casa Mista ()

Observações:

ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS CLÍNICAS

1) Dados de Identificação:

Nome: _____ Registro Centro de Saúde: _____

Idade _____ Data de nascimento: ____/____/____ Telefone: _____ Religião: _____

Estado civil: solteira () casada () separada/divorciada ()

Há quanto tempo se conheciam quando engravidou? _____

Nome do pai do bebê: _____ Idade do pai do bebê: _____

2) Dados sobre de gestações anteriores e atual:

G ____ P ____ C ____ --A

Número de filhos Natimortos _____

Número de filhos falecidos (idade e causa da morte): _____

Teve abortos () não () sim – Quantos? _____

IG DUM _____ IGUSG _____ DPP _____

Fez pré-natal a partir de que mês? _____ Número de consultas _____

Se não fez, qual o motivo? _____

Histórico clínico (intercorrências na gestação de acordo com informações no prontuário-incluir alterações físicas e histórico de internações durante a gestação):

A gravidez foi planejada () Não () Sim Gravidez desejada () Não () Sim

3) Histórico de saúde mental:

Alguma vez realizou acompanhamento psicológico? () Não () Sim. Quanto tempo? _____

Alguma vez realizou acompanhamento psiquiátrico? () Não () Sim. Quanto tempo? _____

Está em acompanhamento atualmente?

Psicológico () Não () Sim. Onde? _____

Psiquiátrico () Não () Sim. Onde? _____

Em algum momento da vida recebeu algum diagnóstico psiquiátrico ou psicológico?

() Não () Sim. Qual(is)? _____ Quando? _____

Diagnóstico psiquiátrico em pais, irmãos, avós, tios, primos maternos ou parentes

(_____) Não (_____) Sim. Quem é Qual(is)? _____

Histórico de uso de álcool, tabaco e/ou drogas: () Não () Sim. Especificar _____

Faz o uso de álcool, tabaco e/ou drogas? () Não () Sim. Especificar _____

Observações: _____

ANEXO 6 - ESCALA DASS-21

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, 3) que indique quanto afirmativa aconteceu com você, na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmações ou afirmativas.

-
- 0---Não aconteceu comigo nesta semana
 1---Aconteceu comigo algumas vezes na semana
 2--- Aconteceu comigo em boa parte da semana
 3---Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

1	Eu tive dificuldades para me acalmar				
2	Eu percebi que estava com a boca seca				
3	Eu não consegui ter sentimentos positivos				
4	Eu tive dificuldades para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)				
5	Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas				
6	Em geral, tive reações exageradas às situações				
7	Tive tremores (por exemplo, nas mãos)				
8	Eu senti que estava bastante nervosa				
9	Eu fiquei preocupada com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobá				
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada				
11	Notei que estava ficando agitada				
12	Achei difícil relaxar				
13	Eu me senti abatido e triste				
14	Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo				
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico				
16	Não consegui me empolgar com nada				
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa				
18	Eu senti que estava muito irritada				
19	Eu percebi as batidas do meu coração mais acelerado sem ter feito esforço físico (por exemplo a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou batendo fora do ritmo)				
20	Eu me senti assustada sem ter motivo				
21	Eu senti que a vida não tinha sentido				

ANEXO 7 - ESCALA DE ANSIEDADE-TRAÇO (IDATE)

IDATE – ESTADO

Abaixo, encontram-se afirmações que as pessoas usam para descrever a si mesmas. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número que melhor indicar como você **tem se sentido hoje**. Não há resposta certa ou errada. Não gaste muito tempo em uma única afirmação e não deixe de preencher nenhuma delas.

Muitíssimo: 4 Bastante: 3 Um pouco: 2 Absolutamente não: 1

1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) c/ possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou relaxado (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

IDATE – TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você **geralmente** se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

Muitíssimo: 4 Bastante: 3 Um pouco: 2 Absolutamente não: 1

1. Sinto-me bem				
2. Canso-me facilmente				
3. Tenho vontade de chorar				
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser				
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente				

6. Sinto-me descansado				
7. Sinto-me calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)				
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver				
9. Preocupo-me demais c/ coisas sem importância				
10. Sou feliz				
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas				
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)				
13. Sinto-me seguro				
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas				
15. Sinto-me deprimido				
16. Estou satisfeito (a)				
17. Às vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando				
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça				
19. Sou uma pessoa estável				
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento				

ANEXO 8 - QUESTIONÁRIO MOS-SSS (MEDICAL OUTCOMES STUDY-SOCIAL SURVEY)

Código:

Com quais Parente/Familiares a senhora se sente à vontade e pode falar quase tudo? (Se for o caso, inclua esposos ou filhos nesta resposta)

_____ Parentes _____ Não tenho nenhum familiar

Com quantas Amigas a senhora se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo, companheiro, filhos ou outros parentes)

_____ Amigas _____ Não tenho nenhuma amiga

Se a senhora precisar, com que frequência conta com alguém:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	sempre
a) Com que frequência a senhora precisa de ajuda quando fica doente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Com que frequência a senhora precisa falar alguma coisa com alguém?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Com que frequência a senhora precisa de alguém para te dar bons conselhos em situações de crise?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Com que frequência a senhora precisa de alguém para levá-la ao hospital?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Com que frequência a senhora precisa de uma pessoa que demonstra amor e afeto por você?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Com que frequência a senhora precisa de alguém para se divertir?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Com que frequência a senhora precisa de alguém para lhe dar informações que a ajude a compreender determinadas situações?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Com que frequência a senhora precisa de uma pessoa em quem confiar ou para falar sobre os seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Com que frequência a senhora precisa de alguém que lhe dê abraço?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Com que frequência a senhora precisa de alguém com quem relaxar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

- k) Com que frequência a senhora precisa de alguém para preparar suas refeições, se a senhora não puder prepará-las? 1 2 3 4 5
- l) Com que frequência a senhora precisa de alguém de quem realmente quer conselhos? 1 2 3 4 5
- m) Com frequência a senhora precisa de alguém com que distrair a cabeça? 1 2 3 4 5
- n) Com que frequência a senhora precisa de alguém para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar com um problema pessoal? 1 2 3 4 5
- o) Com que frequência a senhora precisa de alguém para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimas? 1 2 3 4 5
- p) Com que frequência a senhora precisa de alguém para te dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? 1 2 3 4 5
- q) Com que frequência a senhora precisa de alguém para fazer coisas boas? 1 2 3 4 5
- r) Com que frequência a senhora precisa de alguém que compreenda os seus problemas? 1 2 3 4 5
- s) Com que frequência a senhora precisa de alguém que a ame e faça sentir querida? 1 2 3 4 5

[1] Vieira, M. L. (2010). Valores, crenças e práticas parentais em diferentes contextos: integração entre fatores bio-psicológicos e culturais (Projeto de Pesquisa). Questionário sociodemográfico. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil - Universidade Federal de Santa Catarina.

ANEXO 9 - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Nome:

Data:

Idade do bebé:

Pontuação:

Aplicador da escala:

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos sete (7) dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.
 0 Tanto como dantes
 1 Menos do que antes
 2 Muito menos do que antes
 3 Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro.
 0 Tanta como sempre tive
 1 Menos do que costumava ter
 2 Muito menos do que costumava ter
 3 Quase nenhuma
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.
 3 Sim, a maioria das vezes
 2 Sim, algumas vezes
 1 Raramente
 0 Não, nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.
 0 Não, nunca
 1 Quase nunca
 2 Sim, por vezes

3 Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

3 Sim, muitas vezes

2 Sim, por vezes

1 Não, raramente

0 Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

3 Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

2 Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

1 Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

0 Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

3 Sim, quase sempre

2 Sim, por vezes

1 Raramente

0 Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

3 Sim, quase sempre

2 Sim, muitas vezes

1 Raramente

0 Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

3 Sim, quase sempre

2 Sim, muitas vezes

1 Só às vezes

0 Não, nunca

3 10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.
Sim, muitas vezes

2 Por vezes

1 Muito raramente

0 Nunca

EPDS-Orientações para cotação. As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.