



Perturbações Psiquiátricas no Pós-Parto na Cidade de Maputo-Moçambique

Luciana Henrique Jaime Massinga

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental

Porto, 2010

Luciana Henrique Jaime Massinga

**Perturbações psiquiátricas no pós-parto na cidade de
Maputo-Moçambique**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto para obtenção do Grau de
Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental

Orientador:
Professor Doutor Manuel Fernandez Esteves

Porto, 2010

Ao Dellon, Édipo e Aniceto com muito amor.

Agradecimentos

Para a consecução do presente trabalho concorreram várias pessoas, sem as quais não teria sido possível concretiza-lo.

Apresentamos os nossos especiais agradecimentos:

Ao Professor Doutor Manuel Fernandez Esteves, pela orientação e apoio, sempre esclarecedores e estimulantes para a consecução deste estudo.

Ao Professor Doutor António Pacheco Palha, pela forma generosa que lhe é peculiar, com que confiou no meu trabalho e incentivou à apresentação deste trabalho. Pelo seu desejo de ver melhorar a Psiquiatria e Saúde mental em Moçambique.

À Professora Doutora Rita Gaio pela colaboração prestada no tratamento estatístico dos dados.

À Dra. Lúcia Gouveia, pelo incentivo e todo apoio dispensado.

A Direcção clínica, trabalhadores do Serviço Materno Infantil e Medicina preventiva do Hospital Geral do Chamanculo, pelo apoio prestado.

Para Aniceto, meu marido, melhor amigo, por ter sabido escutar os meus anseios, ajudando-me na condução não somente do estudo, mas também em questões importantes da vida, pela colaboração e apoio incansável.

Para Dellon e Édipo, meus filhos, pela paciência e compreensão nas frequentes ausências de casa impostas durante a redacção desta tese.

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo nos estudos, motivação e apoio constante.

Às mulheres que participaram do estudo, pois, ao deparar-me com suas histórias de vida, tornaram-me sem dúvida mais sensível ao sofrimento.

Ao meus colegas e amigos Virgínia Albino, José Marra, Vasco Cumbe, Arsénio Bambo, Jacinto Nuno Costa Azevedo, Nascimento Carifete, e a todos os que de alguma forma nos apoiaram e motivaram o nosso...

Muito Obrigado/Tinombonga

Resumo

Das várias perturbações psiquiátricas no puerpério, a depressão é relativamente frequente com uma prevalência de 10 a 15%, podendo persistir até um ano após o nascimento da criança e levando a consequências nefastas para o bebé, a mãe e familiares.

Decidimos estudar mulheres no pós-parto pela existência de poucos trabalhos publicados sobre as perturbações psiquiátricas do puerpério em África e nenhum em Moçambique.

A presente investigação tem como objectivo, conhecer a prevalência da depressão pós-parto na população estudada, bem como os factores de risco nela envolvidos. Para atingir esses objectivos estudamos 189 mulheres no segundo e terceiro meses após o parto, em ambulatório, no Hospital Geral do Chamanculo, em Maputo/Moçambique.

Através da aplicação da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox, 1987) obtivemos uma prevalência de 16,9% casos de depressão pós-parto. Foi possível identificar um importante número de mães jovens, até aos 20 anos de idade, que incluía mães adolescentes. Este factor apareceu associado a gravidezes indesejadas.

As mulheres identificadas como deprimidas tendiam, de um modo significativo, a ser mães solteiras, a considerar fraco o seu suporte familiar, a terem atravessado uma gravidez não desejada e apresentarem antecedentes de depressão ao longo da vida. O que nos remete a pensar na importância da implementação de programas eficazes de planeamento familiar e a um cuidadoso escrutínio das puérperas no sentido da identificação e tratamento atempado da patologia afectiva do pós-parto.

Abstract

Among post-partum disorders, depression is common, with a prevalence of 10-15%, sometimes persisting up to one year after birth and carrying negative consequences to the patient, her baby and other relatives.

There is a considerable lack of studies about this matter in Africa and none in Mozambique, so we decided to approach it in our work.

The present investigation aims to gather data about the prevalence of post-partum depression in a population of women who became mothers recently, as well as associated risk factors. To achieve this goal we studied a population of 189 women in the second and third month after giving birth, in an out-patient clinic of Chamanculo General Hospital in Maputo – Mozambique.

Through the use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, 2007), we were able to find a prevalence of 16.9% of post-natal depression in our sample. We also identified a considerable number of young mothers (up to 20 years old), including teenage girls. These last findings were associated to unwanted pregnancy.

Women identified as depressed tended, in a significant way, to be single, had been through an unwanted pregnancy, had worse familiar support and presented a history of previous depressive episodes.

Those findings lead us to conclude on the need of planned-parenthood programs and careful screening of puerperal women in order to identify and treat affective disorders in this population and prevent its negative effects.

Índice

Capítulo I: Enquadramento Teórico	4
1 - Introdução.....	5
2 - Aspectos Históricos da Doença Psiquiátricas no Puerpério.....	7
3 - Período Pós-parto e o Aumento do Risco para Perturbações Psiquiátricas	8
4 - Delimitando o Período Pós-Parto e a Depressão Puerperal	9
5 - Classificação das Perturbações Psiquiátricas no Puerpério.....	10
5.1 - Maternity Blues:.....	10
5.2 - Psicose Puerperal	11
5.3 - Depressão Pós-Parto.....	11
5.3.1 - Aspectos Clínicos e Diagnóstico da Depressão Pós-Parto.....	12
5.3.1.1 - Prevalência:	12
5.3.1.2 - Sintomatologia	13
5.3.1.3 - Diagnóstico	14
5.3.2 - Diagnostico da Depressão Pós-Parto com Ajuda de Instrumentos de Auto Avaliação.....	17
6 - Etiologia da Depressão Pós-Parto	19
6.1 - Conceito Estatístico dos Factores de Risco.....	19
6.2 - Factores Genéticos	20
6.3 - Factores Biológicos.....	20
6.4 - Factores Psicossociais	22
6.5 - Factores Obstétricos e Ginecológicos	23
7 - Consequências da Depressão Pós-parto para a Criança	24
8 - Importância do Diagnóstico e Tratamento Precoce na DPP	25
9 - Moçambique.....	26
9.1 - Localização.....	26
9.2 - História.....	27
9.3 - População	28
9.4 - Cultura.....	28
9.6 - Economia.....	29
9.7 - Praias	30

9.8 - Flora e Fauna.....	30
9.9 - Habitação.....	31
9.10 - Cobertura Sanitária.....	32
9.10.1 - Sistema Nacional de Saúde	33
9.10.2 - Recursos Humanos Existentes	35
9.10.3 - Hospital Geral do Chamanculo	37
9.10.4 - Histórico da Saúde Mental em Moçambique	39
10 - Depressão Pós-Parto no Contexto Cultural.....	42
11 - Depressão no Homem	43
12 - Tratamento	44
12.1 - Psicofármacos na Gravidez e Amamentação	45
12.1.1 - Antidepressivos	46
12.1.2 - Estabilizadores do Humor e Anticonvulsivantes	47
12.1.3 - Antipsicóticos.....	48
12.1.4 - Benzodiazepinas.....	48
12.2 - Psicofármacos Durante a Lactação	49
12.3 - Tratamento Hormonal	49
12.4 - Psicoterapia	50
12.5 - Eletroconvulsivoterapia.....	52
13 - Prognóstico.....	53
14 - Prevenção	53
Capítulo II: Concepção e Metodologia do Estudo	55
1 - Objectivo	56
1.1 - Objectivo Geral	57
1.2 - Objectivos Específicos	57
2 - Material e Método	58
2.1- Colheita da Amostra.....	58
2.2 - População do Estudo, Critérios para Inclusão e Exclusão	58
2.3 - Instrumentos para Colheita de Dados.....	59
2.3.3 - <i>Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)</i>	60
2.3.4 - Depressão <i>Minor</i> vs Depressão <i>Major</i> : melhor ponto de corte da EPDS ...	61
Capítulo III: Resultados, Discussão e Conclusões	62

1 - Apresentação e Análise dos Dados	63
2 - Resultados	65
2.1 - Dados Sócio-demográficos	65
2.2 - Dados Relacionados com Gravidez e Parto	70
2.3 - Dados Relacionados com Antecedentes Pessoais e Familiares	71
2.4 - Prevalência de Depressão.....	72
3 - Discussão.....	78
4 - Conclusão	87
Bibliografia.....	89
Anexos.....	Erro! Marcador não definido.

Capítulo I: Enquadramento Teórico

1 - Introdução

A gravidez e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, porque envolve numerosas alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que se podem reflectir directamente na saúde mental das pacientes.

Durante a gravidez e o parto as mulheres apresentam uma vulnerabilidade aumentada sobretudo para as perturbações de humor (O'Hara, Zekoski *et al.*, 1990). Geralmente estas alterações dividem-se em *maternity blues*, depressão pós-parto e psicose puerperal. A Depressão Pós-Parto (DPP) é relativamente frequente, atingindo cerca de 10-15% da população feminina, e acarreta consequências nefastas para as mães, crianças e familiares (Watt, Sword *et al.*, 2002).

Apesar dos efeitos devastadores desta perturbação, ela ainda é pouco identificada e parece ser comum em todos os grupos étnicos e culturais (Posmontier e Horowitz, 2004). Há estudos que mostram que a presença de ansiedade ou depressão na mulher grávida está associada a sintomas depressivos mais tarde no puerpério (Bloch, Daly, e Rubinow, 2003).

Tem sido dada importância cada vez maior a este tema e estudos actuais têm visado delinear os factores de risco, para as perturbações psiquiátricas nesta fase da vida da mulher, a fim de ser feito um diagnóstico precoce e tratamento adequados, o mais cedo possível.

Factores de risco como eventos stressantes, relação conjugal precária, pouco apoio social, história de depressão ou ansiedade durante a gravidez, história familiar prévia de depressão ou perturbação disfórica pré-menstrual, podem tornar determinadas mulheres mais propensas à DPP (Wisner e Parry, 2002).

Um outro estudo revelou como factores de risco, a depressão ou ansiedade durante a gravidez, história anterior de perturbação mental, eventos stressantes de vida e suporte social precário como fortes factores de risco, em contraponto com aspectos neuróticos

da personalidade, relação conjugal e factores obstétricos como de importância moderada ou fraca (Robertson e Grace, 2004).

Esses temas têm sido muito pesquisados nas últimas décadas mas ainda não há especificação para essas patologias na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), a não ser como diagnóstico de exclusão, no caso das perturbações relacionadas ao puerpério.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, na sua quarta edição (DSM-IV) e com texto revisado (DSM-IV-TR), não distingue as perturbações do humor do pós-parto das que acontecem noutros períodos, excepto com a possível especificação de “com início no pós-parto” que é utilizado quando o início dos sintomas ocorre no período de quatro semanas após o parto (Cantilino, 2003).

O trabalho de investigação que pretendemos realizar, tem como finalidade verificar se os factores de risco para depressão pós-parto, encontrados na literatura, serão semelhantes aos factores encontrados na cultura Moçambicana, para a nossa orientação clínica com a esperança de poder no futuro auxiliar na prevenção, identificação do quadro clínico e tratamento precoce em nosso meio e organizar um plano para a prevenção precoce de depressão pós-parto. Sabe-se que na África subsaariana as mulheres que sofrem desta enfermidade muitas vezes procuram apoio nos curandeiros (“*médicos tradicionais*”) em vez do hospital, não havendo contudo dados epidemiológicos válidos. Também não se encontram muitos trabalhos publicados, realizados em África e, nenhum, de Moçambique.

2 - Aspectos Históricos da Doença Psiquiátricas no Puerpério

Culturalmente, a maternidade é vista de forma idealizada e qualquer afecto negativo da mãe para com bebé é julgado como algo da ordem do impensável. Na psicanálise o tema do ódio materno foi suplantado pela interpretação de que somente os filhos seriam capazes de odiar os pais por rivalidade do progenitor do mesmo sexo (o famoso complexo de Édipo). Mesmo para Freud, lidar com este assunto mostrou-se tarefa espinhosa e só em seus escritos finais ele pode confrontar-se com este mito (Stein e Conrad, 1988): da mãe capaz de odiar o próprio filho. Existe um “*tabu cultural*” em relação ao tema gestação e depressão, como se a mulher devesse estar radiante pelo nascimento de seu filho e ela fosse culpada de uma espécie de “ingratidão”, pois “ela tem tudo e mesmo assim sofre”. Nesta visão, o sofrimento de uma mãe de bebé recém-nascido seria decorrente de uma incapacidade de dar valor ao “milagre da maternidade”. O senso comum tende a esconder a real natureza da tarefa de vir a ser mãe.

O Interesse pela depressão pós-parto e psicose não é novos. Há mais de 2000 anos atrás, Hipócrates descreveu como uma condição semelhante, teorizando que o leite materno iria fluir para a cabeça da mulher (Cox, 1986). Numa outra teoria, sugeriu que o sangue após o parto tomaria caminho do útero para a cabeça da mulher e causaria agitação, delírio e mania. Estas hipóteses foram, em geral, aceites por mais de 2.000 anos (Dalton, 1980).

Na Idade Média, as mães doentes mentais eram consideradas bruxas e foram acusadas de comer seus próprios filhos (Hwang, 1993). O médico francês Marcé que em 1858 fez a sua tese de doutoramento com o tema “condições psicóticas nas mulheres após o parto” foi o primeiro na Medicina a interessar-se pelas reacções psicológicas na mulher no momento do parto e um dos primeiros a descrever em detalhe a psicose puerperal (Puranen, 1994).

Na literatura, a partir de 1928, Bumke usou o termo *tocofobia* (teorias sobre o nascimento), que é uma condição onde a mulher evidencia medos profundos sobre o parto (Brudal, 1985). De acordo com Johannisson (1994) mesmo após o nascimento da criança, havia muitos riscos como: partos complicados, má técnica de assepsia, atonia uterina, hemorragia pós-parto e toxemia, com convulsões e infecções. A isso ficaria a

dever-se uma "grande fadiga ", que podia transformar-se em psicose pós-parto ou depressão. De acordo com Johannisson (1994), perturbações psiquiátricas em conexão com o parto eram perceptíveis em estatísticas de saúde mental no final do século XIX. Até 1939 havia uma lei britânica (Dalton, 1980) indicando que uma mãe não poderia ser condenada, por assassinato de seu próprio filho, durante os primeiros doze meses após o parto. A razão para isto é que acreditava que sua condição psicológica não estaria estabilizada antes que este tempo passasse (Dalton, 1980).

3 - Período Pós-Parto e o Aumento do Risco para Perturbações Psiquiátricas

Dados epidemiológicos de diferentes países têm estabelecido que a taxa de prevalência ao longo da vida de depressão é duas vezes mais alta em mulheres do que em homens (Weissman e Bland, 1993).

Diferenças biológicas propiciam este aumento de prevalência entre as mulheres, dentre elas as alterações hormonais ocorridas em diversas fases da vida sexual feminina, como o período puerperal. Como vimos, já desde o tempo de Hipócrates, a relação entre o período pós-parto e alterações de humor tem sido notada (Miller, 2002). A distinção entre as alterações esperadas no período pós-parto e o surgimento de perturbações mentais que ocorrem nesta fase da vida é de particular importância. Para muitas mulheres ser uma boa mãe significa assegurar ao bebê um ambiente seguro e uma relação harmoniosa. No entanto, algumas mulheres experimentam esta fase com ambivalência, dúvidas em relação ao seu corpo, à sua saúde e à saúde do bebê, além da ansiedade antecipatória em relação ao seu estilo de vida e após o nascimento da criança.

Embora alguns estudos não demonstrem taxas distintas de doenças afetivas no pós-parto e em mulheres não puérperas (Kumar e Robson, 1984; O'Hara e Schlechte, 1991), a ocorrência de determinadas perturbações no período puerperal está bem estabelecida. O que não está totalmente esclarecido é se estas perturbações são entidades clínicas distintas ou doenças classicamente descritas, com ocorrência no período puerperal (Robling e Paykel, 2000).

4 - Delimitando o Período Pós-Parto e a Depressão Puerperal

O período pós-parto divide-se em pós-parto imediato (1º ao 10º dia pós-parto), pós-parto tardio (10º ao 45º dia) e pós-parto remoto (depois do 45º dia). No primeiro, predominam os fenómenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasiadas da gravidez, depois surge um período de transição onde as funções começam a ser influenciadas pela lactação, e por último o período remoto, com duração pouco delimitada. Neste processo estão envolvidas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna ocorridas após a gravidez. No entanto, considera-se que estas fases têm limites imprecisos e são cronologicamente variáveis (Rezende, 2003).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2004), o diagnóstico de depressão pós-parto requer um episódio depressivo major iniciado nas primeiras quatro semanas após o parto. Portanto, casos que não podem ser claramente estabelecidos dentro deste período, seriam excluídos. Contudo vários estudos têm demonstrado a ocorrência de depressão com início mesmo após este período, e por essa razão os pesquisadores consideram actualmente um período de tempo maior que as quatro semanas.

Brockington e Cernik, (1981) consideram apenas os casos que iniciam dentro de no máximo três semanas após o nascimento da criança. Por outro lado, Arenstsen considera que os transtornos mentais podem surgir dentro do período de seis meses após o parto (Arenstsen, 1968). Em outra pesquisa, alguns autores argumentam que se o critério de início é a admissão ou contacto hospitalar, o ponto de corte mais apropriado seria o de 90 dias (Kendell, Chalmers *et al.*, 1987). Em estudo posterior, os mesmos autores constataram que em aproximadamente 41% dos casos, a depressão inicia-se dentro das primeiras 28 semanas (Wisner e Perel *et al.*, 2004).

Para muitas mulheres, a depressão remite em dois a três meses, porém os sintomas podem continuar pelo primeiro ou segundo ano pós-parto (Horowitz e Goodman, 2004). Uma pesquisa salientou a importância de se identificarem sintomas depressivos, particularmente durante os seis primeiros meses após o nascimento do bebé (Stowe e Hostetter *et al.*, 2005). Para assegurar a correcta identificação dos casos, os autores

tendem a considerar os limites da depressão pós-parto entre três e doze meses, (Kendell, Chalmers *et al.*, 1987; Miller, 2002). Um estudo de meta-análise revelou que cerca de 5% dos casos iniciam-se após o terceiro mês pós-parto, e sugere que a definição de DPP deveria ser expandida para incluir mulheres com início tardio, ao longo do primeiro ano após o parto (Goodman, 2004). Esta definição é a mesma considerada pela *Marcé Society*, importante organização internacional que se dedica ao estudo das perturbações mentais do período pós-parto (The Marcé Society, 2003).

5 - Classificação das Perturbações Psiquiátricas no Puerpério

A classificação e a natureza das perturbações mentais que ocorrem no período puerperal são ainda motivo de controvérsia (Hays e Douglass, 1984). Alguns autores consideram-nas como perturbações mentais já reconhecidas ocorrendo, acidentalmente, nesta época (Robling, Paykel *et al.*, 2000). Relatos anteriores descrevem a DPP como uma “depressão atípica”, ou uma forma moderada de depressão, resultando numa ausência de sintomas neurovegetativos “clássicos” e ideação suicida (Stowe e Nemeroff, 1995).

Para muitos autores, as alterações que ocorrem nesta fase classificam-se em três tipos:

5.1 - *Maternity Blues*:

O *Blues* materno é uma condição comum, que afecta cerca de 30-75% das mães (O'Hara, Neunaber *et al.*, 1984). Um estudo realizado demonstrou que os sintomas tendem a aumentar no segundo dia pós-parto até o sexto dia, quando começam a diminuir (Beck, Reynolds *et al.*, 1992). Os sintomas incluem irritabilidade, labilidade do humor, ansiedade generalizada e alterações de sono e apetite. Esta perturbação tem resolução em poucos dias e não requer tratamento farmacológico, apenas apoio interpessoal (Pitt, 1973). Esta condição não parece estar relacionada com história psiquiátrica, stress psicossocial, contexto cultural, lactação ou paridade (Hapgood, Elkind *et al.*, 1988). Estes factores, no entanto, podem influenciar o surgimento de depressão pós-parto (Miller, 2002). Cerca de 20% das mulheres que apresentam *blues* parecem estar mais predispostas a desenvolver um episódio de depressão major no primeiro ano de pós-parto (O'Hara, Schlechte *et al.*, 1991; Campbell, Poland *et al.*, 1992).

5.2 - Psicose Puerperal

A Psicose Puerperal é uma patologia incomum; surge em cerca de 0,1 a 0,2% das parturientes, inicia-se dentro das quatro primeiras semanas após o parto e constitui uma emergência médica. Há um grande risco para a mãe e seu bebê, em virtude das características psicóticas do quadro. O início dos sintomas é rápido e geralmente ocorre nas primeiras duas semanas após o parto. Os sintomas incluem elação do humor ou depressão, comportamento desorganizado, labilidade do humor, delírios e alucinações (Brockington, Cernik *et al.*, 1981). Estudos prospectivos têm demonstrado que a maioria das mulheres com psicose puerperal apresenta posteriormente uma perturbação afectiva bipolar (Kumar e Robson, 1984; Kumar, 1994; Okano, Nomura *et al.*, 1998; Robling, Paykel *et al.*, 2000). Os factores de risco para psicose pós-parto são principalmente genéticos e biológicos, e as causas psicossociais e demográficas parecem ser secundárias (Brockington, Oates *et al.*, 1990; Jones e Craddock, 2001).

Devido à natureza dos sintomas psicóticos, as mães têm elevado risco de negligenciar seus filhos, ou mesmo de obedecer às alucinações e delírios deste transtorno (Attia, 1999). Por esse motivo a psicose puerperal requer hospitalização para o tratamento (Nonacs e Cohen, 1998). Apesar do prognóstico e evolução favoráveis, estas mulheres estão sob risco de desenvolver posteriormente um episódio não puerperal de perturbação afectiva bipolar (Schopf, Bryois *et al.*, 1984).

A literatura recente suscita a hipótese de que a mulher portadora de psicose puerperal, que comete infanticídio, necessita mais de tratamento e reabilitação do que de punição legal, a fim de se evitarem outras fatalidades decorrentes da gravidade do quadro; actualmente, alguns países já defendem essa hipótese. A educação familiar também estaria presente nesse tipo de intervenção (Spinelli, 2004).

5.3 - Depressão Pós-Parto

A depressão pós-parto é uma perturbação grave e comum que ocorre algumas semanas após o parto. Esta condição afecta seriamente a mãe, o bebê, a dinâmica familiar e a mãe torna-se incapaz de reconhecer e responder às exigências do seu filho, com prejuízo na relação mãe-bebê (Beck, 1996). Se não há o reconhecimento precoce ou quando indevidamente tratada, a DPP causa consequências negativas para toda a família. (Horowitz e Goodman, 2004). Para as mães, esta perturbação pode predispor futuros

episódios depressivos e para a criança, pode haver alterações cognitivas, comportamentais, emocionais ou interpessoais mesmo tardias (Robinson e Stewart, 2001).

5.3.1 - Aspectos Clínicos e Diagnóstico da Depressão Pós-Parto

5.3.1.1 - Prevalência:

De todas as complicações psiquiátricas graves, que ocorrem após o parto, a mais comum é a depressão pós-parto. Esta condição representa um importante problema de saúde pública. A prevalência encontrada de DPP difere entre os diversos estudos. O método utilizado, o período de avaliação e a população envolvida podem apresentar diferentes taxas de prevalência. Outro factor relevante é o ponto de corte utilizado na escala de avaliação. Em relação à DPP, taxas tão distintas quanto 9,1%-38,2% de prevalência foram encontradas no primeiro semestre, e uma variação 8,1%-18% na prevalência de DPP no segundo semestre pós-parto (Googman, 2004).

Uma meta-análise realizada em 1996, incluindo 59 estudos e considerando uma população de mais de 12.000 indivíduos, encontrou uma taxa de 13% para DPP (O'Hara, 1996). Este estudo baseou-se em sintomas que ocorriam depois da segunda semana pós-parto e incluiu escalas validadas ou padronizadas para avaliar os quadros depressivos.

No entanto, quando modifica-se o período de avaliação da prevalência, por exemplo o número de mulheres que experimentam sintomas depressivos em algum momento durante os doze primeiros meses após o parto, este número eleva-se consideravelmente. Taxas de 24% (Kumar e Robson, 1984) a 27.3% (Matthey, Barnett *et al.*, 2000) foram encontradas durante este período. Numa meta-análise avaliando a literatura referente à persistência dos sintomas ao longo do tempo (Goodman, 2004) considera que, para algumas mulheres, a depressão pós-parto pode permanecer além do primeiro ano pós-parto, tornando-se prolongada ou crónica.

No Brasil, os estudos realizados encontraram taxas de 12% a 13,4% (Da-Silva, Moraes-Santos *et al.*, 1998). Uma avaliação de prevalência de DPP e Depressão Menor em puérperas do *Programa de Saúde da Família* revelou uma alta taxa de 37,1%,

justificada pelos autores pelo perfil de baixa renda das entrevistadas. Recentemente, um estudo envolvendo 113 mães avaliadas com o *Inventário de Beck* demonstrou uma prevalência de 15,9% de puérperas com sintomatologia depressiva (Faisal-Cury, Tedesco *et al.*, 2004).

A maioria dos estudos envolve mulheres na faixa etária de 18 anos ou mais. Porém, algumas pesquisas demonstram que a prevalência em mães adolescentes é bem maior. Troutman e Cutrona (1990), avaliando 128 mães com idade entre 14 e 18 anos, demonstraram uma taxa de aproximadamente 26%. Entretanto, nesta população podem existir factores de risco comuns à DPP e à gravidez na adolescência, possibilidade ainda não totalmente esclarecida.

5.3.1.2 - Sintomatologia

Uma história detalhada e avaliações psicossociais podem auxiliar na identificação da DPP. Conhecer os factores de risco e os sintomas permitem detectar precocemente a DPP nas mulheres, estimulando a procura pelo tratamento. Por outro lado, é necessário avaliar os sintomas em relação à particularidade do período, uma vez que perda de peso e alterações em sono são sintomas comuns em mulheres no período pós-parto, nem sempre reflectindo um quadro depressivo.

Fazer a correcta distinção entre sintomas associados a uma depressão daqueles sintomas que ocorrem naturalmente no período pós-parto é um desafio. Isto é particularmente verdadeiro em relação aos sintomas somáticos, que são habitualmente encontrados nesta fase (Nonacs e Cohen, 1998). Outros factores que podem dificultar a identificação do quadro são a presença de factores clínicos como anemia, disfunção da tiróide e diabetes (Pedersen, Stern *et al.*, 1993).

Como considerado anteriormente, a depressão pós-parto inicia-se dentro dos doze primeiros meses após o nascimento da criança. Para algumas mulheres, o *blues* materno pode permanecer e tornar-se mais grave posteriormente. Em outras mulheres, os sintomas iniciais podem diminuir até a um relativo bem-estar com surgimento posterior de sintomas depressivos. Sintomas de depressão pós-parto são semelhantes aos de uma depressão não relacionada com o puerpério, exceptuando-se os aspectos relacionados com o parto ou o bebé (Wisner, Parry *et al.*, 2002). Alguns estudos epidemiológicos e

clínicos não consideram existir uma sintomatologia significativamente diferente daquela que ocorrem em outros períodos de vida das mulheres (Kumar e Robson, 1984; O'Hara, Schlechte *et al.*, 1991; Cox, Murray *et al.*, 1993).

Os sinais e sintomas do estado depressivo variam quanto a maneira e intensidade com que se manifestam, pois dependem da personalidade da puérpera e da sua própria história de vida, além das mudanças bioquímicas que se processam logo após o parto (Bernazzani, Conroy, Marks *et al.*, 2004).

Esses sintomas são queixas físicas como, por exemplo, fadiga e perda de apetite (Troutman e Cutrona, 1990); níveis elevados de ansiedade e preocupação (Nott, 1987); extrema culpabilidade (Campbell *et al.*, 1992) perda muito significativa de auto-estima (Hopkins, Marcus e Campbell, 1984).

Os sintomas de DPP incluem também medo, labilidade emocional, sentimentos de culpa, perda de apetite, alterações de sono, ou sensação de incapacidade de lidar satisfatoriamente com o bebê, dificuldades na memória e concentração, fadiga e irritabilidade. Algumas mulheres podem preocupar-se excessivamente com a saúde dos seus bebês, ou avaliarem-se como más, inadequadas ou mães pouco amorosas (Robinson, Drotar *et al.*, 2001).

5.3.1.3 - Diagnóstico

Os sistemas classificativos mais utilizados para as perturbações psiquiátricas são o *Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria e Manual Estatístico de Doenças Mentais* (DSM-IV, 1994) e a *Classificação Estatística Internacional de Doenças* (CID-10).

Actualmente o diagnóstico de DPP é feito com base em sintomas de Depressão Major que se iniciam nas primeiras quatro semanas após o parto (APA, 2004). Não existe, portanto, uma classificação distinta desta perturbação, devendo ser diagnosticada como parte das Perturbação Afectivas ou de Humor nos sistemas anteriormente citados (DSM-IV e CID-10). O DSM-IV solicita ainda que seja especificado “com início no pós-parto” para diferenciar quadros depressivos e psicóticos que ocorrem fora das

primeiras quatro semanas após o parto. Na CID-10, similarmente, o episódio deve ser diagnosticado dentro de uma categoria principal, especificando a sua associação com o período puerperal (*World Health Organization*, 1993).

De acordo com os critérios diagnósticos psiquiátricos (APA, 2000), a principal característica da DPP é ser uma depressão que ocorre por pelo menos duas semanas, durante a qual uma mulher tem humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em actividades que eram antes prazerosas. Outros sintomas depressivos devem estar presentes diariamente, em número não inferior a quatro, como perda ou ganho de peso, alteração em apetite, insónia ou hipersónia, agitação ou inibição psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimento de culpa e diminuição na capacidade de pensar ou concentrar-se, pensamentos de morte recorrentes com ou sem ideação suicida. Quando a perda de prazer ou de interesse estão presentes, são exigidos apenas três sintomas adicionais para o diagnóstico. Alguns autores consideram o predomínio da ansiedade, agitação e pensamentos recorrentes como uma perturbação obsessivo-compulsiva pós-parto, e não como um subtipo de DPP (Sichel e Driscoll, 2000).

Em muitas mulheres, a DPP remite entre dois a três meses pós-parto (Beeghly, Weinberg *et al.*, 2002). No entanto, a depressão pode continuar ao longo do primeiro ou segundo ano da criança (Josefsson, Berg *et al.*, 2001). Um estudo realizado por Horowitz e Goodman (2004) demonstrou que cerca de um terço das mulheres que apresentaram sintomas de DPP no primeiro mês, continuavam deprimidas até dois anos após o parto. Portanto, o curso da DPP poderá evoluir até 24 meses após o nascimento da criança.

Os critérios diagnósticos do DSM-IV-R (2002) para Episódio Depressivo Major são os seguintes:

- A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior, pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer:
 - (1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (por exemplo, chora muito).

- (2) Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas as quase todas as actividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjectivo ou observação feita por terceiros).
 - (3) Perda ou ganho significativo de peso em estar em dieta (por exemplo, mais de 15% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
 - (4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
 - (5) Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente situações subjectivas de inquietação ou de estar mais lento).
 - (6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 - (7) Sentimento de inutilidade ou de culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).
 - (8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjectivo ou observação feita pelos outros).
 - (9) Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são mais bem explicados por luto, ou seja, após perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com auto-desvalorização, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

O sistema de classificação da Organização Mundial de Saúde (1993), considera a DPP uma síndrome comportamental associada a uma perturbação fisiológica ou factor físico,

codificando-a como F53.0, sob a denominação “Perturbações mentais e de comportamento, leves, associadas ao puerpério, não classificadas em outros locais”. Esta classificação deve ser utilizada quando os sintomas tiveram início dentro das seis primeiras semanas após o parto, e quando aspectos clínicos adicionais estão presentes.

5.3.2 - Diagnóstico da Depressão Pós-Parto com Ajuda de Instrumentos de Auto Avaliação

Mulheres no puerpério são com frequência examinadas por seus obstetras ou clínicos gerais, em consultas focadas na recuperação física após o parto. Além disso, são vistas pelos pediatras dos seus filhos de quatro a seis vezes durante o primeiro ano após o nascimento de seu bebê. Quando apresentam depressão, procuram ajuda junto aos pediatras ou ginecologistas em vez dos profissionais de saúde mental (Gold, 2002) assim, muitas vezes não são diagnosticadas ou reconhecidas como deprimidas de forma adequada. Trabalhos recentes vêm mostrando a utilidade do uso de escalas de auto-avaliação para triagem de mulheres com depressão pós-parto em serviços de atendimento primário (Buist *et al.*, 2002). A possibilidade de detecção de depressão pós-parto com essas escalas tem-se mostrado significativamente maior que a detecção espontânea durante avaliações clínicas de rotina por médicos nesses serviços (Ferguson, Jamieson e Lindsay, 2002). As escalas serviriam para alertar clínicos, obstetras e pediatras para aquelas mulheres que possivelmente precisariam de avaliação mais profunda e tratamento.

Os médicos cada vez mais se vêm obrigados a fazer o atendimento de um grande número de pacientes com uma disponibilidade de tempo pequena, aqui esse tipo de instrumento acaba tendo valia considerável. Ademais, essas escalas são auto-aplicáveis e de fácil utilização por profissionais não médicos e sem especialização em saúde mental. Essas características fazem com que o procedimento de aplicação destas seja, além de prático, considerado de baixo custo, o que torna viável a sua utilização em serviços de atenção primária à saúde.

A *Edinburgh Depression Scale* (EPDS) desenvolvida por Cox *et al.*, (1987) foi o primeiro instrumento desenvolvido para rastreio específico da depressão pós-parto. A EPDS é um instrumento de auto-registo que contém 10 questões de sintomas comuns de

depressão e que utiliza um formato de respostas do *tipo Likert*. A mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana.

Realizando estudos fenomenológicos da depressão pós-parto, com recurso a escalas de avaliação Beck, (1992, 1992) percebeu temas que descreviam mais sobre a essência dessa experiência. Esses temas tinham relação com solidão insuportável, pensamentos obsessivos, sensação de estar fora de si, culpa sufocante, dificuldades cognitivas, perda de interesses prévios, ansiedade incontrolável, insegurança, perda de controlo das emoções e ideias relacionadas à morte.

Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), desenvolvida por Beck e Gable (2000), nos Estados Unidos, é uma escala de auto-avaliação do *tipo Likert*. O instrumento tem 35 itens que avaliam sete dimensões: perturbações do sono/apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa/vergonha e intenção de causar dano a si. Cada dimensão é composta de cinco itens que descrevem como uma mãe pode-se estar se sentindo após o nascimento de seu bebé (Beck e Gable, 2000).

Um estudo foi conduzido fazendo-se uma análise comparativa da performance da PDSS com a EPDS (Beck e Gable, 2001). Um total de 150 mães no pós-parto preencheu os dois instrumentos e, logo em seguida, foi submetido a uma entrevista para diagnóstico pelo DSM-IV. Dezoito dessas mulheres (12%) foram diagnosticadas como tendo depressão maior, 28 (19%) tinham depressão menor e 104 (69%) não tinham depressão. Utilizando os escores de pontos de corte para depressão maior recomendados nas publicações dos dois instrumentos, a PDSS conseguiu a melhor combinação de sensibilidade (94%), e especificidade (91%), entre as três escalas. A PDSS identificou 17 das mulheres (94%) diagnosticadas com depressão pós-parto e a EPDS, 14 dessas mulheres (78%). O diferencial da sensibilidade observado pode dever-se ao facto de a PDSS abordar outros componentes desta perturbação do humor.

6 - Etiologia da Depressão Pós-Parto

6.1 - Conceito Estatístico dos Factores de Risco

Fletcher (1996) considera factor de risco um conceito estatístico, definido como a associação entre algumas características do indivíduo, grupo ou ambiente, que aumenta a probabilidade de se desenvolver um resultado adverso mensurável, ou seja, a probabilidade de ocorrência de uma condição particular, relacionada ou não à doença.

Classificam-se os factores de risco, de acordo com a possibilidade de redução por métodos de intervenção, portanto modificáveis, ou não modificáveis, quando as intervenções não são capazes de alterar a probabilidade do desenvolvimento da doença. Os factores de risco modificáveis podem ser objectos de programas de prevenção, reduzindo o número de indivíduos acometidos com determinada perturbação mental. No caso da depressão pós-parto, há exemplos de factores de risco que podem ser modificados, como o são algumas dificuldades socioeconómicas experimentadas pelas mulheres. Factores de risco não modificáveis podem ser úteis na avaliação de comorbidades, recorrências etc. Por exemplo, considerar a ocorrência prévia de um episódio depressivo em mulheres no período pós-parto, pode servir de alerta para a ocorrência da DPP, ou mesmo identificar uma possível comorbidade, como ansiedade ou perturbação obsessivo-compulsiva.

Os factores de risco devem ser avaliados sistemática e regularmente. Apesar de os estudos estabelecerem resultados generalizáveis, especificidades culturais e temporais podem constituir factores diferentes para localidades distintas. As doenças psiquiátricas, por suas características etiológicas complexas, influenciadas por aspectos culturais, económicos, sociais e biológicos, levam a uma variabilidade dos factores de risco. Considerando-se que o parto cesariano é um factor de risco para a DPP, um país que adopta uma campanha visando reduzir este procedimento pode modificar, durante o período da campanha, o número de mulheres depressivas no período pós-parto. Por outro lado, bastante peculiar é o facto de que dar à luz um bebé do sexo feminino, pode ser considerado um factor de risco em comunidades onde a valorização deste género é menor que do sexo masculino.

Estabelecer estudos de factores de risco em cada comunidade ou país pode auxiliar os pesquisadores e profissionais de saúde a estabelecer melhores programas de prevenção e abordagem mais eficaz, valorizando o raciocínio clínico voltado a problemática de cada paciente.

6.2 - Factores Genéticos

As perturbações psiquiátricas são fenómenos de etiologia complexa, sendo importante considerar as suas múltiplas causas possíveis. A hereditariedade da depressão é um factor etiológico reconhecido (Schwengber; Piccinini, 2003), hipótese levantada a partir da análise do histórico familiar e dos estudos envolvendo gémeos (Zinga *et al.*, 2005).

No caso da DPP, os factores genéticos parecem ser importantes, porém mesmo que o indivíduo apresente uma predisposição genética, é provável que factores biológicos ou psicossociais necessitem interagir para ocasionar a doença. Uma história familiar positiva para depressão tem sido relatada em estudos prospectivos, retrospectivos e de corte transversal, como um factor que aumenta a probabilidade da sua ocorrência (O'Hara, Neunaber *et al.*, 19984; O'Hara, Schlechte *et al.*, 1991). Também a história pessoal de depressão parece aumentar o risco de depressão pós-parto (Gotlib, Whiffen *et al.*, 1991; Graff, Dyck *et al.*, 1991; O'Hara, Schlechte *et al.*, 1991).

6.3- Factores Biológicos

Inicialmente foi proposto que o rápido declínio das hormonas reprodutivas poderia ser a causa para a patologia afectiva no período pós-parto (Wisner, Parry *et al.*, 2002). Os investigadores postularam que uma modificação abrupta dos níveis hormonais gonadais ou do cortisol ou ainda a influência de tal modificação na actividade dos neurotransmissores, seria a base para o surgimento da depressão pós-parto. Muitas hormonas, neuroreguladoras e neurotransmissores têm sido estudados na DPP, incluindo estrógenos, progesterona, prolactina, norepinefrina, cortisol, cálcio e adenosina monofosfato cíclico. (Hopkins, Campbell *et al.*, 1987).

Os níveis de progesterona e estrogénios caem rapidamente no período pós-parto, retornando aos níveis normais cerca de três dias a pós o parto. No período pós-parto, seguindo o declínio do estrogénio, a prolactina, que se manteve elevada durante a gestação, é bloqueada e o processo de lactação inicia-se. Os níveis plasmáticos de corticosteroides alcança um pico durante o parto, e logo em seguida reduz-se

significativamente dentro das primeiras quatro horas após o parto. A função tiroideia retorna aos níveis pré-gravídicos cerca de quatro semanas após o parto. (Rezende, 2003).

Apesar da causa para a depressão pós-parto inicialmente ter sido considerada relacionada com a redução dos níveis de progesterona ou estrógenos, não se encontrou ainda uma associação consistente (Harris 1994; Hendrick, Altshuler *et al.*, 1998). Block *et al.*, (2000) sugeriram recentemente que as mulheres com depressão pós-parto teriam uma maior sensibilidade às hormonas reprodutivas, e as alterações hormonais que ocorrem neste período agiriam como um estímulo para tais sintomas. Comparando-se dois grupos de mulheres, com e sem passado de depressão pós parto, eles simularam este evento através da administração de um agonista da hormona gonadotrófica por oito semanas, constatando-se que em algumas mulheres com passado de DPP, esta alteração foi a suficiente para induzir sintomas de alteração de humor.

Os estudos envolvendo os vários sistemas neurotransmissores têm sido importantes, porém ainda inconclusivos (Llewellyn, Stowe *et al.*, 1997).

Tem sido demonstradas alterações semelhantes a depressão primária, como redução do triptofano sérico no quinto ou sexto dia em mulheres com *blues* materno (Handley, Dunn *et al.*, 1977), e nos seis meses posteriores em mulheres com DPP (Baker, Handley *et al.*, 1981). Este achado é consistente com o papel do triptofano na síntese da serotonina, e na patofisiologia da depressão. No entanto, a administração de triptofano é ineficaz na prevenção de *blues* materno, sugerindo que não há alteração no seu mecanismo de captação (Harris, Lovett *et al.*, 1994).

Parece haver um aumento da resposta da hormona de crescimento (GH) à apomorfina, no quarto dia do puerpério, em mulheres em alto risco de desenvolver psicose pós-parto. Os níveis de GH podem ser utilizados para avaliar a resposta dos neurónios no hipotálamo ou outras áreas cerebrais, particularmente em relação à redução do estrógeno no período puerperal, e assim identificar mulheres sob risco de desenvolver um episódio psicótico pós-parto.

A função tireoideia vem sendo investigada pela semelhança entre sintomas depressivos e do hipotireoidismo e a alta taxa observada de tiroidite auto-imune na depressão major e no puerpério (Nemeroff, 1985). Em relação aos marcadores neuroendócrinos, na DPP poucos estudos têm sido avaliados. Entre eles, constataram-se alterações no cortisol urinário e na supressão da dexametasona em mulheres nesta condição. Há evidências de que mulheres deprimidas apresentam níveis aumentados na excreção urinária de cortisol (O'Hara, Schlechte *et al.*, 1991). No entanto, este achado é difícil de interpretar, uma vez que uma das consequências do parto é a ocorrência de hipercortisolemia. A demonstração da alteração no teste de supressão da dexametasona na DPP tem sido controversa (O'Hara, Zekoski *et al.*, 1990), particularmente pela alta taxa de alteração neste teste, na primeira semana de pós-parto, e porque outros factores, como eventos stressantes ou mesmo a presença de elevação de cortisol podem interferir nestes resultados.

A etiologia da depressão puerperal ainda não é completamente conhecida, mas acredita-se que, além dos factores de risco anteriormente mencionados, factores hormonais e hereditários também estejam envolvidos. Na gravidez, os níveis de estrógeno e progesterona são superiores a aqueles observados nas mulheres fora do período gestacional e esse factor pode estar envolvido nas alterações do humor que ocorrem nessa fase. A queda brusca das hormonas nos pós parto estaria envolvida na etiologia da depressão puerperal. Bloch, Daly e Rubinow (2003) realizaram uma revisão da literatura, a fim de correlacionarem os factores endócrinos e hereditários com a etiologia dessa perturbação. Não se constatou uma relação genética diferente daquela já esperada em quadros não puerperais. Levantou-se a hipótese de que algumas mulheres seriam mais sensíveis a variações hormonais, em qualquer momento de suas vidas, incluindo-se período pré-menstrual, menarca, gestação, puerpério, menopausa e até mesmo durante o uso de anticoncepcionais.

6.4- Factores Psicossociais

Os principais factores de risco psicossociais, relacionados com a depressão major no puerpério são: idade inferior a 16 anos, história de perturbação psiquiátrica prévia, eventos stressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a paciente ou o seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social

Outros factores de risco apontados foram: Esperar um bebé do sexo oposto ao desejado, apresentar relações afectivas insatisfatórias e suporte emocional deficiente (Boyce e Hickey, 2005). Abortos espontâneos ou recorrentes também foram também indicados como factores de risco (Botega, 2006).

Em 2001, Beck avaliou 84 estudos provenientes de países asiáticos, europeus e americanos, chegando à conclusão de que factores como a presença de *blues* materno, estado civil ou socioeconómico têm pequena importância como factor de risco, enquanto que história prévia de depressão, ansiedade ou depressão pré-natal, stress nos cuidados com o bebé, temperamento infantil, auto-estima, stress ambiental, suporte social, ou relação com o cônjuge, seriam factores de risco moderados.

As mulheres mais susceptíveis às perturbações do humor no puerpério também teriam diagnóstico de perturbação disfórico pré-menstrual ou apresentariam sintomas depressivos no segundo ou quarto dia do pós-parto. Pacientes que tiverem história de sensibilidade aumentada ao uso de anticoncepcionais orais, também seriam mais vulneráveis (Bloch *et al.*, 2005).

6.5- Factores Obstétricos e Ginecológicos

Complicações obstétricas: São dificuldades ocorridas no puerpério, como hiperemese, pré-eclâmpsia, contracções uterinas prematuras, e problemas relacionados com o parto, como parto cesariano, instrumental, parto prematuro e sangramento uterino. Embora postulado como um moderado factor de risco (O'Hara 1996), alguns estudos não encontram relação estatisticamente significativa entre os factores obstétricos e a DPP (Warner, Appleby *et al.*, 1996; Josefsson, Angelsioo *et al.*, 2002).

Parto cesariano: Um estudo encontrou que o parto cesariano aumenta o risco de desenvolver DPP (Hannah, Adams *et al.*, 1992) e outro revelou que este procedimento pode aumentar em cerca de seis vezes o risco de desenvolver DPP (Boyce e Todd, 1992). No entanto, em estudos de meta-análise, com números maiores de mulheres, estas taxas não se confirmam. Vários outros estudos foram realizados onde não foi encontrada uma associação entre o parto cesariano e o surgimento da DPP (Warner, Appleby *et al.*, 1996; Nielsen Forman, Videbech *et al.*, 2000; Johnstone, Boyce *et al.*, 2001). Parece, portanto, não haver relação entre o tipo de parto e o surgimento da DPP.

Gravidez não planeada ou desejada: Apesar de não examinar o sentimento da mãe em relação ao feto, mas apenas as circunstâncias em que a gravidez ocorreu, dois estudos amplos relacionaram os efeitos da gravidez não planeada ou desejada. Beck (1996) encontrou, entre as duas variáveis, um efeito pequeno no surgimento da DPP. Outro estudo envolvendo uma amostra de mais de 2.000 mulheres, revelou significativa relação entre gravidez não planeada/desejada na sexta semana do pós-parto (Warner, Appleby *et al.*, 1996). Um outro estudo teve resultados pouco conclusivos tendo verificado que apenas mulheres com escolaridade mais alta e com melhores rendimentos financeiros apresentavam menor risco, enquanto mulheres provenientes de famílias numerosas apresentavam elevado risco para depressão. Levantou-se também a hipótese de que a existência prévia de transtorno mental pode ser o mais importante factor associado ao risco de se apresentar novos episódios no puerpério (Schmiege e Russo, 2005).

7 - Consequências da Depressão Pós-Parto para a Criança

Reconhecidamente, a DPP influencia os cuidados da mulher para com o seu filho: mães deprimidas tendem a perceber seu filho de uma forma mais negativa e considerar mais difíceis os cuidados necessários com o bebé (Newport, Hostetter *et al.*, 2002).

Em meta-análise realizada, incluindo 19 estudos, Beck (1995) correlacionou a DPP com dificuldades na interacção mãe-bebé. Sendo assim, o comportamento afectivo demonstrado por estas mulheres é menor, elas são menos afectuosas e são mais ausentes na resposta às necessidades infantis do que mães sem sintomas depressivos (Beck 1995). A duração da amamentação nestas mulheres também apresenta peculiaridades: puérperas com DPP têm maior probabilidade de interromper precocemente a amamentação (Henderson, Evans *et al.*, 2003) e múltiplos estudos relacionam DPP com comportamento materno menos afectivo e mais ausente, intrusivo ou hostil (Horowitz e Goodman 2005).

A depressão na maternidade prejudica também o desempenho cognitivo, emocional, e social da criança. Uma pesquisa realizada sobre o comportamento materno, do bebé e a interacção mãe - bebé no terceiro mês e no décimo oitavo mês pós-parto, em mães com DPP, demonstrou que dificuldades no comportamento são bastante comuns em crianças de mulheres com depressão, como a ocorrência de alterações na motricidade e forte

irritabilidade em bebês, durante o período neonatal. Dificuldades no sono, alimentação, comunicação e linguagem parecem estar presentes com maior frequência em filhos de mães com depressão (Righetti-Veltema, Conne-Perreard *et al.*, 2002). Outras características de bebês de mães com DPP incluem alteração na aquisição de peso e maior número de episódios de diarreia (Rahman, Iqbal *et al.*, 2004).

8 - Importância do Diagnóstico e Tratamento Precoce na DPP

O infanticídio e o suicídio estão entre as complicações mais graves, decorrentes de perturbações puerperais, sem intervenção adequada. No entanto, a existência de perturbações psiquiátricas não só no puerpério, mas também na gestação, pode levar a outras graves consequências (Renata Sciorilli, 2006).

Mulheres com diagnóstico de esquizofrenia ou depressão major apresentaram elevado risco para complicações na gravidez, trabalho de parto e período neonatal. Entre essas complicações, contam-se as anormalidades na placenta, hemorragias e sofrimento fetal. Mulheres com esquizofrenia apresentam risco elevado para o descolamento prematuro de placenta e, mais frequentemente, tiveram filhos com baixo peso ao nascer. Essas crianças também apresentaram malformações cardiovasculares e menor circunferência encefálica do que os filhos de mães saudáveis (Jablensky *et al.*, 2005).

O relacionamento mãe-filho também demonstrou estar prejudicado quando foram avaliadas 507 mães e seus filhos, aos 3 meses de idade. Os filhos de mães que apresentaram diagnóstico de depressão pós-parto tinham dificuldades para dormir e alimentar-se. Apresentavam também prejuízos de interação corporal com o ambiente e sorriso social diminuído. Essas pacientes queixavam-se com muita frequência de cansaço excessivo, o que acabava refletindo de forma negativa no relacionamento com seus filhos e, por consequência, no desenvolvimento deles (Righetti-Veltema *et al.*, 2002).

9 - Moçambique

9.1 - Localização

Moçambique é um país da África Austral, localiza-se na Costa Sudeste do Continente Africano, tendo como limites a Leste o Oceano Índico, a Norte a Tanzânia, o Malawi e a Zâmbia, a Oeste o Zimbabwe e a África do Sul e a Sul este último país e a Suazilândia.

Com uma superfície total de 799 380 Km², estende-se no sentido Norte - Sul voltado para o Índico com que se confronta ao longo de 2515 Km de linha de costa. Estreitando de Norte para Sul, atinge a sua largura máxima no Centro Norte, entre a Costa e a confluência dos rios Aruângua e Zambeze e a menor a Sul, de apenas 47,5Km, na zona da Namaacha.

Dispõe-se em anfiteatro, a partir da zona litoral, que ocupa cerca de 40% do território com uma altitude até aos 200 metros, a que se segue, na região que abrange as áreas de Cabo Delgado, de Nampula e interior de Inhambane, uma zona de planaltos com altitudes entre os 200 a 600 metros, que se prolonga, entre Manica e Sofala, por uma região mais elevada com altitudes que atingem os 1000 metros.

Esta zona é continuada junto à fronteira terrestre por uma região montanhosa onde se encontram os pontos mais altos do País, 2436 metros no maciço de Massururero na escarpa de Manica e Sofala, 2419 metros nos Picos Namuli e 2000 metros na Serra de Gorongosa.

A disposição orográfica associada a um clima tropical origina numerosos rios que correm em paralelo para o Oceano Índico.

Tem como províncias: Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Tete, Zambézia, Manica, Sofala, Inhambane, Gaza e Maputo Província e Maputo Cidade como capital.



9.2 - História

Os povos primitivos de Moçambique foram os Bosquímanes. Entre os anos 200 a 300 DC, ocorreram as grandes migrações de povos Bantu, oriundos da região dos Grandes Lagos a Norte que empurraram os povos locais para regiões mais pobres a Sul.

Nos finais do séc. VI surgiram nas zonas costeiras os primeiros entrepostos comerciais patrocinados pelos Suahilárabes, que procuravam essencialmente a troca de vários artigos pelo ouro, ferro e cobre vindos do interior.

No séc. XV, inicia-se a penetração portuguesa com a chegada de Pêro da Covilhã às costas moçambicanas e o desembarque de Vasco da Gama na Ilha de Moçambique. Desde 1502 até meados do séc. XVIII, os interesses portugueses em Moçambique ficam sob a administração da Índia Portuguesa.

De início, os portugueses criaram “feitorias” com objectivos meramente comerciais, a que se seguiu a fixação no litoral, onde construíram, em 1505, a fortaleza de Sofala e,

em 1507, a fortaleza na Ilha de Moçambique. Só alguns anos mais tarde, na tentativa de dominarem as zonas produtoras de ouro, se aventuraram para o interior onde estabeleceram novas feitorias.

9.3 - População

Com uma posição estratégica privilegiada no Sul do Continente Africano, uma extensa costa de acesso fácil e terras férteis, Moçambique foi ao longo dos tempos ponto de chegada e de encontro de vários povos e culturas de que se destacam os povos Bantu da África Central, árabes, indianos e europeus. Com uma População de 20.226.296 (censo 2007), a língua oficial é o português.

São, no entanto, os povos Bantu, não constituindo uma raça específica mas um conjunto de grupos com uma cultura comum e uma linguagem similar, que estão na origem das etnias dominantes, os “Aianas”, os “Macuas”, os “Angones”, os “Nhanjas”, os “Tongas”, os “Bitongas” e os “Muchopes” que se distribuem por esta ordem de Norte para Sul do País. Estes grupos estão ainda divididos por sub-grupos.

Além dos descendentes dos grupos *Bantu*, são de salientar as comunidades *Swahilis* instaladas nas áreas costeiras e responsáveis pela introdução do Islamismo no País. Os Indianos e Europeus dispersaram-se por todo o País.

Presentemente, a população moçambicana é da ordem dos 20 milhões de habitantes dos quais cerca de 30% vivem nos principais centros urbanos, de que se destacam: Maputo, Beira e Nampula.

9.4 - Cultura

Moçambique sempre se afirmou como pólo cultural com intervenções marcantes, de nível internacional, no campo da arquitectura, pintura, música, literatura e poesia. Nomes como Malangatana, Chichorro, Mia Couto e José Craveirinha entre outros, já há muito ultrapassaram as fronteiras nacionais.

Importante também e representativo do espírito artístico e criativo do povo moçambicano é o artesanato que se manifesta em várias áreas, destacando-se as esculturas dos Macondes do Norte de Moçambique.

Também na área do desporto se tem destacado em várias modalidades, como a Lurdes Mutola no atletismo.

9.5 - Clima

O clima em Moçambique, influenciado pelas monções do Oceano Índico e pela corrente quente do Canal de Moçambique, é de uma maneira geral tropical e húmido, com uma estação seca que, no Centro/Norte, varia de quatro a seis meses enquanto no Sul, com clima tropical seco, se prolonga por seis a nove meses.

As chuvas ocorrem entre Outubro e Abril. Nas montanhas, o clima é tropical de altitude. As temperaturas médias são de 20° no Sul, enquanto a Norte esse indicador ronda os 26°C. As temperaturas mais elevadas verificam-se na época das chuvas.

9.6 - Economia

As estimativas preliminares do Produto Interno Bruto (PIB) a preços constantes de 2003, medidos como soma dos valores acrescentados não ajustados à sazonalidade de todos os ramos mais os impostos líquidos de subsídios, indicam um crescimento, no I Trimestre de 2010 comparativamente ao mesmo período do ano anterior na ordem de 9.5% No IV trimestre de 2009, o PIB havia crescido 7.0%, que representa uma aceleração da economia no I Trimestre de 2010, na ordem dos 2.5 pontos percentuais. Contudo, quando comparado ao trimestre anterior, o PIB a preços constantes de 2003 ajustado à sazonalidade, indica um crescimento na actividade económica no trimestre em análise na ordem dos 3.1%.

O desempenho da actividade económica no primeiro trimestre de 2010 é atribuído em primeiro lugar ao sector primário que cresceu 10.8%, impulsionado pela agricultura com um crescimento de 11.9% comparativamente ao trimestre homólogo do ano anterior e 6.2% em relação ao trimestre anterior.

Entre os sectores que compõem o PIB, a agricultura com um peso de 26%, é o sector que mais contribuiu na economia, no I e IV Trimestres de 2009, este sector havia contribuído com 11,8% e 14.2% respectivamente. Seguem-se o sector da Indústria transformadora e os Serviços de Comércio e Reparação, ambos com uma contribuição para o PIB na ordem dos 12%, os Serviços de transportes e comunicações com 10%, os

serviços de aluguer de imóveis e serviços prestados às empresas com uma participação de 7%. Os demais sectores tiveram um desempenho de 33% (www.ine.gov.mz/macro-microeconomia).

9.7 - Praias

A costa de Moçambique, voltada ao Índico, pela sua extensão, orografia e clima, é rica em todo o tipo de praias e berço de muitas espécies marinhas, algumas das quais em vias de extinção.

No Norte predominam as praias rochosas, enquanto no Centro, junto das embocaduras dos rios, se localizam as praias lodosas, confinadas por extensos mangais e no Sul prevalecem as praias arenosas, com dunas altas e cobertas de vegetação rasteira.

Paralelamente à Costa, ilhas isoladas ou agrupadas em pequenos arquipélagos, algumas dispendo de boas estruturas turísticas, proporcionam a observação de variada vegetação e fauna ímpar.

9.8 - Flora e Fauna

Moçambique é rico em fauna e flora, terrestres e marítimas. A orografia e o clima determinam três tipos de vegetação: floresta densa nas terras altas do Norte e Centro do País. Floresta aberta e savana no Sul e, na zona costeira, os mangais.

Estes ecossistemas constituem o habitat de espécies selvagens como elefantes, leões, leopardos, chitas, hipopótamos, antílopes, tartarugas e grande número de aves. A esta riqueza associam-se belas paisagens, quer nas zonas altas, quer nas zonas costeiras.

Para possibilitar aos visitantes uma vivência com esta riqueza, em grande parte afectada pela guerra, estão em recuperação parques, como o de Gorongosa que foi um dos melhores de África, reservas especiais de que se destacam a de Maputo, rica em elefantes, e a de Marromeu na foz do Zambeze onde predomina o búfalo, e reservas parciais como a de Gilé e a de Niassa, respectivamente a nordeste de Quelimane e nas margens de rio Rovuma.

Também no parque da reserva natural de Bazaruto se podem avistar aves exóticas, recifes de corais e espécies marinhas protegidas como dugongos, golfinhos e tartarugas marinhas.

9.9 - Habitação

A habitação é uma das necessidades básicas que toda a população procura satisfazer e é considerada como uma necessidade social elementar na maioria das sociedades. As características físicas das habitações, especialmente o material de construção e o acesso a serviços básicos, são indicadores importantes do nível de vida dos agregados familiares e dos familiares e dos seus membros. As características do parque habitacional duma sociedade constituem um indicador bastante relevante do nível desenvolvimento socioeconómico.

A vasta maioria da população de Moçambique, tanto nas áreas urbanas como nas rurais, vive em habitações particulares (99.7%). Apenas 0.3% da população mora em habitações colectivas. Pessoas sem casa representam uma percentagem desprezível, apesar de, em termos absolutos, serem 7,112 pessoas.

A maioria das habitações particulares, em Moçambique, são palhotas (85,8%) é a forma tradicional de habitação rural. Aproximadamente a mesma proporção dos agregados familiares e das pessoas residentes no País vivem neste tipo de habitações. Apenas 8,9% das habitações são moradias e 1,2% apartamentos. Nas áreas urbanas as moradias são mais comuns que nas rurais (27,5% contra 2,6%).

Segundo a distribuição percentual das habitações, agregados familiares e seus membros por regime de propriedade, quase a totalidade dos agregados familiares de Moçambique, tanto nas áreas urbanas como nas rurais, vivem em habitações próprias (91.7%). As percentagens são ainda maiores nas áreas rurais. Em segundo lugar estão os agregados que vivem em habitações cedidas e alugadas. Só uma pequena percentagem mora em habitações com um outro regime de propriedade.

Os materiais de construção predominantes nas paredes, pavimento e tecto das habitações em Moçambique correspondem aos materiais geralmente utilizados na construção de palhotas e habitações informais. Por exemplo, 87.1% das habitações têm

paredes de paus maticados, caniço ou de bloco de adobe, 68.0% têm pavimento com terra batida e 81.8% têm tecto de capim/colmo/palmeira. O uso de materiais de melhor qualidade é mais frequente nas áreas urbanas do que nas rurais, dado que nas primeiras, as habitações de carácter formal são mais frequentes, ainda que não sejam predominantes.

A distribuição percentual das habitações particulares por acesso aos serviços básicos. Nas áreas rurais do País é extremamente reduzido. Por exemplo, apenas 0.5% das habitações tem electricidade e 76.7% não tem nenhum serviço sanitário (retrete ou latrina). Apenas um quinto das habitações rurais possuem rádio. Ainda que superior nas áreas urbanas do País, o acesso a serviços básicos é também limitado. Assim, por exemplo, apenas 18.6% das habitações tem electricidade, 9.0% água canalizada dentro da casa e 8.0 % retrete com autoclismo.

9.10 - Cobertura Sanitária

Moçambique está entre os 10 países mais pobres do mundo. Com cerca de 20 milhões de habitantes segundo dados do censo de 2007, tem uma taxa de crescimento de 2.4%. Perto de 69.5% da população reside na zona rural e a densidade populacional média é de 20 habitantes/km², variando entre as províncias. As províncias mais populosas são a da Zambézia e Nampula, com 20.34% e 19.47% do total da população (WHO, 2007).

A esperança de vida ao nascer é estimada em 46.7 anos, com uma taxa de natalidade e mortalidade de 35.2 e 21.3 por 1.000 habitantes respectivamente, uma taxa de mortalidade infantil de 124 por 1.000 nados-vivos (NV) e neonatal de 48 por 1.000 NV. As crianças com menos de 5 anos de idade, constituem 17,1% e os adolescentes e jovens (10-24 anos) 32.2% da população total do país. O total das pessoas em idade reprodutiva (15-49 anos) constitui 49% da população, das quais cerca de 5 milhões são mulheres representando 24.9% da população total do País Ministério da Saúde (MISAU e PES, 2006)

Após o lançamento da *Iniciativa por uma Maternidade Segura*, em 1992, e embora tenha havido uma melhoria nos indicadores de saúde, com a redução das taxas de mortalidade materna, infantil e neonatal, estas, ainda continuam altas em Moçambique.

Moçambique, à semelhança da maioria dos países em desenvolvimento, enfrenta grandes desafios na redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal que podem ser organizados em factores directamente relacionados com o Sistema de Saúde e os factores indirectamente relacionados com aquele.

Dentro dos factores directos ou inerentes ao sistema de saúde, é de sublinhar a fraca implementação das políticas, infra-estruturas de saúde inadequadas, fraca cobertura da rede sanitária, escassez de recursos humanos e falta de pessoal de saúde qualificado; fraco sistema de referência a todos os níveis; sistema de segurança de medicamentos e equipamentos inadequado assim como um fraco sistema de gestão a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.

Dentro dos factores não relacionados directamente com o sistema de saúde, podemos citar os factores sociais, económicos e geográficos, que influem o acesso e aceitação por parte da população aos serviços de saúde.

A distância à unidade sanitária (US), as vias de acesso, o tempo em chegar às unidades sanitárias, o tempo de espera para ser atendido e os custos que representam, são factores fortemente relacionados com o acesso da população aos cuidados de saúde. Os factores socioculturais, tais como crenças e práticas tradicionais, desigualdade de género, comportamentos errados em relação à saúde, e o fraco envolvimento e participação da comunidade nos assuntos relacionados à saúde e os serviços que são prestados, são também grandes desafios para a redução da morbi-mortalidade materno e infantil.

9.10.1 - Sistema Nacional de Saúde

O Sistema de Saúde compreende principalmente o sector público (Sistema Nacional de Saúde) com três níveis de gestão: o Ministério de Saúde, as Direcções Provinciais de Saúde e as Direcções Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social.

O Serviço Nacional de Saúde está organizado em quatro níveis de prestação de cuidados de saúde:

a) **Nível primário (I)** constitui o nível mais periférico e constitui o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde, oferecendo atenção primária, compreende os Centros de Saúde rurais e urbanos e Postos de Saúde.

b) **Nível Secundário (II)** é o primeiro nível de referência, constituído pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais.

c) **Nível Terciário (III)** é o segundo nível de referência das unidades do nível II, não somente para os doentes provenientes do nível II, mas também para aqueles que moram nas imediações do Hospital Provincial e que não tem Hospital Rural nem Geral para onde possam ser transferido. É constituído por Hospitais Provinciais (MISAU, 2006).

d) **Nível Quaternário (IV)** representa o nível mais diferenciado de cuidados de saúde. Constituído pelos Hospitais Centrais, situados em Nampula, Beira e Maputo, servindo de referência para as províncias das zonas Norte, Centro e Sul respectivamente. Também a este nível estão os Hospitais Especializados que prestam cuidados mais diferenciados. De referir que estes hospitais só podem ser criados quando se prove que essa é a forma mais eficaz de prestação de cuidados de uma especialidade ex: hospitais psiquiátricos.

Em 2006, a rede sanitária consistia em 1.338 Unidades Sanitárias, destes 3 hospitais centrais, 7 provinciais, 4 hospitais gerais, 31 hospitais rurais, 775 Centros de saúde sendo 112 unidades sanitárias tipo I, 334 tipo II, 329 tipo III e 514 postos de saúde, o que pode traduzir-se em numa média nacional de 15.000 habitantes por unidade sanitária. Do total da rede, apenas 3% das unidades sanitárias, (hospitais rurais/gerais, Provinciais e centrais) têm uma capacidade real para resolver problemas complexos.

Moçambique tem um hospital para cada 434368 pessoas, com poucas variações na última década (*Plano de formação de técnicos de saúde, 2006-2009*). Apesar do grande aumento na cobertura dos serviços e a melhoria dos indicadores do estado de saúde, entre os anos 2000 e 2004, o acesso geográfico não mostrou grandes mudanças. **Apenas 36% da população têm acesso a uma unidade sanitária a 30 minutos de distância a pé, das suas casas** (*Plano de desenvolvimentos 2005-2010, MISAU*).

Em Moçambique, apesar de o sistema de saúde ser principalmente público, o sector privado, lucrativo e não lucrativo, está crescendo nos últimos anos e adquirindo importância progressivamente. O sector privado, com fins não lucrativos, é representado principalmente pelas organizações não governamentais (ONG's) e algumas entidades

religiosas em parceria com o MISAU. O sector privado com fins lucrativos existe apenas nas zonas urbanas.

9.10.2 - Recursos Humanos Existentes

Um dos maiores desafios do MISAU é a escassez de recursos humanos a todos os níveis, embora o número de habitantes, por trabalhador de saúde qualificado, melhorou ligeiramente, de 1.947 em 2000 para 1.881 habitantes em 2003. Em relação ao nível dos quadros de saúde cerca de 63% são trabalhadores de saúde do nível básico ou elementar, 20% do nível básico, 13% do nível médio, e apenas 4% do nível superior. Com uma densidade de 3 médicos e 21 enfermeiras por 100 000 habitantes, o país está longe dos padrões internacionais recomendados 1 médico por 5.000 habitantes e pelo menos um enfermeiro por 4 habitantes (*Relatório do desenvolvimento humano de 2005*).

Rácio Médico/Habitante - Moçambique

Actualmente, existem em Moçambique 1200 médicos, dos quais 200 são estrangeiros, rácio médico/habitante é cerca de um médico para 20 mil habitantes contra a média africana de um médico para 12 mil habitantes (Chavana, 2010).

Apesar dos esforços realizados para a formação e colocação de pessoal com maiores capacidades técnicas, a pirâmide de recursos humanos ainda é muito larga na base e muito pequena no topo, ou seja, o sistema depende ainda de trabalhadores como pouca ou nenhuma formação profissional. Estes recursos humanos, especialmente os de categorias superiores (médicos obstetras, pediatras e etc), não estão distribuídos equitativamente, estando principalmente concentrados nas áreas urbanas. A cidade de Maputo absorve o maior número de médicos especialistas (obstetras e pediatras): 18 de 42 obstetras e 21 dos 46 pediatras entre nacionais e estrangeiros.

Uma das causas principais para esta situação é que o produto das instituições de formação tem sido inadequado (tanto em quantidade como em qualidade) para que possa responder adequadamente às necessidades crescentes do país. Por outro lado, tem-se verificado falta de motivação entre os trabalhadores de saúde, o que pode por em risco a qualidade dos serviços que se oferecem aos utentes.

Adicionalmente, o sector tem registado nos últimos anos, perdas importantes devidas ao HIV/SIDA e a saída do pessoal para as ONG's e fora do Sistema Nacional de Saúde o qual contribui para enfraquecer, ainda mais, a já débil situação dos recursos humanos em Moçambique.

Devido ao cometimento do Governo para a solução dos problemas de saúde, foram criadas várias instituições superiores de formação de saúde, 2 Universidades (U) com Curso de Medicina, U. Católica e Universidade Lúrio, um Instituto Politécnico com cursos pertinentes para os cuidados maternos e infantis, o Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA), com curso superior de Enfermeiras de Saúde Materna, Enfermeiras de Saúde Infantil e Técnicos de Cirurgia. A Formação e colocação destes técnicos nos distritos irão contribuir para a redução da mortalidade materna neonatal e infantil. Para além da antiga Universidade Eduardo Mondlane, com faculdade de Medicina, que forma actualmente, em média, meia centena de médicos por ano, o que é pouco para as necessidades do País.

Os profissionais de saúde que estão directamente envolvidos nos cuidados maternos e infantis são as Parteiras Elementares, Enfermeiras de Saúde Materna Infantil (SMI), Técnicos de Cirurgia, Técnicos de Medicina, e Médicos (médicos de clínica geral, obstetras e pediatras), para além de outro pessoal de saúde, com formação geral, como enfermeiras e agentes de medicina.

Segundo os dados do MISAU, após a recolha de dados, o número total de Unidades Sanitárias aumentou de 1.128 para 1.277. Destas constituem unidades de nível primário (postos e centros de saúde) 1.224 contra 1.200 constante na base de dados do MISAU; 41 unidades de nível secundário (hospitais distritais, hospitais gerais, hospitais rurais), 7 unidades do nível terciário (hospitais provinciais) e 5 unidades do nível quaternário (hospitais centrais e hospitais especializados).

A rede sanitária do País é constituída por 3 hospitais centrais, 2 hospitais especializados (psiquiátricos), 7 hospitais provinciais, 8 hospitais distritais, 28 hospitais rurais, 5 hospitais gerais, 25 CSU tipo A, 48 CSU tipo B, 31 CSU tipo C, 143 CSR tipo 1, 612 CSR tipo 2, e 362 Postos de Saúde. De um total de 41 US do nível secundário, somente as provinciais de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia e Manica apresentam hospitais

distritais. Com exceção da cidade de Maputo, as restantes províncias apresentam pelo menos um hospital rural.

No país existem 1.277 unidades sanitárias, das quais, 96% são unidades sanitárias primárias, isto é, Centros e Postos de saúde. Das unidades sanitárias primárias, cerca de 30% é composto por postos de saúde. Refira-se que no País existem apenas 5 unidades sanitárias do nível quaternário, isto é, hospitais centrais e especializados, e estes localizam-se em três províncias, Nampula, Sofala e Cidade de Maputo.

O rácio da população por US do nível Primário, mostra que em média no País, cada unidade sanitária serve 17.000 pessoas. Esta média varia segundo províncias, assim, a Província do Niassa é a que apresenta menor rácio, com cerca de 9.000 pessoas por unidade sanitária, e a Cidade de Maputo, com maior rácio, 41.000 pessoas por cada unidade sanitária, seguindo-se as províncias de Zambézia e Nampula, com 23.000 pessoas por US.

Relativamente ao Nível Secundário, o rácio da população por US, mostra que em média cada US deste nível está para 501.000 Habitantes. A Província do Niassa apresenta maior rácio (1.178.000), enquanto que a Província de Gaza tem menor rácio (305.000).

A distribuição percentual de unidades sanitárias com água indica que grande parte de unidades sanitárias (cerca de 48%) utiliza água proveniente de furos com bomba e quase 29% tem água da rede pública. Todas as unidades sanitárias dos níveis quaternários e terciário têm água proveniente da rede pública. Em contrapartida, a maioria de hospitais gerais, 60% têm água proveniente de furos com bomba. No que se refere ao regime de fornecimento de água, os dados mostram que a maioria de unidades sanitárias 78,1% com água tem disponibilidade durante 24 horas do dia.

9.10.3 - Hospital Geral do Chamanculo

É um hospital localizado na cidade do Maputo no município de Maputo, onde funcionam um banco de socorro, serviço de maternidade somente para partos normais, internamento para as parturientes com capacidade para 40 camas. Em caso de complicações obstétricas as parturientes são transferidas para HCM ou HGJM.

Funcionam também um laboratório, serviço de medicina preventiva, consultas de pediatria, medicina, do programa nacional do combate a tuberculose e lepra, prevenção e combate ao HIV/SIDA/tratamento anti-retro viral (TARV), serviços de psiquiatria, estomatologia e oftalmologia.

No serviço materno infantil (SMI) local onde foi colhida a amostra são oferecidos consultas pré-natais, consultas pós-natais, vacinação e controle do crescimento da criança, planeamento familiar e prevenção de transmissão vertical (PTV). A norma estabelece que os serviços da saúde materna e infantil sejam oferecidos diariamente, para evitar a perda de oportunidades e na procura de serviços.

Durante o atendimento pré-natal, para além do seguimento da gravidez, são oferecidos serviços tais como: prevenção da anemia com suplementação de ferro, micronutrientes e mebendazol, PTV, e prevenção da malária na gravidez, através do tratamento intermitente preventivo (TIP) e distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI).

Na Consulta Pós-Parto e Planeamento Familiar

É feita durante a 1ª semana após o parto por uma enfermeira do SMI que avalia o estado geral materno e do recém-nascido; realizam-se a suplementação com ferro e Ácido Fólico na mãe; Administra Vitamina A ao RN; aconselha sobre a alimentação da mãe e do RN, sexo seguro, orientação para a 2ª consulta do pós-parto e aconselhamento sobre contracepção/planeamento familiar; é feita ainda a provisão de algum método contraceptivo; aconselhamento sobre sinais de perigo no puerpério e Detecção e referenciação atempada de mulheres com sinais e sintomas de infecção/sépsis puerperal.

Entre a 4ª a 6 Semanas após o Parto:

2ª Consulta Pós-Parto e 1ª de Planeamento Familiar, são avaliadas o estado geral materno e do RN; Suplementação com ferro e ácido fólico; Aconselhamento sobre sexo seguro. É nesta altura que as mães levam os recém-nascidos para fazerem a vacinação da Polio, DTP e Hepatite B para além do controle do peso. Estas consultas são marcadas no mesmo dia para evitar que a mãe se desloque ao hospital várias vezes.

9.10.4 - Histórico da Saúde Mental em Moçambique

O primeiro Seminário Nacional de Saúde Mental, foi realizado em Outubro de 1984, no período pós-independência, com a presença de vários representantes de instituições da saúde e membros das organizações não governamentais que operavam em Moçambique no âmbito psicossocial, tendo identificado os seguintes problemas na área da saúde mental:

- (1) Centralização das estruturas de tratamento;
- (2) Dificuldades na planificação devido à ausência de dados sobre a prevalência dos transtornos mentais no país;
- (3) Carência de recursos humanos, materiais e financeiros;
- (4) Ausência de sensibilidade para a saúde mental, quer ao nível do pessoal de saúde, quer ao nível da comunidade em geral;
- (5) A instabilidade dos quadros técnicos, na sua maioria, cooperantes estrangeiros e
- (6) Ausência de colaboração multisectorial.

Naquele seminário foram também feitas recomendações, dentre as quais, a necessidade de:

- (a) Proceder-se à criação de uma estrutura que organizasse, dinamizasse, coordenasse e supervisionasse as acções em saúde mental a nível nacional.
- (b) Capacitar na área da saúde mental, os diferentes quadros a operar na saúde, e/ou ainda em formação.
- (c) Promover a investigação epidemiológica em saúde mental.
- (d) Adequar a legislação à realidade sociocultural de Moçambique.

O Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique (PNSM) foi aprovado em 1990, no XVI Concelho Coordenador do Ministério da Saúde. A estratégia aprovada no Concelho salientava a necessidade de integração da saúde mental nos cuidados de saúde em geral e enfatizava a importância da promoção e da prevenção, da humanização dos cuidados, do treino formal e contínuo de profissionais de saúde mental, da investigação,

da colaboração intersectorial, da implementação de legislação e da supervisão e avaliação dos processos iniciados.

No momento do lançamento, o PNSM contava com uma psiquiatra nacional e quatro infra-estruturas, ainda datadas do período colonial e em condições muito precárias (o Hospital Psiquiátrico do Infulene, em Maputo, o Hospital Psiquiátrico de Nampula, a Enfermaria de Psiquiatria no Hospital Central da Beira e o Hospital Asilar de Chissuio, em Manica).

A primeira grande tarefa do PNSM foi promover um curso de formação de quadros médios de saúde mental, cujas competências os habilitavam a fazer diagnóstico psiquiátrico e prescrever psicotrópicos no âmbito do formulário nacional de saúde. Em 1996 formaram-se os 34 técnicos de psiquiatria que passaram a assumir a bandeira da saúde mental nas 11 províncias do país, e estavam a ser integrados naquele momento os 31 técnicos de psiquiatria formados nos últimos 3 anos. Actualmente conta com 5 médicos especializados em Psiquiatria, dos quais três estão no Maputo.

Os **serviços de saúde de nível primário** são uma fonte importante de prestação de cuidados de saúde mental. Apesar da intenção de tornar acessíveis os cuidados de saúde mental a toda a população através da sua integração nos cuidados de saúde primários, o que se verifica ainda hoje é que grande parte da prestação de serviços de saúde mental está centrada nas zonas urbanas e nomeadamente em Maputo. Os quadros de saúde mental cobriam em 1996 apenas cerca de 0,29% da população e a sua actividade ao nível dos cuidados primários resumia-se apenas a uma consulta por semana em alguns Centros de Saúde de algumas capitais provinciais.

Ao **nível secundário e terciário**, em Maputo, os cuidados de saúde mental estão também limitados a uma consulta por semana nos três hospitais gerais: Mavalane, Chamanculo e José Macamo. Todos os hospitais provinciais têm pelo menos um técnico de psiquiatria. Ao nível rural apenas os hospitais rurais de Cuamba e Nacala Porto têm um técnico de psiquiatria e saúde mental.

Ao **nível dos cuidados especializados (nível quaternário)**, há uma Enfermaria de Psiquiatria e consulta externa todos os dias da semana nos hospitais centrais de Maputo e Sofala. Há também dois hospitais psiquiátricos em Moçambique que datam ainda do

período colonial, e que durante muitos anos, só providenciaram cuidados de natureza custodiar.

Tabela 1- Número de Unidades Sanitárias com serviço de Saúde Mental 2005

	Maputo cidade	Maputo província	Gaza	Inhambane	Sofala	Manica	Tete	Zambézia	Nampula	Niassa	C. Delgado	Total
1990	3				1	1			1			6
1996	5	2	2	1	3	1	1	1	4	2	2	24
2006	5	5	3	3	4	3	3	2	5	4	3	40

Fonte: MISAU, 2005

Segundo a tabela 1, constata-se que à medida que o tempo passa, o número de profissionais aumenta e as unidades sanitárias com serviços de saúde mental, também aumentam, porém, há uma tendência de colocar mais profissionais na capital e Província de Maputo.

Tabela 2- Recursos Humanos – do PNSM 2005

	Maputo cidade	Gaza	Inhambane	Sofala	Manica	Tete	Zambézia	Nampula	Niassa	C. Delgado
Psiquiatras	6 (3**)	0	0	1(**)	0	0	0	2(**)	0	0
Psicólogos	8	1	0	1	1	0	1	1	0	0
Téc.psiquit.	7 (2*)	2	2	4	2	2	2	3	1	2
Total de Quadros SM por província	21	3	2	6	3	2	3	6	1	2

(*) Maputo Província; (**) Quadros Estrangeiros. Fonte – MISAU, 2005.

Olhando para a tabela 2, o maior número de profissionais especializados (psiquiatras) Moçambicanos, estão na capital, Maputo. Situação que apesar de ter tendências a melhorar, está muito longe de ser o ideal.

Tabela 3: Recursos Humanos do PNSM - 2008

	Psiquiatras		Psicólogos				Técnicos de psiquiatria		Terapeutas ocupacionais		Total de Recursos humanos	
	No activo	Em formação	No activo	Recém colocados	Por colocar	Em formação	No activo	Em formação	No activo	Em formação	No activo	Em formação
Nacionais	4	(4)	25	13	11	37	56	29	0	38	97	116
Estrangeiros	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5	0
Total	6	1 (5)	25	13	11	37	56	29	2	38	102	116

Fonte: MISAU, 2008

A Assistência Psiquiátrica em Moçambique

Ser Psiquiatra em Moçambique é ser estranho para a maioria da população, pela tradição de ser “um que cuida de malucos, loucos, tolos, etc.,” assim, teme-se a este tal como se teme aos seus doentes. Temos a experiência da nossa prática clínica onde pudemos observar o medo, nas pessoas que iam às consultas e começavam por dizer “...eu não sou maluco e nem sou doente mental...” dificultando assim o contacto e entrevistas num primeiro momento.

10 - Depressão Pós-Parto no Contexto Cultural

A depressão pós-parto pode se devida a variáveis culturais, estilo de vida, diferenças na percepção de saúde mental e o seu estigma, factores biológicos e diferentes ambientes socioeconómicas como por exemplo: a pobreza, pouco apoio social, stress e malnutrição.

Esta demonstrado que existe um vasto leque de prevalência da DPP, reportada numa margem que varia de 0 a 60%. Em alguns países como Singapura, Malta, Malásia, Áustria e Dinamarca há poucos casos reportados de depressão pós-parto enquanto que em outros países como por exemplo o Brasil, Guiana, Costa Rica, Chile, Itália, África do Sul, Taiwan e Coreia, os sintomas depressivos pós-parto reportados são bastante prevalentes (Halbreich, 2006).

A depressão pós-parto não é muitas vezes detectada nem diagnosticada e as mulheres em risco são raramente assinaladas durante a gravidez ou durante o parto (Forman, 2000); Este é o caso, principalmente, de países em via de desenvolvidos onde a saúde mental em geral é relativamente ignorada (Reichenheim e Harpham, 1991). Foi sugerido que até 80% das mulheres com DPP não a relatam e que não foi diagnosticada pelos seus médicos assistentes (Whitton, 1996; Kelly, 2001; Yonkers, 2001).

Inquéritos e estudos epidemiológicos têm relatado taxas cada vez mais elevadas de depressão pós-parto em diversas culturas no mundo (Rahman, 2003). A determinação da prevalência da DPP e das suas associações sociais e biológicas entre diferentes populações e culturas é muito importante de forma a determinar se este problema é específico aos contextos culturais ou se é significativamente influenciado por estes (Wolf, 2002).

As perturbações psiquiátricas, ocorridas durante a gravidez, parto e puerpério não constituem uma entidade homogénea. Actualmente, a exemplo da maioria dos problemas de saúde, eles devem ser compreendidos dentro de uma abordagem multifactorial sendo importante a descrição de stress psicossociais, factores biológicos, experiências na infância, predisposição genéticas entre outros (Cox, 1987).

11 - Depressão no Homem

O homem também pode apresentar um quadro de depressão puerperal, embora de menor intensidade. A depressão masculina tem origem nos sentimentos de exclusão diante da díade mãe-bebé. É como se ele se apercebesse como o provedor que deve trabalhar e satisfazer as exigências impostas pelo puerpério da mulher. A própria vivência emocional do parto e a possibilidade de decepção quanto ao sexo do bebé, num momento em que todos ao seu redor parecem ocupados demais para lhe dar a atenção, podem ser outros factores. Muitas vezes encontra saída para as suas ansiedades no ambiente externo ao lar. Dai o aumento das actividades e carga horária no trabalho, relações extraconjugais ou mesmo somatizações com ocorrências de doenças ou acidentes com fracturas, para poder também chamar atenção sobre si (Souza e Daure, 1998).

Uma Pesquisa das universidades de Bristol e Oxford, publicada na revista médica britânica "The Lancet", mostrou que, oito semanas depois do parto, 3,6% dos 8.431 pais estudados aparentavam sofrer de depressão. Apresentavam sintomas como ansiedade, mudanças de humor, irritabilidade e desesperança. Entre 11.833 mães acompanhadas, o índice de depressão ficou pelos 10,2%.

O mesmo estudo mostrou que bebês cujos pais ficaram deprimidos tinham duas vezes mais problemas emocionais e de comportamento na pré-escola.

"Nós já sabíamos que depressão pós-natal em mães pode afectar a qualidade dos cuidados que os bebês recebem e está associada a distúrbios no desenvolvimento social, psicológico e físico", (Ramchandani *et al*, 2005).

12 - Tratamento

O tratamento médico da depressão pós-parto deve envolver, no mínimo, três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico. Além da preocupação dos profissionais de saúde com o problema, são muito relevantes os cuidados sociais, dirigidos aos factores envolvidos no desenvolvimento da depressão no período puerperal (Nonacs e Cohen, 1998).

Têm sido utilizadas técnicas de tratamento psicofarmacológico, psicossocial, psicoterapêutico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia (ECT), indicada para casos mais graves ou refractários a outras formas de tratamento. A maioria das intervenções psicossociais e hormonais, isolados, tem-se mostrado pouco eficientes. Entretanto, resultados de estudos focados sobre psicoterapia interpessoal, estratégias cognitivo-comportamentais e intervenções farmacológicas têm-se evidenciado, relativamente eficientes (Camacho, 2006).

Embora alguns clínicos ainda defendam o uso de progesterona no período pós-parto, com finalidade curativas ou preventivas, tal conduta tem sido controversa.

O trabalho de Harris, Lovett *et al* (1996) apontam a inexistência de uma correlação entre níveis dessa hormona e alterações do humor pós-parto. Seus resultados apontam associação com o cortisol, diminuindo precocemente no puerpério em pacientes que

desenvolveram depressão pós-parto. A avaliação da função tiroidea deve ser enfatizada e eventuais necessidades de correcção desta, são extremamente relevantes.

As medidas de tratamento ainda são amplamente discutidas, devendo-se levar em consideração a relação risco/benefício, sendo, assim, o bom senso do médico, um aliado importante, quanto à escolha do tratamento, nesses casos.

12.1 - Psicofármacos na Gravidez e Amamentação

Wisner *et al*, (2000) entre outros conceitos enfatizaram a importância do consentimento informado e o respeito pelos valores e pelas preferências da paciente por parte do médico, que sempre colocará com clareza a sua experiência na discussão, ou seja, o médico oferece suporte e soluções aos problemas levantados, já que a paciente é convocada a participar da melhor forma possível da decisão, que, em geral, deixada inteiramente a cargo do médico.

Diante de uma história clínica a mais completa possível, diferentes opções de tratamento são oferecidas, incluindo-se a de não tratar. Entre as opções estão os tratamentos biológicos (levando-se em consideração a sua eficácia e os riscos particulares para mãe e feto). Os possíveis riscos envolvem toxicidade fetal, considerando-se a morte intra-uterina, malformações físicas, prejuízo de crescimento, teratogenicidade comportamental e toxicidade neonatal.

Algo que deve ser mencionado com veemência à grávida é que o facto de não tratar poderá trazer muito mais prejuízo feto, pelo que haverá, devido ao stress, efeito sobre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com aumento de cortisóides e danos ao produto conceptual.

Nas situações extremas, como tentativa ou risco elevado de suicídio, ou estado psicótico, no qual a paciente não responde pelos seus actos, até mesmo do ponto de vista legal, a decisão de tratamento compulsivo será considerada (Camacho, 2006).

Como o risco de teratogenicidade é a principal preocupação da mulher grávida, a *Food and Drug Administration* (FDA), órgão norte-americano que controla alimentos e fármacos, estabeleceu uma classificação, segundo esse risco, para cada psicofármaco: Risco A: estudos controlados não demonstram risco. Estudos adequados e bem

controlados em gestantes não têm demonstrado ou evidenciado nenhum risco ao feto.

Risco B: sem evidência de risco em humanos. Ou os achados em animais demonstram risco, mas os achados em humanos não, ou se estudos adequados em humanos não têm sido realizados, achados em animais são negativos.

Risco C: risco não pode ser excluído. Faltam estudos em humanos, e os estudos em animais são positivos para o risco fetal ou estão ausentes também. Contudo, potenciais benefícios podem justificar o risco potencial.

Risco D: evidência positiva de risco. Dados de investigação ou relatados, posteriormente, mostram risco ao feto. Ainda assim, potenciais benefícios podem ter mais valor que o risco em potencial.

Risco X: contra-indicação absoluta em gravidez. Estudos em animais ou humanos de investigação, ou relatados posteriormente, mostram um risco fetal que claramente suplanta qualquer possível benefício à paciente.

Desse modo, o tempo que uma determinada medicação possui no mercado, ou seja, a experiência a ela associada, é fundamental nessa classificação, e a segurança oferecida pelas medicações mais recentes muitas vezes ainda não pode ser traduzida em relação ao seu uso em gravidez.

Descrever o risco inerente a cada droga de cada grupo psicofarmacêutico seria longo e fugiria em parte do contexto deste trabalho. Concentra-se, por isso, a atenção nas mais conhecidas e usadas. Os dados usados a seguir são do Committee on Drugs of American Academy of Pediatrics (2000) e de Bazire (2002).

12.1.1 - Antidepressivos

Os antidepressivos tricíclicos estão há muito tempo em uso e, portanto, a sua segurança tem sido estabelecida ao longo dos anos, particularmente a amitriptilina (risco B). A questão pode ficar por conta dos efeitos hipotensivos sobre a mãe, o que indicaria preferência pela desipramina (risco C), já que a nortriptilina tem risco D. Os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (IRSS), em geral, também têm tido sua segurança bem estabelecida ao longo do tempo, embora tenham, obviamente, menos tempo de

mercado que os tricíclicos. A “irmã mais velha”, fluoxetina, é largamente usada e tem risco B; alguma restrição ficaria por conta de sua semi-vida bastante longa, ou seja, numa eventual necessidade de retirada, a droga ainda permaneceria algum tempo no organismo.

A paroxetina, que até recentemente era bastante utilizada em gestantes, teve a sua segurança contestada em artigo de Williams e Woollorton (2005), que apontaram risco teratogênico bastante importante para essa droga, que está sendo reclassificada como risco D, devendo ser, portanto, evitada. Particularmente seguros e cada vez mais utilizados são a sertralina e o citalopram, com o estabelecimento de sua segurança cada vez maior (risco B). A fluvoxamina tem risco C, assim como o escitalopram, embora não haja relato de teratogenicidade para essa droga.

Os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) também têm risco B atribuído, seus efeitos hipotensores, em particular da tranilcipromina, além da própria questão dietética, seriam restritivos. Venlafaxina, mirtazapina e reboxetina têm classificação C, e seu uso em gestação também tem aumentado. Duloxetina é uma droga muito recente e não encontraria ainda uma classificação apropriada. A opção antidepressiva de risco A seria o uso do triptofano, de eficácia discutível (Camacho, 2006).

12.1.2 - Estabilizadores do Humor e Anticonvulsivantes

O carbonato de lítio (risco D) é claramente associado a malformações, em particular cardiovasculares – especialmente a anomalia de Ebstein – e o seu uso é proibido no primeiro trimestre.

Carbamazepina e oxcarbazepina estão associadas ao risco C, mas parecem ser a melhor opção, particularmente para o primeiro trimestre, já que o valproato/divalproato atravessa facilmente a placenta e tem sido ligado a algumas malformações, em particular a espinha bífida (risco D). Fenitoína também tem risco D, pois também atravessa a membrana fetal e é associada a síndrome fetal hidantoínica, caracterizada por atraso do crescimento, atraso mental, defeitos faciais, hirsutismo, anomalias cardiovasculares, geniturinárias e gastrointestinais (Camacho, 2006).

O fenobarbital tem clara implicação teratogênica (risco D). A lamotrigina e vigabatrina têm relativamente pouco tempo de uso, e a classificação é C. Topiramato também é C, embora demonstre alguma teratogenicidade em ratos.

12.1.3 - Antipsicóticos

Os antipsicóticos de gerações mais recentes têm, em geral, tem sido a preferência no tratamento de quadros psicóticos, em especial por sua eficácia em sintomas negativos. Destes, a risperidona usufrui de mais tempo no mercado, e não lhe têm sido atribuídos, riscos embora ainda apresente risco C.

Quetiapina e olanzapina também puderam ter alguma segurança associada (risco C), pois não se fez ainda nenhuma associação de teratogenicidade. A quetiapina é a menos estudada até o momento, mas pode ser interessante por sua falta de acção sobre a prolactina, assim como a clozapina (risco B), particularmente segura, mas com a limitação da farmacovigilância relacionada à agranulocitose, além de efeitos hipotensores e grande sedação. O haloperidol e as fenotiazinas (levomepromazina, clorpromazina) apresentam segurança relativamente bem estabelecida, pelo tempo de mercado que possuem (risco B). O haloperidol chegou a ser usado, em doses baixas, como alternativa para hiperemese gravídica. Possíveis limitações podem residir nos seus efeitos colaterais (Camacho, 2006).

12.1.4 - Benzodiazepinas

Os agentes benzodiazepínicos têm tido alguma teratogenicidade associada, embora os dados sejam controversos pela sua frequente associação com álcool e drogas ilícitas. O alprazolam não tem relatos formais de teratogenicidade (risco C). O clordiazepóxido (risco D) atravessa a placenta e tem sido relacionado a teratogenicidade, em particular se usado nos primeiros 42 dias da gestação.

O diazepam e o lorazepam são associados de forma costumeira, quando usados no último trimestre, a recém-nascidos hipotônicos ou com lentificação de respostas, incluindo o reflexo para mamar; por isso, seriam classificados como risco D. O clonazepam apresenta relativa segurança e recebe a classificação C. Dos demais benzodiazepínicos, não se têm muitas informações estabelecidas (Camacho, 2006).

12.2 - Psicofármacos Durante a Lactação

Actualmente, muitos antidepressivos estão sendo estudados em relação à lactação, e os ISRS são os menos presentes no leite materno. Entre eles, a sertralina e a paroxetina parecem ser as melhores alternativas (Haberg e Matheson, 1997). Também foram consideradas seguras (de baixo risco) as seguintes drogas: sulpirida, a maioria dos tricíclicos, triptofano, moclobemida, benzodiazepínicos em dose baixa e única, zolpidem, carbamazepina, valproato em doses baixas e fenitoína.

Drogas como haloperidol, fenotiazinas em baixas doses, IMAOS, mirtazapina, ISRS, trazodona, benzodiazepínicos e betabloqueadores foram consideradas de risco moderado.

A clozapina é contra-indicada pelo risco de agranulocitose, e estudos realizados em animais detectaram-na no leite materno. Antipsicóticos de última geração ainda têm poucos estudos, devendo ser evitados. Deve-se evitar também o uso do carbonato de lítio pelo risco de toxicidade no bebé (Botega *et al.*, 2006).

12.3 - Tratamento Hormonal

O tratamento hormonal nas perturbações do humor é muito antigo, e actualmente o uso de estrógenos sublinguais e transdérmicos, como o 17-B estradiol tem sido testado no tratamento da depressão pós-parto (Murray, 1996). Embora esses relatos proponham que o uso de estrógenos tenha bons resultados, apenas números modestos de melhoria sintomática foram apresentados. Acredita-se que os estrógenos actuem pela interacção com receptores do núcleo e de membranas celulares (McEwen, 1999). A acção dessas hormonas sobre receptores de membrana representaria um papel importante na síntese, na liberação e no metabolismo de neurotransmissores, como a noradrenalina, a dopamina, a serotonina e a acetilcolina (Stahl, 2001).

Os estrógenos também agiriam sobre neuropeptídeos (por exemplo, factor de liberação de corticotrofinas [CRF], neuropeptídeo Y [NPY]), influenciando também a modulação de outras actividades, como a termorregulação em centros hipotalâmicos, e o controle da saciedade, do apetite e da pressão arterial sanguínea. Assim, em períodos de variações abruptas dos níveis de estrógenos circulantes, ocorreria maior vulnerabilidade

para o desenvolvimento de transtornos psíquicos na mulher, particularmente de cognição e do humor.

Em relação à utilização de doses suprafisiológicas de estrogénios, são necessários mais estudos que comprovem sua eficácia em mulheres que estão amamentando. Essa modalidade de tratamento não é a primeira escolha tendo em conta a relação risco/benefício (Camacho, 2006).

12.4 - Psicoterapia

Muitas mulheres têm abandonado ou não têm aceitado o tratamento farmacológico quando descobrem estar grávidas e, conforme a história de evolução e menor gravidade da doença, a psicoterapia pode ser uma boa opção de tratamento.

A psicoterapia também pode ser uma aliada no que diz respeito a medidas de descontinuas ou redução de dose no tratamento farmacológico, diminuindo o risco de recaídas ou os sintomas depressivos na gestação. No entanto, é importante ressaltar que não é adequado descontinuar a farmacoterapia em casos mais graves ou recorrentes.

Episódios depressivos leves ou depressão menor podem ter boa resposta ao tratamento psicoterápico, sendo benéfico para as pacientes e para o feto tentar inicialmente o tratamento não farmacológico nesses casos.

Relativamente a intervenções psicoterapêuticas os estudos analisados apresentam como intervenções: terapia interpessoal orientada em grupo (Zlotnick, 2001; Dennis, 2004 e Boath, Bradley, 2005), terapia cognitivo-comportamental em grupo (Ogrodniczuk e Piper 2003; Dennis 2004; Muñoz, 2007; Austin, 2008); terapia cognitivo-comportamental individual (Ogrodniczuk e Piper 2003; Cho, Kwon e Lee 2008), sessões de análise do stress pós-natal (Boath, Bradley, 2005), e análise psicológica (Dennis, 2004).

No que se refere à **terapia interpessoal orientada em grupo**, não existe consenso quanto à sua eficácia, pois enquanto os estudos realizados por Zlotnick *et al.*, (2001) e por Boath, Bradley e Henshaw (2005) revelam sucesso na prevenção da DPP no pós-parto e num curto período de tempo, já o estudo de Dennis (2004b) aponta que não há

evidência científica que sustente a recomendação específica e inequívoca da sua utilização, como forma de prevenir esta patologia.

Quanto à **terapia cognitivo-comportamental em grupo**, todos os estudos que identificaram esta intervenção como sendo uma estratégia a utilizar para a prevenção da DPP, recomendam-na. Porém, Austin *et al* (2008) demonstraram, no seu estudo, que a informação escrita, proporcionada ao grupo de controlo, poderá ser igualmente eficaz na redução da sintomatologia depressiva. Acrescente-se que o estudo de Muñoz *et al* (2007) sugere que existe diferença entre o grupo de estudo e o grupo de controlo, embora esta não seja estatisticamente significativa. Para esta intervenção, Dennis (2004), à semelhança do que acontece na intervenção anterior, demonstra não haver evidência científica que suporte a sua recomendação indubitável para a prática clínica.

Relativamente à **terapia cognitivo-comportamental individual** quer o estudo de Cho, Kwon e Lee (2008) quer o de Ogrodniczuk e Piper (2003), demonstraram que a sua utilização é adequada na prevenção da DPP, adiantando, ainda, o primeiro haver diferenças significativas no pós-parto, entre os dois grupos sujeitos ao estudo. No entanto, deverá haver alguma cautela na sua recomendação, uma vez que o primeiro estudo foi baseado numa amostra de reduzida dimensão e o segundo não foi conclusivo nos resultados obtidos.

As **sessões de análise do stress pós-natal** (Boath, Bradley e Henshaw, 2005) e a **análise psicológica** (Dennis, 2004), foram outras intervenções descritas que não demonstraram tanto sucesso, sendo que a última não apresenta evidência suficiente para que seja recomendada de forma inequívoca e específica.

Newport *et al.* (2002) estudou as abordagens psicoterápicas mais significativas na redução da sintomatologia depressiva no pós-parto e verificaram existir duas modalidades mais efectivas: a psicoterapia interpessoal, que foca o seu trabalho nos sintomas depressivos da paciente e no seu relacionamento com o mundo, assim como o rompimento da barreira interpessoal; e a terapia cognitivo-comportamental, que tem como objectivo ajudar o paciente a solucionar seus comportamentos e crenças disfuncionais por meio da aprendizagem e da reestruturação cognitiva.

A prevenção precoce, por meio de acções e intervenções integradas que tenham em conta as variáveis associadas à depressão, pode impedir as mães de desenvolverem DPP e pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. Uma vez que o desenvolvimento de medidas efectivas para a prevenção desta patologia é a melhor política de saúde pública para a redução da sua incidência, o enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é o profissional que se encontra em melhores condições para prevenir o aparecimento desta patologia, pois é ele quem possui o conhecimento necessário para a criação de programas preventivos na rede pública voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva no geral. Por outro lado, também é este profissional que se constitui como uma peça chave para o despiste e para a prevenção da DPP que se irá traduzir no exercício materno saudável (Moraes, 2009).

12.5 - Eletroconvulsivoterapia

As mulheres grávidas deprimidas, com intenções suicidas, quadros de mania, catatonia ou psicose podem necessitar de internamento e com frequência, o tratamento de escolha nesses casos é a electroconvulsivoterapia (ECT). Duas revisões recentes constataram que seu uso é seguro e eficaz durante a gestação. Numa revisão com 300 casos tratados com ECT durante a gestação, publicados nos últimos 50 anos, houve apenas relato de quatro trabalhos de parto prematuros. Não houve nenhum caso de ruptura prematura de placenta (Nonacs e Cohen, 2002).

Pesquisas recentes sugerem que o risco é mínimo durante a gravidez, tanto em relação à própria ECT quanto aos medicamentos utilizados durante o procedimento, fazendo da ECT um recurso útil no tratamento de transtornos psiquiátricos em gestantes. Maletzky (2004) realizou um estudo de revisão de 27 casos, descrevendo que, em 4 destes, a condição de gestante foi a principal indicação para a escolha de ECT como medida terapêutica, escolha esta realizada em função da segurança do método em relação aos riscos que podem ocorrer quando ocorrem transtornos depressivos nessa fase. A ECT seria também um procedimento adequado como alternativa à farmacoterapia convencional em mulheres que não poderiam ser expostas a determinados tipos de medicação durante a gravidez, ou naquelas que não responderam ao tratamento farmacológico.

13 - Prognóstico

Segundo Kaplan *et al.* (1999) tanto a depressão puerperal quanto a psicose pós-parto, apesar de apresentarem um quadro clínico grave e de início abrupto, podem cursar com um bom prognóstico. Para isso, é necessária a identificação precoce dos sintomas iniciais e, a partir daí, o planeamento de terapêuticas adequadas. A psicose pós-parto pode mais tarde evoluir para uma depressão durante este período. Se não forem tratadas, ambas as síndromes puerperais podem tornar-se crónicas e refractárias ao tratamento, estendendo-se até ao terceiro ano após, parto e causando prejuízos psicológicos, morbilidade e mortalidade.

14 - Prevenção

A prevenção da DPP parece ter vindo a ganhar um interesse crescente nos últimos anos. Das intervenções encontradas, as psicoterapêuticas parecem ser eficazes na prevenção da DPP, não obstante, há controvérsia instalada em torno da sua eficácia. Enquanto alguns estudos demonstraram que as intervenções de enfoque psicoterapêutico específicas revelaram alguns resultados promissores (Zlotnick *et al.* 2001; Ogrodniczuk e Piper, 2003; Boath, Bradley e Henshaw, 2005; Zinga, Phillips, Born, 2005; Cho, Kwon e Lee, 2008), outros, porém, revelaram achados maioritariamente negativos (Dennis, 2004; Dennis e Creedy, 2008).

Parece-nos que esta disparidade de resultados, só vem comprovar a necessidade de se realizar um maior número de investigações, que possam demonstrar a eficácia deste tipo de intervenções. No entanto, a necessidade de encarar a prevenção da DPP numa perspectiva que envolva os diversos epistemas do ser humano, leva a que se acredite que a abordagem deverá ter em conta as dimensões bio-psico-sócio-culturais das grávidas (Tavares e Botelho, 2009).

De acordo com os estudos analisados a eficácia das abordagens psicossociais não foi demonstrada, pelo contrário. A avaliação destas intervenções têm, sistematicamente, demonstrado que a prevenção pós-parto não é eficaz pelo que não deverá ser recomendada (Dennis, 2004; Boath, Bradley e Henshaw, 2005; Zinga, Philips e Born, 2005; Morrell, 2006). Porém, ao reflectir sobre este aspecto, e embora estas intervenções possam não estar directamente relacionadas com a diminuição da

incidência da DPP, poderão contribuir para que a mulher possa apresentar níveis mais reduzidos de ansiedade, uma vez que proporcionando conhecimento sobre a vivência da gravidez e do pós-parto poderá aumentar a auto-confiança e o sentido de controlo, preparando a mulher/conviventes significativos para as alterações com que se irão deparar (Lowdermilk, 1999).

As intervenções para a melhoria da qualidade, não reúnem consenso no que se refere à sua eficácia, em especial a continuidade de cuidados. Todavia, Navalhas (1999) refere que da continuidade emergem duas noções: a da longitudinalidade da prestação de cuidados e a da personalização da relação terapêutica. A primeira refere-se ao acompanhamento dos problemas do cliente ao longo do tempo e a segunda concepção refere-se à personalização da relação entre o profissional e o cliente, como forma de melhorar a satisfação do cliente, bem como dos profissionais envolvidos. Neste sentido, não será que esta intervenção pode contribuir para a prevenção da DPP? Na verdade, o acompanhamento da gravidez e pós-parto sempre pelo mesmo enfermeiro obstetra pode, por um lado, favorecer o desenvolvimento de uma relação empática, permitindo uma melhor adaptação das consultas tendo em conta a individualidade das grávidas (Ogrodniczuk e Piper, 2003) e, por outro, pode favorecer o reconhecimento de alterações, conduzindo a intervenções atempadas.

Com a identificação dos factores de risco para o desenvolvimento da DPP, assistiu-se a uma maior quantidade de pesquisas sobre estratégias preventivas (Zinga, Phillips e Born, 2005). Porém, a análise dos estudos identificados revela que a notificação e identificação pré-natais de grávidas de risco parecem não ser eficazes (Dennis, 2004).

No entanto, como só através do conhecimento dos factores de risco associados à DPP, será possível desenvolver medidas preventivas, então esta estratégia poderá ser uma mais-valia, como foi comprovado pelos estudos realizados por Teissedre e Chabrol (2003), Robertson *et al.* (2004) e Zinga, Philips e Born (2005).

Capítulo II: Concepção e Metodologia do Estudo

1 - Objectivo

O período pós parto é responsável pelo aumento do risco de patologia psiquiátrica nas mulheres sendo a depressão pós parto uma patologia do humor que afecta tanto a saúde da mãe, como o desenvolvimento do seu filho e tem um impacto negativo ao nível familiar. Sendo um fenómeno cada vez crescente a nível mundial, decidimos fazer uma investigação em Moçambique numa perspectiva científica, tendo como premissas para tal; os requisitos:

- A existência de poucos trabalhos publicados sobre aquele tema em África e na cultura de Moçambique.
- A evidência através de amostras representativas de um número crescente de mulheres que sofre da depressão no puerpério.
- Necessidade de avaliação da situação da patologia psiquiátrica no pós-parto em Moçambique para que no futuro possa ser planeado um programa de prevenção.

As mulheres da África subsaariana que sofrem de perturbações durante a gravidez e no pós parto frequentemente recorrem aos cuidados tradicionais em vez do Hospital o que contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade materna.

Ficamos muita das vezes presos na uniformidade da realidade, sem possibilidade de agir face a este fenómeno crescente da depressão, pois pensamos que não podemos alterá-la. Mas, se a realidade é minha possibilidade – possibilidade da própria consciência - imediatamente perguntamos como podemos alterá-la, torná-la melhor. O número de pacientes que sofrem da depressão tem vindo a crescer consideravelmente, o que me faz sentir mais responsável para reduzir, se não, minimizar os traumas causados por este fenómeno. Como somos sempre observadores na ciência, temos a responsabilidade de reverter este fenómeno.

1.1 - Objectivo Geral

Investigar a ocorrência das perturbações psiquiátricas no pós-parto em Moçambique na cidade de Maputo, por ser uma patologia com efeitos negativos para a mãe, bebé e família.

Este trabalho de investigação tem a seguinte metodologia: Estudo transversal e descritivo em mulheres no período pós-parto.

1.2 - Objectivos Específicos

1. Estimar a prevalência da depressão pós parto nas mulheres atendidas em ambulatório no hospital geral do Chamanculo em Maputo.
2. Identificar os factores de risco mais prevalentes para a depressão pós parto em Moçambique e sua importância relativa.
3. Avaliar e comparar com os factores de risco descritos na literatura com aqueles eventualmente próprios da nossa cultura.
4. Descrever as características sócio -demográficas das mulheres com DPP

2 - Material e Métodos

2.1 - Colheita de Dados

A colheita de dados ocorreu no Hospital do Chamanculo em Moçambique, localizado no município e cidade de Maputo, em mulheres no segundo e terceiro mês após o parto, nas consultas *pós-natal e da criança sadia* na qual as mães levam os bebés a partir do segundo mês de vida para fazerem as vacinas do programa nacional de vacinação e controle da curva de peso. Trata-se de uma instituição pública que atende mulheres grávidas, assiste as mulheres durante o parto e após o parto, portanto o atendimento é prestado às mulheres do Sistema Nacional Saúde. As mães atendidas no serviço em ambulatório são provenientes dos bairros e de cidades próximas que pertencem ou não a área de saúde. A assistência as mães é feita todos dias úteis por médicos, enfermeiros, técnicos profissionais de nível básico, médio, superior e outros profissionais de saúde. No Hospital funciona também a *consulta da criança sadia* que acompanha o crescimento dos bebés dos zero aos cinco anos de idade, onde se faz a vacinação segundo o calendário nacional de carácter obrigatório e controle da curva de peso.

A escolha do período da manhã nas *consultas de criança sadia*, para a realização do estudo, prende-se principalmente com o desejo de conseguir um maior número de mulheres nos pós parto e uma amostra homogénea, uma vez que este hospital oferece assistência a uma enorme área populacional.

2.2 - População do Estudo, Critérios para Inclusão e Exclusão

A amostra foi constituída por mulheres a partir do segundo mês do pós-parto que frequentavam o ambulatório do Hospital de Chamanculo, com idade igual ou superior a 15 anos que levavam os bebés à *consulta da criança sadia* a partir de Novembro de 2009 e durante 60 dias e que tinham condições de preencher o instrumento de rastreio para DPP (Escala de Edinburgh). Antes da entrevista, foi assinado o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido.

O principal inconveniente deste estudo foi certamente, a impossibilidade de um segundo contacto com as puérperas, pelo facto de termos tido autorização do Ministro da Saúde para colhermos os dados em Moçambique apenas durante dois meses.

Critérios de Inclusão:

- Idade maior ou igual a 14 anos;
- Parto de termo (superior ou igual a 36 semanas)

Critérios de Exclusão:

- Parto pré termo
- Malformação do filho
- Aborto ou ameaça de aborto

2.3 - Instrumentos para Colheita de Dados

2.3.1- Registo de Dados de Identificação da Puérpera e Sóciodemográficos

Neste campo constam dados referentes à identificação da mulher no puerpério: número do registo, data da entrevista, data do parto, idade, raça e estado civil.

Escala de Graffard por nós seleccionada e preconizado pelo Centro Internacional da Infância. É utilizado em diversos países e tem as características de ser simples e basear-se em cinco referências diferentes e objectivas.

O teste é composto por cinco dimensões que no seu conjunto abrangem a situação socioeconómica do indivíduo ou família: Profissão; Nível de instrução; Fonte de rendimento; Conforto de alojamento e Aspecto do bairro.

A pontuação total é obtida pela soma dos valores atribuídos em cada um dos critérios enunciados com valores compreendidos entre 5 e 25. Quanto mais elevado for a pontuação obtida mais baixo será o nível socioeconómico (tabela nº4).

Tabela 4: Distribuição das Puérperas Segundo o Teste de Graffard
(nível socioeconómico)

PONTUAÇÃO	NÍVEL SOCIOECONÓMICO	
5-9	I	Muito bom
10-13	II	Bom
14-17	III	Razoável
18-21	IV	Reduzido
22-25	V	Mau

2.3.2 - Antecedentes

História familiar: neste bloco foi colhidas informações sobre os antecedentes psiquiátricos da família, suporte familiar.

História pessoal: vida sexual, como idade da menarca, presença de sintomas de tensão pré-menstrual, início da actividade sexual, desejo de engravidar, número de episódios depressivos, número de gravidezes, abortos, tipo do parto, número de filhos, dificuldades obstétricas e antecedentes patológicos.

2.3.3 - *Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)*

O instrumento a utilizar para rastreio da depressão pós-parto foi idealizado por Cox (Cox, Chapman, *et al.*, 1996), traduzido e validado em Portugal por Barbara Figueiredo (1997).

Trata-se da escala de *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, instrumento desenvolvido na Grã-Bretanha em 1987 (Cox, Holden, *et al.* 1987). É um instrumento que tem sido amplamente utilizado em vários países e culturas.

Vários países realizaram estudos a fim de estabelecer a sua validade (Des Rivieres-Pigeon, Seguin *et al.*, 2000; Teissedre e Chabrol, 2004; Adouard, Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 2005; Milgrom, Ericksen, *et al.*, 2005; Teng, Hsu *et al.*, 2005) Em países desenvolvidos, ela tem sido utilizada para pesquisas diagnósticas e epidemiológicas. Em países subdesenvolvidos, por sua simplicidade e possibilidade de ser utilizada por profissionais não especializados em saúde mental, pode ser particularmente útil em locais com condições sociais adversas, facilitando a rápida identificação e intervenção em tais quadros (Almeida Filho, 1987).

Esta escala é composta de 10 itens, com pontuações de 0 a 3, de acordo com a intensidade dos sintomas. Utiliza um ponto de corte de 12 a 13 pontos e cada resposta pode variar de 0 (zero) para ausência de sintomas a 3 (três), para maior gravidade e duração dos sintomas. Portanto, a pontuação pode distribuir-se de 0 a 30, de acordo com a gravidade do quadro (anexo nº). Instrumento útil para detectar mulheres sob o risco de apresentar depressão pós-parto, ela é de fácil aplicação e pode ser utilizada por profissionais de saúde de diversas áreas.

2.3.4 - Depressão *Minor* vs Depressão *Major*: melhor ponto de corte da EPDS

O ponto de corte em determinadas escalas pode adicionar conhecimentos principalmente em relação à gravidade dos quadros. Numa meta-análise recente onde um dos objectivos foi estabelecer a exactidão dos métodos de rastreamento, os autores avaliaram 109 trabalhos, e revelaram que a maioria dos mesmos considera uma pontuação de 13 ou mais ao avaliar a depressão major. No entanto, muitos estudos foram realizados utilizando a pontuação acima de 8, revelando haver uma considerável quantidade de mulheres com níveis sub-clínicos de sintomas depressivos.

Este achado possibilita uma distinção entre mulheres com depressão com sintomas semelhantes à depressão maior e outras com sintomas mais amenos, mas ainda significativos (Gaynes, Gavin *et al.*, 2005). Na população Brasileira, o ponto de corte de 12 foi considerado o mais adequado, com sensibilidade de 93,8% e especificidade de 84,6% (Cantilino, 2000).

Uriel e Sandhya, 2006 verificaram que há variações no ponto de corte escolhido com o uso da EPDS entre vários países, que variam de 9 a 13. Pontuações de corte culturalmente sensíveis foram recomendadas por quem desenvolveu a EPDS que recomendam uma variação de 9-10 a 13-14 para diferentes populações. Assim as pontuações de corte da EPDS variam de cultura para cultura e foram determinadas por investigadores individuais de forma a melhorarem a sensibilidade e ou a especificidade do instrumento (por exemplo, Yoshida *et al.*, 1997; Cryan *et al.*, 2001). Algumas diferenças na prevalência da DPP podem ser explicadas pela inconsistência na sensibilidade e especificidade estimadas da EPDS (Eberhard-Gran *et al.*, 2002).

Este ponto de corte de 12 (maior ou igual a 12) é referido como ideal por vários autores e realidades como: no Brasil (Gustavo R. e tal 2007) por Beck e Kable, (2001) nas 2 ou 12 semanas após o parto; em Marrocos por K. Mchichi *et al.* (2006) e por Agoub M, (2005). Santos *et al.* (2000).

Capítulo III: Resultados, Discussão e Conclusões

1 - Apresentação e Análise dos Dados

A colheita de dados para a realização deste estudo foi efectuada através da aplicação de uma entrevista estruturada e do questionário do *Edinburgh postnatal depression scale* (anexo nº2), no Hospital Geral de Chamanculo (HGC) cujo preenchimento decorreu entre os dias 9 de Novembro de 2009 e 15 de Janeiro de 2010, sendo o tempo médio de preenchimento de 20 minutos.

Durante o ano 2009 na maternidade do HGC foram realizados 5.824 partos. De referir que neste hospital são realizados somente os partos normais, as mulheres com complicações durante a gravidez ou no parto são transferidas para o Hospital Central de Maputo (HCM) ou para o Hospital Geral José Macamo (HGJM). No mês de Agosto e Setembro de 2009, foram realizados na maternidade do Hospital Geral do Chamanculo 1.046 partos.

Durante o período do estudo foram vacinadas 977 crianças no segundo e terceiros meses de idade. Deste universo foram convidadas a participar do estudo 217 puérperas que levavam as crianças para a vacinação e peso no *Serviço de Saúde Materno Infantil* (SMI). A duração do *Programa Nacional de Vacinação* é de 9 meses e é de carácter obrigatório.

Das 217 mulheres convidadas a participar do estudo apenas duas recusaram participar do estudo, e 26 mulheres tiveram os inquéritos incompletos. O tamanho da amostra final foi, assim, de 189 que corresponde a 19,3% da população atendida no SMI durante o mesmo período.

Durante 44 dias consecutivos foram inquiridas 217 mulheres, que estavam no segundo e terceiro mês após o parto.

Seleccção da amostra

A população deste estudo é constituída por todas as mulheres que encontravam-se no segundo e terceiro mês após o parto que ocorriam ao serviço de SMI do Hospital Geral do Chamanculo. As mulheres foram inqueridas quando ocorriam ao SMI para vacinarem e controlar de peso dos seus bebés.

Métodos e procedimentos

A entrevista foi realizada na ausência do companheiro, uma vez que eles não acompanham as mulheres nas consultas.

O local escolhido foi um gabinete privado, localizado no serviço de Saúde Materno Infantil. Depois da apresentação pessoal da entrevistadora, cada mulher era por esta convidada a participar no estudo, depois de lhe dar a conhecer qual o propósito deste. Depois de aceitar o convite a entrevista começava. No início da entrevista era reforçada a explicação do objectivo do estudo. Foram garantidas as condições de privacidade e confidencialidade.

A entrevistadora orientou o diálogo para todos os pontos mencionados no guião da entrevista. Quando as participantes eram incapazes de ler, o questionário foi aplicado pela pesquisadora, como sugerido por Cox, (1987).

Cada entrevista teve uma duração média de 20 a 30 minutos. As entrevistas tinham início às 8:30 e terminavam às 14h. Horário que foi acordado em reunião prévia com os responsáveis do serviço, quando formalizamos o pedido para a realização do estudo porque no período da tarde o gabinete era ocupado para as consultas de planeamento familiar.

As associações entre as variáveis e a situação das puérperas quanto à doença estudada foram submetidas aos testes de qui-quadrado. O nível de significância adoptado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

2 - Resultados

2.1 - Dados Sóciodemográficos

Idade

Verificamos o modo como as mulheres se distribuíram de acordo com a idade. Constatamos que a idade média da amostra foi de 25,3 e que 36,5% das puérperas têm idades entre 20 a 25 anos. De realçar ainda que 22,2% se situam no grupo etário entre os 15 e 20 anos e 20,7% no grupo etário entre 25-30 anos de idade (Tabela, nº 5).

Tabela nº5 - Distribuição das Puérperas Segundo as Idades.

IDADE (ANOS)	n	%
15- 20	42	22,2
20- 25	69	36,5
25-30	39	20,7
30- 35	27	14,3
35-40	9	4,8
40-50	3	1,5
TOTAL	189	100,00

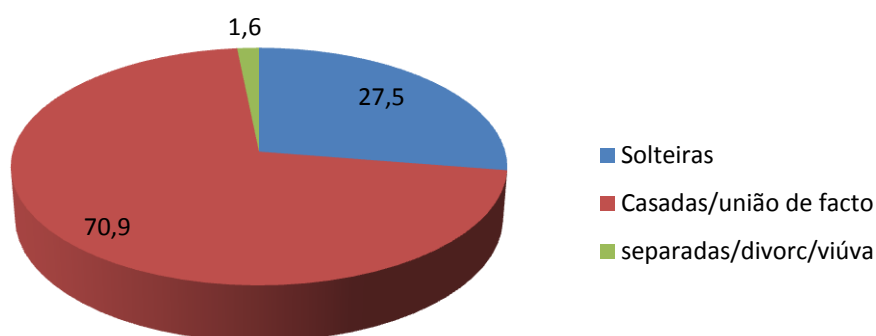
Cor da pele

Quanto a cor da pele das puérperas verificamos que é maioritariamente negra (97,4%). Representando as mulheres de pele branca e mestiça apenas 2,7 % do total (Tabela nº6).

Estado civil

Relativamente ao estado civil, pela análise da tabela nº 6 constatamos que 134 (70,9%) das puérperas são casadas ou vivem em união de facto, surgindo 27,5% como solteiras.

Gráfico 1 – Distribuição das Puérperas Segundo o Estado Civil



Local do parto

Em relação ao local do parto constatamos que a maioria das mulheres no pós-parto (61,9%) teve o parto no Hospital Geral do Chamanculo local onde se realizou o estudo, seguindo do Hospital Geral José Macamo (24,3%) e do Hospital Central do Maputo (9,0%).

Proveniência das puérperas (Residência)

Quanto à distribuição das puérperas, em função do local de residência, verificamos uma predominância de 84,7% de puérperas que vivem nos bairros periféricos da cidade do Maputo, com casas de construção precária, latrina melhorada, cozinha no exterior, água canalizada e electricidade. Estes são bairros com ruas estreitas que impossibilitam a entrada dos carros.

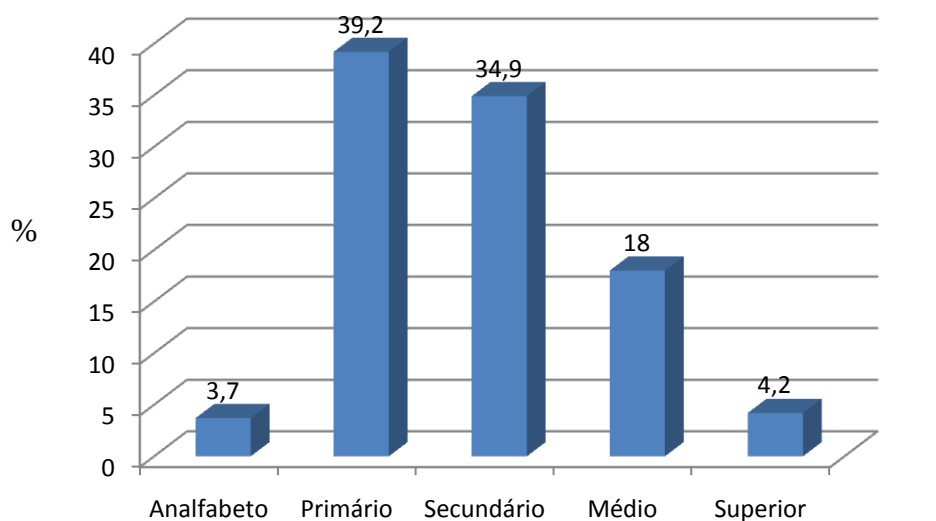
De salientar que 10,1% das puérperas vivem em bairros residenciais em zonas onde o valor das casas e terrenos são elevados. Finalmente 5,3% vivem na zona rural.

Grau de instrução

Em função do nível de escolaridade e observando a Tabela nº 6 constatamos que 39,2% das mulheres inquiridas possuem a instrução primária, e 34,9% a instrução secundária (a maioria com frequência da 8ª classe).

De salientar que 18% frequentaram nível médio e institutos superiores; curso universitário 4,2% e apenas 3,7% eram analfabetas (gráfico nº 2).

Gráfico 2- Distribuição das Puérperas Segundo o de Grau de Instrução



Naturalidade

Constatamos que 95,7 % das mulheres nasceram na região sul de Moçambique (Maputo, Gaza e Inhambane), 2,6 % na região norte (Nampula e Zambézia) e 1,7% no centro do país (Sofala, Manica e Tete).

Profissão

Pela análise da tabela nº 6, verificamos que 43,9% das puérperas estavam desempregadas ou sem trabalho; 25,4% são estudantes, seguidas de 14,3% que são vendedoras ambulantes, estas não sabem que proveitos auferirão ao fim do dia para alimentarem os seus filhos. São funcionárias públicas 7,4% e 6,9% são trabalhadoras de conta própria (“Muqueristas”, são as que importam produtos alimentícios, limpeza, vestuário, calçado e etc. da RSA ou Suazilândia abastecendo o mercado Moçambicano) e ainda 2,1% praticavam agricultura.

Tabela nº 6 - Distribuição das Variáveis Sócio-demográficas Estudadas.

Variáveis	n	%
Cor da pele		
Negra	184	97,3
Outras	5	2,7
Estado civil		
Casada/união de facto	134	70,9
Separada/ Divorciada/viúva	3	1,6
Solteiras (mãe solteira)	52	27,5
Residência		
Urbana	19	10,1
Periférica	160	84,7
Rural	10	5,3
Local do Parto (Hospital)		
HGC	117	61,9
HCM	17	9,0
HGJM	46	24,3
Outros	9	4,8
Grau de instrução		
Analfabeta	7	3,7
Instrução primária	74	39,2
Nível secundário e profissionais	66	34,9
Nível médio e Institutos superiores	34	18,0
Universitário	8	4,2
Profissão		
Funcionário público	14	7,4
Trabalhadora de conta própria	13	6,9
Vendedora ambulante	27	14,3
Agricultura	4	2,1
Desempregada	83	43,9
Estudante	48	25,4
Fonte de Rendimento Familiar		
Fortuna, proprietário industrial, Altos honorários, gerente	10	5,3
Trabalhador do estado, governo, câmaras, subgerente	31	16,4
Operários, empregados de escritório, comércio	133	70,4
Sustentados pela beneficência privada	15	7,9
Conforto do Alojamento		
Casa ou andar espaçosas e confortáveis	6	3,2
Casa/andar modesta bem construída e conservada	33	17,5
Categoria intermédia entre 3 e 5	124	65,6
Alojamento impróprio, barracas, casa de lata	26	13,8
Classe social (Graffard)		
I e II	13	6,9
III	35	18,5
IV	101	53,4
V	40	21,2
Conviventes		
Marido/Companheiro	106	56,1
Pais	43	22,8
Sogros e companheiro	13	6,9
Outros familiares	27	14,3
Suporte Familiar		
Muito bom	27	14,3
Bom	93	49,2
Regular	53	28,0
Mau / Muito mau	16	8,4

Principal fonte de rendimento

A Tabela nº 6 apresenta a distribuição das puérperas em função da principal fonte de rendimento. Verificamos que 70,4% destas auferem remunerações próprias, por jornadas, horas ou tarefas de seus maridos ou familiares (as puérperas são dependentes); 16,4% têm actividade profissional fixa como fonte de rendimento da família; 7,9% das puérperas encontram-se sem rendimento (ambos desempregados); 5,3% das puérperas possuem fontes de rendimento superior.

Conforto do alojamento

Através da Tabela nº6, quanto à distribuição das puérperas em função do tipo de habitação, verificamos uma predominância de puérperas que vivem em casas de categoria intermédia, com 65,6% (casas construídas de blocos e cobertas de chapa de zinco, com cozinha e uma latrina no exterior, com energia e água canalizada). Constatamos ainda que 17,5% das púrpuras vivem em casas ou andares modestos, bem construídos e conservadas.

De salientar que 13,8% vivem em alojamentos impróprios para uma vida decente, em barracas, casas de chapas ou de latas, sem energia nem água canalizada para o consumo, enquanto que apenas 3,2% habitam em casas ou andares confortáveis e espaçosas.

Classe social

Relativamente à classe social a percentagem mais alta de observações corresponde à Classe IV de Graffard (nível socioeconómico considerado reduzido) com 53,4% seguido de 21,2% na Classe V considerado mau. Na classe III encontraram-se 18,5% das puérperas enquanto que nas Classes mais altas (I e II) a percentagem observada foi apenas de 6,9% esta agregação (das classes I e II) teve de ser considerada devido as baixas frequências observadas em cada nível socioeconómico Tabela nº6.

Conviventes

Pela análise da Tabela nº6 verificamos que 56,1% das puérperas vive com o companheiro, 14,3% vivem com o companheiro e seus sogros; 22,7% das puérperas vivem com os pais e 6,9% vivem com outros familiares (avôs, irmãos e tios).

Suporte familiar

Quando verificamos a distribuição das puérperas segundo o suporte familiar; 49,2% das inquiridas referiam bom suporte familiar; 28,0% referiam suporte familiar regular; 14,3% consideravam um suporte familiar muito bom; 8,4 % consideravam que o suporte familiar era mau ou muito mau. Estas duas últimas classes foram agrupadas por motivos estatísticos relacionados com as baixas frequências amostrais.

2.2 - Dados Relacionados com Gravidez e Parto

Número de gravidezes

Pela análise da Tabela nº7 na distribuição das puérperas segundo o número de gravidezes verificamos que 31,7 % das puérperas tinham estado grávidas pela primeira vez, seguidas de 27,0 % com duas gravidezes, 19,6% com três e 21,7% das puérperas com 4 ou mais gravidezes.

Número de Filhos

Quanto ao número de filhos, observou-se que a maior percentagem (44,4%) das puérperas amostradas tinha apenas um filho e 13,8% tinham quatro ou mais filhos (Tabela nº7).

Desejo de engravidar

A Tabela nº7 também apresenta a distribuição das puérperas segundo o desejo de engravidar. Verificamos que 57,7% das inquiridas não apresentam o desejo de engravidar mas aceitaram bem a gravidez. Apresentavam desejo de engravidar 27,0% e 15,3% evidenciavam dificuldade de aceitação da gravidez.

Tipo do parto

Em relação ao tipo de parto verificamos que 89,9% das mulheres tiveram partos eutócicos e 10,1% tiveram partos distócicos com várias complicações durante o mesmo (parto arrastado, cesariana, hemorragias e apresentações viciosas).

Tabela nº 7 - Distribuição das Variáveis Relacionadas com Gravidez e Partos.

Variáveis	n	%
Nº de gravidezes		
Uma	60	31,7
Duas	51	27,0
Três	37	19,6
Quatro ou mais	41	21,7
Nº de filhos		
Um	84	44,4
Dois	47	24,9
Três	32	16,9
Quarto ou mais	26	13,8
Desejo de Engravidar		
Desejada	51	27,0
Indesejada mas bem aceite	109	57,7
Indesejada de difícil aceitação	29	15,3
Antecedentes Médicos na gravidez e parto		
Malária	23	12,2
Anemia	17	9,0
HTA	21	11,1
Outras	16	8,4
Nenhuma patologia	112	59,3
Tipo de parto		
Eutócico	170	89,9
Distócico	19	10,1

Antecedentes patológicos durante a gravidez e parto

Verificamos que 59,3% das puérperas não tem antecedentes patológicos e 40,7% das puérperas apresentam antecedentes patológicos com a seguinte distribuição: Malária 12,2%, HTA 11,1%, Anemia 9,0%, outras patologias 8,4% (Tabela nº7).

2.3 - Dados Relacionados com Antecedentes Pessoais e Familiares

Antecedentes pessoais de depressão

Quanto à distribuição das puérperas, segundo os antecedentes pessoais de depressão, podemos verificar que 96,3% das puérperas negam antecedentes de depressão; 3,7% das puérperas tinham antecedentes de depressão durante a gravidez actual e em gravidezes ou partos anteriores. A agregação das puérperas com estes antecedentes na gravidez actual e em gravidezes ou partos anteriores teve de ser considerada devido às baixas frequências observadas.

Antecedentes de depressão na família

Na distribuição das puérperas, segundo antecedentes de depressão na família, verificamos que 94,7% nega estes antecedentes enquanto que 5,3% os apresentam.

História familiar de outras patologias psiquiátricas

Pela análise da tabela nº 8, verificamos que 87,8% das puérperas não apresentam história familiar de outras patologias psiquiátricas em quanto que 12,1% apresentam uma história positiva (alcoolismo, epilepsia e esquizofrenia).

Factores de risco de psicose puerperal

Em relação aos factores de risco para psicose puerperal a análise da tabela nº 9, verificamos que 98,9% das puérperas não apresentavam factores de risco para psicose puerperal e 1,1% das puérperas apresentam esses factores.

Tabela nº 8- Distribuição das variáveis segundo os antecedentes pessoais e familiares

Variáveis	n	%
Antecedente Pessoal de depressão		
Durante a gravidez e partos anteriores	7	3,7
Nenhum	182	96,3
H.Familiar de Depressão		
Sim	10	5,3
Não	179	94,7
H.F de Outras Patologias psiquiátricas		
Pai, Mãe e Irmão	11	5,8
Outros	12	6,3
Nenhum	166	87,8
Factores de risco para psicose puerperal		
Sim	2	1,1
Não	187	98,9

2.3 Prevalência de Depressão

Consultada a literatura relevante, o ponto de corte considerado para a existência de depressão na *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) foi de 12.

Identificaram-se na amostra estudada 32 (16,9%) mulheres deprimidas (com pontuação igual ou superior a 12) extrapolando para a população de puérperas com depressão no segundo e terceiro meses de pós-parto da cidade de Maputo, com um intervalo de confiança a 95% é de 11,6% a 22,2%. As puérperas com pontuações inferiores a 12 foram consideradas como não deprimidas.

A média das idades das mulheres deprimidas consoante a EPDS é de 24anos com desvio padrão de 7,249 e a idade máxima das puérperas é de 38 anos.

Em relação ao estado civil os resultados deste estudo mostram que 56,3% das mulheres deprimidas no pós-parto são casadas em relação a 73,9% no grupo das não deprimidas; 37,5% das puérperas deprimidas são mães solteiras e apenas 2 (6,3%) são divorciadas ou separadas. Assim encontramos taxas significativamente superiores de mulheres solteiras ou divorciadas no grupo das mulheres deprimidas, sendo a taxa de casadas/união de facto maior nas não deprimidas (Tabela nº 9).

Tabela nº9 - Distribuição das puérperas consideradas deprimidas/não deprimidas e estatísticas referentes ao teste qui-quadrado.

		EPDS					X²	g.l	p
		Não deprimida		Deprimida					
		n	%	n	%				
Cor da pele	Negra	152	96,8	32	100	1,047	2	0,593	
	Outras	5	3,2	0	0,0				
Estado civil	Casada/união de facto	116	73,9	18	56,3	12,579	3	0,006*	
	Separada/divorciada/viúva	1	0,6	2	6,3				
	Solteira	40	25,5	12	37,5				
Residência	Urbana	16	10,2	3	9,4	0,396	2	0,820	
	Periférica	132	84,1	28	87,5				
	Rural	3	5,1	1	3,1				
Local do parto	HGC	92	58,6	25	78,1	4,531	3	0,210	
	HCM	16	10,2	1	3,1				
	HGJM	41	26,1	5	15,6				
	Outros	8	5,1	1	3,1				
Grau de instrução	Analfabeta	4	2,5	3	9,4	5,832	4	0,217	
	Instrução primária	60	38,2	14	43,8				
	Nível secundário	55	35,0	11	34,4				
	Nível médio	30	19,1	4	12,5				
	Universitário	8	5,1	0	0,0				
Profissão	Funcionário público	13	8,3	1	3,1	3,607	5	0,607	
	Trabalhador cnt própria	11	7,0	2	6,3				
	Vendedor ambulante	20	12,7	7	21,9				
	Desempregada	4	2,5	0	0,0				
	Estudante	68	43,3	15	46,9				
Fonte de rendimento	Fortuna herdada ou adquirida	2	1,3	0	0,0	2,281	4	0,684	
	Altos honorários	8	5,1	0	0,0				
	Trab. Estado, governo	25	15,9	6	18,8				
	Operários, empregados de comércio	110	70,1	23	71,9				
	Beneficência privada	12	7,6	3	9,4				
Conforto do alojamento	1.Casa luxuosa	2	1,3	0	0,0	3,016	4	0,555	
	2.Não luxuosa + confortável	4	2,5	0	0,0				
	3.Bem construída/conservad	28	17,8	5	15,6				
	4.Categoria inter. Entre 3 e 5	104	66,2	20	62,5				
	5. Imprópria p vida, barracas	19	12,1	7	21,9				
Classificação social	I, II	13	8,3	0	0,0	5,312	4	0,257	
	III	31	19,7	4	12,5				
	IV	83	52,9	18	56,3				
	V	30	19,1	10	31,3				
Conviventes	Marido	92	58,6	14	43,8	3,768	3	0,288	
	Pais	32	20,4	11	34,4				
	Sogros e marido	10	6,4	3	9,4				
	Outros	23	14,6	4	12,5				
Suporte familiar						14,302	4	0,006*	
Muito bom		21	13,4	6	18,8				

	Bom	85	54,1	8	25,0			
	Regular	42	26,8	11	34,4			
	Mau	5	3,2	3	9,4			
	Muito mau	4	2,5	4	12,5			
Nº de gravidezes						2,021	3	0,568
	Um	53	33,8	7	21,9			
	Dois	41	26,1	10	31,3			
	Três	29	18,5	8	25,0			
	Quatro ou mais	34	21,7	7	21,9			
Nº de filhos						1,192	3	0,755
	Um	72	45,9	12	37,5			
	Dois	39	24,8	8	25,0			
	Três	26	16,6	6	18,8			
	Quatro ou mais	20	12,7	6	18,8			
Desejo de engravidar						16,889	2	0,000*
	Desejada	48	30,6	3	9,4			
	Indesejada mas bem aceite	92	58,6	17	53,1			
	Indesejada difícil aceitação	17	10,8	12	37,5			
Antecedentes médicos						3,108	5	0,683
	Malária	20	12,7	3	9,4			
	Anemia	14	8,9	3	9,4			
	HTA	16	10,2	5	15,6			
	Outras	12	7,6	4	12,6			
	Nenhuma	95	60,5	17	53,1			
Tipo do parto						2,045	1	0,153
	Eutócico	139	88,5	31	96,9			
	Distócico	18	11,5	1	3,1			
H.F de depressão						1,797	3	0,615
	Mãe/Irmão	2	1,2	1	3,1			
	Outros	6	3,8	1	3,1			
	Nenhum	149	94,9	30	93,8			
H.F outra pat. Psiquiátrica						0,390	4	0,983
	Pais/Irmão	9	5,7	2	6,1			
	Outros	10	6,4	2	6,1			
	Nenhum	138	87,9	12	87,8			
Antec. Pessoais de depressão						7,131	2	0,028*
	Gravidez/partos anteriores	4	2,6	3	9,4			
	Nenhum	153	97,5	29	90,6			
Presença factores risco PP						0,412	1	0,521
	Sim	2	1,3	0	0,0			
	Não	155	98,7	32	100			
Total		157	100	32	100			

p- teste de qui-quadrado, * p<0,05

Quanto ao suporte familiar verificou-se que 56,3% das puérperas deprimidas que constituem a nossa amostra consideraram regular, mau e muito mau o suporte familiar. Com 43,8% das puérperas a considera-lo bom e muito bom. Já no caso das mulheres não deprimidas as percentagens foram respectivamente de 32,5% e 67,5% tendo-se esta diferença revelado significativa. De salientar que no modelo de regressão linear o suporte familiar é estatisticamente significativo com o $p = 0,006$.

Em relação ao desejo de engravidar pode concluir-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a depressão pós-parto e desejo de engravidar. Nota-se que 90,6% das mulheres deprimidas no pós parto não tinham desejo de engravidar estando esse desejo presente em apenas 9,4%. Já no grupo das não deprimidas 30,6% manifestaram desejo de engravidar. Esta diferença revelou, também, ser significativa.

A gravidez indesejada poderá assim constituir um predictor para a depressão. Esta conclusão é confirmada quando se considera a escala continua, de 0 a 30, pelo método de regressão linear com $p = 0,000$ sendo esta a variável que mais influencia a depressão. (Tabela nº9).

Das mulheres com depressão no pós-parto 9,4% apresentam antecedentes de depressão durante a gravidez. Estes antecedentes apenas foram encontrados em 2,6% das mulheres não deprimidas. Esta diferença revelou ser estatisticamente significativa.

Em relação as variáveis cor da pele, local do parto, local de residência, grau de instrução, profissão, fonte de rendimento familiar, classe social, número de gravidezes, número de filhos, antecedentes médicos, tipo de parto, história familiar de depressão e conviventes não se pôde extrair uma associação entre as variáveis estudadas e a depressão.

Os factores de risco que influenciam o aparecimento da depressão na nossa amostra foram:

- Suporte familiar
- Desejo de engravidar
- Nº de episódios depressivos
- Antecedentes pessoais de depressão
- Estado civil

As associações entre as variáveis e a situação das pacientes quanto a depressão foram submetidas aos testes de qui-quadrado.

Quanto menor for o valor do p , maior é a evidência estatística para a existência de associação entre as duas variáveis em causa. Esta conclusão é confirmada quando se considera a avaliação de depressão na escala de 0 a 30 (pontuação total obtida por cada puérpera na escala de Edinburgh), pelo método de regressão linear;

O modelo de regressão linear é estatisticamente significativo $f = 11.291$, $p = 0,000$ e da tabela nº10 os coeficientes a estudar são indicação das variáveis que mais influencia o aparecimento da depressão pós-parto na população estudada. Neste caso é o desejo de engravidar.

Tabela nº 10 - Distribuição dos coeficientes que mais influenciam a depressão.

Variáveis	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	p
	B	Erro padrão	Beta		
Suporte familiar	1,230	0,365	0,236	3,369	0,004
Desejo de engravidar	1,523	0,519	0,203	2,937	0,001
Nº de Episódios depressivos	-2,240	1,109	-0,139	-2,019	0,045
Antec. Pessoal depressão	-1,314	1,139	-0,092	-1,154	0,250

Tabela nº11- Correlações entre as Variáveis Contínuas, Idade e EDPS

		Idade	EDPS	nºGravid	NºFilhos	Nº epis.De
Idade	Correlação de Person	1	-0,010	0,706	0,728	-0,096
	Sig (2-tailed)					
	N	189	0,890 189	0,000 189	0,000 189	0,187 189
EDPS	Correlação de Person	-0,10	1	0,062	0,80	-0,149
	Sig (2- tailed)					
	N	-0,890 189	- 189	0,394 189	0,273 189	0,41 189
Nº de Gravidezes	Correlação de Person	0,706	0,062	1	0,844	-0,085
	Sig (2-tailed					
	N	0,000 189	0,394 189	0,000 189	0,000 189	0,245 189
Nº de Filhos	Correlação de Person	0,728	0,80	0,844	1	-0,049
	Sig (2-tailed)					
	N	0,000 189	0,273 189	0,000 189	- 189	0,500 189
Nº de Episodios Depressivos	Correlação de Person	-0,096	0,085	0,085	-0,049	1
	Sig (2-tailed)					
	N	0,187 189	0,187 189	0,245 189	0,500 189	- 189

Pode-se afirmar que os factores de risco que estão relacionados ao aparecimento da Depressão na população estudada são o desejo de engravidar, suporte familiar e nº de episódios depressivos ($p < 0,001$) Adjusted Rsquare conforme documenta a tabela nº12.

Tabela nº12: Resumo do Modelo de Regressão da Depressão Pelos Factores de Risco

Model Summary			
Model	R square	Ajusted R square	Std. error of the estimate
Suporte Familiar	0,093	0,088	4,594
Desejo de engravidar	0,136	0,127	4,496
Nº de Episodio Depressivo	0,155	0,141	4,459
Antec. Pessoais de depressão	0,041	0,036	4,725

3 - Discussão

Prevalência de depressão pós-parto

Na amostra estudada, identificaram-se 32 (16,9%) mulheres deprimidas (com pontuação igual ou superior a 12 na EPDS) pelo que a prevalência, num intervalo de confiança a 95%, para a população de puérperas com depressão no segundo e terceiro meses após o parto, na cidade de Maputo, é entre 11,6% e 22,2%. A elevada frequência de depressão pós-parto está relacionada com factores psicossociais (estado civil, suporte familiar e desejo de engravidar), demonstrando a importância dos profissionais de saúde de atenção primária na prevenção, mas também na detecção precoce da depressão pós parto, tendo como auxílio instrumentos como a EPDS, pela sua eficácia e fácil utilização.

Trata-se, assim, de uma perturbação bastante corrente e os dados encontrados aproximam-se da taxa de prevalência, recentemente fixada em 13% das mulheres puérperas (O'Hara e Swain, 1996), com base em estudos realizados nos mais diversos países da Europa e não só, os quais encontraram que 10 a 20% das mulheres puérperas iniciavam um episódio depressivo major, nos meses que se seguem ao parto (Kumar e Robson, 1984; Augusto *et al.* 1996; Campbell e Cohn, 1991; Kumar *et al.* 1997).

Também os estudos realizados por Cox (1986); Stuart e O'Hara (1998); Chaaya *et al.* (2002) e Manzano *et al.* (2002), indicam uma prevalência de depressão pós-parto que varia de 10 a 20%.

Em Portugal a prevalência de depressão pós-parto entre as 2 e 5 semanas após o parto, foi avaliada em 13,1% (Augusto *et al.* 1996). Uma percentagem significativa de mulheres encontra-se clinicamente deprimida na primeira semana e 3 meses após o parto com 12,4% e 13,7% respectivamente (Costa, 2005). A prevalência no período compreendido entre 0 a 3 meses chegará aos 31,5% e entre os 4 e 12 meses poderia atingir os 53,7% (Areias *et al.* 1996).

Um outro estudo de prevalência no terceiro trimestre de gravidez e no segundo/terceiros meses após o parto em adolescentes e mulheres adultas portuguesas verificou que as taxas ao 3º trimestre de eram de 18,5% e de 17,6% após o parto; Figueiredo, Pacheco e

Costa (2007) concluíram que as mães adolescentes apresentaram mais sintomas depressivos, tanto na gravidez (25,9% *versus* 11,1%) e no pós-parto (25,9 *versus* 9,3%).

Foi claramente demonstrado por Uriel Halbreich e Sandhya Karkun (2006) que a prevalência da depressão pós parto varia de 0 a 60%, se estimada pela EPDS variando de país para país. Em alguns países, como Singapura (Kok, Chan e Ratnam, 1994), Malta (Felice *et al.*, 2004), Dinamarca (Nielsen Forman *et al.*, 2000) e Malásia (Kit, Janet e Jegasothy, 1997) há muito poucos casos reportados de DPP, enquanto que em outros países, como por exemplo, Guiana (Affonso, D.D., De, A.K., Horowitz, J.A., e Mayberry, L.J., 2000), Costa Rica (Wolf *et al.*, 2002), Itália (Benvenuti *et al.*, 1999), Chile (Lemus e Yanez, 1986), África do Sul (Lawrie *et al.* 1998), Correia (Park e Dimigen, 1995) os sintomas de depressão pós-parto reportados são bastantes prevalentes.

Relação da depressão pós-parto com variáveis sociodemográficas, obstétricas e antecedentes pessoais e familiares

A média das idades das mulheres no pós-parto, com e sem depressão, coincidiram nos 25 anos, constituindo o grupo entre os 20 e os 25 anos de idade o mais abrangente (36,5%). De salientar que o grupo com idades entre os 15 e os 20 anos constituiu quase um quarto da amostra (22,2%).

Este resultado está em consonância com os estudos portugueses publicados por Gustavo (2007) e Raquel Costa (2005) que apresentavam um perfil sóciodemográfico predominantemente formado por jovens com média de idades entre os 24,7 e os 25 anos.

O elevado número de mães muito jovens encontrado, torna-se importante dadas as reconhecidas repercussões da gravidez na adolescência, mas também porque tem sido verificada neste grupo etário uma prevalência de DPP entre 16% e 44%, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas, o que pode estar relacionado com a falta de maturidade afectiva e de relacionamentos dessas pacientes, bem como com o facto de grande parte delas terem que abandonar seus estudos em razão da maternidade (Szigethy e Ruiz, 2001).

Também Figueiredo, Pacheco e Costa, (2007) verificaram que as mães adolescentes apresentavam um risco acrescido para a depressão durante a gravidez e o pós-parto. Enquanto que outros estudos conduzidos com amostras da população portuguesa (Augusto *et al.*, 1996) e não portuguesa (Tammentie *et al.*, 2002) mostram que a idade não se relaciona com a depressão após o parto. Estes últimos estão em consonância com a nossa investigação.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique a maternidade precoce é frequente, tanto nas áreas urbanas como nas rurais. Assim, 28.9% das mulheres adolescentes (15 a 19 anos de idade) já tem pelo menos um filho. A taxa específica de fecundidade deste grupo é de 107 nascimentos por 1,000 mulheres. As mulheres adolescentes contribuem anualmente com aproximadamente 13.4% do total dos nascimentos ocorridos no País. Esta contribuição é algo superior nas áreas urbanas do que nas rurais: 14.6% contra 12.9%. Esta situação tem merecido uma atenção muito especial do Governo, pois está relacionada com gravidezes não desejadas, abortos e diversos problemas sociais, morais, económicos e de saúde, tanto para os bebés como para as próprias adolescentes (www.ine.gov.mz). Este resultado encontra-se globalmente em consonância com o nosso estudo.

Relativamente ao estado civil, os resultados obtidos sugerem que ser casada é um factor protector, enquanto que ser solteira é um factor de risco para a depressão após o parto. Das mulheres com depressão no pós-parto verificamos que 37,5% são mães solteiras e apenas 56,3% são casadas ou vivem em com o companheiro/marido.

Estes resultados estão em consonância com os apresentados no estudo de Adewuya *et al.* (2005) na Nigéria, que apresentaram, como um dos factores de risco para a depressão, o ser-se solteira.

Também Lisa e O'Hara (2007) concluíram que ser mãe solteira, em idade jovem, com salário baixo, bem como baixo prestígio profissional e o número de filhos eram preditores demográficos de depressão no pós-parto.

Outros, ainda, confirmaram que, não apenas a boa harmonia marital predizia a harmonia pós-parto, como também o ser mãe solteira predizia risco de sofrer de depressão pós

parto (Pfost, Stevens e Lum, 1990; Holt 1998; Zlotnick *et al.* 2001), o que foi evidenciado no presente estudo.

Em relação a cor da pele, 97,3% eram negras; 2,7% brancas e mestiças. Este resultado não nos surpreende, uma vez que estamos a estudar mulheres moçambicanas, um país africano, em que a larga maioria das mulheres são negras.

Julgamos que o baixo número de mulheres brancas e mestiças se deva ainda, a que elas disponham de uma melhor condição socioeconómica e procurem cuidados de saúde em clínicas privadas, com melhores condições que os hospitais públicos.

Assim, o tipo de amostra não nos permite fazer uma análise clara, mas, sabemos pela literatura, por nós consultada, que as perturbações de humor no pós-parto, parecem ser comuns em todos os grupos étnicos e culturais, tal como evidenciaram Postmontier e Horowitz (2004).

Constatamos que 95,7 % das mulheres nasceram na região sul de Moçambique (Maputo, Gaza e Inhambane) resultado este que não nos surpreende visto que o Hospital Geral de Chamanculo dá cobertura assistencial prioritariamente a esta região do país.

Halbreich (2006); Smith e Jaffe (2007) concluíram que a depressão era mais frequente nas grandes cidades, em que os hábitos são mais ocidentalizados do que nas zonas periféricas e rurais, onde o suporte psicológico e instrumental fornecido à puérpera, tende a aliviar-las desse stress. Não foi contudo possível evidenciar esse efeito neste trabalho.

No nosso estudo, quanto à residência das mulheres no pós-parto, 84,7% eram provenientes das áreas periféricas; 10,1% residiam em zonas urbanas e 5,3% provenientes de zonas rurais. O maior número de puérperas provenientes da periferia não nos surpreende, dado ter-mos recolhido a amostra num hospital público, localizado na zona periférica da cidade de Maputo, com atendimento gratuito. Para além do grande número de famílias desta zona ser de classe média/baixa.

O número das mulheres vindas da área rural é reduzido o que se justifica pela distância que estas têm de percorrer, pelos custos do transporte e porque ainda hoje a maioria das mulheres têm os partos em casa, realizados por uma parteira tradicional ou anciã. De

referir que, quando o parto se complica estas mulheres estão sujeitas a perder os seus bebés ou a morrer por falta cuidados adequados, o que contribui para o aumento da morbi-mortalidade materna e perinatal.

Embora Bernazzani, *et al.* (1997) e Schmiede e Russo, (2005) tenham evidenciado a importância da profissão no desenvolvimento da depressão pós parto estes achados não foram evidenciáveis no nosso estudo, embora no grupo das mulheres deprimidas as vendedoras ambulantes (o estatuto profissional mais baixo da amostra) represente 21,9%, face aos 12,7% que representa no grupo das não deprimidas.

Inácia (2006) conclui que as precárias condições socioeconómicas da puérpera constituem factor de risco para a depressão pós parto. Este resultado não está em concordância com o nosso estudo, em que o nível socioeconómico, avaliado através da utilização da escala de Graffard, eram 74,6% das puérperas da nossa amostra das classes IV/V e em 6,9% das puérperas das classes I/ II. No entanto as diferenças entre os grupos de mulheres deprimidas e não deprimidas não revelou diferenças estatisticamente significativas. Julgamos que a sobre representação das classes mais baixas na nossa amostra possa ser responsável por este resultado.

Ao contrário do que acontece no nosso estudo, vários autores observam uma relação significativa entre sintomatologia depressiva após o parto e o estatuto socioeconómico (Righetti Veltema *et al.*, 1998) e profissional (Bernazzani *et al.*, 1997), mas também com a idade (Cryan *et al.*, 2000), paridade (Warner *et al.*, 1996), estatuto marital (Warner *et al.*, 1996), acontecimentos adversos de vida (Johnstone *et al.*, 2001; Eberhard-Gran *et al.*, 2002), planeamento da gravidez (Warner *et al.*, 1996), história de problemas obstétricos (Cryan *et al.*, 2000), peso do bebé à nascença (Bergant *et al.*, 1999), amamentação (Yonkers *et al.*, 2001) ou qualidade das relações maritais (Kumar e Robson, 1984).

Gotlib *et al.*, (1989); Schmiede e Russo (2005) verificaram que mulheres com escolaridade mais alta e melhor rendimento financeiro apresentavam menor risco de desenvolver depressão pós-parto, enquanto que mulheres provenientes de famílias numerosas apresentavam elevado risco. Ao invés de estes autores não encontramos uma relação estatística entre esta variável e a presença de depressão pós parto.

Em relação aos conviventes, verificamos que metade das mulheres no pós-parto, da nossa amostra, vivia com os seus maridos/companheiros; 22,8% com os progenitores e 21,2% residia com os sogros ou outros familiares. Têm-se evidenciado uma associação entre a ocorrência de DPP e o insuficiente suporte familiar oferecido as puérperas pelos seus maridos/companheiros ou outras pessoas com quem vivem (Brown *et al.* 1994).

Ao analisarmos esse suporte familiar concluímos que as mulheres deprimidas tendem a evidenciar um pior suporte do que as não deprimidas verifica-se aqui uma associação com valores estatisticamente significativos. Isto está de acordo com os achados de O'Hara e Swain (1996) que verificaram ser o suporte familiar um preditor de depressão pós-parto.

Poderemos deste modo afirmar que acontecimentos de vida stressantes durante a gravidez ou após o parto, tais como relação marital problemática e falta de suporte familiar, tornam a mulher propensa ao desenvolvimento da depressão pós-parto.

Em relação ao desejo de engravidar pôde concluir-se existir uma associação estatisticamente significativa entre a depressão pós-parto e desejo de engravidar. Observou-se que 90,6% das mulheres deprimidas no pós-parto não desejavam ter engravidado. Será de pressupor que este factor represente um forte impacto negativo sobre a mulher.

Segundo o estudo de Beck (2001), a gravidez não planeada ou desejada constitui um factor de risco para a depressão pós-parto. Este resultado encontra-se em consonância com os encontrados nesta investigação em que a gravidez não desejada é igualmente um preditor para a depressão.

No mesmo sentido Eberhard-Gran, (2002) concluiu que os factores mais comuns associados a depressão pós-parto são baixa auto-estima, ansiedade pré-natal, stress relacionado com acontecimentos de vida e gravidez não planeada. Também Inácia (2006) conclui que as precárias condições socioeconómicas da puérpera e a não-aceitação da gravidez são os factores que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério.

Um outro estudo tentou encontrar uma relação entre a gravidez indesejada e o risco para depressão, mas os resultados foram pouco conclusivos. (Schmiege e Russo, 2005).

O número de gravidezes (que acompanha o número de filhos) não demonstrou ter uma relação com a depressão pós-parto na nossa amostra ao contrário de outros estudos como o de Lisa e O'Hara, (2007) que concluíra que o número de filhos era um preditor demográfico de depressão no pós-parto ou de Ruschi *et al.*, (2007) que encontrou uma relação estatisticamente significativa entre número de filhos, número de gravidezes, número de partos e a ocorrência de depressão pós-parto.

O número de filhos encontrados na nossa amostra, parece-nos consonante com a realidade da população estudada, com uma maior percentagem de mulheres com apenas um ou dois filhos. Se a amostra representasse um maior número de mulheres rurais, possivelmente iríamos mostrar um maior número médio de filhos, por mulher estudada. O número médio de filhos que uma mulher moçambicana teria até ao final da sua vida reprodutiva se mantivesse o comportamento reprodutivo actual é de 5.9 filhos. Para áreas urbanas é de 5.2 filhos e de 6.2 para as rurais (www.ine.gov.mz/saúde). Estes resultados encontram-se em consonância com o nosso estudo.

A menor fecundidade observada nas áreas urbanas é quase universal (embora elevado em Moçambique). Esta diferença é usualmente explicada pelo maior nível educacional e socioeconómico da população urbana e outra explicação enfatiza as vantagens económicas para as famílias rurais de um número elevado de descendentes, especialmente no que diz respeito a disponibilidade de mão-de-obra e segurança durante a velhice. No contexto urbano, pelo contrário, um número elevado de filhos representa uma desvantagem para a economia do agregado familiar (www.ine.gov.mz/saúde).

Warner, Appleby *et al.* 1996; Nielsen Forman, Videbech *et al.*, 2000; e Johnstone, Boyce *et al.*, 2001 não encontraram relação entre o tipo de parto e depressão após o parto. O que também não foi evidenciado na nossa amostra.

No entanto Hannah *et al.* (1992) e Warner *et al.* (1996) encontraram uma associação entre o parto por cesariana e o desenvolvimento de depressão pós parto. Verificaram que as mulheres com mais preocupações com a própria saúde, com a saúde do bebé

durante o parto e com uma vivência mais negativa do pós-parto apresentam mais sintomatologia depressiva. Estes autores puderam verificar que as mulheres com pontuações na EPDS ≥ 13 , vivenciavam o parto e o pós-parto, na sua globalidade, de forma mais negativa, apesar de reportarem maior suporte por parte do companheiro.

Também Brown *et al.* (1994); Cooper e Murray (1995); Reading e Reynolds (2001); Robertson, Grace *et al.* (2004) e Botega (2006), evidenciaram as complicações do parto e da cesariana como factores de risco para ocorrência de doença afectiva pós-parto, embora isso não tenha sido evidenciado no nosso estudo.

Em relação a distribuição das puérperas, de acordo com os antecedentes médicos patológicos, verificamos que 59,3% das puérperas não tinham antecedentes patológicos e 40,7% apresentavam-nos antecedentes com a seguinte distribuição: malária 12,2%, HTA 11,1%, anemia 9,0% outras patologias 8,4%. Em Moçambique como em toda África Subsaariana a malária é considerada uma das primeiras causas de morte e comorbilidade materno infantil.

Um estudo realizado em Dar-es-Salam, Tanzânia por Ndosi e Mtawali (2002), conclui que as psicoses orgânicas agudas são com frequência causadas pelas bactérias, vírus, parasitas, febre elevada com libertação de toxinas e pelo desequilíbrio electrolítico. A malária constituiu a principal patologia das mulheres sofrendo de doenças infecciosas. Além disso uma parte considerável de puérperas tanzanianas, que sofrem de problemas psicológicos ou depressivos, não procura o tratamento no Hospital, procurado ajuda sim dos “*Healers*” tradicionais (curandeiros tradicionais). No entanto, no nosso estudo, não foi evidenciado uma relação entre estes antecedentes médicos e a ocorrência de depressão pós-parto.

Wisner, Parry e Piontek (2002) e Robertson, Grace *et al.* (2004) concluíram que a história de episódios depressivos anteriores ou durante a última gravidez é um importante factor de risco para a ocorrência da patologia afectiva no pós-parto. Também Beck (2001); Johnstone, Boyce *et al.* (2001); Josefsson, Angelsioo *et al.* (2002) e Bowen (2009), têm evidenciado a importância dos antecedentes pessoais de depressão como um dos mais importantes e significativos factores de risco no desenvolvimento da depressão pós parto.

Levantou-se também a hipótese de que a existência prévia de perturbação mental podia ser o mais importante factor associado ao risco de se apresentarem novos episódios de depressão no puerpério (Cooper e Murray 1995 e 1998; Schmiede e Russo 2005).

Harris (1994) observou, no seu estudo uma relação entre a história anterior de depressão e o risco aumentado para a ocorrência da depressão pós-parto. Nesse âmbito a taxa de recaída relatada foi de 50% nos casos de mulheres com episódios anteriores recorrentes de DPP (Wisner e Wheeler 1994). Estes achados foram confirmados no nosso trabalho, uma vez que as mulheres deprimidas apresentaram um número significativamente superior de episódios depressivos em gravidezes/partos anteriores. Porém O'Hara, Neunaber e Zekoski 1984 e O'Hara *et al.* 1991; concluíram que a influência da história anterior de depressão é menos clara para o surgimento da DPP.

De acordo com os factores de risco para a psicose puerperal observamos que 98,9% das puérperas não apresentavam factores de risco; 1,1% das mulheres referiu ter sofrido de algum episódio, deste tipo, ao longo da vida.

Estudos mostram que mulheres com psicose puerperal, apresentam maior probabilidade, de desenvolver uma perturbação afectiva na gestação seguinte (Kumar, 1994; Okano, Namura *et al.* 1998). Estes autores sugeriram que deverá manter-se uma maior vigilância sobre as mulheres com esses antecedentes no pós-parto.

Por outro lado as mulheres que referem estes factores de risco não procuraram ajuda médica ou se procuraram, fizeram-no tarde, tendo perdido tempo antes nos curandeiros.

Ao contrário do que acontece no nosso estudo, Ho e Lao (2001), Johntone *et al.* (2001) e Steiner (2002), observaram uma relação significativa entre história familiar de patologia psiquiátrica e a sintomatologia de depressão no pós-parto.

4 - Conclusão

O presente estudo incidiu sobre uma amostra de 189 puérperas, recolhida num hospital de cuidados secundários de saúde em Maputo-Moçambique, com vista a avaliar a prevalência de depressão pós-parto e de outras variáveis com ela relacionadas. Deste pudemos extrair as seguintes conclusões:

1. As puérperas estudadas encontravam-se sobretudo na faixa dos 20-25 anos, sendo maioritariamente casadas ou vivendo em união de facto (71%), principalmente provenientes de áreas periféricas (85%), com um estatuto socioeconómico médio e baixo (75%), um nível de instrução primário/secundário (74%) e uma alta taxa de desemprego (44%).
2. Na sua maioria, estas mulheres eram mães de um ou dois filhos (69%) embora a última gravidez apenas fosse desejada em 27% dos casos, a verdade é que foi aceite numa larga maioria correspondente a 85%. Interferências médicas foram diagnosticadas em 41% das mulheres durante a última gravidez.
3. Embora a média de idades da amostra fosse de 25 anos, foi possível identificar um importante número (22%) de mães jovens, até aos 20 anos, que incluía mães adolescentes. Este factor associado ao número de mães solteiras (28%) e de gravidezes indesejadas (73%) remete-nos para a importância da implementação de programas eficazes de planeamento familiar.
4. Vivendo o seu dia-a-dia, principalmente com o marido ou companheiro (56%) ou com os seus pais (23%), 64% das mulheres consideraram receber um suporte familiar bom ou muito bom.
5. Foi encontrada uma prevalência de depressão pós-parto, através da utilização de *Edinburgh post-natal depression scale* de 16,9% na população estudada, o que permite uma projecção em relação às puérperas com depressão no segundo e terceiro mês após o parto, na cidade de Maputo de 11,6 a 22,2%.
6. De acordo com outros estudos que identificam o estado civil de solteira como um factor de risco para a depressão pós-parto, também observamos taxas

superiores e significativas, de mulheres casadas ou vivendo em união de facto entre as puérperas não deprimidas e de solteiras entre as deprimidas.

7. O número de gravidezes e de filhos parece ter relação com o grau de instrução, com as pessoas com quem vive, com a ocupação e com a reacção a gravidez.
8. As mulheres identificadas como deprimidas tendiam, de um modo significativo, a considerar o seu suporte familiar regular, mau ou muito mau (56%) em relação às não deprimidas (33%).
9. No grupo das mulheres não deprimidas a gravidez tendia a ser desejada (31%) ou, pelo menos bem aceite (59%), enquanto que nas deprimidas as taxas de gravidez desejada eram muito inferiores (9%) e era observável numa taxa importante de não-aceitação (38%).
10. A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça o seu significado como problema de Saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento, o que justifica a formação dos profissionais de saúde de atenção primária básica no diagnóstico precoce tendo como auxílio instrumentos como EPDS, pela sua eficácia e fácil utilização.
11. Entre outras coisas podemos sugerir que é urgente revermos as nossas atitudes culturais e sociais em relação a depressão pós parto. Para nós o fundamental é mesmo não fingir que o problema não existe. O acompanhamento das puérperas em especial as com deficiente suporte familiar, mães solteiras, com gravidezes indesejadas e antecedentes de depressão, por meio de acções integradas pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem de Depressão pós-parto.
12. O conhecimento científico é um elemento em permanente mudança, em busca de um novo aperfeiçoamento e de conceitos de rigor. Não fará sentido dar este estudo como concluído, mas antes como um caminho para novos estudos em Moçambique.

Bibliografia

Adewuya, A.O., Fatove F.O., *at al.* (2005). “Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women”. 11(5): 353-8. Retirada da internet no dia 20-06-2010.

Affonso, D.D., De, A.K., Horowitz, J.A., e Mayberry, L.J., (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology, *J. Psychoses. Res* 49 (3): 207-216.

Agoub M, Moussaoui D, Battas O (2005). Prevalence of postpartum depression in Marrocan sample. *Arch Womens Ment Health* 8: 37-43.

American Psychiatric Association (APA). 1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Areias, M.; Kumar, R.; Barros, H.; Cryan, E.; Keogh, F.; Connolly, E.; Cody, S.; Quilan, A.; Daly, I.E.(1996a)- Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 169(1): 36-41.

Areias, M.; Kumar, R.; Bastos, H.; Figueiredo, E. (1996) – Comparative incidence of depression in women during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh postnatal Depression Scale in mothers and fathers. *Br J Psychiatry* 169(1): 30-35.

Arenstsen, K (1968). “ Postpartum psychoses with particular to the prognosis.” *Dan med Bull* 15(4): 97-100.

Augusto, A.; Kumar, R.; Calheiros, J.M.; Matos, E.; Figueiredo, E. (1996) – Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matches controls. *Psycho Med* 26: 135-141.

Austin, M.P. *et al* (2008) - Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. London. 105: 35–44.

Bazire, S. - *Psychotropic drug directory*. Reino Unido: Quay Books, 2002.

Beck C, *et al*. (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 50(5):275-285.

Beck, C. T. (1996). "Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children." *Nurs Res* 45(2): 98-104.

Beck, C. T., M. A. Reynolds, *et al*. (1992). "Maternity blues and postpartum depression." *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 21 (4): 287-93.

Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V., Cox, J.L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample, *J. Affect. Disord.* 53(2): 137-141.

Bergant, A.M.; Heim, K.; Ulmer, H.; Illmensee, K. (1999) - Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 46(4): 391-394.

Bernazzani O., J.F. Saucier, H. David and F. Borgeat (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J. Affect. Disorder.* 46(1):39-49.

Bernazzani, O., Conroy, S., M.N., Siddle, K.A., Guedeney, N., Bifulco, A. *et al* (2004). Contextual assessment of the maternity experience: Development of an instrument for cross-cultural research. *Br J Psychiatry*, 46: 24-30.

Bloch, M.; Daly, R.C.; Rubinow, D.R. - Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 44 (3): 234-246, 2003.

Boath, E., Bradley, E., & Henshaw, C. - The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Groningen. 26: 3 (2005) 185–192.

Botega, N.J. *et al.* (2006) - *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª.ed. Porto Alegre: Artmed, pp. 341-354.

Bowen A, Stewart N, Baetz M, Muhajarine N, (2009). Antenatal depression in socially high-risk women in Canada. *J Epidemiol Community Health*. 63(5): 414-416.

Boyce, P.; Hickey, A. - Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40 (8): 605-612, 2005.

Brockington, I. F., M. Oates, et al. (1990). “Prepartum psychosis.” *J Affect Disord* 19 (1): 31-5.

Brockington, I.F., K.F. Cernik, et al. (1981). “Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. ” *Arch Gen Psychiatry* 38(7): 829-33.

Brudal, L. (1985). *The psychology of birthing – Manual in preventive work*. Vällingby.

Buist, A.E., Barnett B.E, Milgrom J, Pope S., Condon J.T, *et al.*, (2002) - To screen or not to screen – That is the question in perinatal depression. *Med J Aust* 177 (suppl): 101-105, 2002.

Camacho, Renata Sciorilli.; Cantinelli, F.S.; Ribeiro, C. S.; Cantilino, A.Y.; Gonsales, B.K.; Braguittoni, E.; & Rennó, Jr. R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de psiquiatria clínica*. 33 (2): 92-102.

Campbell, J. C., M. L. Poland, et al. (1992). “Correlates of battering during pregnancy.” *Res Nurs Health* 15(3): 219- 26.

Campbell, J. C., Poland et al., (1992). Correlates of battering during pregnancy. *Res Nurs Health* 15(3):219-226.

Cantilino, A. *et al.* - Validação da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (versão em português) no Nordeste do Brasil. In: *Resumos do XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2003, Goiânia.

Chaaya M, Campbell OMR, EI Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. (2002). postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health*; 5 (2): 65-72.

Cho, H.J., Kwon, J.H., & Lee, J.J. (2008) - Antenatal Cognitive-behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. *Yonsei Medical Journal*. Seul. 49: (4) 553-562.

Committee on Drugs of American Academy of Pediatrics. (2000) - Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn. *Pediatrics* 105 (4 Pt.1): 880-887.

Cooper PJ, Murray L(1995). The course and recurrence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 166: 191-195.

Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *Br Med J* 1998; **316**: 1884–1886. (free full text).

Costa, Raquel; Alexandra Pacheco e Barbara Figueiredo, (2005). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34(4): 157-165.

Cox, J. L. (1986). *Postnatal depression: A guide for health professionals*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Cox, J. L., J. M. Holden, et al. (1987). "Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale." *Br J Psychiatry* 150: 782-786.

Cox, J.L. (1988) Childbirth as a life event: Socio cultural aspects of postnatal depression. *Acta Psychiatry. Scand.*, p. 75-83, suppl.344.

Cox,J.L., D. Murray, et al., (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postpartum depression. *Br Psychiatry* 163:23-31.

Cryan, E.; Keogh, F.; Connolly, E.; Cody, S.; Quinlan, A.; Daly, I. (2000) – Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Ir J Psychol Med* 18(1): 5-10.

Dalton, K. (1980). *Depression after childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

Deal, L. W., & Holt, V.L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 national maternal and infant Health Survey. *American Journal of Public Health*, 88(2), 266-269.

Dennis, C.L. (2004b) - Preventing Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Nonbiological Interventions. *Canadian Journal of Psychiatry*. Ottawa. 49(8): 526-538.

Des Rivieres- Pigeon, C., L. Seguin, et al. (2000). "[the Edinburgh Postnatal Depression Scale: the validity of its Quebec version for a population low socioeconomic status mothers]." *Can J Commun Ment Health* 19(1): 201-14.

Erberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuel SO, Opjordsmen S. (2002); Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 106 (6):426-433.

Faisal-Cury, A., J. J. Tedesco, et al. (2004). "Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping." *Arch Women Ment Health* 7(2): 123-31.

Felice, E., Saliba, J., Grech, V., Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect. Disord.* 82(2): 297-301.

Ferguson, S.S.; Jamieson, D.J.; Lindsay, M. (2002) – Diagnosing postpartum depression: can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 186 (5): 899-902.

Figueiredo B, Pacheco A, Costa R, (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and the Portuguese mothers. *Arch Women Ment Health.* 10(3): 103-109.

Figueiredo, B. - Depressão pós-parto, interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil (tese de doutorado). Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, 1997.

Gold, L.H. (2002) - Postpartum disorders in primary care: diagnosis and treatment. *Prim Care* 29 (1): 27-41.

Goodman, J. H. (2004). “Postpartum depression beyond the early postpartum period.” *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 33(4): 410- 20.

Gotlib, I.H.; Whiffen, V.E.; Mount, J.H.; Milne, K.; Cordy, N.I. (1989) - Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 57(2): 269-274.

Grunberg , José, et al. Método de classificação social de M. Graffard. Coimbra: Escola Superior de enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, 1980. (Adaptado pelo curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica).

Gustavo, E.C.R.; Sue, Y.S et al . (2007) Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra Brasileira. *Rev Psiquiatr RS* 29(3): 274-280.

Haberg, M., Matheson, I. - Antidepressive agents and breast feeding (1997). 117 (27): 3952-3955.

Halbreich, U., Karkum, S. (2006) – Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 91: 97-111.

Hannah, P.; Adams, D.; Lee, A.; Glover, V.; Sandler, M. (1992) - Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 160: 777-780.

Hapgood, C. C., G. S. Elkind, et al. (1988). “Maternity blues: phenomena and relationship to later postpartum depression.” *Aust N Z J Psychiatry* 22(3): 299-306.

Harris B (1994). Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *Br J Psychiatry*.164:288–292.

Harris, B., Lovett, L., Smith, J., Read, G., & Walker, R. (1996). Cardiff puerperal mood and hormone study. *British J Psychiatry*, 168, 739-744.

Hays, P. and A. Douglass (1984). “A comparison of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of maniac-depression.” *Acta Psychiatr Scand* 69 (3): 177-81.

Hendrick, V. et al. (2000) - Postpartum and non-postpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety* 11 (2): 66-72.

Ho LF, Lao T (2001). Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecol*; 108: 774-775.

Hopkins, J., S.B. Campbell, et al., (1987). Role of infant related stressors in postpartum depression. *J Abnorm psychol* 96(3): 237- 41.

Horowitz, J. A. and J. Goodman (2004). “A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms.” *Res Theory Nurs Pract* 18(2-3): 149-63.

Hwang, P. (1993). *The psychology of the infant*. Stockholm: Natur & Kultur.

Inácia Gomes Da Silva Morais, Ricardo T. Pinheiro, *et al* (2006). Prevalência da depressão pós-parto e factores de risco associados. Ver *Saúde Publica* 40 (1): 64-70.

Johannisson, K. (1994). *Den mörka kontinenten*.(The dark continent) Stockholm: Norstedts.

Johnstone, S.J; Boyce P.M; Hickey A.R; Morris-Yatees A.D, Harris M.G, (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*; 35: 69–74.

Jones, I. and N. Craddock (2001). “Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study.” *Am J Psychiatry* 158(6): 913-7.

Josefsson, A., G. Berg, et al., (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Ginecol Scand* 80(3):251-5.

Kaplan, H. I.; Sadock, B. J (1999). *Tratado de Psiquiatria*. 6º Edição. Porto Alegre: Artmed.

Kendell, R. E., J. C. Chalmers, et al. (1987). “Epidemiology of puerperal psychoses.” *Br J Psychiatry* 150: 662-73.

Kit, L.K., Janet, G e Jegasothy, R. (1997). Incidence of postnatal depression in Malaysian women. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 23(1): 85-89.

Kok, L.P., Chan, P.S e Ratnam, S.S, (1994). Postnatal depression in Singapore women. *Singap. Med. J.* 35(1): 33- 35.

Kumar, R. and K. M. Robson (1984). “A prospective study of emotional disorders in childbearing women.” *Br J Psychiatry* 144: 35-47.

Lawrie, T.A., Hofmeyr, G.J., Jager de M e Berk, M., (1998). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a cohort of South African women. *S. Afr. Med. J.* 88(10): 1340-1344.

Lemus, V., Yanez, N. (1986). Estudio descriptivo-comparativo de la sintomatología neurótica depresivo-angustiosa del pré y postparto en mujeres primíparas. Tesis para optar al título de psicólogo. In: escuela de Psicología. Universidade católica de Chile.

Lisa S.; Michael W. O`Hara, et al. (2007) The prevalence of postpartum depression. *Soc Psychiatr Epidemiol* 42:316-321.

Lisa S.; Michael W. O`Hara, et al. (2007) The prevalence of postpartum depression. *Soc Psychiatr Epidemiol* 42:316-321.

Lowdermilk, D.L. – Factores essenciais e mecanismo do trabalho de parto. In Bobak, I.M.; Lowdermilk, D.L.; Jensen, M.D. – *Enfermagem na Maternidade*. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999.

Maletzky, B.M. – (2004) Related articles, links. The first-line use of eletroconvulsive therapy in major affective disorders. *J. ECT* 20 (2): 112-117.

Márcio Tavares e Margarida Botelho, (2009). Prevenir a depressão pós parto: Uma análise ao conhecimento existente. *Pensar enfermagem* 13 (2): 19-28.

Matthey, S., B. Barnett, et al. (2000). “Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood.” *J Affect Disord* 60(2): 75-85.

Mc Ewen, B.S- (1999) Related Articles, Links. Clinical review 108: The molecular and neuroanatomical basis for estrogen effects in the central nervous system. *J Clin Endocrinol Metab* 84 (6): 1790-7.

Mchichi K. Alami., N. Kadri, & S. Berrada (2006). Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in Marrocan sample. *Arch Womens Ment Health* 9: 343-346.

Meir Steiner, (2002). Postnatal depression: A few simple questions. *Family practice*; 19 (5): 469-470.

Milgrom, J., J. Ericksen, et al. (2005). "Screening for postnatal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Postnatal depression Scale in an Australian sample." *Aust N Z J Psychiatry* 39(9): 833-9.

Miller, L.J. (2002). "Postpartum depression." *Jama* 287(6): 762-5.

MISAU (2002) Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para Classificação das instituições do SNS, aprovado pelo diploma ministerial n.127/2002.

MISAU (2005), Relatório de Desenvolvimento Humano.

MISAU (2005-2010), Plano de desenvolvimento para recursos humanos.

MISAU (2006) Balanço do PES.

MISAU (2006) Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique.

MISAU (2006), Relatório do Programa Nacional de Cirurgia.

MISAU (2006-2009) Plano de aceleração da formação de técnicos de saúde. Julho 2006-junho 2009.

MISAU (2007) Balanço do PES.

MISAU (2008), Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2007-201, Maputo.

MISAU Plano plurianual do PAV 2007-2009, - Moçambique.

Morrel, C.J. - Review of interventions to prevent or treat postnatal depression. *Clinical Effectiveness in Nursing*. Sheffield. 9: 2 (2006) 135-161.

Muñoz, R.F. *et al* (2007) - Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioural Practice*. Boston. 14: 70-83.

Murray, D. – (1996) Related articles, links - Estrogen and postnatal depression. *Lancet* 347 (9006): 918-919.

Newport, D.J. *et al.* (2002) - The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 63 (suppl. 7): 31-44.

Nielsen, F., videbech, M., hedegaard, J., Salving, J.D e Secher, N.J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *Bjog* 107(10):1210-1217.

Noah K Ndosi, M.L.W. Mtawali, *et al* (2002). A natureza da psicose puerperal no hospital nacional de Muhimbili: Seus Co-mobilidades físicas, factores de riscos obstétricos e sociais associadas. *Jornal Africano de Saúde Reprodutiva* 6(1): 41-49.

Nonacs, R. and L. S. Cohen (1998). “Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines.” *J Clin Psychiatry* 59 suppl 2: 34-40.

Nonacs, R., & Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 59, 34-40.

O’Hara, M.W.; Swain, A.M. (1996) – Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis. *Int R Psych* 8:37-54.

O’Hara, M. W., D. J. Neunaber, *et al.* (1984). “Prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors.” *J. Abnorm Psychol* 93 (2): 158-71.

O’Hara, M. W., J. A. Schlechte, *et al.* (1991). “controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological environmental and hormonal variables. “*J Abnorm Psychol* 100 (1): 63-73.

O'Hara, M. W., J. A. Schlechte, *et al.* (1991). "Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors." *Arch Gen Psychiatry* 48(9): 801-6.

O'Hara, M.W., E. M Zekoski, *et al.* (1990). "controled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing woman." *J Abnorm psychol* 99(1): 3-5.

Ogrodniczuk, J.S., & Piper, W.E. (2003) - Preventing Postnatal Depression: A Review of Research Findings. *Harvard Review Psychiatry*. Harvard. p 291-307.

O'Hara M.W, Neunaber DJ, Zekoski E.M (1984). A prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol.* 93 (2): 158–171.

O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, *et al* (1991). A controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal factors. *J Abnorm Psychol.* 100: 63–73.

Okono, Nomura *et al.*, (1998). An epidemiological and clinical investigation of postpartum pshychiatric illness in Japanese mothers. *J Affect Disord.* 48(2-3): 233-240.

Organização Mundial Da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 191, 1993.

Park , A.E., e Dimigen, G. 1995; AE Park e G (1995). A cross-cultural comparison: postnatal depression in Korean and Scottish mothers. *Psychologia* 38 (3): 199-207.

Perdersen, C.A., Stern, R.A, *et al.*, (1993). Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperium in women who have been major depressed or who become dysphoric postpartum. *J Affect Disord* 29(2-3):201-11.

Pfost, K. S., Stevens, M. J., & Lum, C. U. (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression and stress to postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 588-592.

Pitt, B. (1973). "Maternity blues." *Br J Psychiatry* 122 (569): 431-3.

Posmontier, B. and J. A. Horowitz (2004). "Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives." *J Transcult Nurs* 15(1): 34-43.

Puranen, B.(1994). *Att vara kvinna är ingen sjukdom. (To be a woman is not an illness)*. Stockholm: Norstedts.

Rahman, A.; Iqbal, Z. & Harrington, R. (2003). Life events, social support and depression in childbirth: Perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol. Med*; 33(7): 1161-1167.

Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'connor, T.G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, volume 365: 2201-2205.

Righetti Veltema, M.; Conne-Perreard, E.; Bousquet, A.; Manzano, J. (1998) – Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 49(3): 167-180.

Robertson, E. *et al* - Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. Toronto. 26 (2004) 289-295.

Robertson, E., S. Grace, et al. (2004). "Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature." *Gen Hosp Psychiatry* 26 (4): 289-95.

Robinson, J. R., D. Dratar, et al. (2001). "Problem-solving abilities among mothers of infants with failure to thrive." *J Pediatr Psychol* 26(1): 21-32.

Robling, S. A., E.S. Paykel, et al. (2000). "Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study." *Psychol Med* 30 (6): 1263-71.

Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África - Escritório Regional Africano da OMS (versão portuguesa 2006).

Ruschi, G.E.C; Sun, S.Y; Rosiane M; Filho, A.C; Zandonade, E; Lima, V.J. (2007). Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Rev Psiquiatr RS*. 29(3): 274-280.

Santos, M.F.; Martins, F.C, et al (2000). Escala de auto-registo de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.; Zuardi, A.W. Escalas de Avaliação Clínica em psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: pp. 97-101.

Schmiege, S.; Russo, N.F. - Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ* 331 (7528): 1303, 2005.

Schopf, J., C. Bryois, et al. (1984). "On the nosology of severe psychiatric postpartum disorders. Results of a catamnestic investigation." *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 234 (1): 54-63.

Schwengber, D.D.S.; Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para interação mãe-bebê. *Estud Psicol*, v. 8, p. 403-411.

Sierra Manzano JM, Carro Garcia C, Ladron Moreno E (2002). Variables associadas al riesgo de depression post-parto: Edimburgh postnatal depression scale. *Aten Primaria*; 30 (2): 103-11.

Souza, I., & Daure, S. (1998). A importância da família na prevenção da depressão pós-parto. *Psicol Clin*, 11, 117-132.

Spinelli, M.G. (2004) - Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 161 (9): 1548-1557.

Stahl, S.M (2001) - Related Articles, Links. Natural estrogen as an antidepressant for women. *J Clin Psychiatry* 62(6): 404-5. PMID: 11465515 (Pub Med-indexed for Medline).

Stein, Conrad, “As Erínias de uma mãe: ensaio sobre o ódio”, São Paulo, Ed Escuta, 1988.

Stowe, Z. N. and C. B. Nemeroff (1995). “Women at risk for postpartum-onset major depression.” *Am Obstet Gynecol* 173 (2): 63-45.

Stowe, Z. N., A. L. Hostetter, et al. (2005). “The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care.” *Am J Obstet Gynecol* 192 (2): 522- 6.

Teissedre, F., & Chabrol, H. (2003) - Étude de l’EPDS (Échelle postnatale d’Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *Canadian Journal of Psychiatry*. Ottawa. 49:1 51-54.

Troutman, B. R. and C. E. Cutrona (1990). “Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers.” *J Abnorm Psychol* 99(1): 69-78.

Warner, R.; Appleby, L.; Whitton, A.; Faragher, B. - Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *J Psychosom Res* 43(4): 351-358, 1996.

Warner, R.; Appleby, L.; Whitton, A.; Faragher, B. - Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *J Psychosom Res* 43(4): 351-358, 1996.

Watt, S., W. Sword, et al. (2002). “A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implication for primary care providers from the Ontario Mather & Infant Survey.” *BMC Fam pract* 3(1): 5.

Weissman, M. M., R. Bland, et al. (1993). "Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives." *J Affect Disord* 29(2-3): 77-84.

Williams, M.; Woollorton, E. - Paroxetine (Paxil) and congenital malformations. *CMAJ* 173 (11): 1320-1321, 2005.

Wisner K.L, Wheeler S.B, (1994). Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry*. 45:1191–1196.

Wisner KL, Wheeler SB (1994). Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry*.45: 1191– 1196.

Wisner, K. L., J. M. Perel, et al. (2004). "Timing of depression recurrence in the first year after birth" *J Affect Disord* 78(3): 249-52.

Wisner, K. L., Parry B. L., Piontek, C.M. (2002). "clinical practice. Postpartum depression." *N Engl J Med* 347 (3): 194-9.

Wisner, K.L. *et al.* (2000) - Risk-benefit decision making or treatment of depression during pregnancy. *Am J Psychiatry* 157: 1933-1940.

Wolf A.W., De Andreca and B. Iozoff. (2002). Maternal depression in three Latin American samples. *Soc. Psychiatry Psychiatry. Epidemiol*; 37(4): 169-176.

World Health Organization (2007). A WHO report on inequities in Maternal and Child Health in Mozambique. Geneva.

[www.ine.gov.mz/Inquérito Demográfico de Saúde 1997 e 2003](http://www.ine.gov.mz/Inquérito%20Demográfico%20de%20Saúde%201997%20e%202003) (consultado em Maio de 2010)

www.ine.gov.mz/ indicadores de fecundidade por áreas de residência, Moçambique, 1997 (consultado em Maio de 2010)

www.misau.gov.mz/redução de Mortalidade materna e Perinatal - Plano Operacional 2002-2005 MISAU (consultado em Maio de 2010)

Yonkers, K.; Ramin, S.M.; Rush, A.J.; Navarrete, C.A.; Carmody, T.; March, D.; Heartwell, S.F.; Leveno, K.J. (2001)- Onset and persistence of postpartum depression in an inner city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 158 (11): 1856-1863.

Zinga, D.; Phillips, S.D.; Born, L. (2005) Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr*, v. 27 (Supl II), p.56-64.

Zlotnick, C. et al (2001) - Postpartum Depression in Women Receiving Public Assistance: Pilot Study of an Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention. *American Journal of Psychiatry*. Arlington. 158: 638-640.

Anexos

Anexo I: Instrumentos de Colheita de Dados

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Luciana Henrique Jaime Massinga, aluna do 2º ano de Mestrado em Psiquiatria e Saúde mental na Universidade do Porto e em pós graduação em psiquiatria e Saúde mental no Hospital de São João, realiza no presente momento no Hospital do Chamanculo na cidade do Maputo, nas consultas de pós parto e da Criança sadia, investigação no âmbito do seu trabalho de tese de Mestrado “Perturbações Psiquiátricas no Pós Parto na cidade de Maputo-Moçambique”.

O principal objectivo da presente investigação visa:

1. Estimar a prevalência da DPP nas mulheres atendidas em ambulatório no centro de saúde do Serviço Nacional de saúde em Maputo
2. Identificar os factores de risco mais prevalentes para a depressão pós parto em Moçambique e sua importância relativa.
3. Avaliar e comparar com os factores de risco descritos na literatura com aqueles eventualmente próprios da nossa cultura.

Para que a concretização deste estudo se torne possível será necessária a colaboração de todos os doentes que frequentam a referida consulta.

Neste sentido, é solicitada a sua cooperação na utilização *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) instrumento a utilizar para rastreio da depressão pós-parto. As suas respostas serão tratadas de forma confidencial, respeitando assim os padrões de ética na investigação em Psicologia e Psiquiatria, assegurados pela Comissão de Ética.

Se porventura desejar desistir, ou mesmo não participar, poderá fazê-lo em qualquer altura sem que se comprometa o relacionamento com o médico nem o respeito pelos direitos à assistência que lhe é devida.

Desde já agradecida pela sua atenção e disponibilidade.

Eu, abaixo-assinado, declaro que tomei conhecimento de tudo aquilo que foi dito anteriormente e que concordo em participar no presente estudo.

(Assinatura do doente)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Perturbações Psiquiátricas no pós-parto na
cidade do Maputo-Moçambique

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são)

_____, Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 2009

Assinatura da doente ou voluntária:

A Investigadora responsável:

Nome: Luciana Henrique Jaime Massinga

Assinatura:

Questionário de Dados Sócio-demográficos

Nº

Identificação (.....)

PROTOCOLO

Dados sócio-demográficos

1- Hospital (.....)

2- Idade (.....)

3- Cor da pele

Negra (.....)

Branca (.....)

Mestiça (.....)

4- Estado civil:

Casada (.....)

União de facto (.....)

Separada (.....)

Divorciada (.....)

Viúva (.....)

Mãe solteira (.....)

5- Proveniência

Urbana (.....)

Periférica (.....)

Rural (.....)

6- Grau de instrução:

Analfabeta (.....)

Primário (.....)

Secundário (.....)

Médio (.....)

Superior (.....)

7- Profissão/ocupação:

Funcionário público | serviços (.....)
Trabalhadora na conta própria (.....)
Vendedora ambulante (.....)
Agricultura (.....)
Desempregada (.....)
Outras (.....)

8- **Nível socio-económico:**

8.1«Profissão

1º grau: Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente (.....)

2º grau: Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes (.....)

3º grau: Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras (.....)

4º grau: Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, policias, cozinheiros, etc.) (.....)

5º grau: Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex. jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.) (.....)

8.2«Nível de instrução

1º grau: Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por exemplo catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juízes, magistrados, agentes do ministério publico, militares da academia (.....)

2º grau: Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos (.....)

3º grau: Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com o curso de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem academia (.....)

4º grau: Ensino primário completo (6 anos de estudo) (.....)

5º grau: Ensino primário incompleto (com um ou 2 anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabeto) (.....)

8.3«Fontes de rendimento familiar

1º grau: A fonte principal é uma fortuna herdada ou adquirida (ex. pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais) (.....)

2º grau: Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex: encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos) (.....)

3º grau: Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex: empregados de Estado, Governos Cívicos ou câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, profissionais liberais de médio rendimento, caixeiros-viajantes) (.....)

4º grau: Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa (ex: operários, empregados de comércio e escriturários) (.....)

5º grau: O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho (.....)

8.4«Conforto do alojamento

Grupo 1º: Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto (.....)

Grupo 2º: Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis (.....)

Grupo 3º: Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem arejadas e iluminadas, com cozinha e casa de banho (.....)

Grupo 4º: Categoria intermédia entre 3 e 5 (.....)

Grupo 5º: Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade (.....)

8.5«Aspecto do bairro onde habita

Grupo 1º: Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados (.....)

Grupo 2º: Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas (.....)

Grupo 3º: Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortáveis (.....)

Grupo 4º: Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc. (.....)

Grupo 5º: Bairros de lata. (.....)

ÍNDICE

8A - Critérios

8.1«Profissão (.....)

8.2«Nível de instrução (.....)

8.3«Fontes de rendimento familiar (.....)

8.4«Conforto do alojamento (.....)

8.5«Aspecto do bairro onde habita (.....)

8B – Classificação Social

Classe 1 – (5 a 9) (.....)

Classe 2 – (10 a 13) (.....)

Classe 3 – (14 a 17) (.....)

Classe 4 – (18 a 21) (.....)

Classe 5 – (22 a 25) (.....)

9- Com quem vive

Esposo (.....)

Pai (.....)

Mãe (.....)

Irmão (.....)

Outros, quais (.....)

10- Como considera ser o seu suporte familiar

Muito bom (.....)

Bom (.....)

Regular (.....)

Mau (.....)

Muito mau (.....)

Dados relacionados com gravidez e antecedentes médicos

11-Nº de Gravidezes:

1ª Gravidez (.....)

2ª Gravidezes (.....)

3ª Gravidezes (.....)

4ª Gravidezes e + (.....)

12-Paridade/ Nº de filhos:

Nenhum (....)

1 Filho (.....)

2 Filhos (.....)

3 Filhos (.....)

4 Filhos e + (....)

13- A última gravidez foi:

Desejada (.....)

Indesejada mas bem aceite (.....)

Indesejada com dificuldade de aceitação (.....)

Não desejada (.....)

14- Interferência na gravidez

Não (.....)

Sim (.....)

De que tipo (.....)

15- Antecedentes patológicos

Durante a gravidez e parto

Malária (.....)

Anemia (.....)

HTA (.....)

Outras, quais (.....)

16- Tipo de parto

Eutócico (.....)

Distócico (.....) De que tipo (.....)

Antecedentes psiquiátricos

17-Antecedentes pessoais de depressão

Antes da gravidez (.....)

Durante a gravidez (.....)

Em gravidezes/partos anteriores (.....)

18- Número de episódios depressivos anteriores (.....)

19- Antecedentes familiares de depressão

Pai (.....)

Mãe (.....)

Irmãos (.....)

Outros, quais (.....)

20- História familiar de outras patologias psiquiátricas

Pai (.....), qual (.....)

Mãe (.....), Qual (.....)

Irmão (.....), qual (.....)

Outros, quais (.....), qual (.....)

21- Factores de risco de psicose puerperal

Nega factores de risco de psicose puerperal (.....)

História anterior de psicose puerperal (.....)

Doença psicótica anterior:

Psicose afectiva (.....)

Esquizofrenia (.....)

ESCALA DE EDIMBURGH PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO (EPDS)

Edinburgh postnatal depression scale (Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. (1987) Versão traduzida para Investigação por Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997

Por favor, sublinhe a resposta que melhor indica o modo como se tem sentido, nestes últimos 7 dias e não apenas hoje.

Veja o exemplo seguinte:

Senti-me feliz

Sim, sempre

Sim, quase sempre

Não, poucas vezes

Não, nunca

Isto queria dizer: “senti-me feliz, quase sempre, durante os últimos 7 dias”.

Por favor complete do mesmo modo as questões seguintes.

Desde há 7 dias:

4.5 Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

4.6 Tenho tido esperança no futuro

Tanta como sempre

Bastante menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

4.7 Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Nunca

4.8 Tenho estado nervosa ou preocupada sem motivo

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

4.9 Tenho-me sentido com medo ou muito assustada sem grande motivo

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

4.10 Tenho sentido que são coisas demais para mim

Sim, a maior parte das vezes não tenho conseguido resolvê-las
.....
Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
.....
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
Não, resolvo-as tão bem como dantes

4.11 *Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal*

Sim, quase sempre
Sim, por vezes
Raramente
Não, nunca

4.12 *Tenho-me sentido triste ou muito infeliz*

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Raramente
Não, nunca

4.13 *Tenho-me sentido tão infeliz que choro*

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Só às vezes
Não, nunca

4.14 *Tive ideia de fazer mal a mim mesma*

Sim, muitas vezes
Por vezes
Muito raramente
Nunca

Anexo II: Autorizações Para Colheita de Dados

21/10/09

AUTOMATO sem encargo

financeiro para o MISAU

[Handwritten signature]

Sua Excia. Ministro de Saúde
Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

Luciana Henrique Jaime Massinga, de 35 anos, natural de Quelimane-Zambezia, médica em Pós – Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, beneficiária da Bolsa de estudos do MISAU, para fins de Mestrado e Especialidade no Período de dois anos 2008/2010 na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Terminou com aprovação a fase curricular do primeiro ano de mestrado. Iniciou aqui a fase de dissertação da tese de Mestrado com o tema: PERTURBAÇÕES PSÍQUIATRICAS NO PÓS-PARTO EM MOÇAMBIQUE que inclui trabalho de campo (recolha de dados) local. Esta colheita deverá ser feita num período de dois meses (Novembro a Dezembro próximos) de acordo com as sugestões dos seus orientadores: Professor, Doutor António Pacheco Palha e Professor Dr. Manuel Esteves. Pretende pois, autorização para deslocar-se a Maputo a fim de realizar o trabalho de colheita de dados. Dadas as circunstâncias e condições económicas, confia na bolsa para as despesas da viagem e da investigação, dispondo-se a fazer o trabalho pessoalmente;
Vem mui respeitosamente Rogar a V. Excia. Que se digne autorizar a sua ida e permanência na cidade de Maputo no período acima previsto.

Pelo que,
pede deferimento

C/C. do Professor, Doutor e Catedrático António P. Palha

Porto, 12 de outubro 2009

Luciana Henrique Jaime Massinga

*Comuniquar
à Visado
Jenard
24/10/09*

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ENTRADA N.º 10954/2009
22.10.2009
Emissa

MINISTÉRIO DA SAÚDE
D-REC. AC. NACIONAL DE SAÚDE
Entrada: 103/0241 Data: 19/10/09
Revisto: 285.12
Data saída: _____
Registo: _____



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

GOVERNO DA CIDADE DE MAPUTO
DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO

Luciana Henrique Jaime Massinga
Dr. A. Médica

CREDENCIAL

A Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, credencia a Dra. Luciana Henrique Jaime Massinga estudante de Mestrado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, para fazer recolha de dados para o final de curso cujo o tema é "Caracterização de Factores de Risco envolvidos na Perturbações Psiquiátricas no Pós-Parto, no Hospital Geral de Chamanculo.

NB: - Deve partilhar os resultados do estudo com a Unidade Sanitária e a Direcção de Saúde da Cidade.

Maputo, aos 05 de Novembro de 2009

A Médica Chefe

Maria Benigna Pedro Matsinhe
(Médica Generalista Interino de 2ª classe)