FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Título da Dissertação

Ansiedade e Depressão em Gestantes: Um Estudo de Caso Baseado no Hospital Geral de Mavalane.

Autora: **Maria dos Anjos Sinoia Ferro Cumbi**

Maputo, 22 de Junho de 2026

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Título da Dissertação

Ansiedade e Depressão em Gestantes: Um Estudo de Caso Baseado no Hospital Geral de Mavalane.

Dissertação de Mestrado a ser submetida e apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane como requisito para obtenção do grau de Mestrado de saúde Mental e Psicointervenções.

Autora: **Maria dos Anjos Sinoia Ferro Cumbi**

O Supervisor: Prof. Doutor **Fernando Mitano, MPH, PhD**

Maputo, 22 de Junho de 2026

Declaração de originalidade da Dissertação

Eu, **Maria dos Anjos Sinoia Ferro Cumbi**, declaro por minha honra que esta Dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau académico ou num outro âmbito e que constitui o resultado do meu labor individual, estando indicadas no texto e na bibliografia todas as fontes utilizadas. Esta Dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Psicointervenções na Universidade Eduardo Mondlane

Maria dos Anjos Sinoia Ferro Cumbi

……

Dedicatória

A dedicatoria deste estudo vai aos meus filhos Lenúria Cumbi, Igor Cumbi, Yarim Cumbi e Yumi Cumbi, cuja existência deu significado a cada etapa desta caminhada. Foram a minha maior inspiração para ultrapassar os desafios da investigação científica e recordar, diariamente, que todo o conhecimento produzido adquire verdadeiro valor quando contribui para um futuro melhor. Esta conquista é, acima de tudo, para vocês.

Agradecimentos

Primeiramente, expresso a minha profunda gratidão a Deus pela vida, pela saúde, pela força e pela sabedoria concedidas ao longo desta caminhada académica, as quais tornaram possível a superação de todos os desafios enfrentados durante a realização desta dissertação.

Aos meus pais, Sinoia Ferro (falecido em 1983) e Anesta josé Conforme, por terem me trazido neste mundo. Ao meu esposo Manuel Cumbi e meus filhos expresso a minha profunda gratidão pelo amor, incentivo, paciência e apoio incondicional em todos os momentos, especialmente nos períodos mais difíceis desta jornada.

Ao meu supervisor Prof. Dr. Fernando Mitano, pelo acompanhamento científico, dedicação, ensinamentos, disponibilidade e valiosas contribuições que foram fundamentais para a concretização deste estudo.

Aos docentes e colegas do curso, agradeço pela partilha de conhecimentos, experiências e apoio académico que contribuíram significativamente para a minha formação profissional e pessoal.

Dirijo um agradecimento especial à direção e aos profissionais do Hospital Geral de Mavalane pela colaboração, acolhimento e disponibilidade durante a realização da pesquisa, tornando possível a recolha de dados para este estudo.

Às gestantes que participaram desta investigação, manifesto a minha sincera gratidão pela confiança, disponibilidade e contribuição indispensável para o desenvolvimento desta dissertação intitulada "Ansiedade e Depressão em Gestantes: Um Estudo de Caso Baseado no Hospital Geral de Mavalane".

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho e para o sucesso desta importante etapa académica.

ÍNDICE

1 Introdução 1

2 Contextualização 2

3 Motivação 4

4 Objectivos 5

4.1 Objectivo Geral 5

4.2 Objectivos Específicos 5

5 Contribuição 6

6 Problema 7

7 Revisão Bibliográfica 9

7.1 Ansiedade e a depressão na gestação 9

7.2 O impacto da ansiedade e de depressão na mulher grávida 14

8 Metodologia 19

8.1 Desenho do Estudo 19

8.2 Local do estudo 20

8.3 Período do estudo 21

8.4 População do estudo e participantes 21

8.4.1 População do estudo 21

8.4.2 Participantes 21

8.5 Selecção dos participantes 22

8.6 Critérios de Inclusão 22

8.7 Critérios de Exclusão 22

8.8 Procedimentos, técnicas e instrumentos de colecta/recolha de dados 23

8.9 Plano de gestão de análise de dados 24

8.10 Considerações éticas 25
8.10.1 Norma éticas seguidas para aprovação do estudo 25
8.11 Variáveis 26
9 Limitações do estudo 26
10 Apresentação e Discussão de dados 27
10.1 Caracterização das participantes 27
10.2 Discussão dos dados 29
11 Conclusão do estudo 51
12 Recomendações 53
13 Referências Bibliográficas 54
14 ANEXOS 64
14.1 Carta e aprovação do CIBS e HCM 65
14.2 Carta de cobertura do campo de estudo 66
14.3 Declaração do supervisor autorizando a submissão da dissertação 67
14.4 Evidência de participação em um evento científico 68
14.5 Relatório antiplágio 69
14.6 Submisão do artigo 71
15 Apêndices 72
15.1 Apêndice 1 - Instrumento de colecta de dados 73
15.2 Apêndice 2 – Curriculum vitae do investigador principal 75

Resumo

A ansiedade e a depressão durante a gestação constituem importantes problemas de saúde pública, afectando significativamente a saúde mental materna e o bem-estar fetal. O presente estudo teve como **objectivo** analisar o impacto da ansiedade e depressão em mulheres durante o período gestacional atendidas no Hospital Geral de Mavalane, na Cidade de Maputo. **Método**: trata-se de um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica, realizado entre Março e Junho de 2025. Participaram da pesquisa 25 gestantes com idades compreendidas entre 18 e 45 anos, seleccionadas por conveniência durante as consultas pré-natais. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas gravadas, posteriormente analisadas segundo o método fenomenológico de Giorgi (1985). **Os resultados** demonstraram que as participantes vivenciaram sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, tristeza, preocupação com o parto, dificuldades socioeconómicas e fragilidade no apoio familiar. Algumas gestantes relataram gravidez não planejada, complicações gestacionais e experiências traumáticas associadas à maternidade. **Concluiu-se** que a ansiedade e a depressão durante a gestação estão fortemente associadas às condições emocionais, sociais e económicas das participantes, evidenciando a necessidade de fortalecimento do acompanhamento psicológico durante o pré-natal e da integração da saúde mental nos serviços de assistência materna.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Gestação.

Abstract

Anxiety and depression during pregnancy constitute major public health concerns, significantly affecting maternal mental health and fetal well-being. This study aimed to examine the impact of anxiety and depression among pregnant women receiving antenatal care at Mavalane General Hospital in Maputo City. A qualitative study using a phenomenological approach was conducted between March and June 2025. The study included 25 pregnant women aged between 18 and 45 years, who were selected through convenience sampling during routine antenatal consultations. Data were collected through semi-structured, audio-recorded interviews and subsequently analysed using Giorgi's (1985) phenomenological method. The findings revealed that the participants experienced feelings of fear, anxiety, insecurity, sadness, concerns about childbirth, socioeconomic difficulties, and inadequate family support. Some participants also reported unplanned pregnancies, pregnancy-related complications, and traumatic experiences associated with motherhood. The study concluded that anxiety and depression during pregnancy are strongly associated with the participants' emotional, social, and economic circumstances, highlighting the need to strengthen psychological support during antenatal care and to integrate mental health services into maternal healthcare.

Keywords: Anxiety; Depression; Pregnancy.

Lista de abreviaturas:

Abreviatura	Significado
HCM	Hospital Central de Maputo
OMS	Organização Mundial da Saúde
POC	Perturbação Obsessivo-Compulsiva
PSPT	Perturbação de Stress Pós-Traumático
TMCs	Transtornos Mentais Comuns
LMICs	Países de Média e Baixa Renda
CIBS	Comité Institucional de Bioética em Saúde
FM	Faculdade de Medicina
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
HGM	Hospital Geral de Mavalane

1 Introdução

A gestação é um período que envolve grandes mudanças biopsicossociais, ou seja, há transformações não só no organismo da mulher, mas também no seu bem-estar, o que altera seu psiquismo e o seu papel sociofamiliar. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de factores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. Como aponta Soifer (1992), deve-se levar em conta o facto de ser a gravidez um período que envolve não apenas a mulher, mas também o seu companheiro e o seu meio social imediato. A ansiedade e depressão durante a gravidez constituem um dos problemas que algumas gestantes têm passado, sendo altamente prevalente e um problema de saúde pública. Portanto, a gravidez mal sucedida é um dos problemas com implicações severas que transcendem o nível individual, atingindo o nível familiar, profissional e social. Ao lidar com esses casos, acredita-se ser fundamental na aquisição de competências profissionais. Com essa base, é importante investigar de que forma a ansiedade e depressão impactam na vida das gestantes e prevenir possíveis perturbações mentais. (Arrais, 2019). Deste modo, a mudança do papel social é outro factor importante a ponderar. Durante nove meses, estará se instalando no casal grávido uma nova identidade. Deixarão de ser apenas filhos para se tornarem também pais. Maldonado (1988), ressalta que, a gravidez é uma transição que faz parte do processo de desenvolvimento e envolve a necessidade de reestruturação em várias dimensões, uma delas é a mudança de identidade e a nova definição de papéis. A gestação, portanto, compreende uma lenta evolução em nível de transformações. Em contrapartida, o parto é um processo abrupto, caracterizado por mudanças rápidas (Chiattone, 2006). A mulher teme como algo desconhecido, doloroso e também como momento inaugural de concretização da relação mãe-filho, teme também o papel de mãe por este ser mistificado e conter a exigência de a mãe ser um modelo de perfeição. Com todas essas exigências, a gestante chega ao parto, muitas vezes, sem reflectir sobre seus desejos, suas possibilidades e suas limitações (Pamplona, 1990).

2 Contextualização

A ansiedade e a depressão durante a gravidez são questões de saúde pública que afectam uma parte significativa das mulheres em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 20% das mulheres grávidas experimentam transtornos mentais, com a depressão e a ansiedade sendo as condições mais prevalentes. Esses transtornos não afectam apenas o bem-estar da mãe, mas também têm sérias repercussões para o feto e a criança, podendo afectar o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança após o nascimento (World Health Organization, 2022).

As mulheres grávidas são especialmente vulneráveis a transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade, devido a uma combinação de factores biológicos, psicológicos e sociais. A necessidade de integração de serviços de saúde mental nos cuidados pré-natais é urgente para prevenir as consequências adversas para a mãe e a criança. (World Health Organization, 2022).

Estudos demonstraram que a ansiedade na gravidez está associada a um risco aumentado de complicações obstétricas, incluindo parto prematuro, baixo peso ao nascer e dificuldades no vínculo mãe-bebé (Araújo, et al., 2007).

De acordo com Ng'oma et al., (2020), as taxas de depressão perinatal são altas, com uma combinação de factores como a pobreza, a violência doméstica e o acesso limitado aos cuidados de saúde mental, exacerbando o quadro de saúde mental das gestantes.

A depressão durante a gravidez é um problema crescente na África Subsaariana. Apesar disso, os sistemas de saúde mental em muitas partes da África são deficientes, e muitas mulheres não recebem os cuidados adequados para lidar com essas condições (Mutahi et al., 2022).

Ainda assim, estudos realizados em regiões rurais da África sugerem que as mulheres grávidas enfrentam dificuldades adicionais, como a falta de apoio social e o estigma em torno da busca por ajuda para questões de saúde mental, o que impede o diagnóstico e o tratamento adequado da ansiedade e da depressão (Bedaso et al., (2021).

Ng’oma et al., (2020), destacam que as taxas de depressão perinatal são especialmente altas na África Subsaariana. Eles apontam que factores como insegurança económica, desnutrição e a escassez de cuidados médicos contribuem para a prevalência desses transtornos. Além disso, as mulheres nessas regiões muitas vezes enfrentam barreiras culturais e estruturais que dificultam o acesso a cuidados adequados para transtornos mentais durante a gestação. Segundo os autores: "As gestantes na África Subsaariana experimentam um nível alarmante de depressão e ansiedade devido à combinação de pobreza, violência doméstica e a falta de apoio psicológico no sistema de saúde".

Segundo Khan et al., (2022), em países de baixa e média renda (LMICs), as mulheres enfrentam desafios significativos relacionados à maternidade. No entanto, nenhum estudo comparou problemas de saúde mental entre mulheres grávidas/pós-parto, mulheres sem filhos em idade fértil e mulheres com filhos em um país de baixa renda. Neste estudo, procurou-se comparar a frequência de TMC e risco de suicídio em uma amostra de mulheres que apresentavam ou acompanham pacientes na atenção primária em dois ambientes semiurbanos moçambicanos.

Assim, a saúde mental perinatal tem sido o foco de muitas pesquisas recentes em países de baixa e média renda. No entanto, ser uma mulher sem filhos durante a idade fértil pode estar associado a diferentes probabilidades de ter um transtorno mental, dependendo da importância relativa da gravidez para a identidade de uma mulher em um determinado contexto sociocultural. Na maioria das culturas, ter filhos é visto como necessário para a vida de uma mulher até certo ponto. Em sociedades mais tradicionais, muitas vezes é considerado fundamental. As crianças desempenham um papel crucial em culturas cujas economias dependem principalmente da agricultura de subsistência, fornecendo trabalho nos campos e cuidando de crianças mais novas, (Khan et al., 2022).

Ao vivenciar as transformações físicas, hormonais, de inserção social e psíquicas inerentes à gravidez, a mulher torna-se vulnerável à ocorrência de transtornos mentais durante o período pré-natal, entre eles a ansiedade e a depressão. Assim sendo é o objectivo deste trabalho analisar o impacto da ansiedade e depressão das mulheres durante o período de gestação.

3 Motivação

A escolha do tema “Ansiedade e Depressão em Gestantes: Um Estudo de Caso Baseado no Hospital Geral de Mavalane” surge não apenas do interesse académico e profissional, mas também de experiências pessoais e da vivência diária enquanto profissional de saúde e mãe.

Ao longo das minhas três gestações, vivenciei momentos marcados por medos, inseguranças, ansiedade e inúmeras dúvidas relacionadas às mudanças físicas, emocionais e sociais que acompanham a gravidez. Essas experiências permitiram-me compreender, de forma profunda, os desafios emocionais enfrentados pelas mulheres durante o período gestacional, muitas vezes vividos em silêncio e sem o devido acompanhamento psicológico.

Além da experiência pessoal, a minha actuação profissional na área da saúde proporcionou contacto directo com diversas gestantes que demonstravam sinais de sofrimento emocional, ansiedade, tristeza persistente e medo em relação à gravidez, ao parto e à maternidade. Observa-se, frequentemente, que a atenção à saúde da gestante concentra-se predominantemente nos aspectos físicos, deixando em segundo plano a saúde mental, apesar da sua grande relevância para o bem-estar da mãe e do bebé.

Diante dessa realidade, surgiu a necessidade de aprofundar o estudo sobre a ansiedade e a depressão em gestantes, especialmente no contexto do Hospital Geral de Mavalane, com o propósito de compreender melhor os factores associados a essas condições emocionais e contribuir para uma reflexão sobre a importância da assistência integral à mulher grávida.

A realização desta dissertação representa, portanto, um compromisso pessoal, profissional e social de dar voz às experiências emocionais das gestantes e incentivar uma maior valorização da saúde mental materna nos serviços de saúde, promovendo cuidados mais humanizados e integrados durante a gravidez.

4 Objectivos

4.1 Objectivo Geral

- Analisar o impacto da ansiedade e depressão das mulheres durante o período de gestação.

4.2 Objectivos Específicos

- Identificar os principais problemas associados à ansiedade e depressão durante a gravidez;
- Descrever os comportamentos (sintomas) de mulheres com ansiedade e depressão durante a gestação;
- Perceber o impacto da ansiedade e depressão das mulheres durante o período de gestação.

5 Contribuição

O presente estudo poderá contribuir significativamente para a compreensão da ansiedade e da depressão em gestantes no contexto do Hospital Geral de Mavalane, destacando a importância da saúde mental durante o período gestacional.

Do ponto de vista científico e académico, a pesquisa poderá ampliar os conhecimentos sobre os factores emocionais que afectam as gestantes, servindo como fonte de consulta para futuros estudos relacionados à saúde mental materna, pré-natal e humanização dos cuidados de saúde.

Na vertente profissional e institucional, o estudo poderá sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de uma atenção mais abrangente à mulher grávida, incentivando a inclusão da avaliação psicológica e do acompanhamento emocional nas consultas pré-natais. Espera-se igualmente que os resultados contribuam para o fortalecimento de estratégias de prevenção, identificação precoce e apoio às gestantes que apresentam sinais de ansiedade e depressão.

Socialmente, esta investigação poderá ajudar a quebrar o silêncio e os preconceitos relacionados ao sofrimento emocional durante a gravidez, promovendo maior consciencialização sobre a importância da saúde mental materna para o bem-estar da mãe, do bebé e da família.

Além disso, por partir também de experiências pessoais e profissionais da pesquisadora, o estudo pretende dar visibilidade às vivências emocionais das gestantes, reforçando a necessidade de cuidados humanizados e integrados nos serviços de saúde materno-infantil.

6 Problema

Ansiedade e depressão em gestantes constituem um dos problemas de saúde Pública no mundo e especificamente em países em desenvolvimento como Moçambique. De acordo com Arrais (2019), uma em cada quatro gestantes vivencia perturbações mentais e emocionais. Dentre estas, cerca de 48% apresentam sintomas de ansiedade e 70% manifestam depressão pré-natal, podendo permanecer em sofrimento psíquico durante o período pós-parto e nos primeiros anos de vida dos seus filhos, especialmente na ausência de orientação e apoio especializados.

Em todo o mundo, cerca de 300 milhões de pessoas são afectadas pela depressão, sendo esta considerada uma das principais causas de incapacidade (Silva, 2023). De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a ansiedade e a depressão configuram-se como importantes problemas de saúde pública. A prevalência da ansiedade na população mundial é de aproximadamente 3,6%, destacando-se o Brasil como um dos países com maior número de casos, com cerca de 18,6 milhões de pessoas afectadas, o que corresponde a 9,3% da população (Silveira, 2019).

Dados epidemiológicos indicam que as prevalências de transtornos mentais comuns são semelhantes durante a gestação e no puerpério, sendo os transtornos de ansiedade e a depressão os mais frequentes no período gestacional. Nesse contexto, o rastreamento de alterações emocionais durante a gravidez configura-se como uma importante estratégia de prevenção em saúde mental, com impactos significativos na relação mãe-bebé-família (Kliemann et al., 2017).

Nos países desenvolvidos, a prevalência de depressão gestacional varia entre 5% e 30%. Contudo, poucos estudos reportam prevalências inferiores a 10%, sendo mais frequentemente observadas taxas entre 10% e 15% (Pereira & Lovisi 2008).

Nos países em desenvolvimento as taxas de prevalência da depressão durante a gravidez encontradas nos estudos, incluindo os estudos Brasileiros, estiveram, em sua maioria, por volta de 20% (Pereira & Lovisi 2008).

Apesar de haver estudos em várias partes do mundo sobre a ansiedade e depressão, em Moçambique temos poucos registos oficiais deste tipo de estudo. Os nossos dizeres justificam-

se pelo facto de termos consultado bases de dados (Hinari, Lilacs, Scielo, BVS, PsycoInfo, Pubmed, web of science e Google Scholar), usando os seguintes descritores: depressão ansiedade, gravidez e Moçambique, e não termos encontrado nenhum artigo que versa sobre a realidade Moçambicana. E pelo facto de constituir um problema de saúde pública, sabe-se que mulheres grávidas, são caracteristicamente pessoas que precisam tanto do apoio da família, da sociedade, assim como dos profissionais da saúde mental, pois, elas, experimentam um momento muito delicado e apresentam comportamentos típicos.

Segundo Khan et al., (2022) a maternidade apresenta riscos e desafios significativos em países de baixa renda tal como é o caso de Moçambique, que incluem a pobreza, as altas taxas de mortalidade infantil e a materna, superlotação, falta de saneamento, desnutrição, malária, HIV e falta de serviços médicos apropriados. E como consequência, estes países são um terreno muito fértil para a ocorrência de patologias de fórum psíquico como a ansiedade e depressão. Estes transtornos mentais perinatais causam sofrimento psíquico, não apenas a mulher gestante, mas também para sua família e para a saúde e desenvolvimento de seus filhos.

A gravidez mal sucedida é um dos problemas com implicações severas que transcendem o nível individual, atingindo o nível familiar, profissional e social. Com essa base, é importante investigar até que ponto a intervenção psicológica ajudará as gestantes a prevenir possíveis perturbações mentais.

Face ao exposto, depreende-se a necessidade de conduzir estudos que permitam evidenciar e analisar as principais causas e a ocorrência de transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão, em gestantes. Tal iniciativa visa fornecer subsídios para a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da sua actuação na implementação de acções voltadas à saúde mental da gestante. Dessa forma, espera-se contribuir para a melhoria da assistência pré-natal, reduzindo os efeitos adversos na qualidade de vida relacionada à saúde da mulher grávida, bem como outros desfechos negativos para a saúde materna e fetal. Sendo assim coloca-se a seguinte questão:

- Qual é o impacto da ansiedade e depressão na mulher grávida que procurou serviços de saúde no HGM?

7 Revisão Bibliográfica

A presente secção apresenta os aspectos ligados ao tema que são abordados pela literatura de um modo geral, onde vários autores discutem aspectos que vão ao encontro do impacto da ansiedade e depressão em mulheres durante o período de gestação, conforme as abordagens que se seguem.

7.1 Ansiedade e a depressão na gestação

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, (Castillo, 2000).

Para Zammar (2016), a gravidez é uma etapa da vida da mulher, na qual se processam profundas alterações em diferentes níveis e que irão contribuir para o desenvolvimento da maternidade. As alterações psicológicas que acompanham as conhecidas transformações físicas tendem a preparar a mulher para um novo papel, o papel de mãe, porém é a mulher grávida o centro deste conjunto de modificações, a qual deve reunir em si mesma a capacidade para lidar com as transformações a que é submetida, quer em termos físicos, quer em termos emocionais e sociais. No decurso da gravidez, a mulher deve adquirir informação e conhecimentos que lhe confiram autonomia, competência e poder para efetuar escolhas que influenciem a sua saúde, ou seja, ao longo da gravidez, deve ser desenvolvido o fortalecimento da autonomia da grávida.

De acordo com Campos (2012), a gravidez é caracterizada, por modificações psicológicas importantes; sendo que, uma das primeiras modificações é a alteração da imagem corporal, que é parte integrante de uma alteração global e contínua do funcionamento orgânico da mulher, processam-se modificações hormonais segundo regras pré-estabelecidas que, por sua vez, modificam o funcionamento psicológico e, inversamente, o funcionamento psicológico, via Sistema Nervoso Central, causando alterações hormonais. A grávida fica, assim, “à mercê” de alterações do humor, dos sentimentos e do comportamento sem que estas modificações sejam totalmente compreensíveis. A labilidade emocional pode ser vista de um ponto de vista adaptativo. A mudança de identidade é um outro aspecto implícito no processo gravídico.

Por seu turno, Da Cunha et al. (2012), afirmam que, no começo da gestação diferentes reações emocionais começam a aparecer, provavelmente sendo elas de medo, ansiedade, insegurança, dúvidas, alegrias e decisões a serem tomadas, no entanto, estas elaborações emocionais são decorrentes do contexto do impacto diagnóstico da gestação. A gravidez e consequentemente o parto apresentam efeitos fisiológicos, endocrinológicos e, sobretudo o mais impactante, os psicológicos sobre toda a estrutura corpórea e mental da mulher.

Segundo Schiavo et al., (2018), a gravidez constitui um período de intensas alterações biológicas, psicológicas e sociais, que pode aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade. As alterações hormonais e as mudanças inerentes à gestação podem influenciar o estado emocional da mulher, favorecendo manifestações de ansiedade de diferentes intensidades. Quando presentes em níveis clínicos, os transtornos de ansiedade podem incluir transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, perturbação obsessivo-compulsiva, ansiedade social, fobias específicas e perturbação de stresse pós-traumático, tornando importante o rastreamento precoce desses sintomas durante o pré-natal.

A gestação é frequentemente representada social e culturalmente como um período de felicidade, realização e plenitude feminina. Contudo, essa visão idealizada pode ocultar as dificuldades emocionais vivenciadas por muitas mulheres durante a gravidez. Factores biológicos, psicológicos e sociais interagem ao longo da gestação e podem favorecer o desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, reforçando a importância da identificação precoce e do acompanhamento da saúde mental no pré-natal (Howard & Khalifeh, 2020; World Health Organization, 2022).

Os transtornos de ansiedade constituem um dos problemas de saúde mental mais frequentes no período perinatal, podendo manifestar-se durante a gravidez ou no pós-parto. Em algumas mulheres, os sintomas têm início antes da concepção e persistem ou intensificam-se durante a gestação. As manifestações clínicas podem incluir preocupação excessiva e persistente, nervosismo, inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, alterações do sono e do apetite, pensamentos catastróficos relacionados à gravidez ou ao bebé e sintomas físicos, como

tensão muscular, náuseas e palpitações. O reconhecimento precoce desses sintomas é essencial para prevenir repercussões negativas na saúde materna e no desenvolvimento da criança (Howard & Khalifeh, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), a depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza persistente, perda de interesse ou de prazer nas actividades habitualmente apreciadas, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, alterações do sono ou do apetite, fadiga e dificuldade de concentração. Esses sintomas comprometem o funcionamento diário do indivíduo e podem afectar significativamente a sua qualidade de vida.

A gestação é um período marcado por importantes alterações fisiológicas, psicológicas e sociais na vida da mulher. Durante esse período, ocorrem adaptações hemodinâmicas, metabólicas e hormonais necessárias para o crescimento e o desenvolvimento fetal, as quais podem influenciar o estado emocional da gestante. Embora algum grau de preocupação e ansiedade possa ser esperado durante a gravidez, sintomas persistentes ou intensos podem caracterizar um transtorno de ansiedade. A depressão, por sua vez, constitui um dos transtornos mentais mais frequentes durante a gestação e o período pós-parto, representando um importante problema de saúde pública (World Health Organization, 2017; Howard & Khalifeh, 2020).

O stresse, a ansiedade e a depressão são condições que podem ocorrer durante a gestação e, quando presentes em níveis elevados, estão associados a desfechos maternos e perinatais desfavoráveis. Evidências indicam que esses transtornos podem aumentar o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, prejuízos na interacção e no vínculo entre mãe e bebé, além de elevar a probabilidade de desenvolvimento de depressão no período pós-parto. Nesse contexto, a identificação precoce e o acompanhamento da saúde mental durante o pré-natal são fundamentais para a promoção da saúde materno-infantil (Kliemann et al., 2017).

A depressão na mulher pode ocorrer com maior frequência durante a gravidez e no período pós-parto, podendo ter impactos significativos tanto na saúde materna como no desenvolvimento da criança. Evidências indicam que a depressão perinatal pode interferir na qualidade das relações interpessoais e na interacção mãe-bebé, podendo comprometer a capacidade de cuidado materno quando não tratada adequadamente. A presença de factores adicionais, como o consumo abusivo de substâncias, está associada a maior vulnerabilidade e a desfechos adversos para a saúde materno-fetal, podendo afectar o ambiente necessário ao desenvolvimento saudável da criança (Stein et al., 2014).

A depressão durante a gravidez é altamente prevalente em países de baixa e média renda, com estimativas que variam amplamente entre estudos, situando-se aproximadamente entre 12% e 42%, dependendo dos critérios diagnósticos e das populações avaliadas (Gelaye et al., 2016).

A prevalência de depressão durante a gravidez está associada a diversos factores de risco, incluindo histórico pessoal ou familiar de depressão, apoio social inadequado, consumo de álcool e outras substâncias, níveis elevados de stresse, experiências adversas na infância, como abuso físico ou sexual, e histórico de violência doméstica perpetrada pela família ou pelo parceiro. Estes factores têm sido amplamente descritos na literatura como determinantes importantes para o desenvolvimento de depressão no período perinatal (Biaggi et al., 2016).

A gravidez enquanto momento de transição no ciclo de vida individual e familiar impõe uma série de reorganizações intrapsíquicas, familiares, de papéis sociais, socioeconómicas e profissionais e sua vivência pode ser influenciada por diversos factores como o contexto da mesma, a relação com o parceiro, recursos pessoais, história de vínculos afectivos e relações familiares, rede de apoio, entre outros (Kliemann et al., 2017).

Estudos indicam que a presença de depressão e ansiedade durante a gestação e no período pós-parto pode estar associada a percepções mais negativas da mãe em relação a si própria e ao bebé, bem como a dificuldades na construção do vínculo materno-fetal e materno-infantil. Estas condições podem comprometer a qualidade da interacção mãe-bebé, reflectindo-se em menor frequência de contacto visual, redução das vocalizações maternas e infantis, menor reciprocidade e menor expressão afectiva nas interacções diádicas, podendo afectar o desenvolvimento emocional e comportamental da criança (Field, 2010; O'Higgins et al., 2013; Stein et al., 2014; Goodman et al., 2011).

A literatura aponta diversos factores associados à depressão e/ou ansiedade durante a gestação, incluindo determinantes sociodemográficos (como idade, nível educacional e condições socioeconómicas), factores obstétricos, ausência de apoio social, histórico pessoal ou familiar de perturbações mentais, gravidez não planeada e dificuldades no relacionamento afectivo. Estes factores têm sido amplamente identificados como importantes determinantes da saúde mental perinatal (O'Hara & McCabe, 2013).

A depressão durante a gravidez tem sido, em alguns contextos, menos valorizada em comparação com o período pós-parto, apesar de evidências mostrarem que ambos os períodos apresentam elevada prevalência de sintomas depressivos. A Organização Mundial da Saúde reconhece a depressão como uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, afectando mais de 300 milhões de pessoas. Clinicamente, a depressão caracteriza-se por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, alterações do sono e do apetite, fadiga e baixa auto-estima, persistindo geralmente por pelo menos duas semanas. Em casos mais graves, pode levar ao isolamento social e aumentar o risco de comportamento suicida (World Health Organization, 2017; American Psychiatric Association, 2013).

7.2 O impacto da ansiedade e de depressão na mulher grávida

Evidências científicas demonstram que a depressão durante a gestação pode ter impactos negativos tanto para a mãe quanto para a criança. Entre as principais repercussões destacam-se o aumento do risco de depressão pós-parto, desfechos obstétricos adversos, resultados neonatais desfavoráveis e dificuldades no ajustamento social e pessoal da gestante. Além disso, a exposição da criança à depressão materna no período perinatal pode estar associada a alterações no desenvolvimento cognitivo, da linguagem, emocional e comportamental, sobretudo quando os sintomas maternos são persistentes ou graves (Santos et al., 2023).

Dados epidemiológicos têm apontado que as prevalências de transtornos mentais comuns são semelhantes na gestação e no puerpério, sendo o transtorno de ansiedade e a depressão os transtornos de maior prevalência durante a gravidez. Nesse sentido, o rastreamento de alterações emocionais durante a gestação constitui-se importante estratégia de prevenção em saúde mental e relacional para mãe-bebé-família, (Kliemann et al., 2017).

Os principais factores de risco para desenvolver problemas de ansiedade no período perinatal incluem: história familiar de perturbações de ansiedade, história pessoal de depressão ou ansiedade, perturbações da tiróide, estatuto socioeconómico, gravidez não planeada ou indesejada, stresse com o cuidado à criança, alterações de características de personalidade, como sentimentos de culpa, perfeccionismo, sentimento de incapacidade de atingir o objectivo e baixa auto-estima. Durante a gravidez são observados ainda outros correlatos da ansiedade, especialmente, a ocorrência de sintomas depressivos, a qualidade do apoio ou do suporte social, e, em menor medida, a idade da mãe da grávida, (Farias et al., 2022).

A identificação do risco de depressão na gravidez é de suma importância, uma vez que a detecção precoce e seus determinantes culturais podem reduzir as sequelas nas mulheres e seus bebês. No entanto, segundo o Atlas de Saúde Mental de 2020, os programas de promoção e prevenção da saúde mental parental/materna estão presentes em apenas 29% dos países respondentes, sendo os menos frequentes, (Silva, 2023).

Após o parto, outros factores, como a duração do parto, o peso da criança à nascença, a anestesia e a idade gestacional no momento do parto são igualmente preditivas da ansiedade da mulher. Em termos gerais, a ansiedade sentida pela mulher no período pré-natal é mais fortemente associada a variáveis psicossociais como os sintomas depressivos e o apoio social. Em plano contrário, a associação da ansiedade com características sociodemográficas é apenas modesta ou mesmo indeterminada. A ansiedade durante a gravidez é preditiva da depressão pós-parto (Farias et al., 2022).

Dessa forma, a condição de maior vulnerabilidade emocional pode tanto aumentar a chance de desenvolvimento de transtornos emocionais, quanto gerar a oportunidade de resolução de conflitos psíquicos e de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade. Nesse sentido, é esperado que a mulher vivencie um certo grau de stresse, ansiedade e momentos de tristeza durante a gestação. Contudo, em algumas mulheres observa-se a exacerbação de sintomas de ansiedade, stresse e até mesmo a presença de quadros depressivos, o que se associa a uma maior probabilidade de complicações na gravidez, no parto e no puerpério e pode gerar repercussões negativas na saúde da mulher, do bebé e nas relações familiares, (Kliemann et al., 2017).

A existência de situações de comorbilidade, como a concorrência de distúrbios da tiróide e de um quadro de anemia, são igualmente preditores de depressão no período de transição para a maternidade, para além destes riscos associados à depressão no período perinatal, existem outros, tais como: a experiência prévia de uma gravidez mal sucedida, que pode ter terminado num aborto espontâneo ou induzido, perdas emocionais importantes no passado, personalidade mal adaptada à nova situação e às responsabilidades a ela inerentes, como nos casos de distúrbios neuróticos obsessivos não resolvidos, e até mesmo o desemprego (Kliemann et al., 2017).

Segundo Kliemann et al., (2017), para além destes correlatos, identifica-se, ainda existência de ansiedade, a presença de um estilo cognitivo negativo e baixo nível de escolaridade. A depressão pré-natal causa impactos negativos no desenvolvimento do feto e do recém-nascido, nomeadamente, provocando nascimentos antes do tempo, bebés com pesos abaixo, e mesmo com perímetros cefálicos mais pequenos do que os observados em média. À semelhança do que se observa no caso na ansiedade, ao longo do seu desenvolvimento, os bebés nascidos de mães que viveram situações de depressão durante a gravidez têm tendência a ter problemas emocionais e de comportamento.

Dessa forma, o baby blues corresponde a um quadro emocional transitório que surge nos primeiros dias após o parto e inclui sintomas como labilidade emocional, choro fácil, irritabilidade, ansiedade e alterações do sono e do apetite. Estes sintomas podem ser semelhantes aos observados na depressão pós-parto, o que por vezes dificulta o diagnóstico diferencial, embora o baby blues apresente geralmente menor intensidade e resolução espontânea em poucas semanas (Caldeira, 2024).

De acordo com Trigo (2021), a depressão pós-parto caracteriza-se por um quadro mais persistente e clinicamente significativo, com impacto no funcionamento da mulher e na relação mãe – bebé, podendo incluir tristeza profunda, anedonia, sentimentos de culpa, alterações do sono e risco de comprometimento do vínculo materno-infantil.

De forma geral, os sintomas emocionais observados durante a gravidez e no período pós-parto apresentam continuidade e associação entre si, sendo a ansiedade um factor frequentemente relacionado ao desenvolvimento de quadros depressivos no período perinatal. A literatura indica que a presença de sintomas ansiosos durante a gestação aumenta o risco de depressão perinatal e de dificuldades no ajustamento emocional pós-parto. Além disso, factores psicossociais como baixo suporte social, estresse, eventos de vida adversos e dificuldades socioeconómicas desempenham um papel importante na emergência de estados depressivos durante a gravidez e no puerpério (Woody et al., 2017; Dennis & Falah, 2013).

As profundas mudanças físicas, hormonais, psicológicas e de papéis sociais fazem com que a mulher vivencie um estado de regressão emocional, no qual se volta mais para si e para seu "mundo interno", o que se associa às memórias afectivas de sua própria infância e de suas relações familiares, especialmente da relação com a própria mãe. A condição de regressão emocional pode se expressar de diferentes formas, entre elas, através de labilidade emocional e da necessidade de receber afecto e suporte. Além disso, a presença de um contexto de perdas e ganhos faz com que a gestação esteja invariavelmente ligada ao sentimento de ambivalência afectiva, (Kliemann et al., 2017).

Segundo Woody et al., (2017), factores como a juventude da grávida, a insatisfação com o suporte emocional do parceiro, o estresse associado a eventos quotidianos e o baixo apoio familiar estão associados ao aumento de sintomas de depressão e ansiedade durante o período pré-natal. Estes factores psicossociais desempenham um papel importante na saúde mental materna e devem ser considerados na avaliação e intervenção durante a gravidez, incluindo estratégias de preparação para o parto e apoio emocional à gestante.

Em cenários pós-conflito, o distrito de Soroti, no leste de Uganda, uma em cada quatro mulheres desenvolve depressão perinatal. Isso os coloca em risco de complicações obstétricas, trabalho de parto prematuro e suicídio. Também coloca os seus bebés em risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, desnutrição, taxas mais altas de doenças infantis e imunizações perdidas (Howard et al., 2022).

A intervenção proposta começou com os serviços pré-natais. As gestantes passaram por uma triagem durante o pré-natal e foram atendidas caso apresentassem sinais de depressão. Caso a abordagem inicial não funcionasse, seriam fornecidos tipos alternativos de atendimento. As aulas de psicoeducação ensinaram as mulheres sobre as causas da depressão, seus sintomas e técnicas simples de autocuidado para ajudar a aliviá-los (Howard, et al., 2022).

Segundo Khan et al., (2022), a nível global, as mulheres demonstram ter altas taxas de transtornos mentais comuns (TMCs). Em países de baixa e média renda (LMICs), as mulheres enfrentam desafios significativos relacionados à maternidade. No entanto, nenhum estudo comparou problemas de saúde mental entre mulheres grávidas/pós-parto, mulheres sem filhos em idade fértil e mulheres com filhos em um país de baixa renda. Neste estudo, procurou-se comparar a frequência de TMC e risco de suicídio em uma amostra de mulheres que apresentavam ou acompanham pacientes na atenção primária em dois ambientes semiurbanos moçambicanos.

Desse modo, a saúde mental perinatal tem sido o foco de muitas pesquisas recentes em países de baixa e média renda. No entanto, ser uma mulher sem filhos durante a idade fértil pode estar associado a diferentes probabilidades de ter um transtorno mental, dependendo da importância relativa da gravidez para a identidade de uma mulher em um determinado contexto sociocultural. Na maioria das culturas, ter filhos é visto como necessário para a vida de uma mulher até certo ponto. Em sociedades mais tradicionais, no entanto, muitas vezes é considerado fundamental. As crianças desempenham um papel crucial em culturas cujas economias dependem principalmente da agricultura de subsistência, fornecendo trabalho nos campos e cuidando de crianças mais novas. Talvez relacionado a isso, famílias grandes trazem status, e uma esposa é considerada bem-sucedida se puder ter filhos. Nesses contextos, a infertilidade costuma ser altamente estigmatizada, associada a intervenções para transtornos mentais perinatais comuns em mulheres em países de baixa e média renda (WHO, 2022; Silva & Pereira, 2015).

8 Metodologia

Segundo Lakatos e Marconi (2017), metodologia pode ser entendida como o conjunto de procedimentos e técnicas utilizados pela ciência para a construção sistemática do conhecimento e para a resolução de problemas de natureza individual, colectiva e social. No contexto de um trabalho académico, a metodologia descreve e justifica os procedimentos adoptados ao longo da investigação, desde a definição do problema até à apresentação dos resultados e conclusões.

8.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo com enfoque ao método fenomenológico. A abordagem qualitativa fenomenológica é uma forma de pesquisa qualitativa que designa o estudo do vivido ou da experiência imediata, pré-reflexiva visando descrever seu significado, ou qualquer estudo que tome o vivido como pista do método, (Amatuzzi, 1996).

Com esta abordagem, acredita-se ser a mais apropriada para dar resposta a pergunta que esta pesquisa coloca no centro do seu trabalho, permitindo deste modo compreender o impacto da ansiedade e depressão durante a gestação a partir das mulheres que vivenciaram o fenómeno da gestação e ansiedade e depressão.

A fenomenologia é um método de investigação que procura compreender a essência dos fenómenos a partir da experiência vivida pelos sujeitos. O seu objectivo é descrever a estrutura da experiência tal como é vivida e percebida, procurando captar os significados atribuídos pelos indivíduos, em vez de se centrar apenas na explicação causal dos fenómenos (Husserl, 2012).

Segundo Husserl, (2012) a fenomenologia dedica-se ao estudo da forma como os fenómenos se manifestam à consciência humana, procurando compreender a estrutura da experiência tal como é vivida. O seu foco está na forma como a experiência é percebida e significada pelo sujeito, enfatizando a descrição da consciência e dos modos de aparecimento dos fenómenos, em vez da sua explicação causal.

Para (Giorgi, 2008, citado por Barbosa, 2023), a pesquisa científica exige algumas adaptações em relação ao método filosófico que considera a fenomenologia uma pesquisa que, quem descreve a própria experiência são os participantes, os quais farão isso a partir de uma perspectiva orientada pela atitude natural. Nesse sentido, a segunda modificação em relação ao método filosófico é que a pessoa que irá adoptar a atitude fenomenológica não é aquela que relata a sua experiência, mas sim o pesquisador.

Com isso, o que o pesquisador terá enquanto material a ser analisado é sempre a versão da pessoa, ou seja, sua interpretação sobre aquilo que experienciou e não a pura vivência. Por fim, uma última modificação se dá em relação à natureza da essência buscada ao fim da investigação empírica, pois enquanto o método filosófico dirige-se às essências ideais e universais, as ciências buscam a essência dos significados expressos pelos sujeitos acerca de suas experiências (Giorgi,2008, citado por Barbosa, 2023).

8.2 Local do estudo

O estudo foi efectuado na consulta de Pré-natal do Hospital Geral de Mavalane Município da Cidade de Maputo, localizado na Avenida FPLM, nº 2260, na Cidade de Maputo. O Hospital dá cobertura a uma população estimada em 670 877 habitantes, actuando numa área de 168,4km^2. A sua área de saúde é delimitada, a Norte, pelo Distrito de Marracuene, a Sul pelo Distrito Municipal KaMfumo e Baía de Maputo, a Oeste pelo Distrito Municipal Nhlamankulo e KaMubucuane e a Este é pela Baía de Maputo.

Este local foi escolhido por conveniência, pelo facto de ser um hospital de cuidados terciários com especialidades médica e possuir consultas pré-natais. Este local, foi visto como potencial para aceder as gestantes, na medida em que se pretende arrolar para estudo todas as mulheres gestantes com idades compreendidas entre 18 a 45 anos que procuraram abrir as fichas e fazer o seguimento no HGM, achou-se conveniente procura-las nas consultas pré-natal. Assim sendo, todas mulheres gestantes elegíveis para este estudo foram abordadas nessas consultas caso cumprissem os requisitos de elegibilidade estabelecidos que foram: ser gestante com idade compreendida entre 18 a 45 anos que tivesse aberto a ficha e estivesse em seguimento no HGM, e que aceitasse participar no estudo voluntariamente quando fosse convidada.

O pessoal de saúde em serviço no local onde irá decorrer o estudo será informado sobre o estudo e espera-se que apoiem na divulgação do estudo, junto das mulheres que pretenderem abrir as fichas pré-natais, as mulheres consideradas elegíveis foram abordadas pela investigadora. As que concordaram em participar no estudo foram convidadas pela investigadora para participarem numa entrevista agendada por consenso.

As gestantes foram assim recrutadas até se alcançar a saturação teórica que consistiu na suspensão da inclusão de novas participantes quando a investigadora percebeu que a informação recolhida tinha tendência a ser repetitiva.

8.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de 28 de Março a 30 de Junho de 2025, num período de 3 messes.

8.4 População do estudo e participantes

8.4.1 População do estudo

A população do estudo foi constituída por todas gestantes que realizaram consultas pré-natal no Hospital Geral de Mavalane. As gestantes foram seleccionadas para participarem segundo critérios de conveniência. Desta forma, estabeleceu-se como critérios de inclusão: aceitação voluntária na participação da pesquisa e idade compreendida entre 18 a 45 anos.

8.4.2 Participantes

Nesta pesquisa, participaram 25 gestantes, com idade compreendida entre 18 a 45 anos. As 25 gestantes, permitiram acolher as sensibilidades das gestantes e fazer uma análise mais abrangente do fenómeno. Outrossim, depois de vigésima quinta a pesquisadora percebeu que não havia mais informações novas trazidas pelas gestantes, cumprindo-se assim a teoria de saturação.

8.5 Selecção dos participantes

A selecção dos participantes foi feita por conveniência. As participantes foram seleccionadas aleatoriamente, nos dias das consultas com a colaboração das profissionais de saúde afectas nos sectores de consultas pré-natais e SAAJ. Nas primeiras consultas, consultas seguintes, eram seleccionadas duas gestantes por cada consulta buscando igualmente um equilíbrio das primigestas e segundas ou terceiras tendo o número de quatro (4) participante para a entrevista por dia.

8.6 Critérios de Inclusão

- Gestantes do Hospital Geral de Mavalane, que concordaram em participar do estudo, com condições psicológicas (não estado de embriagues, alucinação, demência, consumo de qualquer outra droga).
- Gestante com idade compreendida entre 18 à 45 anos.

8.7 Critérios de Exclusão

- Gestantes que se encontravam numa situação grave que impedisse a falar ou que padecem de uma doença mental
- Gestantes não disponíveis para a entrevista

8.8 Procedimentos, técnicas e instrumentos de colecta/recolha de dados

A recolha de dados foi feita com base na entrevista, administrada a mulheres grávidas. Para a recolha da informação, foi necessária a colaboração da equipa de trabalho do Hospital Geral de Mavalane, para ter acesso às participantes. O roteiro de entrevista serviu de instrumento de recolha de dados durante o inquérito.

As entrevistas foram realizadas num gabinete na unidade sanitária, disponibilizado pelos responsáveis da unidade sanitária onde decorreu o estudo. Este espaço permitiu que o processo de entrevista decorresse com a devida privacidade e conforto para as entrevistadas. Nesta investigação foi utilizado um guião de entrevista constituído por seis tópicos seleccionados com base na revisão da literatura sobre o assunto. Assim, os tópicos foram os seguintes:

- Ansiedade e Depressão das mulheres durante o período de gestação;
- Reacção do parceiro, familiares e amigos sobre a gestação;
- Apoio do parceiro e familiares durante o período de gestação;
- Dificuldades enfrentadas durante a gestação;
- Descrição dos comportamentos (sintomas) de mulheres com ansiedade e depressão durante a gestação;
- Impacto da ansiedade e depressão das mulheres durante o período de gestação.

Antes do início da entrevista foi pedido as gestantes que ficassem a vontade, de modo que ficassem livres e confortáveis em partilhar os seus sentimentos e sintomas com a pesquisadora durante a entrevista. As entrevistas foram gravadas para ajudar a investigadora a prestar maior atenção as respostas. A gravação foi registada como anónima de modo a salvaguardar a sua identificação por outras pessoas. A entrevista foi conduzida pela pesquisadora e teve uma duração de cerca de 20 a 35 minutos.

8.9 Plano de gestão de análise de dados

A análise de dados foi efectuada com recurso ao método de análise fenomenológico proposto por Giorgi (1985). Este método, segundo Giorgi (1985) expressa muito bem as possibilidades que o método fenomenológico tem de acesso ao mundo vivido. Pretende-se, com isso, apontar para o facto de que a fenomenologia, como fundamento teórico e metodológico, mostra-se como um modelo adequado às ciências humanas, sociais e da saúde quando elas tomam o sujeito em seu contexto de vivência e o homem como protagonista. Face ao exposto foram desenhadas 5 categorias para responder os objectivos propostos:

- Fenómeno da experiência da maternidade;
- Vivência da gravidez actual;
- Apoio do parceiro e dos familiares;
- Experiência do adoecimento;
- Vivendo a experiência de estresse.

A proposta de Giorgi (1985), lida com as descrições de depoimentos, relatos ou entrevistas sobre experiências vividas em relação a um determinado fenómeno seguindo quatro passos, para análise de dados que são:

Primeiro passo: foram feitas leituras de todas a descrições a fim de alcançar o sentido geral do todo. Para tanto, foi necessário compreender a linguagem de quem descreve sem qualquer tentativa de identificar as unidades significativas

Segundo passo: foram identificadas unidades significativas com base em aspectos considerados relevantes e focada no fenómeno que é pesquisado. Após ter sido apreendido o sentido do todo, a pesquisadora fez a releitura do texto tantas vezes quanto necessárias com o objectivo de discriminar as unidades significativas na perspectiva psicológica, focalizando o fenómeno que está sendo pesquisado.

Terceiro passo: Consistiu na transformação das expressões cotidianas do sujeito em linguagem técnica com ênfase no fenómeno que está sendo investigado. Ou seja, foi a transformação da linguagem do dia-a-dia do sujeito em linguagem apropriada, com ênfase no fenómeno em estudo.

Quarto passo: Consistiu na busca de uma síntese das unidades significativas transformadas em uma declaração consistente da estrutura do aprendizado. Nesta fase propôs-se que a sintetização de todas as unidades significativas transformadas em uma declaração consistente da significação dos fenómenos observados em relação à ansiedade e depressão durante a gestação.

Esta técnica de análise de dados permitiu captar o mundo vivido que não é, necessariamente, sabido de antemão, mas que no acto da relação pessoal, dada a oportunidade de expressão, é acessado para cada participante e para o grupo de participantes. O método fenomenológico apresenta-se como um recurso apropriado para pesquisar o mundo vivido do sujeito com a finalidade de investigar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa em determinada situação, com o intuito de compreender o que acontece por meio do clareamento do fenómeno, construindo, assim, a compreensão de algo, Andrade e Holanda, (2010).

8.10 Considerações éticas

8.10.1 Norma éticas seguidas para aprovação do estudo

Para a realização deste estudo, o protocolo foi submetido ao Comité Institucional de Bioética para Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo e aprovado pelo Comité Nacional de Bioética. Onde teve devida aprovação e a posterior fez-se a solicitação de autorização a Direcção do Hospital Geral de Mavalane onde foi realizado o estudo. Nesta vertente pesquisadora comprometeu-se a observar e a respeitar todas as considerações éticas da investigação científica que constam da resolução n° 196 do conselho Nacional de Saúde, que recomenda o cumprimento dos princípios de não maleficência, de justiça, de imparcialidade e de confidencialidade do pessoal envolvido no estudo. E igualmente foram respeitados todos os aspectos éticos tendo em conta os princípios básicos adoptados na Associação Medica Mundial de Helsinki de Junho de 1964 e a lei de investigação em Saúde Humana de Moçambique. O protocolo foi aprovado pelo CIBS/ FM &

HCM /57/2024 e foi obtido a autorização formal da área de pesquisa Clínica e Investigação Cientifica do Hospital Geral de Mavalane.

8.11 Variáveis

- Dados Sociodemográficos das mulheres gestantes (idade, sexo, religião, estado civil, naturalidade, residência, tipo de gestação, tipo de família)
- Apresentar sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação
- Perceber as consequências da ansiedade e depressão nas mulheres durante a gestação.

9 Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente por se tratar de um estudo de caso realizado no Hospital Geral de Mavalane, os achados reflectem uma realidade específica, o que limita a generalização para outras instituições ou contextos socioculturais.

A faixa etária entre os 18 e 45 anos também pode captar experiências específicas de grupos fora desse intervalo. Por se tratar de um estudo qualitativo com enfoque fenomenológico, os dados dependem fortemente das percepções e relatos das participantes, podendo haver influência de factores subjectivos, como memória, emoções momentâneas ou desejo de fornecer respostas socialmente aceitáveis.

10 Apresentação e Discussão de dados

10.1 Caracterização das participantes

Das vinte e cinco (25) mulheres gestantes que participaram no estudo duas tinham idade inferior a 20anos e o resto entre 20 e 43anos, como pode se depreender a partir da tabela abaixo.

Quanto ao nível académico uma não tinha escolaridade, 15 tinham classe igual ou inferior a 10ª classe e as restantes tinham a12ª classe, conforme vem na tabela que se segue.

Quanto ao número de filhos doze participantes não tinham filhos, oito tinham 1 filho, duas tinham 2 filhos e três tinham 3 filhos.

Quanto a profissão das 25 participantes quatro eram estudantes, quinze eram domésticas, uma empreendedora, uma comerciante, uma assistente técnica, uma técnica de saúde, uma educadora de infância e uma era cabeleireira. Eis o resumo da caracterização:

Tabela 1. Tabela de caracterização das participantes

N. Ord	Nome da entrevistada*	Idade	Estado civil	Nível académico	Número de filhos	Profissão
1	MAM	23 Anos	Solteira	10ª classe	0	Estudante
2	CAU	20 Anos	Solteira	10ª classe	0	Doméstica
3	ESN	29 Anos	Solteira	10ª classe	3	Doméstica
4	HJM	26 Anos	Solteira	8ª classe	1	Doméstica
5	CDM	23 Anos	Solteira	12ª classe	0	Doméstica
6	SSN	22 Anos	Solteira	12ª classe	0	Estudante
7	CDC	25 Anos	Solteira	10ª classe	1	Doméstica
8	GBT	28 Anos	Solteira	9ª classe	1	Educadora
9	MMV	25 Anos	Solteira	12ª classe	0	Doméstica
10	AAM	31 Anos	Casada	8ª classe	2	Doméstica
11	LPG	21 Anos	Solteira	10ª classe	0	Estudante
12	ZSN	23 Anos	Casada	12ª classe	0	Doméstica

13	AAL	43 Anos	Solteira	10ª classe	3	Assistente técnica
14	FEM	25 Anos	Casada	10ª classe	1	Doméstica
15	ALC	19 Anos	Solteira	10ª classe	0	Doméstica
16	MLF	21 Anos	Solteira	12ª classe	0	Comerciante
17	FDA	28 Anos	Solteira	12ª classe	1	Empreendedora
18	JJM	26 Anos	Solteira	8ª classe	1	Doméstica
19	AJM	26 Anos	Solteira	12ª classe	0	Técnica de Saúde
20	LHM	20 Anos	Solteira	12ª classe	0	Doméstica
21	ANJ	19 Anos	Solteira	7ª classe	0	Doméstica
22	MJA	20 Anos	Solteira	5ª classe	1	Doméstica
23	CBM	35 Anos	Solteira	Não estudou	3	Doméstica
24	ACN	27 Anos	Solteira	12ª classe	2	Estudante
25	AAM	26 Anos	Solteira	10ª classe	1	Cabelereira

***Trata-se de abreviatura dos nomes dos participantes**

10.2 Discussão dos dados

Para melhor discussão dos resultados foram identificadas 5 categorias, nomeadamente:

- **Fenómeno da experiência da maternidade**

Nesta categoria pode-se depreender que as mulheres tiveram experiências da maternidade de forma diversificada. Algumas não tiveram experiências por se tratar de primeira gravidez, outras tiveram complicações, positividade da doença, vivência sem problema, não desejada, dolorosa, doença, aborto, comparação de normalidade e anormalidade, sentimento de culpa, devido a ameaça do pai caso engravidasse antes da conclusão dos estudos.

As mulheres não tiveram experiência alegaram ser a primeira gestação, como se pode ilustrar na seguinte sequência: *"Sem nenhuma experiência pelo facto de ser primeira gestação". (MAM, 1)*. Os estudos feitos em um município no noroeste do Estado do Paraná relatam que as mulheres na primeira gestação têm desenvolvido depressão pelo facto de ser esta, entre os transtornos mais comuns que afectam as mulheres durante a gestação ao nível mundial. Além disso, a depressão no período gestacional está fortemente associada à depressão no pós-parto, na qual os efeitos da depressão durante a gestação são variáveis, identificando-se piores resultados nos países de baixa e média renda. Entre os factores que contribuem para o surgimento da depressão nesta etapa da vida, estão o histórico de depressão anterior ou familiar com transtornos mentais, falta de apoio social, desemprego, ocorrência actual ou anterior de abuso ou violência, incluindo a psicológica, perpetrada por parceiro ou familiar (Nunes, et al 2024).

A complicação foi outro fenómeno registado como experiência apontada por algumas participantes: "*A primeira foi um pouco complicada, mas com andar do tempo foi positivo. Fiquei doente". (HJM, 4)*. Esta experiência é corroborada pela OMS ao afirmar que entre os factores de risco que estão associados às complicações no binómio mãe-filho estão: histórico de doenças hipertensivas, gravidez na adolescência, uso de drogas, histórico obstétrico desfavorável com histórico de abortos ou óbitos, doenças sexualmente transmissíveis e infecções do tracto urinário Bravo et al., (2022).

A comparação das gestações foi outro fenómeno referido pelas participantes: "*Muito boa. mais boa do que esta, não tive nenhum problema". (CDC, 7)*. Nesse sentido, compreende-se que a gestação é um momento construído e afectado por transformações físicas, psíquicas, sociais e económicas no cotidiano da mulher e de sua família. Isso torna provável que a vivência da gestação seja experienciada de maneiras diferentes por cada mulher, bem como um acréscimo de preocupações quando se tem o diagnóstico de uma gestação de alto risco (Fernandes & Ferreira, 2024).

As participantes do estudo apontaram que a doença constituiu uma experiência de vida como pode se pode depreender na sequência discursiva: *"A primeira hi foi boa só que esta aqui não foi fácil fiquei doente não sei se foi por causa de trabalho em escalas, tive situações de ficar sem sono, mas agora já estou bem naquelas meninas estive bem só esse aqui". (AAM, 10)*. Segundo Maldonado, (2017), a gravidez pode ser considerada como uma fase de desenvolvimento em que a maternidade desempenha um papel relevante na personalidade da mulher ou, então, pode ser encarada como uma doença, podendo apresentar mudanças transitórias que conduzem à desorganizações e a reacções, por vezes, patológicas.

Algumas participantes descreveram ser indesejada a primeira gravidez contrariamente a segunda que sempre foi desejada: *"A primeira gravidez não foi boa porque a primeira não foi desejada. A segunda já foi uma gravidez para mim em que eu desejava tanto ter a criança de tal forma que me deixava muito bem". (AAL, 13)*. Para algumas mulheres, a gravidez é um estado altamente desejado, que contém gratificações, como por exemplo, a promessa de um filho para criar e educar, uma identificação positiva com a sua mãe ou ainda a construção da sua própria família. (Maldonado, 2017).

Na primeira experiência de gravidez geralmente, para algumas gestantes tem sido compreendida como uma invasão do corpo, ou pode trazer à tona conflitos e sentimentos relativos a uma mãe desvalorizada e odiada. A gravidez surge muitas vezes como resposta inconsciente a perdas ou a situações stressantes. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a gravidez precoce está frequentemente associada a menores oportunidades educacionais e profissionais, além de uma maior vulnerabilidade a questões de saúde mental, como ansiedade e depressão.

Além disso, estudos apontam que adolescentes grávidas enfrentam maiores taxas de abandono escolar e pobreza, o que perpetua ciclos de desigualdade social (Camarano & Mello, 2020).

O aborto foi mencionado como um outro momento de experiência: *"Tive um aborto com três meses. Não sei, na verdade eu vou ser aberta contigo não foi um aborto espontâneo eu que tirei só menti aqui na ficha. Por que papa la em casa é que pagava as contas então fiz aquilo ali porque ainda estava no meu primeiro ano de instituto enquanto era antes de ele começar a pagar escola ele havia dito aqui caso as coisas se estragarem você vai pagar meu dinheiro que se você não concluir escola vai saber como é que vai pagar além disso eu e meu namorado estávamos no mesmo nível académico ele também estava a fazer o primeiro ano então vi que seria meio complicado por isso preferi tirar". (LHM, 20)*. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o aborto é caracterizado como a morte embrionária ou fetal não induzida ou a expulsão de produtos da concepção antes das 22 semanas de gravidez ou com um peso inferior a 500g (Borelli et al., 2024). No contexto da tomada de decisão de interrupção voluntaria de gravidez, verificou-se a existência de dois factores determinantes: pressão social, no caso em apresso a pressão do pai; falta de recursos financeiros e materiais para se sustentar. (Maranhão et al., 2016).

Uma das experiências vivenciadas pelas participantes foi a crença da tomada de medicamento tradicional para ajudar na melhora do mal-estar no início da gravidez: "*Primeira gravidez eu só estava a sentir vertigens, mais para a barriga arranjei medicamento do lar como eu não sou daqui sou da Zambézia arranjei medicamento de fora bebi até bebé nascer". (MJA, 22).*

Na gestação, a ansiedade tornou-se um achado comum devido ao ciclo de vida vivenciado pela mulher, caracterizado como um momento de fragilidade emocional, flutuação hormonal e mudanças sociais que influenciam directamente sua saúde emocional. Muitas gestantes recorrem à medicina complementar e alternativa para tratar suas queixas durante esse período. Entre as terapias mais utilizadas destacam-se os suplementos vitamínicos e as plantas medicinais (Arruda et al., 2021).

Algumas participantes referiram medo do parto para a primeira gestação o que não sentiram na segunda gestação visto que já tinham experiencia passando deste modo a experienciar a ansiedade de ter o bebé nos braços segundo os dizeres: "*Foi normal, o único medo era o parto como muitas mulheres sempre falam do parto como é, então o medo era o parto mas também aquela ansiedade de ter o bebé nos braços, então já no segundo filho foi mais emocionante primeiro porque eu já estava preparada e estava a trabalhar também consegui organizar tudo como eu queria foi melhor em relação a primeira gravidez porque já tinha experiência". (ACN, 24).* A ansiedade, o medo e preocupações constantes são sentimentos inerentes a esse processo, os quais podem ser amenizados pela rede de apoio familiar (Fernandes & Ferreira 2024).

- **Vivência da gravidez actual**

Nesta categoria, verificou-se que as mulheres tiveram experiências de vivência de gravidez no momento da entrevista, actual de forma variada. Algumas. Algumas descreveram ter experimentado o susto, outras afirmaram ter vivido uma experiência boa, e ainda outras experienciaram engravidar enquanto tomavam anticonceptivos, outras sentiram alteração de humor (tristeza e choro). Outrossim algumas referiram ser uma bênção, e outras descreveram a gravidez com um período de medo, dolorosa devido a doença, sonho, melhor coisa que aconteceu, vómitos desde o início ate o fim da gestação, falta de preparo psicológico, dor de coluna e cansaço e complicações.

Algumas participantes que tiveram a primeira experiência referiram que foi assustador como pode se verificar nos dizeres que se seguem: *"Primeira vez fiquei meio...nem é bem assustada, só estava tremer mesmo acho que era ansiedade não sei, mas depois fui levando que ate porque eu já havia idealizado que se eu tiver gravida vou deixar não pretendia tirar mas não fiz nenhum plano depois*

o tempo foi passando". (MAM, 1). Segundo Tinta et al (2025), a gravidez contempla a transição para a parentalidade, podendo gerar imensas preocupações na mulher gestante e impactos importantes para sua saúde e bem-estar. O seu bem-estar é influenciado pela forma como se sentem e como experienciam determinados sentimentos, nomeadamente a ansiedade e o estresse.

A ineficácia do método de planeamento familiar injectável foi outra experiência relatadas pelas participantes: *"Eu fiquei gravida enquanto estava a fazer planeamento a cinco anos e quando eu pico não vejo menstruação todo esse tempo fiquei do tipo quero descansar sem saber que aquele descanso que eu ia fazer sem picar é onde eu apanhei gravidez depois fiquei há, talvez é normal como as vezes fico sem menstruar sem saber que é gravidez que já entrou. Então um belo dia comi, lancei e pensei talvez é normal depois passaram 3 dias senti alguma coisa mexer dentro de mim eu achei que fosse normal de repente já comecei a ter desejos que não acabavam eu descobri que é barriga logo corri fui fazer teste a enfermeira confirmou que estava gravida de 3 meses abri ficha cheguei em casa pai estou gravida vou fazer o quê ele disse vamos tirar eu falei hee tirar não eu não quero porque eu não quero morrer. Ficamos assim, mas agora todos já estamos felizes já tem madrinha, já tem chara". (ESN, 3).* Segundo Programa de Acção da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento de 1994, milhões de mulheres a nível global procuravam evitar a gravidez, utilizando os métodos deforma inadequada, descontinua e métodos pouco eficazes contribuindo para o fracasso por uma serie de razões, como não ter recebido instruções esclarecedoras acerca de como utilizar o método de maneira apropriada, não ter conseguido o método mais adequado às suas necessidades clínicas, sociais e reprodutivas e limitação na disponibilidade nos serviços de saúde (Melo et al, 2020).

Falta de comunicação ou de entendimento no lar contribuiu para alteração de humor como pode se depreender a partir dos dizeres que se seguem: *"Essa gravidez esta um pouco difícil a vezes fico meio triste as vezes a chorar. As pessoas de casa. As vezes fazem coisas que você não pode entender coisas das cabeças deles pode uma pessoa de um a trinta falar com eles e não falar contigo ou ficar uma semana enquanto estão a viver na mesma casa. Eu cozinhar e não comer como você pode se sentir? Não vai se sentir bem você fica meio triste até chego a pensar que se estivesse em casa da minha mãe isso não ia acontecer, mas todas as coisas acontecem". (HJM,*

4). Estudos sobre sintomas depressivos e factores associados em gestantes assistidas na atenção primária a saúde mostram que a ocorrência de sintomas depressivos na gestação é reconhecida como um problema de saúde pública, com um impacto negativo na saúde das mulheres e no desenvolvimento das crianças. A depressão maior no período gestacional é caracterizada por sintomas como humor deprimido, diminuição do interesse por actividades diárias, alterações no peso, na qualidade do sono, nas actividades psicomotoras, fadiga e sentimentos de inutilidade ou culpa. Os sintomas de depressão gestacional são condições com elevadas e variáveis prevalências em todo o mundo. (Caldeira et al., 2024).

Alguns problemas como enjoos no início da gestação e mistura de emoções foram mencionados como uma das experiências encontradas na gestação: "*Muito difícil como disse nem no início tinha enjoos e foi muito difícil, mas com o andar do tempo depois consegui acreditar que já que aconteceu tinha que seguir em frente, mas, para mim não foi fácil porque já não me sinto normal como antes existem outras coisas que não como tento comer aquilo mas já é um pouco difícil. Acho que isso é comigo mesmo cheio de emoções que as vezes fico feliz, triste, tudo sinto ao mesmo tempo". (SSN, 6)*. A vivência da maternidade é uma das experiências mais significantes na vida de uma mulher, as transformações hormonais, sociais e os diferentes percursos na trajectória do ser mãe, reflectem a vivência deste momento de forma singular. Episódios de tristeza, ansiedade e até o desenvolvimento de depressão são comuns nesse período. (Silva et al., 2022).

As participantes referiram que no momento de algumas dificuldades da vida a gestação surgiu como uma bênção conforme descreveram: "*Bom da minha parte diria que foi uma bênção nem porque dentro da gravidez foram muitas coisas que aconteceram porque não esperávamos e aconteceu um episódio muito triste porque tive a gravidez acho que nos finais de Setembro do ano passado e no dia um de Outubro o meu noivo sofreu acidente e esse acidente foi fatal, então nos finais de Outubro e início de Novembro acabei descobrindo que eu estava gravida depois já do enterro dele então foi mesmo uma junção de emoções que consegui gerir mas ao mesmo tempo tive um pensamento meio assim de duvida de certeza de medo de muita coisa mas eu acredito que foi bênção de Deus e acabei deixando assim graças a Deus estou aqui a cuidar da minha barriga e espero que nasça com saúde e que eu mesma consiga dar a educação e o próprio*

desenvolvimento e estar tudo bem". (GBT, 8). A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução. (Maldonado, 2007).

Outra experiência narrada pelas participantes esteve relacionada com doença segundo o descrito: *"Hee no inicio como eu posso dizer foi um pouco doloroso porque primeiro para descobrir fiquei muito doente no mês de Outubro de Setembro até descobrir em Novembro então desde Novembro que descobri ate no mês de Janeiro ainda era um pouco difícil de gerir por conta da doença eu estava doente e por não saber o que eu tinha fiz muitos exames e todos deram negativos mas eu tinha alguma coisa uma delas era ataque de gastrite mas depois desse período tudo mudou comecei a me adaptar comecei a entrar na rotina da criança sabendo que dores vão existir medo também vai existir mas esta a ser uma experiência muito boa". (LPG, 11)*. De acordo com Fernandes & Ferreira (2024), em um estudo sobre gestantes com doenças crónicas, apesar das mulheres perceberem a necessidade de cuidados especiais, devido a sua condição de saúde, elas também identificam a gestação como algo que as aproxima do sentimento de normalidade. Apesar disso, pesquisas apontam que possíveis dificuldades podem surgir na adaptação a esse contexto. A ansiedade, o medo e preocupações constantes são sentimentos inerentes a esse processo, os quais podem ser amenizados pela rede de apoio familiar.

As participantes vivenciaram uma experiência que descreveram ser boa, feliz pelos seguintes dizeres: *"Eu me sinto feliz porque era meu sonho de formar família, mas quando eu via menstruação as vezes me doía então as pessoas diziam talvez são esses bebes que estão a te fazer sentir dor de barriga então eu fiquei assim mesmo as vezes a chorar dizer assim mas vou engravidar eu? Enquanto foi aquela vez que gravidei e eu não sabia então quando descobri fiquei feliz também meu marido ficou feliz". (ZSN, 12).*

"Praticamente posso dizer que foi a melhor que aconteceu aliás (risos) é bebe da velhice". (AAL, 13). Gomes e Dos Santos (2017, citado por Silva et al., 2022), apontam que em todo ciclo gestatório se constrói o ser mãe, sendo este influenciado directamente por aspectos socioculturais, ambientais e rede de apoio formal e informal que serão utilizadas no cotidiano de vida que podem fazer da experiência mais ou menos satisfatória do ponto de vista emocional e afectivo.

Uma das experiências narradas esteve relacionada com doença e mal-estar durante a gestação: "*Hum acredito que esta gravidez esta me fazer sofrer porque é uma coisa que desejei, começo a perder ar fico sem apetite de comer fico sem força para nada enquanto antigamente eu andava gostava de conversar agora sou uma pessoa que gosto de ficar no meu canto sozinha a dormir acordar fazer os meus deveres não posso ficar nervosa ate que agora que acabo de perder minha irmã fiquei nervosa acabei caindo". (ALC, 15)*. Segundo Fernandes & Ferreira (2024), o período gestacional a mulher é estudada com destaque para a maternidade como um momento único em sua experiência de vida. Contudo, sem levar em consideração contextos como o da gestação de alto risco por doença crónica, tendo em vista que a gestação pode acarretar descompensações no controle da doença crónica, trazer limitações às gestantes e elevar o nível de estresse.

O despreparo psicológico foi um aspecto apontado pelas participantes: "*Foi difícil porque eu acho que não estava preparada meu psicológico apesar de já ter filhos, mas não sei sinto que falta alguma coisa como emoção tipo vou ser mãe pior quando sinto uma dor depois lembro que hii ser mãe é isso eu digo haa nada (Risos) eu não sei se ainda vou repetir". (MLF, 16)*. Segundo Nascimento, (2003), o apoio e preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informação, contribuem para o aumento do bem-estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto A interligação do falar, reflectir e receber informação científica contribui para a redução dos medos e consequentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez.

O desejo de conhecer e ter o bebé nas mãos foi outra experiência vivida pelas participantes: *"Uma sensação muito boa com uma ansiedade de conhecer a criança (risos)". (AJM, 19)*. Segundo Pedreira e Leal (2015), apesar da satisfação vivenciada pela mulher por estar a terminar uma gestação bem-sucedida, não invalida a que percepcione um elevado nível de ansiedade. A ansiedade centra-se no receio de não ser capaz de identificar atempadamente os primeiros sinais de trabalho de parto e assim colocar em risco a vida do bebé. Este sentimento também é referido quando percepciona que não existe uma forma fácil de ultrapassar o parto bem como ao acontecer, irá implicar e consolidar inúmeras transformações na sua vida, às quais questiona a sua capacidade

de adaptação. Deste modo, a ansiedade vivenciada reflecte a pressão sentida em confirmar a sua competência feminina de gerar, de cuidar e de nutrir um outro ser.

Dores pélvicas durante a gestação foi uma das experiências narradas pelas participantes como pode se depreender nos seguintes dizeres: "*Tenho complicações, sinto dores aqui em baixo não posso me movimentar fazer algo assim pesado porque mesmo só lavar roupa é problemas no final do dia já me queixo de dores". (ACN, 24).* Durante a gestação, ocorrem mudanças hormonais, principalmente a partir do segundo trimestre gestacional, podem ocasionar modificações nos tecidos conectivos, influenciando no mecanismo de suporte e continência. Como consequência dessas modificações pode ocorrer uma diminuição da sustentação do colo vesical e da uretra proximal, predispondo a disfunções do assoalho pélvico que podem se tornar mais prevalentes à medida que a gestação evolui e estarem associadas à pressão exercida pela cabeça fetal sobre a bexiga. (Rett & Driusso, 2016).

Asma e falta de apetite foi mencionado como uma das experiências vivenciadas pelas participantes: "*No início não tinha apetite de comer e no quarto mês e quinto estive de baixa no HCM porque sofria de asma não estava bem e quando sai do hospital receitaram me bomba agora consigo controlar e sinto um pouco de incómodo as vezes quando eu ando uma distância o peso vem aqui em baixo as vezes sinto parece que estou a sentir xixi e mexe muito e quando mexe costumo sentir pontadas". (AAM, 25).* A asma na gestação é considerada um factor de alto risco para a gestante e para o feto. Os estudos controlados avaliaram que há aumento significativo do risco de complicações em gestantes asmáticas, principalmente naquelas mal controladas. Estas complicações incluem: prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclampsia, maior proporção de parto pela cesariana e maior morbidade perinatal (Mendes et all, 2012).

- **Apoio do parceiro e dos familiares**

Nesta categoria verifica-se que quase todas as mulheres tiveram apoio dos parceiros e dos familiares. Algumas não tiveram apoio no início da gestação por parte dos progenitores e outras por parte do parceiro.

"Tenho apoio do meu parceiro, ainda não vivemos juntos, e tenho apoio da minha mãe, mas no começo não tinha porque ela, ficou muito chateada porque não esperava, mas depois foi aceitando". (MAM,1). As diferentes questões de âmbito biológico, psicológico e social envolvidas na gestação, no parto e na primeira infância tornam esse período do ciclo de desenvolvimento familiar um desafio para as famílias e a sua assistência pelos serviços de saúde, devido à complexidade das demandas que acarreta. Estes desafios adaptativos podem contribuir para o surgimento e/ou a exacerbação de problemas de saúde mental, considerados factores de risco para desfechos perinatais desfavoráveis (Vescovi et al., 2022).

Algumas participantes referiram conflitos familiares do lado do parceiro que influenciou no apoio ao longo da gestação segundo os seguintes dizeres: *"Bom digo que conto com apoio da minha família sim e os amigos que estávamos juntos tipos amigos dele como também meus, quanto a família não vou dizer que estou com eles porque depois teve algum barulho por causa de bens materiais tudo mais antes de eles saberem que eu estava de estado então depois daquela confusão preferi não juntar as coisas preferi manter assim eles sabem que estou assim por vezes tentam nem participar mas já não e aquela coisa sim porque depois daquela confusão que houve não me sinto a vontade estar a dar o relatório todo para eles tudo mais prefiro mesmo estar com a minha família com as pessoas que estão comigo pessoas mais próximas que estão mesmo ao meu lado". (GBT, 8).* De um modo geral, as vivências em torno de um fenómeno são significadas de modo singular pelas pessoas, na dependência da personalidade, da biografia, da participação de cada uma na história. Mas essa significação não é do indivíduo; configura-se nas relações sociais e nas interacções entre as pessoas, sendo, portanto, de natureza social. Os significados são constituídos nos espaços sociais colectivos que as pessoas partilham de algum modo e são deles constituintes. (Oliveira & Mandu, 2015).

Algumas participantes referiram receber apoio dos familiares de acordo com os seguintes dizeres: "*Sim, eles têm me apoiado ate porque estão sempre a dizer que eu tenho que ter mais responsabilidade do que qualquer outra pessoa porque em algum momento eles percebem que estou mais a vontade do que poderia porque eu penso que ser mãe não é porque tudo é fim vou continuar a gerir minha vida talvez já quando tiver bebé é que hei-de perceber que já essas coisas de andar porque eles reclamam muito que você anda muito nem parece que esta de barriga porque a maior parte mesmo eu minha cunhada quando ela ficou de barriga eu acho que ela só acusava barriga por não querer trabalhar sempre andava doentinha e reclamava de qualquer coisa eu mesmo com dor eu digo não se hoje tem uma festa eu vou la mesmo vai me travar enquanto estou la mesmo estou cheia de desafios não aceito não primeiro acredito vendo". (MLF, 16).* De acordo com estudo realizado intitulado "Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos" o nascimento de filhos é uma das transições mais significativas no curso de vida da família, e, apesar de a gravidez ser uma situação natural na vida da mulher, os sentimentos de ansiedade e as dúvidas quanto às consequências físicas e emocionais da gestação são comuns nessa etapa (Oliveira & Dessen, 2012).

As participantes contaram com apoio da família, mas não no seu todo pois alguns membros como cunhados não deram o apoio segundo os seguintes dizeres: *"Sim o meu parceiro e o meu filho me ajudam com os deveres de casa, mas o meu cunhado não me ajuda". (JJM, 18).* Em vista disso, esse período de mudanças para a mulher deve ser acompanhado e apoiado por familiares ou amigos capazes de diminuir as inseguranças que podem aparecer, inclusive, quando associadas à presença de patologias. Nessa situação, por parte dos médicos, as gestantes requerem uma assistência ainda maior, por haver possível intensificação dos conflitos tanto internos, da gestante em relação ao seu eu, quanto externos, afectando seus relacionamentos interpessoais. Infelizmente na maioria das vezes tais momentos não são devidamente valorizados, aumentando seu nível de ansiedade, o que pode ainda mais agravar a situação (Pio & Capel, 2015).

Segundo Pio & Capel, (2015) o apoio familiar como um todo constitui um papel crucial no equilíbrio físico e psicológico da gestante. Esse período, no entanto, dotado de turbulências deve ser acompanhado e apoiado por familiares, amigos e pessoas capazes de fortalecer as mulheres a enfrentar inseguranças propícias a aparecer.

- **Experiência do adoecimento**

Nesta categoria verifica-se que as mulheres tiveram experiências de adoecimento durante a gestação e com diferentes patologias (doenças). Algumas delas tiveram experiências de adoecimento com anemia, cansaço, falta de energia (força), HIV, hipertensão, corrimento, dores nas costas e baixo ventre, gastrite, asma, mal-estar, dores nos pés, falta de apetite, dores de barriga.

Uma das participantes tive experiência de adoecimento como pode se depreender a partir dos dizeres que se seguem: *"Eu tenho anemia só. Quase todos os dias, acordo com visão turva e tontura". (MAM,1).* A anemia por deficiência de ferro é a carência nutricional mais prevalente em todo o mundo, com consequências para toda a população, porém mais visíveis e deletérias entre as gestantes. Em nível mundial, estima-se que cerca de 19% das gestantes apresentem anemia por deficiência de ferro (hemoglobina (Sato et all., 2015).

Outra participante teve experiência de cansaço: *"Tenho doença de HIV e Sida. Hiii sinto me cansada posso dizer é sempre". (CAU, 2).* A descoberta da gestação pode desencadear sentimentos e percepções variadas em mulheres que se descobrem grávidas, sendo comum a expressão de emoções ambíguas, preocupação, medo e felicidade. Pode ser considerada um marco inicial para mudanças significativas na vida da mulher, tanto físicas, como emocionais e sociais, as quais podem ser mais marcantes quando se trata de uma gestação de alto risco. (Fernandes & Ferreira 2024).

A hipertensão constituiu uma experiência para uma das participantes: "*Eu Só é tensão". (ESN, 3).* De acordo com Vianna et al., (2023), a gestação é um estado fisiológico associado com aumento do metabolismo e demanda de oxigénio. Ela pode ser marcada por complicações, como as Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG), cuja incidência situa-se entre 7,3 a 15,3%1. Por representarem uma das principais causas mundiais de morbimortalidade materna e perinatal, as SHG são consideradas um importante problema de saúde pública. (Vianna et al., 2023).

O aparecimento do corrimento, dores nas costas e debaixo ventre constituíram uma das experiências vividas por uma das participantes como pode se depreender a partir do enunciado que se segue: *"Só comecei a ter corrimento semana passada por isso que estou a vir aqui no hospital. Também só são dores nas costas em baixo do útero. Agora é difícil manter o sono apanho depois desperto". (CDM, 5).* Segundo César et al., (2009), corrimento vaginal é uma das afecções mais comuns na idade fértil e um dos principais motivos de consulta médica em atenção primária em saúde. Acomete cerca de um terço de todas as mulheres e praticamente metade das gestantes. O corrimento vaginal patológico caracteriza-se pela presença de ardência e/ou prurido vulvovaginal, dispareunia, disúria e eliminação de secreções de diferentes colorações e com odor fétido. Este tipo de corrimento decorre, em geral, de agentes associados a doenças sexualmente transmitidas.

A falta de alimentação e asma foi uma das experiências vivenciada pela participante: *"Só doença que eu tenho é asma. Eu nunca, tive problema de saúde, mas há muito tempo eu tinha problema de malária, mas eu ia no hospital, mas era antes de me casar, mas agora que me casaram aquilo ainda não aconteceu só doença que costumo sentir são esses mesmos de tontura quando não como ou quando fico sem comer sinto tontura". (ZSN, 12).* "*Não só sou asmática só. Comer como bem, mas depois sinto parece que estou a queimar. Hum asma antes eu ia ao hospital, mas agora só controlo com bomba, quando dizem que não posso medicar assim que estou o medicamento é forte". (AAM, 25).* As pesquisas sobre os resultados perinatais na gestação complicada pela asma demonstram maior morbidade perinatal, mas poucos estudos relacionam a gravidade da asma materna com o comprometimento do bem-estar fetal. A asma é uma doença que se caracteriza por sintomas intermitentes contínuos de broncoconstrição, incluindo dispneia, sibilos, tosse, sensação de opressão torácica. (Mendes et al., 2012).

A falta de energia ou força quando realiza alguma actividade foi outra experiência relatada pela participante: *"Sim eu sou sero positiva. Senti-me sem energia nessas duas semanas ate que isso já ocorre quase sempre não são somente duas semanas e eu não sei porque que isso ocorre, mas muitas das vezes tenho sentido falta de energia quando estou a realizar uma actividade de repente perco forca". (AAL, 13)*. As doenças crónicas caracterizam-se por seu início gradual, são multicausais, possuem prognóstico incerto e, ainda, têm perspectiva de duração longa ou indefinida. Seu curso clínico modifica-se no decorrer do tempo, podendo apresentar momentos agudos e acarretar incapacidades. Por isso, requerem intervenções e mudanças no estilo de vida de seus portadores, assim como constante acompanhamento profissional, dessa forma, possuir uma doença crónica e estar gestante pode acarretar incertezas frente às perspectivas de futuro dessas mulheres. (Fernandes & Ferreira, 2024).

Dor de coluna e dos pés foi uma experiência vivenciada pela participante: *"Ya de noite não durmo praticamente por causa de dores dos pés coluna também de noite não durmo". (JJM, 18)*. Estudos feitos por Meucci et al., (2020), como "Ocorrência de dor combinada na coluna lombar, cintura pélvica e sínfise púbica entre gestantes do extremo sul do Brasil" mostram que cerca de 30% de todas as mulheres que relatam dor lombar (ou lombalgia) durante a gestação apresentam sintomas graves o suficiente para comprometer suas actividades diárias, afectam a qualidade de vida e exigem frequentes períodos de repouso, causando afastamento do trabalho. Esses sintomas experimentados durante a gravidez também influenciam no momento do nascimento, podendo limitar a mobilidade no parto e aumentar o risco de intervenções, uma vez que aparecem como um dos motivos maternos para solicitação de cesariana, além de relacionar-se à indução precoce do parto.

Falta de apetite foi uma experiência narrada por uma das participantes segundo os dizeres: "*Desde o começo deste mês não tenho comido muito bem tenho falta de apetite mas desde antes de ontem sinto que já estou melhor". (AJM, 19)*. A gravidez é um período que combina várias transformações psicológicas e biológicas intensas, capazes de alterar a percepção da forma e imagem corporal, e influenciar mudanças nos padrões alimentares. Desta forma, a gravidez

representa um período de grande vulnerabilidade para a mulher, podendo desencadear ou agravar um distúrbio alimentar, (Souza et al., 2023).

A dor pélvica foi uma das experiências narradas pela participante de acordo com os seguintes dizeres: "*Eu só as vezes esta a sentir na barriga aqui em cima da barriga aqui quando começa dói muito, mas começou a muito tempo eu veio aqui explicar me deu comprimido, mas agora reduziu um pouco". (MJA, 22).* Acredita-se que o aumento da incidência de dor lombar e pélvica na gravidez seja consequência de alguns factores que incluem postura alterada, aumento da lordose lombar (curvatura exagerada da parte inferior da coluna) para equilibrar o aumento do peso anterior do útero, afrouxamento dos ligamentos na área pélvica e retenção de líquido no tecido conjuntivo. (Meucci et al., 2020).

- **Vivendo a experiência de stresse**

Nesta categoria verifica-se que as mulheres tiveram diferentes experiências de stresse. Algumas tiveram experiência de tentativa de suicídio, preocupação quando o bebe não mexia, ausência da figura de mãe, medo do parto, desentendimentos conjugais, incertezas com o processo de dar o parto e cuidados assistenciais, falta de apoio, ansiedade pela demora do parto, mãos sonhos, conflitos familiares pela perda do noivo, falsas promessas, tráfego na hora de ponta, curiosidades sobre o sexo do bebe, nervosismo na hora de sair, falsas expectativas, medo do parto, dificuldade de conceber, futuro dos filhos, criticas sobre estado em que se encontra e agitação do trabalho.

A participante referiu ter vivenciado experiências relacionados a vida académica que teriam induzindo-a tentar tirar a própria vida segundo os dizeres que se seguem: *"Já tive pensamentos de tirar a minha própria vida devido a alguns problemas na escola Hum... São alguns problemas que tinha na escola e por causa disso não podia ir ao estágio". (MAM,1).* Estudos mundiais mostram uma variação da prevalência da tentativa de suicídio é de 0,3% a 4,2%. Estes apontam que, considerando o sexo, as mulheres são predominantes, apesar de ser consenso que os homens têm taxas mais elevadas de suicídio. (Duarte et al., 2024).

Actualmente, sabe-se que a frequência do comportamento suicida, que compreende da ideação até a tentativa ou suicídio consumado, pode atingir até um quarto da população de gestantes e está associada ao diagnóstico de depressão, que acomete 22% das mulheres na fase reprodutiva. Tem-se constatado que o aumento desse índice de depressão é uma tendência nos países em desenvolvimento. Frente a esses dados, é preciso aprofundar o conhecimento sobre como a depressão, as condições socioeconómicas e obstétricas se associam à ideação suicida em gestantes de alto risco (Benute et al., 2012).

Algumas participantes apontaram a experiência de ausências do movimento do bebé: "*Quando bebé não esta a mexer". (CAU,2).* Os movimentos respiratórios fetais ocorrem no desenvolvimento normal do produto conceptual, iniciam-se a partir da 11ª semana de gestação e são observados até o termo. Alterações nos padrões dos MRF estão associadas a distúrbios fetais em seres humanos, sendo que sua ausência ou diminuição podem significar hipoxemia, hipoglicemia, parto pré-termo, infecção ou sofrimento fetal (Nomura et al., 2007).

A ausência da figura de mãe foi narrada como experiência para a participante: *"A falta da minha mãe. Hum não posso contar. A vida que eu tenho é uma vida muito triste, as vezes penso se minha mãe estivesse viva isso aqui não ia acontecer por causa de stresse as vezes penso essa idade já tenho problema de tensão porquê? Mas depois vejo que é por causa da vida que eu tenho não sou feliz eu ate as vezes falo com as minhas amigas digo que eu não sou feliz, elas falam porque digo não sei se a felicidade de uma mulher sempre é assim mesmo não sou feliz por causa do meu parceiro as respostas que ele me da, do jeito que me trata então as vezes fico assim triste é por estas coisas. Desde muito tempo, isto trata-se porque ele esta com a mãe ele obedece muito a mãe do que eu que sou a esposa então aquilo ali eu as vezes falo porque ele tem mãe e eu não tenho. (Chorro). Sim pensei em morrer a 3 dias (pausa para acalmar-se e beber agua,)". (ESN, 3).* A percepção do apoio social e familiar constitui uma acção protectora dos riscos associados à maternidade precoce, uma vez que reduz a ansiedade associada à gravidez per si e ao desempenho das tarefas da maternidade, promovendo responsividade, sensibilidade e expressão de afecto para com o seu filho. Uma relação positiva com o pai do bebé é promotora da qualidade do ajustamento à gravidez. As características do grupo de pares tanto podem constituir um factor de protecção,

pois é uma fonte de partilha de experiências e vivências, como factor de vulnerabilidade, pois a existência de comportamentos sexuais de risco no grupo de pares pode contribuir para incentivar e validar a adesão a essas práticas. (Esteves et al., 2018).

A incerteza do local onde deveria ter cuidados após o parto constituiu outra experiência vivenciada pela participante: "*O Parto, tenho dúvida se gostaria de dar parto em casa da minha mãe porque ali haaa. É maneira de viver. As vezes começo a cantar, escutar musica, ir à igreja". (HJM, 4).* O suporte da rede social também tem um grande impacto na forma como esta lida com as vivências físicas e emocionais. Estudos realizados nesta área verificaram que relativamente ao suporte no momento do parto a mulher é bastante selectiva, dando enfoque à mãe, à irmã e à sogra. Cada vez mais o pai do bebé começa a ser mencionado como sendo a figura principal de apoio no parto. A reflexão sobre o suporte da rede social da grávida não é realizada exclusivamente sobre o momento do parto, também é feita relativamente ao pós-parto, uma vez que há um redimensionar de todas as relações, a nível dos papéis e tarefas que cada um desempenha (Pedreira & Leal, 2015).

Algumas participantes tiveram a experiência de stresse, de solidão e falta de apoio seguindo os dizeres: "*já me senti sozinha e nervosa por querer apoio das pessoas. (risos) Hum tipo melhor convivência tipo mais conversa. Depois fui contando os meses de ter bebe tipo como me preparar para receber a ele as primeiras coisinhas como fazer. É só rezar só pedir a Deus para que me dê mais força e abrir o caminho". (CDM, 5)*. Segundo Araújo e Pereira, (2007), o stresse, torna-se mais evidente ao final da gestação, onde, níveis elevados de ansiedade e stresse, e de pressão durante a gravidez são deletérios para a saúde materno-infantil repercutindo no risco de nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer, influência negativa sobre o vínculo mãe-bebé e risco aumentado de depressão pós-parto.

A participante referiu ter experienciado momentos de ansiedade pela chegada do bebé que mal conseguia esperar pelos nove meses da gestação: *"As situações são tipo eu quase estou ansiosa mesmo para ter o meu filho vejo que esta a demorar muito, nove meses tipo é muito tempo não sei acho que depois de tudo vou ter que sair de casa nem para ir viver com meu marido estou muito ansiosa mesmo de verdade como vai ser já com o meu filho. Tipo acredito mesmo que sim vou conseguir que um dia o que estou sonhando vai se tornar realidade". (SSN, 6)*. A ansiedade é considerada frequente durante a gestação, assim como a depressão, que se encontra entre os transtornos mentais mais comuns no período perinatal e no pós-parto, podendo afectar a saúde materno-infantil e o vínculo mãe-bebé (Sebastião et al., 2024).

Maus sonhos, com bebe foi outra experiência de stresse vivenciada pela participante: *"Talvez quando sonho mal tipo eu tenho problema de dormir sonhar a enterrar bebé tipo a ir no cemitério sempre a me amostrar um caixãozinho pequeno tipo essas coisas que eu as vezes eu acordo tipo, mas será, depois deixo passar tipo não nada só foi um sonho. Porque eu partilho sempre com minhas irmãs tipo basta eu sonhar algo eu sempre partilho então quando eu partilho algo tipo dias depois hei-de receber uma notícia de alguém porque morreu porque então eu já coloquei na cabeça de que é uma coisa normal". (CDC, 7).* O processo de gravidez é entendido como um momento de extrema alegria e felicidade, contudo a literatura científica evidencia que, cada vez mais, os futuros pais (homem e mulher) sentem um aumento crescente da ansiedade e do stresse, podendo influenciar negativamente a sua saúde física e mental assim como os desfechos neonatais. O grau de ansiedade sentido está relacionado com alguns factores predisponentes, um dos quais é o estado de saúde actual. Tintas et al., (2025).

Desejo de reiniciar a vida devido a perda do noivo que originou conflitos familiares foi outra experiência de stresse da participante: *"Morrer não mas ter um apagão sim para esquecer tudo o que aconteceu e se calhar reiniciar novamente as coisas sim acontecerem de uma outra forma Neste momento é ter que prosseguir com os papeis que tem a ver com a morte dele sendo acidente de trabalho e estando neste estado tenho que prosseguir com esse procedimento para as devidas precauções no tribunal sim por conta de algumas coisas que tem que se resolver acerca de papeis do serviço dele então tive que me submeter a ter que ir mesmo a justiça para tal porque eles estão*

a dificultar alegando que foi negligência dele de uma outra parte sim. Bom quanto a essa situação não digo que tenho tido muito porque eu não fico muito sozinha sempre procuro estar em ambientes onde tem pessoas para conversar estando em casa fico com as minhas irmãs a conversar, não me isolo e quando estou no serviço também tenho algumas colegas que eu fico com elas a conversar, o dia la se vai então não costumo ficar assim sozinha pensativa não". (GBT,8). Muitas mulheres durante a gravidez apresentam sinais de depressão, por vezes mascarados e confundidos com a sensibilidade e fragilidade atribuídas à fisiologia da gravidez. Pelo menos 10% das mulheres manifestam estados depressivos nos primeiros três meses após o parto. A sintomatologia destes estados pode estar associada à ansiedade, irritabilidade e alterações do comportamento (Nascimento, 2003). Estudos mais recentes confirmam que a depressão perinatal continua a constituir um importante problema de saúde pública, afectando um número significativo de mulheres durante a gravidez e o período pós-parto (Alves et al., 2023; Sebastião et al., 2024).

"O medo do parto foi uma experiência vivenciada pela participante segundo os seguintes dizeres: Tenho preocupação do parto não dar certo. Eu tenho amiga vou conversar com ela". (AAM, 10). O medo de ter prejudicado o desenvolvimento do bebé ao longo da gravidez por algum tipo de comportamento inapropriado também tem um papel de destaque. A vivência intensa destes sentimentos define as expectativas sobre o parto. Deste modo, a gestante tende a percepcionar a gravidez e o parto como acontecimentos difíceis e potencialmente dolorosos, nos quais pode sentir falta de confiança e de controlo, bem como receio de possíveis consequências negativas para si e para o bebé. Estas expectativas menos positivas podem levar a grávida a recorrer a estratégias de adaptação que lhe proporcionem um maior sentido de ordem, previsibilidade e controlo sobre a complexidade dos sentimentos vivenciados (Pedreira & Leal, 2015).

Congestionamento na estrada foi outro momento de stresse mencionado pela participante: *"Eu fico ansiosa por causa do congestionamento (risos) ultimamente a muito congestionamento isso me deixa muito ansiosa, e como eu falo muito converso muito com meu marido e eu sou aquela mulher batalhadora que corre atrás daquilo que almeja nunca deixei nada para que alguém fizesse por mim sempre faço sozinha então por vezes eu tenho falado assim as minhas finanças me deixam*

preocupada hum (risos) as minhas finanças me deixam preocupadas de tal forma que fiz um empréstimo no banco antes de eu perceber esse meu assunto então eu vejo que esse é um assunto que me deixa meio preocupada como quem diz este bebé vai precisar de ter baba, leite e muita coisa para que ela esteja bem embora esteja a planificar essas coisas mas serão somente na fase inicial já tenho um plano para o parto. Tenho as vezes entoado cânticos as vezes uso um aplicativo no telefone para montar jogo de bloquinhos (risos) então isso me distrai". (AAL, 13). Apesar da satisfação vivenciada pela mulher por estar a terminar uma gestação bem-sucedida, não invalida a que percepcione um elevado nível de ansiedade. A ansiedade centra-se no receio de não ser capaz de identificar atempadamente os primeiros sinais de trabalho de parto e assim colocar em risco a vida do bebé. (Pedreira & Leal, 2015).

O desejo de ter algo e não ter foi uma experiência narrada pela participante: *"Já sim era antes de ganhar maturidade suficiente porque passei por um problema e aquilo me frustrou muito porque não tive apoio de ninguém que me desse amor apoio, me senti sozinha estava a passar mesmo por uma fase estas ver quando tu lutas com um algo nem e você parece que quanto mais lutas você esta voltar para atrás aquilo te sufoca você diz vale a pena mesmo? Quando quero algo e não consigo ter naquele momento". (MLF, 16).* Os factores que podem influenciar a decisão reprodutiva podem ser divididos em individuais (idade da adolescente, competências cognitivas da adolescente, autonomia no processo de decisão e padrão contraceptivo prévio, sociais (contexto social, características familiares, envolvimento escolar e religioso) e ambientais (local de residência). Nestes contextos, a mulher que engravida e se decide pela maternidade necessita de desempenhar determinadas tarefas e papéis, mesmo sem que esteja ainda preparada do ponto de vista cognitivo, emocional, social e desenvolvimental para tal (Esteves et al, 2018).

O Medo do parto foi outra experiência vivenciada pela participante: *"Hum medo de chegar o dia do parto (risos) as dores que as pessoas dizem que são devastadoras tenho medo delas as vezes. Que as consequências serão melhores terei o meu bebé nos meus braços. (AJM,19)"*. Durante a gestação a mulher elabora um conjunto de expectativas relativas ao momento do parto. Estas expectativas têm sido influenciadas pela percepção de que o parto resume-se a uma intervenção médica, à qual está associada maior segurança tanto para mulher quanto para o bebé. Este tipo de

percepção dá primazia à dimensão fisiológica em detrimento da dimensão psicossocial do parto, contribuindo para que a mulher tenha menor controlo no processo, passando de uma posição de sujeito para uma posição de objecto. Contudo, esta perspectiva tem sido desafiada pelas mudanças ocorridas na sociedade. (Pedreira & Leal, 2015).

A demora na concepção foi uma experiência vivenciada pela participante: "*Minhas amigas me riam porque desde que fiquei há dois anos com meu marido não acontecia nada já dali comecei a chorar a pensar coisas que não são tomei dragão. Fiquei triste cartei água lavei loiça cozinhei para meu filho coração começou a me bater muito mal comecei a ter vertigem ali mesmo". (MJA, 22).* O projecto de parentalidade é um dos objectivos de muitos casais. Quando isso não se concretiza, pode haver consequências negativas, como sentimento de tristeza, de ansiedade, de frustração, bem como prejuízo nos relacionamentos conjugais, familiar e social. Estima-se que entre 60 e 80 milhões de pessoas em todo o mundo, em algum momento de suas vidas, enfrentem dificuldades para concretizar seu projecto de paternidade ou maternidade. Calcula-se que esse índice atinja aproximadamente 15% dos casais em idade reprodutiva. (Hayashi & Moriyama, 2019).

Tentativa de suicídio devido a comentários alheios sobre o seu estado foi uma experiência vivenciada pela participante: *"Sim, foi uma vez. Eu pensava muito e cheguei a entrar em depressão, mas por ouvir pessoas nem por causa do meu estado do jeito que nos encontramos e estar desse jeito então dei ouvido as bocas das pessoas e acabou-me deixando assim preocupada apareceu essa ideia será que se eu fazer isso não seria uma saída. Mas graças a Deus desisti". (ACN, 24).* O suicídio é um fenómeno complexo e universal que atinge todas as classes sociais. Possui etiologia multivariada que envolve elementos biológicos, genéticos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais relacionados à vida pessoal e colectiva. Actualmente, sabe-se que a frequência do comportamento suicida, que compreende da ideação até a tentativa ou suicídio consumado, pode atingir até um quarto da população de gestantes e está associada ao diagnóstico de depressão, que acomete 22% das mulheres na fase reprodutiva. (Benute et al., 2012).

A ansiedade foi outra experiência narrada pela participante: "*Eu tenho muita ansiedade as vezes fico nervosa por causa de ansiedade por exemplo quando, eu trabalho com muitos clientes ultimamente fico sem dinheiro as vezes a pessoa marca já fico aflita que amanha hei-de atender pessoa x já começo a fazer as minhas contas. Praticamente passa depois de acontecer a coisa. As vezes deixo passar e passa com o tempo". (AAM, 25).* O processo de gravidez é entendido como um momento de extrema alegria e felicidade, contudo a literatura científica evidencia que, cada vez mais, os futuros pais (homem e mulher) sentem um aumento crescente da ansiedade e do stresse, podendo influenciar negativamente a sua saúde física e mental assim como os desfechos neonatais. A gravidez contempla a transição para a parentalidade, podendo gerar imensas preocupações no casal e impactos importantes para sua saúde e bem-estar; ademais, a abordagem desse tema concentra-se, principalmente, nos aspectos funcionais da parentalidade, colocando de lado aqueles relacionados com o bem-estar psicológico dos pais. O seu bem-estar é influenciado pela forma como se sentem e como experienciam determinados sentimentos, nomeadamente a ansiedade e o stresse. (Tintas et al, 2025).

11 Conclusão do estudo

Este estudo teve como objectivo analisar o impacto da ansiedade e depressão das mulheres durante o período de gestação atendidas no Hospital Geral de Mavalane, bem como identificar factores associados a essas condições. Os resultados evidenciaram que as gestantes vivenciam sentimentos intensos de preocupação, medo do parto, insegurança ao longo da gestação, ansiedade em relação ao momento do nascimento, e desejo de conhecer o bebé.

Essas emoções reflectem a complexidade do período gestacional, no qual expectativas positivas coexistem com preocupações e incertezas, frequentemente associados a factores como condições socioeconómicas, apoio familiar limitado, incertezas em relação ao parto e a saúde do bebé e o despreparo psicológico que desempenham um papel significativo no desenvolvimento dessas condições.

Estas experiências revelam que a ansiedade e a depressão não se manifestam de forma isolada, mas estão profundamente ligadas ao contexto de vida das participantes. As análises dos depoimentos permitiram compreender que, apesar das dificuldades enfrentadas, algumas gestantes desenvolvem estratégias de enfrentamento, muitas vezes baseadas no apoio social e nas crenças pessoais. Ainda assim, observa-se a necessidade de maior atenção a saúde mental durante o acompanhamento pré-natal.

Evidenciou-se ainda que factores como a falta de apoio familiar e a dificuldades socioeconómicas contribuem significativamente no sofrimento emocional das participantes, influenciando directamente na sua saúde mental durante a gestação.

Nesse contexto, pode se depreender que a ansiedade e a depressão constituem problemas relevantes entre as gestantes atendidas no hospital Geral de Mavalane, evidenciando a necessidade de uma integração de cuidados psicológicos nos serviços de saúde materna para a promoção do bem-estar das gestantes, incluindo rastreio precoce, e fortalecimento das redes de suporte.

Os achados contribuem para a compreensão da problemática no contexto local e reforçam a necessidade de novas investigações que aprofundem o tema e proponham intervenções eficazes.

Por outro lado, os achados reforçam a importância de considerar a saúde mental como parte integrante do cuidado pré-natal, uma vez que tais condições podem impactar negativamente tanto para a mãe quanto para o desenvolvimento do feto.

No contexto do Hospital geral de Mavalane, observa-se que já existem os serviços de psicologia, porém há necessidade de maior integração de serviços de apoio psicológico no atendimento pré-natal para que o acompanhamento não só seja feito em casos críticos.

12 Recomendações

Com base nos resultados obtidos, recomenda-se que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar sinais de sofrimento emocional e oferecer intervenções adequadas. Recomenda-se ao Hospital Geral de Mavalane o reforço da integração da saúde mental nas consultas pré-natais, com particular atenção à identificação precoce de manifestações de ansiedade e depressão durante a gestação. Recomenda-se, igualmente, o estabelecimento de mecanismos de encaminhamento das gestantes que apresentem sinais de sofrimento psicológico para acompanhamento especializado.

Aos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal, recomenda-se o reforço das competências relacionadas com a identificação de manifestações de ansiedade e depressão, bem como a adoção de uma abordagem humanizada que favoreça a expressão das preocupações, dificuldades e experiências vivenciadas pelas gestantes. Recomenda-se ainda que, sempre que possível, sejam considerados os fatores familiares, sociais e económicos que podem estar relacionados com o bem-estar psicológico durante a gestação.

Na área da Psicologia, recomenda-se o fortalecimento da participação dos psicólogos nas equipas de acompanhamento pré-natal, contribuindo para a escuta, orientação e acompanhamento psicológico das gestantes, particularmente daquelas que apresentem maior necessidade de apoio.

Reecomenda-se a realização de estudos futuros com amostras mais amplas e em diferentes contextos de assistência pré-natal, bem como a utilização de abordagens metodológicas mistas. Sugere-se também a inclusão das perspetivas dos profissionais de saúde e dos familiares, de modo a ampliar a compreensão dos fatores relacionados com as experiências de ansiedade e depressão durante a gestação.

13 Referências Bibliográficas

Alves, C., Soares, L., & Faria, A. L. (2023). Gravidez e depressão pós-parto (DPP): Uma revisão não sistemática sobre o estado da arte do conhecimento da DPP. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 9*(1), 1–19. https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.293.

Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: Uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia (Campinas), 26*(1), 93–100. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100010.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Andrade, C. C., & Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Campinas), 27*(2), 259–268. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200013.

Araujo, N. G. de, & Cerqueira-Santos, E. (2021). Depressão, ansiedade e suporte social na gestação: Um estudo exploratório pré-intervenção. *Saúde e Desenvolvimento Humano, 9*(3), 1–13. https://doi.org/10.18316/sdh.v9i3.7739.

Arrais, A. da R., Araujo, T. C. C. F. de, & Schiavo, R. de A. (2019). Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(2), 23–34. https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706.

Arruda, R. L., Garcia, N. O. de S., Arruda, E. L., & Conceição, E. C. da. (2021). Utilização de plantas medicinais na gravidez e amamentação: Revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar em Saúde, 8*, 487–497. https://doi.org/10.35621/23587490.v8.n1.p487-497.

Barbosa, C. G. (2023). Considerações sobre o método fenomenológico de Amadeo Giorgi: Alcances e limites. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru, 1*, e022016. https://doi.org/10.59099/prpub.2022.9.

Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health, 18*, 162. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5.

Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Jorge, V. M. F., Nonnenmacher, D., Fráguas Junior, R., de Lucia, M. C. S., & Zugaib, M. (2011). Risco de suicídio em gestantes de alto risco: Um estudo exploratório. *Revista da Associação Médica Brasileira, 57*(5), 583–587. https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000500019.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 191*, 62–77. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014.

Borelli, A., Machado, I., & Piedade, F. (2024). Aborto espontâneo e luto gestacional – Valorizar e gerir: Um relato de caso. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 40*(3), 300–305. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i3.13450.

Caldeira, D. M. R., Lima, C. de A., Monção, R. A., Santos, V. M., Pinho, L. de, Silva, R. R. V., Silveira, M. F., & Brito, M. F. S. F. (2024). Sintomas depressivos e fatores associados em gestantes assistidas na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem, 33*, e20230137. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0137pt.

Camarano, A. A., & Mello, L. (2020). *Gravidez na adolescência: Factores associados e consequências sociais*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Campos, R. C. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica, 18*(1), 15–35. https://doi.org/10.14417/ap.419

Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(Supl. 2), 20–23. https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006

Cesar, J. A., Mendoza-Sassi, R. A., González-Chica, D. A., Menezes, E. H. M., Brink, G., Pohlmann, M., & Fonseca, T. M. V. (2009). Prevalência e fatores associados à percepção de ocorrência de corrimento vaginal patológico entre gestantes. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(12), 2705–2714. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200017

Chiattone, C. (2006). Psicologia e obstetrícia. In *Anais do 13º Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar*. UNIP.

Cunha, A. B., Ricken, J. X., Lima, P., Gil, S., & Cyrino, L. A. R. (2012). A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Saúde e Pesquisa*, *5*(3), 579–586.

Dennis, C.-L., Coghlan, M., & Vigod, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *Journal of Affective Disorders, 150*(3), 1217–1220. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.049.

Duarte, W. B. A., Silva, E. P., & Ludermir, A. B. (2024). Efeito dos transtornos mentais comuns na gestação e seis a nove anos pós-parto para a tentativa de suicídio em mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva, 29*(2), e03742023. https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.03742023.

Esteves, I., Bica, I., Cunha, M., Aparício, G., Ferreira, M., & Martins, M. H. (2018). A importância da resiliência e de um suporte social efetivo na vivência da gravidez e maternidade precoces. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (Especial 6)*, 9–16. https://doi.org/10.19131/rpesm.0207 *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe. 6), [páginas a confirmar]. https://doi.org/10.19131/rpesm.0207.

Fernandes, C., & Ferreira, M. (2024). Convivendo com doença crónica durante a gravidez: Perspectivas de gestantes. *Psicologia em Estudo, 29*, e58861. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v29i0.58861

Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry, 3*(10), 973–982. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X

Giorgi, A. (Ed.). (1985). *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press.

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(1), 1–27. https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1

Hayashi, A., & Moriyama, S. (2019). Grupo de apoio psicológico a mulheres em situação de infertilidade. *Psicologia: Ciência e Profissão, 39*, e179820. https://doi.org/10.1590/1982-3703003179820

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry, 19*(3), 313–327. https://doi.org/10.1002/wps.20769.

Howard, L. M., Nakasujja, N., Nankabirwa, V., Ndeezi, G., Kiguli, J., Mukunya, D., Odongkara, B., Achora, V., Tongun, J. B., Musaba, M. W., Napyo, A., Zalwango, V., Tylleskar, T., & Tumwine, J. K. (2022). Perinatal death triples the prevalence of postpartum depression among women in Northern Uganda: A community-based cross-sectional study. *PLOS ONE, 15*(10), e0240409. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240409.

Husserl, E. (2012). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: Introdução geral à fenomenologia pura*. Ideias & Letras.

Khan, S., Scorza, P., Lovero, K. L., dos Santos, P., Fumo, W., Camara, B., Oquendo, M. A., Wainberg, M. L., Fejo, M., & Duarte, C. S. (2022). Women's mental health in Mozambique: Is maternity a protective factor? *Global Mental Health, 9*, 38–44. https://doi.org/10.1017/gmh.2022.1

Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, *25*(2), 69–76. https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2004). *Metodologia científica*. Atlas.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. Atlas.

Maldonado, M. T. P. (1988). *Psicologia da gravidez*. Vozes.

Maldonado, M. T. P. (2017). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério* (17.ª ed.). Saraiva.

Maranhão, T. A., Gomes, K. R. O., & Barros, I. de C. (2016). Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 19*(3), 494–508. https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030003.

Melo, C. R. M. e, Borges, A. L. V., Duarte, L. S., & Nascimento, N. de C. (2020). Uso de métodos contraceptivos e intencionalidade de engravidar entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 28*, e3328. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3451.3328.

Mendes, R. F. P., Nomura, R. M. Y., Ortigosa, C., Francisco, R. P. V., & Zugaib, M. (2013). Asma na gestação: Efeitos na vitalidade fetal, complicações maternas e perinatais. *Revista da Associação Médica Brasileira, 59*(2), 113–119. https://doi.org/10.1016/j.ramb.2012.08.001.

Meucci, R. D., Perceval, A. H., Lima, D. R. de, Cousin, E., Marmitt, L. P., Pizzato, P., Silva, P. A. da, Jesien, S., & Cesar, J. A. (2020). Ocorrência de dor combinada na coluna lombar, cintura pélvica e sínfise púbica entre gestantes do extremo sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 23*, e200037. https://doi.org/10.1590/1980-549720200037.

Mutahi, J., Larsen, A., Cuijpers, P., Peterson, S. S., Unutzer, J., McKay, M., John-Stewart, G., Jewell, T., Kinuthia, J., Gohar, F., Lai, J., Wamalwa, D., Gachuno, O., & Kumar, M. (2022).

Mental health problems and service gaps experienced by pregnant adolescents and young women in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *EClinicalMedicine*, *44*, 101289. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101289.

Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, *21*(1), 47–51.

Ng'oma, M., Bitew, T., Kaiyo-Utete, M., Hanlon, C., Honikman, S., & Stewart, R. C. (2020). Perinatal mental health around the world: Priorities for research and service development in Africa. *BJPsych International*, *17*(3), 56–59. https://doi.org/10.1192/bji.2020.16.

Nomura, R. M. Y., Martins, A. N., Teshima, L. K., Miyadahira, S., & Zugaib, M. (2007). Movimentos respiratórios fetais em gestações com diabetes mellitus pré-gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, *29*(7), 352–357. https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000700005.

Nunes, M. S. A., Ichisato, S. M. T., Silva, B. S. M., Santos, L. M. dos, Rossa, R., Takemoto, A. Y., Toso, B. R. G. de O., & Marcon, S. S. (2024). Sintomas depressivos na gravidez: Fatores associados e associação com aleitamento materno exclusivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, *37*, eAPE02774. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00002774.

O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 379–407. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

O'Higgins, M., Roberts, I. S. J., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year: Associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health, 16*(5), 381–389. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0354-y.

Oliveira, D. do C., & Mandú, E. N. T. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: Vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Escola Anna Nery*, *19*(1), 93–101. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150013.

Oliveira, M. R. de, & Dessen, M. A. (2012). Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *29*(1), 81–88. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100009.

Pamplona, V. (1990). *Mulher, parto e psicodrama*. Ágora.

PATH. (2021). *Avaliação da integração do rastreio e aconselhamento da depressão pós-parto nos cuidados primários de saúde em Moçambique*. PATH.

Pedreira, M., & Leal, I. (2015). Terceiro trimestre de gravidez: Expectativas e emoções sobre o parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *16*(2), 254–266. https://doi.org/10.15309/15psd160210.

Pereira, P., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *35*(4), 144–153. https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004

Pio, D. A. M., & Capel, M. da S. (2015). Os significados do cuidado na gestação. *Revista Psicologia e Saúde*, *7*(1), 74–81. https://doi.org/10.20435/pssa.v7i1.406.

Rett, M. T., & Driusso, P. (2016). Existe alteração na função dos músculos do assoalho pélvico e abdominais de primigestas no segundo e terceiro trimestre gestacional? *Fisioterapia e Pesquisa*, *23*(2). https://doi.org/10.1590/1809-2950/14156523022016

Santos, P. V. M. dos, Menezes, L. L. S. de, Caetano, F. M., Danaga, A. R., & Moda, L. M. R. (2023). Impactos da depressão gestacional no desenvolvimento fetal: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, *12*(5), e12812541617. https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41617.

Sato, A. P. S., Porto, E., Brunken, G. S., Fujimori, E., Leone, C., & Szarfarc, S. C. (2015). Anemia e nível de hemoglobina em gestantes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, antes e após a fortificação compulsória de farinhas com ferro e ácido fólico, 2003–2006. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 24*(3), 453–464. https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300011.

Schiavo, R. de A., Rodrigues, O. M. P. R., & Perosa, G. B. (2018). Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Temas em Psicologia, 26*(4), 2091–2104. https://doi.org/10.9788/TP2018.4-14Pt.

Sebastião, M. G. G. B., Monteiro, A. P. T. A. V., & Camarneiro, A. P. F. (2024). Promoção da saúde mental materna perinatal: Protótipo de curso de intervenção em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, *6*(3), e34656. https://doi.org/10.12707/RVI24.26.34656.

Silva, L. S. C. da, Sales, A. P. de A., Almeida, R. G. dos S., Teston, E. F., Oliveira, D. M. de, & Santana, L. V. de P. e S. (2022). Memórias de puérperas sobre a assistência de enfermeiros na gestação e puerpério. *New Trends in Qualitative Research, 13*, e701. https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e701.

Silva, M. M. de J., Leite, E. P. R. C., Clapis, M. J., & Terra, F. de S. (2017). Ansiedade na gravidez: Prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 51*, e03253. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253.

Silva, M. M. de J., Serrano, T. B. de M., Porcel, G. da S., Monteiro, B. B., & Clapis, M. J. (2023). Risco de depressão na gravidez na assistência pré-natal de risco habitual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 31*, e3964. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6463.3964.

Silva, S., & Pereira, M. G. (2015). Impacto psicológico da infertilidade no casal. *Revista Portuguesa de Psicologia, 49*(1), 33–47.

Silveira, M. S., Galvão, L. P. L., Gurgel, R. Q., Barreto, I. D. C., & Vargas, M. M. (2019). Ansiedade e depressão na morbidade materna grave e near miss. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 35, e35442. https://doi.org/10.1590/0102.3772e35442.

Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6.ª ed.). Artes Médicas.

Souza, L. N. S., Confortin, S. C., Aristizábal, L. Y. G., Chagas, D. C. das, Vieira, A. C., Simões, V. M. F., & Alves, M. T. S. S. de B. e. (2023). Do depressive symptoms, anxiety and stressful symptoms during pregnancy affect gestational weight gain? *Ciência & Saúde Coletiva*, *28*(7), 2087–2097. https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.10532022.

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet, 384*(9956), 1800–1819. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0.

Tinta, I. S., Presado, M. H. C. V., & Risso, S. M. G. (2025). Avaliação da ansiedade e estresse psicológico dos futuros pais na gravidez: Uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem, 78*(6), e20240587. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0587.

Trigo, M. (2021). Postpartum depression: How it differs from the “baby blues”. *European Psychiatry, 64*(S1), S694–S695. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1839

Vescovi, G., Flach, K., Teodózio, A. M., Maia, G. N., & Levandowski, D. C. (2022). Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: Análise crítica de políticas públicas brasileiras. *Cadernos Saúde Coletiva, 30*(4), 525–537. https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040502.

Vianna, A. dos S., Nascimento, L. G. A. do, Martins, T. V., Santos, A. S. E., Figueiredo, N. D. de, & Asmus, C. I. R. F. (2023). Exposição ao cádmio e Síndromes Hipertensivas da Gestação: Uma revisão sistemática. *Saúde em Debate, 47*(136), 292–307. https://doi.org/10.1590/0103-1104202313619.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders, 219*, 86–92. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization.

Zammar, P. (2016). *Intervenção psicológica durante a gestação e empoderamento da gestante*. Faculdade Sant'Ana.

Zerna-Bravo, C. M., Alvarado-Álvarez, A. M., Herrera-Rivera, J. A., & Mena Martin, F. (2022). Identificación de riesgos obstétricos en tiempos de COVID-19 en un área comunitaria de salud, Ecuador. *Revista Información Científica, 101*(3), e3847. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332022000300010.

14 ANEXOS

14.1 Carta e aprovação do CIBS e HCM

Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo

(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):
Nome (s): ***Maria dos Anjos Sinoia Ferro Cumbi***
Protocolo de investigação: ***Protocolo sem versao, de 27 de Fevereiro de 2024***
Cosentimentos informados: ***Sem versão e sem data***
Guião de entrevista: ***Sem versão e sem data***

Do estudo:
TÍTULO; "Ansiedade e Depresao em Gestantres:Um estudo de caso baseado no Hospital Geral de Mavalane"

E faz constar que:
1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 01 de Agosto de 2024 e que será incluída na acta ***20/2024,*** *o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.*
2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.
3º Que o protocolo está registado com o número ***CIBS FM&HCM/57/2024.***
4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.
5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.
6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.
7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 23 de Agosto de 2025. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar
8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.
9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite
RESULTADO: ***APROVADO***
Assinado em Maputo aos 22 de Agosto de 2024

CIBS FM & HCM

Faculdade de Medicina, Av. Salvador Allende nº702, telefone: 21428076 www.cibs.uem.mz Página **1** de **1**

14.2 Carta de cobertura do campo de estudo

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

HOSPITAL GERAL DE MAVALANE

Visto do Director do Hospital

=Dr. Mário Jacobe=
Médico Cirurgião Geral

Área de Pesquisa Clínica e Investigação Científica

Credencial

Está devidamente autorizada **a Sra. Maria dos Anjos Sinoia Ferro Cumbi**, a apresentar-se, nos Serviços de Saúde Mental do Hospital Geral de Mavalane, para efeitos de recolha de dados relativos ao seu trabalho intitulado "**Ansiedade e Depressão em Gestantes: Um Estudo de Caso Baseado no Hospital Geral de Mavalane**".

Maputo, 05 de Novembro de 2024

O Responsável da Área de Pesquisa

=Dirceu Henrique Paulo Mabunda=
(Psiquiatra. MSc. PhD)

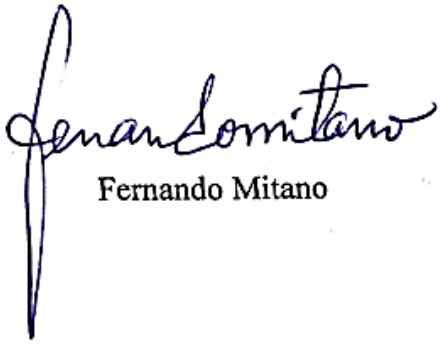
14.3 Declaração do supervisor autorizando a submissão da dissertação

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO SUPERVISOR PARA A SUBMISSÃO DA DISSERTAÇÃO

Fernando Mitano, Pós-Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública junto ao Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, supervisor da estudante **Maria dos Anjos Sinoia Ferro Cumbi**, do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções, na faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, com o tema "**Ansiedade e Depressão em Mulheres durante o período de Gestação: Um Estudo de Caso Baseado no Hospital Geral de Mavalane**", confima que a Dissertação possui qualidade e a candidata cumpriu com os requisitos exigidos para a obtenção do grau de mestre pela Universidade Eduardo Mondlane, pelo que autoriza a sua submissao à FAMED.

Maputo , 27 de Maio de 2026

O supervisor



Fernando Mitano

14.4 Evidência de participação em um evento científico

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE MEDICINA

FUNDADA EM 1963

I JORNADAS ACADÉMICO-CIENTÍFICAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

Certificado de Apresentação

Certifica-se que ***Maria dos Anjos Cumbi*** apresentou o trabalho intitulado ***"Ansiedade e depressão em gestantes: um estudo de caso baseado no hospital geral de Mavalane"*** na I edição das Jornadas Académico-Científicas de Pós-Graduação, realizadas no dia 28 Outubro de 2025, organizado pela **Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane**, com o lema: ***"Investigação em Saúde em prol do desenvolvimento sócio-sanitário de Moçambique".***

Maputo, aos 30 de Outubro de 2025

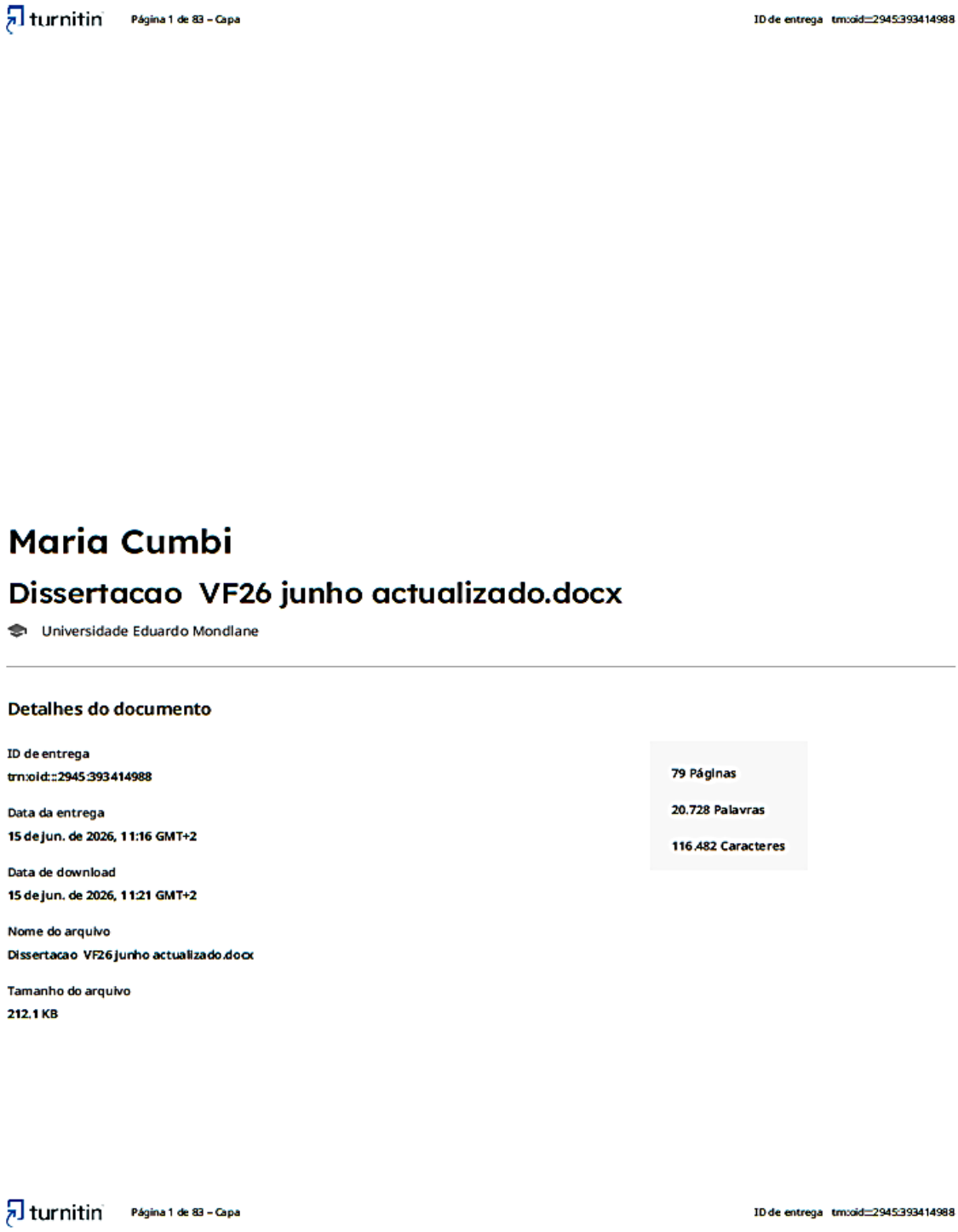
O Director da Faculdade de Medicina, UEM

Professor Doutor Jahit Sacarlal, MD, MPH, PhD

O Director Adjunto para Pós-graduação

Prof. Doutor Baltazar Chilundo, MD, PhD

14.5 Relatório antiplágio



6% Similaridade geral

O total combinado de todas as correspondências, incluindo fontes sobrepostas, para cad...

Filtrado do relatório

- Bibliografia
- Texto com menções
- Texto com citações
- Pequenas correspondências (menos de 20 palavras)

Principais fontes

4% Fontes da Internet
4% Publicações
2% Trabalhos enviados (documentos de aluno)

Sinalizadores de integridade

0 Sinalizador de integridade para revisão

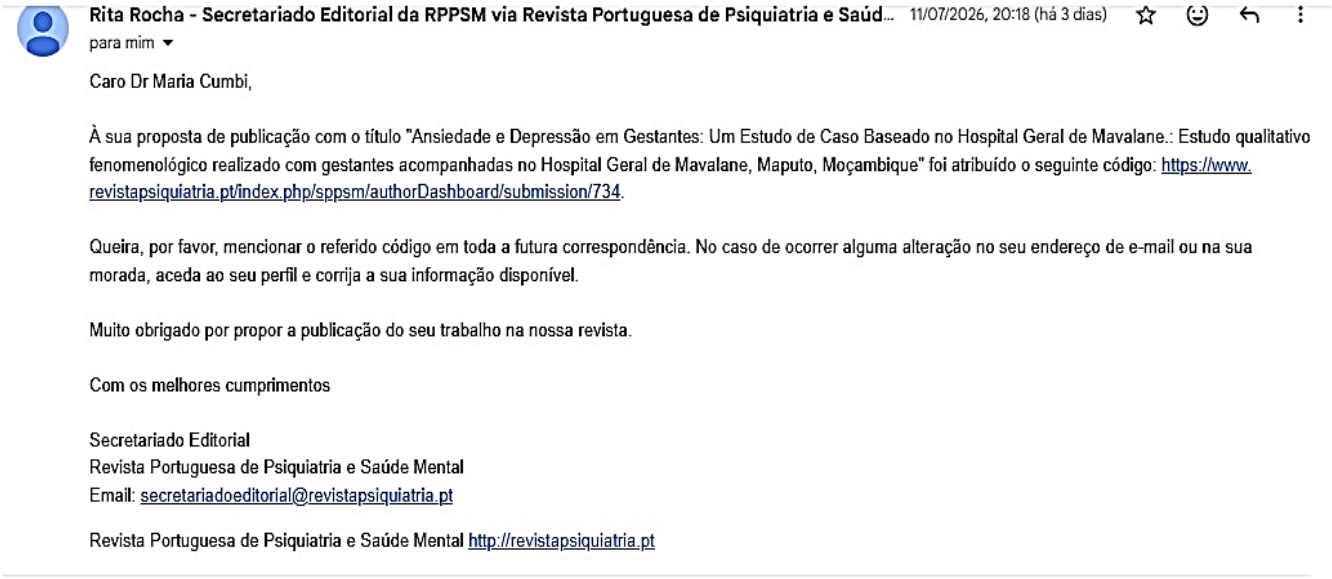
Nenhuma suspeita de manipulação de texto encontrada.

Os algoritmos do nosso sistema analisam profundamente um documento em busca de inconsistências que o diferenciem de um envio normal. Se notarmos algo estranho, sinalizaremos para você revisar.

Um sinalizador não é necessariamente um indicador de problema. No entanto, recomendamos que você concentre sua atenção nele para fazer uma análise mais aprofundada.

turnitin Página 2 de 83 – Visão geral de integridade ID de entrega trn:oid:::2945:393414988

14.6 Submisão do artigo



Rita Rocha - Secretariado Editorial da RPPSM via Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúd... 11/07/2026, 20:18 (há 3 dias)

para mim

Caro Dr Maria Cumbi,

À sua proposta de publicação com o título "Ansiedade e Depressão em Gestantes: Um Estudo de Caso Baseado no Hospital Geral de Mavalane.: Estudo qualitativo fenomenológico realizado com gestantes acompanhadas no Hospital Geral de Mavalane, Maputo, Moçambique" foi atribuído o seguinte código: https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm/authorDashboard/submission/734.

Queira, por favor, mencionar o referido código em toda a futura correspondência. No caso de ocorrer alguma alteração no seu endereço de e-mail ou na sua morada, aceda ao seu perfil e corrija a sua informação disponível.

Muito obrigado por propor a publicação do seu trabalho na nossa revista.

Com os melhores cumprimentos

Secretariado Editorial
Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental
Email: secretariadoeditorial@revistapsiquiatria.pt

Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental http://revistapsiquiatria.pt

15 Apêndices

15.1 Apêndice 1 - Instrumento de colecta de dados

Guião de entrevista

Nome da utente:

Idade:

Residência: Data:

Profissão: Nível académico: Estado civil:

1- Quantos filhos têm?
2- Qual é o espaçamento que tem um filho do outro?
3- Como foi a experiência com as gravidezes anteriores?
4- Quantos meses têm a gravidez actual?
5- Sente- se feliz por estar gravida?
6- Com quanto tempo descobriu que estava grávida?
7- Com quantos meses foi abrir a ficha?
8- A gravidez foi planeada?
9- Fale-nos da sua experiência sobre a sua gravidez actual.
10- Tem apoio do seu parceiro/marido?
11- Sofre de alguma doença que seja do seu conhecimento?
12- Quantas pessoas vivem consigo?
13- Sente que tem recebido apoio das pessoas com quem vive?
14- Nas últimas duas semanas sentiu pouco interesse de realizar as suas tarefas habituais de casa? como ir as compras, conversar com amigas ou vizinhas.

15- Nas últimas duas semanas terá se sentido desanimada, triste ou desesperada? Se sim quantos dias mais ou menos?

16- Nas últimas duas semanas quantos dias você teve dificuldades de apanhar sono, manter o sono, ou dormir muito ou dormir pouco tempo?

17- Tem conversado com os seus amigos e familiares em tempo livre?

18- Nas últimas duas semanas quantos dias você teve falta de apetite ou comer muito?

19- Quando sente que esta com problemas de saúde tem se dirigido ao hospital?

20- Tem ido a consulta pré-natal nas datas marcadas?

21- Nas últimas duas semanas quantos dias sentiu-se cansada, com pouca forca ou energia?

22- Nas últimas duas semanas quantos dias você sentiu desgosto de si própria? Se Sim quantas vezes?

23- Nas últimas duas semanas você se sentiu fracassada e inútil? Se sim quantas vezes?

24- Algum dia você acha que terá deixado a sua família preocupada por sua causa?

25- Como é o seu relacionamento com as pessoas da sua casa, do serviço, amigos e vizinhos?

26- Nas últimas duas semanas quantos dias você teve falta de concentração em fazer as coisas, como trabalhar, trabalhos domésticos ou outras actividades?

27- Nas últimas duas semanas quantos dias você esteve a falar, agir, ou mover-se lentamente, ou ficar irrequieta ou agitada do que o habitual ou que outras pessoas terão notado?

28- Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou que seria melhor morrer ou fazer mal a si mesma?

29- Quais são as situações que despertam mais ansiedade?

30- Como você lida com a inquietação?

31- Você se sente ansioso todos os dias?

15.2 Apêndice 2 – Curriculum vitae do investigador principal

CURRICULUM VITAE

1.DADOS PESSOAIS

Apelido:	Cumbi
Nome:	Maria Dos Anjos Sinoia Ferro
Filiação:	Sinoia Ferro e de Anesta Conforme
Estado civil:	Casada
Data de Nascimento:	03 de Fevereiro de 1983
Local de Nascimento:	Tete
Naturalidade:	Província de Tete
Nacionalidade:	Moçambicana
Portador do BI nº:	110100839842S
Residência:	Maputo, *Bairro Magoanine "C"*.

2. Formação Profissional

- 2001 – 2004: Concluiu o curso de Enfermagem Saúde Materno Infantil – CFQS-Inhambane.
- **2008 – 2012**: Concluiu o Curso de Licenciatura em Psicologia Social das Organizações –UEM
- **2022-2024**: Concluiu o Mestrado em Saúde Mental e psicointervenções- UEM
- **2024-2025**:Concluiu o curso de Lincenciatura em Psicologia Clínica na USTM
- **23-27de Marco de 2026**: Concluiu a formação de Liderança e Gestão de Equipas Phd4 Moz

3.Formação Académica

- **1991 – 1995:** Concluiu (1 ª a 5ª) Classe na Escola Primária Completa Paulo Samuel Kamkomba - Cidade de Tete.
- **1996 – 1997:** Concluiu (6 ª a 7ª) Classe na Escola Secundária Estrela Vermelha - Cidade de Maputo.
- **1998 – 2001:** Concluiu (8 ª a 11ª) Classe na Escola Secundária Josina Machel- Cidade de Maputo.
- **2005:** Concluiu a 12 ª Classe na Escola Secundária Anglicana São Cipriano- Cidade de Maputo

4.Experiência Profissional

2004-2009: Possui experiência em trabalho na área de Saúde Materno Infantil como Técnica de Saúde, onde trabalhou nas CPNs, Sala de Partos, SAAJ, Triagem, PAV, CPF no Hospital Rural de Xinavane e nos Centros de Saúde da Matola II e Ndlavela no Distrito da Matola Província de Maputo.

2013-2017: Trabalhou na área de Gestão de Recursos Humanos como chefe de Secção de Administração do Pessoal no SDSMAS da Matola- Província de Maputo.

2017-2026: Trabalhou como Directora do Centro de Saúde de Matola Gare.

5.Domínio de Línguas

Idiomas	***Expressão oral***	***Escrita***	***Leitura***	***Compreensão***
Português	Fluente	Fluente	Fluente	Fluente
Inglês	Intermédio	Razoável	Intermédio	Intermédio
Changana	Intermédio	Razoável	Razoável	Razoável

6.Conhecimentos de Informática

- Informática básica na óptica de utilizador em Ambientes Windows: (MS-Windows xp, MS-Windows 7 Ultimate, MS-Windows 8, MS-Windows 10),
- *Ms-Office Word* (2003, 2007, 2010 e 2013), *Ms-Office PowerPoint* (2007, 2010 e 2013),
- *Ms-Office Excel* (2007, 2010, 2013) e
- Tem sólidos conhecimentos na área de Gestão de Recursos humanos.

7.Habilidades pessoais

- Simples e Pragmática;
- Capacidade de trabalhar sob pressão,
- Alto sentido de responsabilidade;
- Boa capacidade de criatividade.
- Facilidade de enquadramento e comunicação,
- Forte espírito de liderança;
- Capaz de trabalhar em equipa;

- Capaz de relacionar-se com colegas;
- Dinâmica, boa disposição e bom senso de humor;
- Vontade e capacidade de aprender.

8. Meios de Contacto

Números da candidata: (00258) 82 2526830 e/ou (00258) 84 9109191

***Email**: ferrom.anjos@gmail.com*

Residente na Cidade de Maputo – Bairro de Magoanine "C"