



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Título da Dissertação

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS EM
GESTANTES: ESTUDO TRANSVERSAL NOS CENTROS DE SAÚDE DO ALTO MAÉ E
ZIMPETO**

Investigadora Principal: Elisa Paulo Joaquim Barros

Maputo, 20 de Novembro de 2025



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Título da Dissertação

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS EM
GESTANTES: ESTUDO TRANSVERSAL NOS CENTROS DE SAÚDE DO ALTO MAÉ E
ZIMPETO

Investigadora Principal: Elisa Paulo Joaquim Barros

Nome e título do Supervisor: Milton Armando Teresa Malai Moçambique, MD., PhD.

Maputo, 20 de Novembro de 2025

Declaração de Originalidade da Pesquisa

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau e que ela constitui o resultado do meu labor individual, declaro também que todas as fontes de informação e as literaturas usadas foram devidamente referenciadas. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Psicointervensões da Universidade Eduardo Mondlane.



(Elisa Paulo Joaquim Barros)

Maputo, 20 de Novembro de 2025

Dedicatória

Aos meus ancestrais, em especial ao meu pai
– **Paulo Barros** (*in memoriam*), a vossa
sabedoria e resiliência fundamentam a minha
jornada, e o vosso legado de cura é uma fonte
perene de inspiração e força para os caminhos
a serem percorridos.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, expresso a minha profunda gratidão ao Senhor da Vida, pela oportunidade concedida de crescimento nesta esfera de provas e expiações, e pelo conforto do seu amor incondicional que permeou cada momento da minha existência, especialmente durante estes dois complexos anos de vida académica.

Aos meus antepassados, mentores, guias e protectores espirituais, agradeço a inspiração, intuição, companhia, protecção, amparo e força que me legaram, pavimentando o caminho para esta jornada.

A elaboração desta dissertação foi um esforço colectivo, e só se tornou possível com o inestimável auxílio de pessoas muito especiais. Algumas talvez não percebam a magnitude de sua importância em minha vida ou o impacto crucial que tiveram neste processo de ler-escrever-apagar, reescrever e, finalmente, concluir.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão desta fase, meu mais sincero OBRIGADA. Embora estas linhas não consigam expressar a totalidade de minha gratidão, esta palavra se mantém como a forma mais pura de agradecimento.

A **minha mãe, Feliciane de Sousa**, agradeço o amor, carinho e apoio incondicional; foi a sua força que me permitiu vencer os momentos de desânimo e incertezas. Meu **filho, Nicklaus Rivalson**, foi o meu alicerce em todos os momentos, e aos meus **irmãos, José e Jakeline Barros**, sou grata pelo apoio, paciência e motivação que revitalizaram minhas energias para o prosseguimento do trabalho.

Aos meus amigos **Océlia Ferro, Ofélia Semo, Edson, Yolanda, Celso Ualane, Eufrásia e Paulo Massango, Vânia Cafrina, Talita, Umme, Hélder e Moisés**, companheiros fiéis que estiveram comigo em todo o percurso. Um agradecimento especial ao meu supervisor, **Milton Moçambique**, que não só aceitou a ideia e embarcou comigo nessa aventura, como se tornou um verdadeiro orientador para a vida.

Reconheço também a generosidade das participantes da pesquisa, que aceitaram partilhar suas vivências e tornaram este estudo possível. Por fim, a todos os meus **tios, avó, primos e sobrinhos**, que de forma directa ou indirecta contribuíram para a realização deste trabalho.

E, por último, mas não menos importante, à **Faculdade de Medicina**, pela oportunidade de realizar este sonho.

Epígrafe

“Entre as pernas da mulher, correm os caminhos do mundo.”

(Dya Kasembe)

"Para cuidar da saúde mental das gerações futuras, precisamos primeiro cuidar da saúde mental da geração presente de mulheres no período perinatal"

(Rafaela Schiavo)

“Gastarei a minha vida explorando o mais complexo e deslumbrante dos mundos: **a mente humana**. Serei um garimpeiro que procura ouro nos escombros das pessoas que sofrem.”

(Augusto Cury)

Resumo

Introdução: A depressão, ansiedade e stress durante a gravidez constituem importantes problemas de saúde pública, capazes de comprometer a saúde materna e fetal, resultando em desfechos adversos como parto prematuro, baixo peso a nascença e prejuízo no vínculo mãe-bebê. Em Moçambique, a escassez de estudos que mensurem a magnitude desses transtornos limita a formulação de políticas de saúde mental perinatal e o desenvolvimento de estratégias preventivas. **Objectivo:** Este estudo teve como **objectivo** investigar a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e stress em gestantes atendidas nos centros de saúde do Alto Maé e Zimpeto, bem como identificar factores sociodemográficos e clínicos associados. **Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal de abordagem quantitativa com 229 gestantes que realizavam consultas pré-natais nessas unidades sanitárias de Maputo, em maio de 2025. Os dados foram recolhidos mediante questionário sociodemográfico e clínico, além das escalas DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) e PHQ-9-MZ (Patient Health Questionnaire). As análises foram conduzidas no SPSS 27.0, utilizando estatística descritiva para estimar as prevalências e regressão de Poisson para examinar factores associados, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos foi de 80,3% pelo PHQ-9-MZ e 59,4% pela DASS-21, sendo que 32,2% apresentaram depressão moderada a grave. A ansiedade foi identificada em 65,9% das gestantes, com 19,2% em nível extremamente severo. O stress apresentou prevalência de 24,9%, com 14,4% de intensidade moderada ou superior. As análises inferenciais indicaram que variáveis como estado civil, composição domiciliar, ocupação e religião apresentaram associação significativa com a ocorrência de sintomas de sofrimento psicológico. A consistência interna das subescalas do DASS-21 demonstrou α de Cronbach satisfatório ($>0,70$), confirmando boa confiabilidade dos instrumentos. **Discussão:** A elevada prevalência de sintomas depressivos, de stress e ansiosos observada indica não apenas sofrimento individual, mas também fragilidades estruturais no suporte psicossocial à gestante. Esses resultados dialogam com a teoria psiconeuroendocrinoimunológica, sugerindo que condições de vulnerabilidade social e stress crônico podem amplificar respostas neuroendócrinas adversas. O predomínio de sintomas moderados e graves reforça a hipótese de sobrecarga emocional cumulativa, associada a contextos de desigualdade e à limitada abordagem integral nos cuidados pré-natais. **Conclusões:** Os resultados evidenciam elevada prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e stress entre gestantes de Maputo, superando as taxas observadas em outros contextos africanos e internacionais. Tais achados revelam a magnitude do sofrimento mental perinatal e a necessidade urgente de integração do rastreio psicológico nos cuidados pré-natais de rotina. Sugere-se que o sistema de saúde incorpore protocolos de triagem e acompanhamento psicológico adaptados culturalmente, com capacitação de profissionais de cuidados primários para o reconhecimento precoce e o encaminhamento adequado dos casos.

Palavras-chave: Depressão; Ansiedade; Stress; Gestantes; Saúde mental perinatal; Moçambique.

Abstract

Introduction: Depression, anxiety, and stress during pregnancy are significant public health problems capable of compromising maternal and fetal health, resulting in adverse outcomes such as premature birth, low birth weight, and impaired mother-baby bonding. In Mozambique, the scarcity of studies measuring the magnitude of these disorders limits the formulation of perinatal mental health policies and the development of preventive strategies. **Objective:** This study aimed to investigate the prevalence of depression, anxiety, and stress symptoms in pregnant women attending the Alto Maé and Zimpeto health centers, as well as to identify associated sociodemographic and clinical factors. **Methodology:** A cross-sectional study with a quantitative approach was conducted with 229 pregnant women attending prenatal consultations at these health units in Maputo, in May 2025. Data were collected using a sociodemographic and clinical questionnaire, in addition to the DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) and PHQ-9-MZ (Patient Health Questionnaire) scales. Analyses were conducted in SPSS 27.0, using descriptive statistics to estimate prevalences and Poisson regression to examine associated factors, with a significance level of 5%. **Results:** The prevalence of depressive symptoms was 80.3% according to the PHQ-9-MZ and 59.4% according to the DASS-21, with 32.2% presenting moderate to severe depression. Anxiety was identified in 65.9% of the pregnant women, with 19.2% at an extremely severe level. Stress had a prevalence of 24.9%, with 14.4% of moderate or higher intensity. Inferential analyses indicated that variables such as marital status, household composition, occupation, and religion showed a significant association with the occurrence of psychological distress symptoms. The internal consistency of the DASS-21 subscales demonstrated a satisfactory Cronbach's alpha (>0.70), confirming the good reliability of the instruments. **Discussion:** The high prevalence of depressive, stress, and anxiety symptoms observed indicates not only individual suffering but also structural weaknesses in psychosocial support for pregnant women. These results align with psychoneuroendocrinoimmunological theory, suggesting that conditions of social vulnerability and chronic stress can amplify adverse neuroendocrine responses. The predominance of moderate and severe symptoms reinforces the hypothesis of cumulative emotional overload, associated with contexts of inequality and the limited comprehensive approach in prenatal care. **Conclusions:** The results demonstrate a high prevalence of depression, anxiety, and stress symptoms among pregnant women in Maputo, surpassing rates observed in other African and international contexts. These findings reveal the magnitude of perinatal mental suffering and the urgent need to integrate psychological screening into routine prenatal care. It is suggested that the health system incorporate culturally adapted psychological screening and monitoring protocols, with training for primary care professionals for early recognition and appropriate referral of cases.

Keywords: Depression; Anxiety; Stress; Pregnant Women; Perinatal Mental Health; Mozambique.

Lista de acrônimos e Abreviaturas

CPN	Consulta Pré-Natal
CS	Centro de Saúde
DASS	Depression, Anxiety and Stress Scale
FM	Faculdade de Medicina
IC	Intervalo de Confiança
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	Patient health questionnaire-9
RP	Razão de Prevalência
PNEI-	PsicoNeuroEndocrinoImunologia
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
US	Unidade sanitária

Índice

1. Problema	1
2. Revisão da bibliografia	3
2.1. Conceitos Gerais	3
2.2. Depressão, ansiedade e stress na gestação	7
2.3. Avaliação de Depressão, Ansiedade e Stress em gestantes	11
2.4. Quadro conceptual	12
3. Objectivos	15
3.1. Objectivo geral:	15
3.2. Objectivos específicos:	15
4. Metodologia	16
4.1. Tipo de estudo	16
4.2. Local do estudo	16
4.3. Período do estudo	18
4.4. População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes	18
4.5. Critérios de inclusão e exclusão	20
4.6. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados	20
4.7. Plano de gestão e análise de dados	22
4.8. Variáveis	24
5. Considerações éticas	26
5.1. Normas éticas a seguir e comités que vão aprovar o estudo	26
5.2. Potenciais riscos e como estes foram minimizados	26
5.3. Consentimento informado	27

ix

5.4.	Confidencialidade	27
5.5.	Potenciais benefícios	27
6.	Limitações do Estudo	27
7.	Resultados	29
7.1.	Caracterização da Amostra	29
7.2.	Prevalência de Sintomas Depressivos, de Ansiedade e Stress	30
7.3.	Factores Associados a Sintomas Depressivos (PHQ-9MZ)	34
7.4.	Factores Associados a Sintomas Depressivos (DASS-21)	36
7.5.	Factores Associados a Sintomas de Ansiedade (DASS-21)	39
7.6.	Factores Associados a Sintomas de Stress (DASS-21)	41
8.	Discussão	46
9.	Conclusões e Recomendações	53
9.1.	Conclusões	53
9.2.	Recomendações e Implicações	54
10.	Referências Bibliográficas	56
11.	Apêndices	76

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1-Diagrama Conceptual: Relações entre Gestação, PNEI, Vulnerabilidade Psicossocial e Desfechos Materno-Infantis	13
Figura 2-Fluxograma de estratégia de inclusão de estudos	20
Figura 3-Mapa da cidade de Maputo. As áreas a vermelho representam os locais onde o estudo irá decorrer.	24
Figura 4-Local de Recolha de Dados	34
Figura 5-Distribuição com quem vive	35
Figura 6-Caracterização da Amostra	36
Figura 7--Prevalência de sintomas depressivos, de ansiedade e de stress pelo PHQ-9-MZ e DASS-21.	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-Proporção amostral do estudo transversal.....	19
Tabela 2-Variáveis do estudo transversal.....	24
Tabela 3-Dados de sintomas depressivos, de ansiedade e stress.	35
Tabela 4-Characterização da amostra.....	31
Tabela 5-apresenta os resultados da análise bivariada para os sintomas depressivos avaliados.....	36
Tabela 6-Factores associados a sintomas depressivos pelo PHQ-9 - continuação	37
Tabela 7-Análise de Regressão de Poisson com variância robusta para avaliar factores independentemente associados a sintomas depressivos pelo PHQ-9-MZ.....	38
Tabela 8-Factores associados a sintomas depressivos pelo DASS21	39
Tabela 9-Factores associados a sintomas depressivos pelo DASS21 - continuação	41
Tabela 10-Análise de Regressão de Poisson com variância robusta para avaliar factores independentemente associados a sintomas depressivos pelo DASS-21.	42
Tabela 11-Factores associados a sintomas de ansiedade pelo DASS-21.	43
Tabela 12-Factores associados a sintomas de ansiedade pelo DASS-21 - continuação	44
Tabela 13-Análise de Regressão de Poisson com variância robusta para avaliar factores independentemente associados a sintomas de ansiedade pelo DASS-21.	45
Tabela 14-Factores associados a sintomas de stress pelo DASS-21	46
Tabela 15-Factores associados a sintomas de stress pelo DASS-21 – continuação.....	48
Tabela 16-Análise de Regressão de Poisson com variância robusta para avaliar factores independentemente associados a sintomas de stress pelo DASS-21.....	49
Tabela 17-Consistência interna (α de Cronbach) das dimensões da DASS-21 entre gestantes	49
Tabela 18-Análise da Validade Concorrente da Subescala de Depressão do DASS-21 com o PHQ-9 na na Medição de Sintomas Depressivos	50

1. Problema

Segundo a Organização Mundial da Saúde, mais de 970 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental, responsável por 8,8% da mortalidade e 16,6% de incapacidade dentre as doenças em países de baixa e média renda (WHO, 2010, 2022). Globalmente, as taxas de depressão e ansiedade em mulheres são, em média, o dobro dos homens.

Dentro desse panorama, o período gestacional e pós-parto emerge como uma fase de particular vulnerabilidade para o desenvolvimento ou exacerbação de problemas de saúde mental, por conseguinte, (Grinfeld, 2017) destaca que o desenvolvimento e a exacerbação de problemas de saúde mental são frequentes no período perinatal, apresentando prevalências semelhantes de transtornos mentais na gravidez e no pós-parto. (Schiavo & Barbosa, 2020) afirmam que alterações emocionais maternas durante a gravidez são comuns e apresentam alta prevalência no Brasil, onde aproximadamente 60% das gestantes apresentam sintomas de stress, 36% sintomas elevados de ansiedade e 22% sintomas de depressão.

Estudos estimam que a taxa de depressão perinatal entre as mulheres na região africana varia entre 11,3% a 18,3%, enquanto 14,8% das mulheres tiveram ansiedade pré-natal e 14% tiveram ansiedade pós-natal. Em países desenvolvidos as taxas de depressão perinatal variam de 7-15% (Sawyer et al., 2010).

Em Moçambique, um país africano de renda baixa a média, essa problemática é agravada por desafios estruturais no sistema de saúde. O país enfrenta dificuldades notáveis na oferta de cuidados e tratamentos especializados de saúde, o que se reflecte numa lacuna notável na provisão e acesso a serviços de saúde mental. Estratégias foram desenvolvidas para minimizar essa lacuna, incluindo acções de promoção e prevenção de transtornos mentais, a priorização de grupos vulneráveis e a transferência de competências para profissionais de saúde primários (Khan et al., 2022).

No entanto, apesar da importância dessas estratégias, a implementação na população gestante permanece notoriamente insuficiente e desalinhada com as necessidades psicossociais, as consultas pré-natais, em sua maioria, persistem em uma abordagem exclusivamente biomédica, negligenciando sistematicamente o rastreio de transtornos mentais como depressão, ansiedade e stress. Essa lacuna se reflete na ausência de inclusão desses rastreios na caderneta de saúde da

mulher e na inexistência de assistência psicológica de rotina. Estudos, como o de Rodrigues et al. (2016), mostram que, quando não tratados, esses transtornos podem resultar em partos prematuros, baixo peso ao nascer, prejuízo na interação mãe-bebê, transtornos do neuro-desenvolvimento e problemas psiquiátricos na vida adulta.

Adicionalmente, a quase ausência de estudos específicos sobre a saúde mental de gestantes neste contexto, constitui uma barreira fundamental para a formulação de políticas públicas e a priorização efectiva da assistência a este grupo vulnerável. Diante deste cenário complexo e das graves consequências da ausência de assistência adequada, torna-se imperativa a ampliação da produção científica sobre a saúde mental de gestantes em Moçambique. É neste contexto que a presente pesquisa vai responder à seguinte questão fundamental:

Qual é a prevalência de depressão, ansiedade e stress em gestantes atendidas nos centros de saúde do Alto Maé e Zimpeto em Maio de 2025?

2. Revisão da bibliografia

2.1. Conceitos Gerais

A **prevalência** refere-se ao número de casos de uma condição existentes em um momento específico, sendo um dado estático que fornece um retrato instantâneo dessa condição na população. O termo prevalência, quando usado sem especificação, refere-se à “prevalência pontual” ou “instantânea”, denominações que reforçam a ideia de que representa uma frequência mensurada em um momento específico, como o dia da coleta de dados (Borges Migliavaca et al., 2020).

Segundo a definição de Szklo e Nieto (2014), os dados de prevalência podem ser classificados em três tipos:

1. Prevalência pontual, que considera o número de casos em um momento específico;
2. Prevalência de período, que considera o número de casos ao longo de um determinado período; e
3. Prevalência cumulativa ou ao longo da vida, que considera qualquer caso ocorrido em qualquer momento passado na população estudada.

A **depressão** é definida por da Costa Tolentino et al. (2016) como uma disfunção do humor resultando em uma tristeza intensa, frequentemente associada à baixa autoestima, sentimento de culpa e distúrbios do sono e apetite. Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), o paciente com depressão pode apresentar rebaixamento do humor, redução da energia, diminuição da capacidade de concentração, perda de interesse, redução na capacidade de sentir prazer, distúrbios do sono, diminuição do apetite, baixa autoestima, perda de confiança, e ideias frequentes de culpabilidade e indignidade, mesmo nas formas leves. A depressão pode ser classificada em três graus: leve, moderada ou grave (WHO, 1992). Um episódio depressivo maior é caracterizado por humor deprimido ou anedonia, associado a pelo menos cinco sintomas depressivos, que ocorrem por um período mínimo de duas semanas e interferem no funcionamento diário (WHO, 1992).

A **ansiedade** é definida como um estado psíquico de apreensão ou medo exacerbado, gerado pela antecipação de uma situação desagradável, perigosa ou desafiadora (APA, 2014). Os transtornos de ansiedade são comuns, causando sofrimento significativo e comprometimento funcional (Cury,

2014). Trata-se de uma forma prevalente de doença psiquiátrica, frequentemente uma resposta ao stress, especialmente durante a gravidez, quando o bem-estar pessoal é ameaçado (Yuksel et al., 2014).

O **stress psicológico** pode ser definido como uma resposta física ou comportamental a circunstância adversa, que perturbam a homeostase do indivíduo (Sousa et al., 2015). O conceito de stress, segundo Hans Selye, considerado o “pai do stress”, refere-se a uma resposta inespecífica do organismo a agentes de stress, que podem ser agudos ou crónicos e ter origem interna ou externa, o desequilíbrio entre esses agentes e a capacidade de adaptação do indivíduo pode levar a consequências comportamentais, psicológicas e bioquímicas significativas (Sousa et al., 2015). Selye (1978), citado por Martins (2023) diferenciou o stress em duas categorias: eustress e distress. O *eustress* refere-se a um tipo de stress benéfico, originado por experiências percebidas como positivas, as quais estimulam o crescimento pessoal e a busca por objectivos, culminando em prazer e satisfação. Por outro lado, o *distress* é o stress prejudicial, decorrente da incapacidade de um indivíduo de se ajustar a situações desafiadoras, resultando em desgaste físico e mental, e consequente improdutividade (Martins, 2023).

A **gestação** é o período que vai desde a concepção até o parto, com duração média de 280 dias, ou 40 semanas. Algumas gestações podem ter variações de duração, sendo algumas mais longas e outras mais curtas. A gestação é dividida em três trimestres: o primeiro trimestre dura 13 semanas; o segundo, de 14 a 27 semanas; e o terceiro, de 28 a 42 semanas. Nesse contexto, considera-se gestante toda mulher nesse período (E. de C. Coutinho et al., 2014; Suppaseemanont, 2006).

Os **centros de saúde** são unidades sanitárias de nível primário, representando o primeiro ponto de contacto da população com os serviços de saúde. A principal função do nível primário é a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Em Moçambique, o sistema nacional de saúde está organizado em quatro níveis de prestação de serviços, sendo os centros e postos de saúde as unidades do nível primário (MISAU, 2002).

2.1.1. Origens da psicoprofilaxia obstétrica

A psicoprofilaxia obstétrica tem suas origens nas tentativas pioneiras de compreender e mitigar o sofrimento psicológico e físico vivenciado pelas mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal um período reconhecido não somente por suas transformações biológicas, mas, sobretudo, por

profundas mudanças psíquicas e relacionais. As bases conceituais remontam à psicanálise clássica, com autores como Otto Rank, Melanie Klein, Winnicott e Bion, que investigaram a influência das experiências intrauterinas e da relação mãe-bebê sobre o desenvolvimento psíquico da criança (Rhodes, 2020). Esses autores trouxeram à luz a gestação como um processo de reorganização emocional da mulher, onde a ambivalência afectiva, o medo, a ansiedade e as expectativas se entrelaçam, inaugurando o campo da psicologia perinatal como objecto legítimo de estudo científico.

A partir dessa matriz teórica, emergiram abordagens voltadas não somente ao parto, mas ao bem-estar psicológico durante a gravidez. No final do século XIX, as primeiras experiências de “parto sem dor” através da hipnose marcaram o início da psicoprofilaxia obstétrica, formalizada posteriormente por Fernand Lamaze na França e Grantly Dick-Read no Reino Unido (Lamaze, 1970; Dick-Read, 2004). Embora inicialmente centradas na preparação física e no controle da dor, essas técnicas abriram espaço para a compreensão de que o estado emocional materno exerce papel crucial na experiência da gestação e do parto. A partir desse ponto, a psicoprofilaxia deixou de ser somente uma técnica de relaxamento e passou a integrar dimensões educativas, preventivas e psicossociais, reconhecendo a mulher como sujeito activo no processo reprodutivo.

Na Rússia, a psicoprofilaxia ganhou fundamento experimental a partir das experiências conduzidas por Igor Tchernich, que aplicou os princípios do condicionamento reflexo de Ivan Pavlov à preparação psicofisiológica da gestante (Vellay, 1984; Vuille, 2015). Essas experiências estabeleceram a base científica do método psicoprofilático, demonstrando que os estados mentais e emocionais da mulher podiam influenciar directamente suas respostas fisiológicas durante a gestação e o parto. Essa vertente consolidou a compreensão de que mente e corpo operam de forma integrada, concepção que seria posteriormente expandida pelo paradigma da Psiconeuroendocrinoimunologia (PNEI), eixo teórico deste estudo.

O avanço decisivo ocorreu nas décadas de 1970 e 1980, quando a investigação sobre o psiquismo materno passou a integrar o campo científico formal. Em 1971 foi criado o International Study Group for Prenatal Psychology (ISGPP), que mais tarde se transformaria na International Society of Prenatal and Perinatal Psychology and medicine (ISPPM) (Rhodes, 2020). Essa institucionalização marcou a transição de uma prática focada no parto para uma ciência voltada à

saúde mental perinatal, abrangendo desde a concepção até o pós-parto, e reconhecendo o impacto dos estados emocionais maternos sobre os desfechos fetais e infantis.

Nos Estados Unidos e no Canadá, Thomas Verny e David Chamberlain ampliaram esse paradigma ao demonstrar, por meio de evidências clínicas e experimentais, que o feto consegue responder a estímulos emocionais e sensoriais intrauterinos (Verny, 1987). Suas contribuições culminaram na fundação da Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health (APPPAH) em 1983, consolidando o reconhecimento científico da interdependência entre mente materna e desenvolvimento fetal (APPPAH, 2023).

Na América Latina, a psicologia perinatal encontrou terreno fértil, destacando-se o papel pioneiro de Maria Tereza Maldonado, que, na década de 1970, explorou a dimensão emocional da gravidez em sua obra *Psicologia da Gravidez*. Posteriormente, Fátima Ferreira Bortoletti, no Hospital Ipiranga (São Paulo), desenvolveu o modelo de Psicoprofilaxia do Ciclo Gravídico-Puerperal, incorporando técnicas psicossociais e preventivas que abrangiam a gestação, o parto e o pós-parto (dos Santos & de Almeida Schiavo, 2023). Sob a orientação de Feiga Grunspun, essa abordagem integrou o psicólogo como agente fundamental na equipe obstétrica, responsável pela promoção da saúde mental da gestante, pela prevenção da depressão pós-parto e pelo fortalecimento do vínculo mãe-bebê (Bortoletti et al., 2007).

Com o amadurecimento do campo, a psicoprofilaxia obstétrica evoluiu para o conceito contemporâneo de psicologia perinatal, área interdisciplinar que estuda os fenômenos emocionais e psicossociais associados à gestação, ao parto e à parentalidade (dos Santos & de Almeida Schiavo, 2023). Essa transição representa uma mudança de paradigma: da ênfase no parto como evento físico para a compreensão da gestação como processo biopsicossocial complexo, em que factores emocionais e contextuais modulam respostas neuroendócrinas e imunológicas com repercussões directas sobre o feto.

Dessa forma, o paradigma da Psiconeuroendocrinoimunologia (PNEI) oferece a estrutura integradora necessária para compreender essa interação mente-corpo. Ele explica como o stress crónico, a ansiedade e os estados emocionais negativos da gestante podem activar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e desencadear respostas inflamatórias que comprometem o bem-estar materno e fetal (González-Díaz et al., 2017). Assim, este estudo da saúde mental na gestação, ao quantificar sintomas de depressão, ansiedade e stress, constitui uma extensão contemporânea da

tradição psicoprofilática: da preparação para o parto à prevenção e rastreio dos transtornos mentais perinatais.

2.2. Depressão, ansiedade e stress na gestação

A gestação tem um impacto biopsicossocial significativo sobre o corpo e a mente da mulher, em razão das mudanças drásticas nos níveis hormonais e das transformações em seu papel social, factores que influenciam directamente a saúde do bebé (E. de C. Coutinho et al., 2014; Suppaseemanont, 2006). Essas modificações suscitam a hipótese de que a gestante apresenta maior vulnerabilidade para o desenvolvimento ou a exacerbação de transtornos mentais (Steiner et al., 2003).

Este é um momento vivenciado de forma única por cada mulher, e as características emocionais associadas à gestação dependem da história de vida, do planeamento e da motivação para a gravidez (E. de C. Coutinho et al., 2014). Assim, as alterações típicas da gestação e os desconfortos somáticos frequentemente se sobrepõem aos sintomas de transtornos mentais nesse período, tornando o diagnóstico diferencial entre um transtorno mental e um desconforto comum da gestação um desafio.

2.2.1. Depressão

Um estudo de revisão sistemática e meta-análise realizado em países desenvolvidos revelou que as taxas de prevalência de depressão em gestantes foram de 7,4% (2,2-12,6%), 12,8% (10,7-14,8%) e 12,0% (7,4-16,7%) no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente (Elrassas et al., 2022). Em contrapartida, uma revisão sistemática em países de baixa e média renda mostrou uma prevalência média ponderada de depressão pré-natal de 15,6% (Fisher et al., 2012).

Outros estudos observaram uma alta prevalência de depressão pré-natal em países em desenvolvimento, como 29% em Bangladesh, 25% no Paquistão, 20,2% no Brasil, 39% na Cidade do Cabo, 38,5% em KwaZulu-Natal, 39,5% na Tanzânia e 31,2% na Etiópia (Faisal-Cury et al., 2009; Hartley et al., 2011; Kaaya et al., 2010; Manikkam & Burns, 2012; Nasreen et al., 2011; Zegeye et al., 2018).

Na Itália, um estudo com o objectivo de comparar a prevalência de sintomas de depressão perinatal em mulheres de diferentes origens culturais constatou que a prevalência de depressão foi de 12,4% entre mulheres italianas, variando de 11,4% entre outras mulheres europeias a 44,7% entre mulheres norte-africanas (Corbani et al., 2017).

As consequências da depressão perinatal não tratada incluem uma redução da qualidade de vida, não adesão às orientações médicas, como a recusa de medicação e suplementos –, desenvolvimento de ansiedade, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, risco de diabetes gestacional, hipertensão e a cronificação para depressão pós-parto (Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, 2019; Soyemi et al., 2022; Sunday et al., 2018).

2.2.2. Ansiedade

A ansiedade é um transtorno comum durante a gestação, e estudos sugerem que sua prevalência é maior entre gestantes do que na população geral. (Adewuya et al., 2006) observaram que 39% das gestantes preenchem critérios para um transtorno de ansiedade, em comparação com 16,3% das mulheres não gestantes (Val & Míguez, 2023).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) define a ansiedade como um grupo de transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessiva, além de perturbações comportamentais associadas. O medo é uma resposta emocional à ameaça iminente, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. Alguns dos transtornos de ansiedade classificados pelo DSM-5 incluem: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (American Psychiatric Association, (APA, 2014).

Na África do Sul, a prevalência de transtornos de ansiedade entre gestantes é de 23% (Van Heyningen et al., 2017), enquanto na Nigéria a prevalência de ansiedade gestacional varia de 7,2% a 39%. A ansiedade gestacional aumenta o risco de parto prematuro, abortos, baixo peso ao nascer, transtorno de déficit de atenção e hiperactividade, além de outros transtornos do neurodesenvolvimento (Akinsulore et al., 2021).

2.2.3. Stress

De forma mais ou menos intensa, todas as gestantes experienciam algum tipo de stress (Rowe, 2015; Su et al., 2015). Estudos comprovam que a exposição pré-natal a níveis elevados de stress pode impactar a função cognitiva do feto e reduzir seu volume cerebral, acarretando atraso no desenvolvimento da linguagem, dificuldades de aprendizado, problemas de concentração e atenção, ou até distúrbios do neurodesenvolvimento, como esquizofrenia e transtorno bipolar (Chiang, 2015; Fineberg et al., 2016).

Segundo a revisão da literatura de Ferreira (2019), pelo menos 75% das gestantes apresentam algum nível de stress pré-natal. Biologicamente, o stress implica uma resposta complexa que culmina no aumento dos níveis de cortisol. A exposição fetal ao excesso de cortisol materno pode prejudicar o desenvolvimento cerebral devido à neurotoxicidade.

O stress materno durante a gravidez tem sido consistentemente relacionado a diversas alterações em diferentes estágios do desenvolvimento fetal, afectando principalmente o sistema nervoso central (Bronson & Bale, 2016). Níveis elevados e constantes de cortisol podem influenciar o feto, resultando em alterações cognitivas, comportamentais e emocionais. As consequências de curto prazo associadas ao stress materno gestacional incluem maior incidência de baixo peso ao nascer, parto prematuro e restrição de crescimento. A longo prazo, o stress está relacionado a maior incidência de déficit de atenção, irritabilidade, hiperactividade e transtornos afectivos. O elevado nível de cortisol é frequentemente citado como o principal factor causador dessas alterações no desenvolvimento fetal (da Lozzo Garbelini et al., 2022).

Um estudo similar realizado na Arábia Saudita, que buscava estimar a prevalência de depressão, ansiedade e stress em gestantes em Jeddah usando o DASS-21, indicou prevalências de 37,5%, 54,0% e 25,0%, respectivamente. O estudo também revelou que 29,5% das participantes apresentavam sintomas mínimos de ansiedade, 44,5% apresentavam sintomas leves a moderados e 26,0% apresentavam sintomas graves (Khouj et al., 2022).

No contexto da gestação, a compreensão da prevalência de stress, ansiedade e depressão exige que se reconheça a complexa interacção entre eles. Embora conceitualmente distintos, o stress como resposta a um stressor identificável e a ansiedade como apreensão difusa do futuro, a presença de stressor's significativos e persistentes durante a gravidez pode funcionar como um predictor importante para o desenvolvimento de sintomas e transtornos de ansiedade (Su et al., 2015; Val &

Míguez, 2023). A sobrecarga fisiológica e psicológica imposta pelo stress crónico compromete a capacidade de resiliência da gestante, tornando-a mais susceptível a manifestações ansiosas. Mais ainda, a não resolução do stress e da ansiedade pode pavimentar o caminho para a instalação de quadros depressivos, dado que a exaustão dos recursos adaptativos e a persistência do sofrimento emocional são factores de risco bem estabelecidos para a depressão nesse período vulnerável. Portanto, a avaliação e intervenção precoce no stress são fundamentais para prevenir ou mitigar o desenvolvimento tanto da ansiedade quanto da depressão em gestantes (Soyemi et al., 2022).

Embora existam poucos estudos publicados em Moçambique sobre saúde mental perinatal, Khan et al., (2022) conduziram uma pesquisa nas regiões Norte e Sul do país para comparar a frequência de transtornos mentais comuns e o risco de suicídio entre três grupos: mulheres em idade fértil sem filhos, mulheres com filhos acima de 1 ano e mulheres grávidas ou com filhos menores de 1 ano. Os resultados do estudo de adaptação do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), sugeriram uma alta incidência de transtornos mentais comuns em mulheres em idade fértil sem filhos em comparação com gestantes ou mulheres no pós-parto (Khan et al., 2022). Outro estudo desse contexto foi realizado por Lobo (2022), com 166 gestantes em centros de saúde de cuidados primários na cidade de Nampula, Moçambique, com objectivo de avaliar a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em gestantes, encontrou as seguintes prevalências: para sintomas de Ansiedade a prevalência foi de 28,3% e para os sintomas de Depressão 23,5%. Além disso, o estudo também identificou factores de risco associados à ansiedade e depressão em Moçambique, como: baixa escolaridade, baixos rendimentos familiares, antecedentes de complicações em gestações anteriores, não ter parceiro ou companheiro e baixo apoio social percebido (Lobo, 2022).

Ainda que estudos globais e africanos tenham analisado a depressão, ansiedade e o stress isoladamente na gestação, a prevalência desses transtornos em Moçambique ainda é amplamente desconhecida, especialmente em sua frequente co-ocorrência. A relevância de investigar esses quadros integradamente deve-se ao facto de que eles não somente costumam coexistir, mas também exacerbam seus impactos. A escassez de dados numéricos locais sobre a prevalência combinada desses transtornos representa uma lacuna crítica que impede a formulação de políticas de saúde eficazes e a priorização adequada da assistência à saúde mental materna no país (Cumbe et al., 2022; Khan et al., 2022).

Em 2022, a OMS reiterou a recomendação de rastreio, diagnóstico e manejo de transtornos mentais para integrar a saúde mental perinatal nos serviços de saúde materno-infantil (WHO, 2022), destacando que um pré-natal focado exclusivamente no risco biológico não previne de forma efetiva as condições médicas físicas nem mentais.

Avaliar as gestantes como um grupo homogêneo é imperativo, pois as consequências desses transtornos são cientificamente comprovadas e representam um factor de risco significativo para várias condições, tanto para a mãe quanto para o feto (dos Santos & de Almeida Schiavo, 2023). Além disso, consequências como baixo peso ao nascer e parto prematuro representam não somente complicações médicas, mas também desafios sociais e económicos para as famílias e para o Sistema Nacional de Saúde.

2.3. Avaliação de Depressão, Ansiedade e Stress em gestantes

Instrumentos psicológicos específicos para avaliar mulheres no período perinatal são escassos (Schiavo & Barbosa, 2020), apesar dos avanços no uso de ferramentas para avaliação da saúde mental nesse período. Portanto, a aplicação de instrumentos originalmente elaborados para a população geral deve ser feita com cautela, considerando que podem não captar todas as particularidades vivenciadas pela gestante, uma vez que a gravidez traz peculiaridades distintas de outros grupos populacionais.

Considerando essas peculiaridades, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21) tem sido amplamente utilizada em gestantes, por apresentar evidências psicométricas específicas, como consistência interna e validade, testadas em diferentes países, incluindo Brasil, Peru, Irão e Estados Unidos (Miller, 2019; Trombetta et al., 2019). O teste avalia simultaneamente três Constructos: ansiedade, depressão e stress sem a necessidade de instrumentos complementares (Vignola & Tucci, 2014), o que permite potencializar o tempo de aplicação. Essa vantagem é especialmente relevante para gestantes, por possibilitar uma oportunidade de escuta e orientação sobre outras necessidades, sem a sobrecarga de responder a múltiplos questionários isolados (P. M. F. Silva et al., 2023).

2.4. Quadro conceptual

A Psiconeuroendocrinoimunologia (PNEI), representa uma abordagem interdisciplinar que integra descobertas básicas de várias disciplinas, como psiquiatria, psicologia, neurologia, neurobiologia, neurociências e endocrinologia. Este campo visa elucidar as funções endócrinas, suas disfunções e as mediações químicas para demonstrar sua interdependência psicoquímica (González-Díaz et al., 2017).

Durante a gravidez, ocorre o desenvolvimento e crescimento de um ou mais embriões no útero materno. Para que esse processo ocorra adequadamente e o feto seja sustentado ao longo de todo o período de formação no organismo materno, é essencial haver uma modulação hormonal e imunológica (Michelon et al., 2006).

A principal função do sistema imunológico é defender o organismo contra invasões de agentes patogênicos e células anormais ou tumorais, consideradas “corpos estranhos”. Durante a gestação, é necessário criar condições para que o feto não seja naturalmente rejeitado pela mãe, pois este representa um “corpo estranho” que o sistema imunológico materno não reconhece. Assim, ocorrem alterações no sistema imunológico que inibem possíveis respostas inflamatórias que poderiam contribuir para a rejeição fetal, ao mesmo tempo, em que desenvolvem respostas imunes anti-inflamatórias, permitindo a transferência de anticorpos para o feto em desenvolvimento (Raghupathy, 1997).

Os hormônios desempenham um papel significativo na modulação da função imune durante os três trimestres da gestação. Nesse período, o sistema imunológico não está imunodeprimido, mas adaptado para promover uma resposta imune anti-inflamatória, que influencia tanto o desfecho da gestação quanto a patogenicidade de agentes infecciosos (Robinson & Klein, 2012).

A gestação está associada a mudanças nas concentrações de vários hormônios, incluindo estradiol, estriol, progesterona, corticosteroides e prolactina. Essas alterações hormonais contribuem para as modificações imunológicas que ocorrem ao longo da gravidez (Rosa e Silva & Sá, 2006). As concentrações de hormônios esteroides, como estrogênio e progesterona, são significativamente mais altas durante a gestação em comparação a outros períodos, com um aumento gradual que atinge seu pico no terceiro trimestre (Rosa e Silva & Sá, 2006).

Especificamente, a progesterona aumenta a actividade da enzima monoamina oxidase, resultando em uma redução dos níveis de serotonina e na produção de um efeito depressivo. Estudos identificaram receptores de progesterona em células do hipotálamo medial, bem como na eminência média, córtex, amígdala, hipocampo e locus coeruleus (Bloom, 1988). Essas áreas estão associadas a reacções emocionais, comportamento, aprendizado e regulação endócrina. Nelas, a progesterona exerce um efeito depressor sobre essas funções, além de apresentar propriedades anestésicas, tranquilizantes e estabilizadoras do humor ao reduzir actividades mentais (Rosa e Silva & Sá, 2006).

Embora as mudanças hormonais e imunológicas que ocorrem ao longo da gestação sejam essenciais para uma gravidez saudável, elas também aumentam a susceptibilidade a doenças autoimunes, infecciosas e transtornos mentais (Robinson & Klein, 2012).

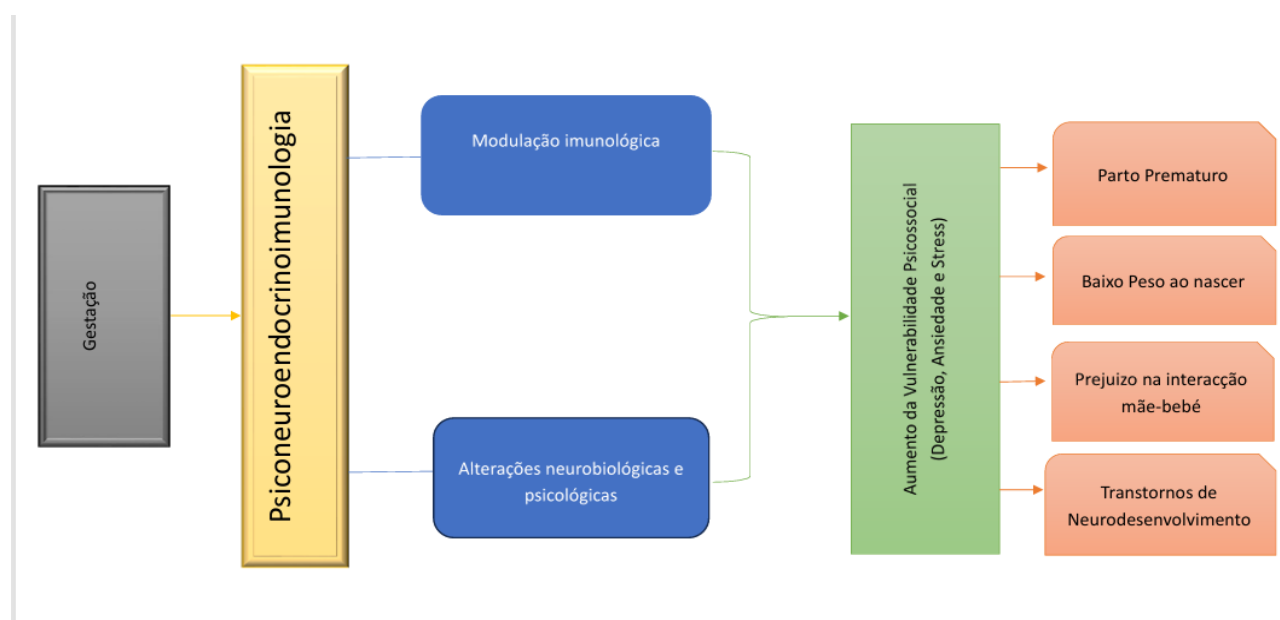


Figura 1-Diagrama Conceptual: Relações entre Gestação, PNEI, Vulnerabilidade Psicossocial e Desfechos Materno-Infantis

Fonte: Elaborado pela investigadora Principal

A perspectiva da PNEI não se limita aos factores puramente biológicos, mas é fundamental para integrar os factores psicossociais. Esta teoria justifica, o porquê de stressores sociais crónicos, como o isolamento social, a carência de suporte ou as disfunções interpessoais no ambiente familiar, poderem funcionar como agentes de amplificação do risco. Tais stressores activam

persistentemente o eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) e a cascata inflamatória (González-Díaz et al., 2017). Este desequilíbrio bio-psíquico amplifica a vulnerabilidade da gestante e potencia o desenvolvimento da sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress (Robinson & Klein, 2012). Desta forma, o modelo PNEI estabelece a ponte teórica entre a adversidade social e o desfecho clínico, servindo como referencial para a investigação dos factores de risco associados à prevalência observados neste estudo.

3. Objectivos

3.1. Objectivo geral:

- ❖ Investigar a prevalência de depressão, ansiedade e stress em gestantes atendidas nos centros de saúde do Alto Maé e Zimpeto em Maio de 2025.

3.2. Objectivos específicos:

- ❖ Estimar a prevalência de depressão, ansiedade e stress em gestantes por meio de um estudo transversal, determinando as taxas desses transtornos entre gestantes atendidas nos centros de saúde do Alto Maé e Zimpeto.
- ❖ Identificar factores associados por meio da análise dos factores demográficos, socioeconómicos e clínicos relacionados à depressão, ansiedade e stress nas gestantes, buscando identificar possíveis determinantes desses transtornos.

4. Metodologia

4.1. Tipo de estudo

Realizou-se um estudo transversal com uma abordagem quantitativa. De acordo com (Carvalho, 2017), a escolha do método de pesquisa deve alinhar-se à natureza do problema em estudo. Esta investigação segue uma abordagem quantitativa que visa a explicação de fenómenos por meio da recolha de dados quantitativos analisados com métodos matemáticos (C. P. Coutinho, 2014).

Assim, a abordagem caracteriza-se pelo uso da quantificação e pela precisão na análise, com baixa probabilidade de manipulação dos resultados, uma vez que o pesquisador mantém um certo distanciamento do objecto de estudo (McCusker & Gunaydin, 2015). O objectivo é descrever ou comparar características de grupos e realidades, estabelecer relações de causa e efeito entre variáveis e inferir resultados para uma população (Ramos, 2013). Erros e vieses são minimizados pelo uso de desenhos experimentais ou correlacionais rigorosos (Firestone, 1987).

Realizou-se um estudo epidemiológico transversal no qual factor e efeito são observados em um mesmo momento histórico. Com a abordagem quantitativa, busca-se maximizar a precisão dos resultados para evitar vieses nas análises e interpretações, permitindo a mensuração das relações entre variáveis e a análise de potenciais associações entre os fenómenos, conferindo maior confiabilidade à investigação (Trevisol Neto, 2017).

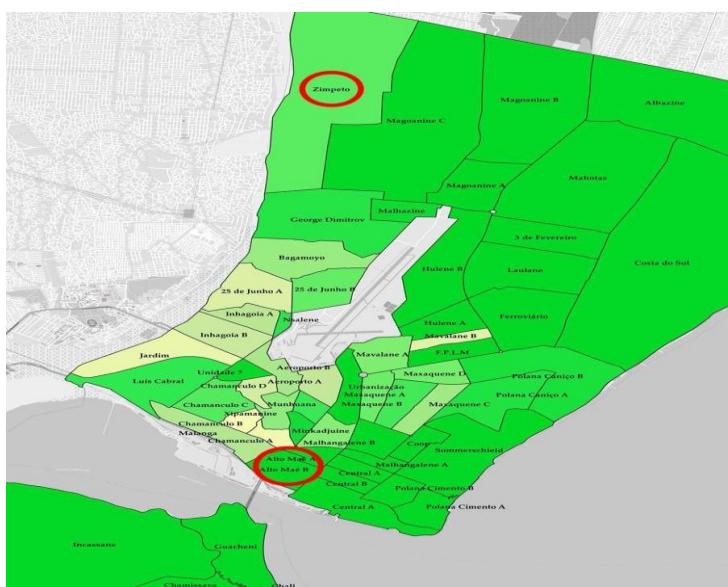
4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Maputo, nos centros de saúde do Alto Maé e Zimpeto.

O **Centro de Saúde de Zimpeto** é uma unidade sanitária de nível primário cuja função é implementar a estratégia de cuidados de saúde primários, sendo o primeiro ponto de contato da população com os serviços de saúde. Localiza-se no distrito urbano nº 5 – KaMubukwana, no município de Maputo, no bairro periurbano de Zimpeto. Possui uma área sanitária total de 4,5 km², com uma população de 323.370 habitantes, distribuídos em 90 quarteirões e 125.835 agregados familiares (INE, 2017). Este centro de saúde atende, além dos residentes do bairro de Zimpeto e de Magoanine C, que fazem parte de sua área de jurisdição, pacientes de bairros circunvizinhos, como Khongolote, Intaka, Boquisso, Kumbeza, Mathemele e Matendene.

Em relação à equipe, o Centro de Saúde de Zimpeto conta com um grupo multidisciplinar, composto por médicos de clínica geral e outros profissionais de saúde, além de pessoal de apoio. Há também diversos colaboradores provenientes de parceiros, como agentes comunitários de saúde, mentores maternos e paternos, paralegais e educadores de pares. O centro possui três gabinetes para consultas pré-natais, sendo dois para atendimento de adultos e um para adolescentes. Dados fornecidos pelo Núcleo de Estatística Distrital (NED, informação não publicada, 2024) indicam que atende, em média, 256 mulheres grávidas mensalmente.

O **Centro de Saúde do Alto Maé** localiza-se no distrito urbano nº 1 – KaMphumo, no município de Maputo, no bairro do Alto Maé, na esquina das avenidas Eduardo Mondlane e Albert Lithuli. Este centro apresenta características semelhantes ao Centro de Saúde de Zimpeto, diferenciando-se principalmente por sua localização em uma área urbana. Conta com três gabinetes para consultas pré-natais (dois para adultos e um para adolescentes), atende em média, 300 mulheres grávidas por mês (NED, informação não publicada, 2024).



A escolha dos locais de estudo baseou-se no facto de ambas serem unidades sanitárias de nível primário com características semelhantes, diferenciando-se principalmente pela localização: enquanto o Centro de Saúde do Alto Maé está situado em uma área urbana, o Centro de Saúde de Zimpeto localiza-se em uma área periurbana.

Fonte: Adaptado de Cartografia- (CMM)- Dados: Mapa sanitário 2013.

4.3. Período do estudo

Neste estudo, a prevalência foi determinada por meio de um estudo transversal, com a recolha de dados ocorrendo ao longo do mês de Maio de 2025. Para cada participante, a informação foi colhida em um momento único, utilizando instrumentos que avaliam a presença de sintomas em períodos específicos: a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21), que se refere à última semana, e o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), que se refere às últimas duas semanas. Assim, o cálculo da prevalência reflectiu **a prevalência de período**, correspondente à frequência dos casos nesses intervalos de tempo definidos pelos instrumentos de rastreio.

4.4. População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes

4.4.1. População do estudo

A população do estudo transversal foi composta por todas as gestantes atendidas nos locais de estudo durante o período da pesquisa. Considerando o número médio de atendimentos mensais, com cerca de 300 gestantes no Centro de Saúde do Alto Maé e 256 no Centro de Saúde de Zimpeto, estimou-se que a população deste estudo fosse de 556 gestantes.

4.4.2. Amostra

Cálculo amostral

O tamanho amostral mínimo foi determinado com base na fórmula para populações infinitas:

$$n = \frac{(Z^2 * p * (1 - p))}{d^2}$$

onde:

Z = 1,96 (nível de confiança de 95%),

p = 0,5 (prevalência esperada de 50%, valor conservador que maximiza a variabilidade),

d = 0,05 (erro amostral máximo tolerado).

Esse cálculo resulta em n = 384, que representa o número necessário caso a população fosse infinita.

Contudo, considerando que a população mensal de gestantes atendidas nas duas unidades é N = 556, aplicou-se a correcção para população finita, conforme a fórmula:

$$n_{\text{corrigido}} = \frac{n}{(1 + (n/N))}$$

$$n_{\text{corrigido}} = \frac{384}{1 + (384 / 556)} \approx 227,13$$

Assim, o tamanho amostral mínimo estimado foi de 227 gestantes ($\approx 227,13$). Incluiu-se 229 gestantes, um valor que correspondeu ao total efectivamente alcançado e que assegurou um poder estatístico ligeiramente superior ao mínimo exigido (garantindo um erro máximo de 5% e nível de confiança de 95%).

Para cálculo da proporção de amostra por cada unidade sanitária, usou-se a seguinte fórmula:

$$P = \frac{X}{N} \quad \text{onde:}$$

P= proporção amostral;

X= dimensão da amostra e;

N= dimensão da população.

Tabela 1-Proporção amostral do estudo transversal.

Unidade Sanitária	População	Proporção por US	Amostra ajustada	Amostra por US
Alto Maé	300	0,539	229	124
Zimpeto	256	0,461		105
Total	556			229

4.4.3. Amostragem

A amostragem foi probabilística proporcional e sistemática, com base no número médio de gestantes atendidas em cada centro (Alto Maé: 300; Zimpeto: 256).

Para garantir a sistematização, o intervalo de selecção (k) foi calculado diariamente, de forma independente para cada centro. O cálculo baseou-se numa estimativa de 20 dias úteis de consulta pré-natal por mês, resultando numa População Elegível Diária de aproximadamente 15 gestantes no Alto Maé e 12 gestantes no Zimpeto. O k foi determinado pela razão entre o total de gestantes presentes na sala (N diário) e a quota diária de recrutamento (n diário), que foi definida em 7 para Alto Maé e 6 para Zimpeto.

O processo iniciava com o sorteio de um Ponto de Partida Aleatório (um número entre 1 e k) através de uma roleta eletrónica. A partir desse ponto, as gestantes subsequentes eram abordadas seguindo o intervalo de selecção (k), para garantir que todas as elegíveis tivessem igual probabilidade de inclusão.

No total, 250 gestantes seleccionadas pelo método sistemático foram abordadas para o consentimento informado. Destas, 21 recusaram ou foram excluídas por não preencherem os critérios de elegibilidade finais, resultando numa amostra final de 229 participantes e numa taxa de participação de 91,6%.

4.5. Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- ❖ Ser gestante e realizar as consultas pré-natais no local do estudo;
- ❖ Ter idade maior ou igual a 18 anos;
- ❖ Assinar o termo de consentimento livre e informado.

Foram considerados critérios de exclusão:

- ❖ Ter alguma condição médica ou linguística que impossibilite a participação no estudo;
- ❖ Exigir benefícios não previstos no estudo.

4.6. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados

4.6.1. Procedimentos

Após a aprovação do protocolo pelo Comité Institucional de Bioética em Saúde e a autorização do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo, a recolha de dados foi realizada pelos profissionais de saúde alocados nos locais de estudo, os quais foram previamente treinados em matéria de ética e deontologia em pesquisa com populações vulneráveis, gestão de informações sensíveis, protocolos de encaminhamento bem como na aplicação dos testes DASS-21 e PHQ-9MZ. O tempo estimado para a recolha individual dos dados foi de 20 a 30 minutos.

A sensibilização para participação foi feita nas salas de espera das consultas pré-natais. As gestantes que manifestaram interesse em participar foram encaminhadas individualmente para um gabinete de consulta que garantia privacidade. Foram verificados os critérios de inclusão e exclusão, e todas as participantes que atenderam aos critérios de inclusão receberam informações claras e detalhadas sobre o estudo, seus objectivos, procedimentos, potenciais riscos e benefícios, e, após o devido esclarecimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade das informações. Não tivemos participantes não alfabetizadas, por isso, não foi necessária a solicitação da impressão digital.

4.6.2. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados, o estudo utilizou um questionário sociodemográfico, o teste DASS-21 e o PHQ-9-MZ para avaliar a prevalência de depressão, ansiedade e stress em gestantes nos centros de saúde do Alto Maé e Zimpeto.

O questionário sociodemográfico foi elaborado com base em pesquisas semelhantes desenvolvidas na área (de Oliveira et al., 2014). A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS) foi desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) e é baseada no modelo tripartido de ansiedade, depressão e stress, originalmente composta por 42 itens divididos em três subescalas com 14 itens cada. A versão reduzida, DASS-21, possui 21 itens (Lovibond & Lovibond, 1995). Esse modelo tripartido de ansiedade, depressão e stress inclui três factores: afectividade negativa (AN), presente na ansiedade e depressão; afecto positivo reduzido (AF), comum na depressão; e hiperestimulação fisiológica (HF), comum na ansiedade (Clark & Watson, 1991, citado por (Mendonça, 2020). A escala foi adaptada e validada para o português brasileiro por Vignola e Tucci, (2014), e essa foi a versão usada nesse estudo.

A DASS-21 é uma escala do tipo Likert que varia de 0 a 3 pontos, com as seguintes opções de resposta: 0 - "não se aplicou de maneira alguma"; 1 - "aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo"; 2 - "aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo"; e 3 - "aplicou-se muito, ou na maioria do tempo". A pontuação de cada subescala do DASS-21 vai de 0 a 21, devendo ser multiplicada por dois para obter os escores finais. As classificações dos escores finais são as seguintes:

- ❖ **Depressão:** Normal (0-9), Leve (10-13), Moderada (14-20), Grave (21-27), e Extremamente Grave (28 ou maior);
- ❖ **Ansiedade:** Normal (0-7), Leve (8-9), Moderada (10-14), Grave (15-19), e Extremamente Grave (20 ou maior);
- ❖ **Stress:** Normal (0-14), Leve (15-18), Moderado (19-25), Grave (26-33), e Extremamente Grave (34 ou maior) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Os itens do DASS-21 estão distribuídos nas subescalas da seguinte forma: Depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21), Ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20), e Stress (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18).

O PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), ou Questionário de Saúde do Paciente-9, é uma ferramenta de triagem amplamente utilizada para avaliar a presença e a gravidade dos sintomas de depressão. Consiste em nove perguntas baseadas nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Cada pergunta é avaliada em uma escala de 0 a 3, correspondendo a "não ocorre", "ocorre vários dias", "ocorre mais da metade dos dias" e "ocorre diariamente", com uma pontuação total variando de 0 a 27, sendo que pontuações mais altas indicam maior gravidade dos sintomas depressivos.

O PHQ-9-MZ é um instrumento de triagem autoadministrado, também composto de nove questões, com respostas em escala Likert que abrangem as últimas duas semanas e variam de "0 = nada" a "3 = quase todos os dias". Este instrumento é amplamente utilizado em Moçambique para rastrear depressão em populações de risco, monitorar a gravidade da depressão e a resposta ao tratamento, com duração média de aplicação de 15 minutos (Cumbe et al., 2020). O PHQ-9 é

particularmente sensível para triagem de ideação suicida, abordada na questão número 9: "*Nas últimas 2 semanas, quantos dias você pensou que seria melhor morrer ou fazer mal a si mesmo?*"

Como o DASS-21 ainda não foi validado para a população moçambicana, o PHQ-9-MZ foi usado como critério de **validade concorrente** na subescala de depressão, permitindo examinar a correlação entre os escores dos dois instrumentos e avaliar a equivalência teórica entre os constructos.

4.7. Plano de gestão e análise de dados

O registro das respostas foi realizado directamente em uma base de dados eletrónica desenvolvida na plataforma REDCap (Research Electronic Data Capture, versão 5.30.5). O uso do REDCap garantiu a qualidade e precisão dos dados na fonte, eliminando a necessidade da verificação dupla manual. Isso foi assegurado pela implementação de mecanismos de controle interno, como: verificação automática de consistência e rastreabilidade de alterações. Os dados foram revisados e limpos para corrigir possíveis inconsistências, utilizando o software estatístico *SPSS 27.0 (Statistical Package for the Social Sciences)*. A consistência interna dos dados foi aferida por meio do teste Alfa de Cronbach e o nível de significância adoptado foi de 5% ($p < 0,05$)

A análise dos dados decorreu em três etapas principais:

1. **Estatística Descritiva:** As variáveis quantitativas foram sumarizadas por média, desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.
2. **Análise Estatística Inferencial:** Para comparação de médias, utilizaram-se os testes t-student ou Mann-Whitney (em caso de assimetria). Na comparação de proporções, aplicaram-se os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher; para variáveis politômicas com significância estatística, a análise de resíduos ajustados foi empregada para localizar as associações específicas. Para controle de factores confundidores, o modelo multivariado de Regressão de Poisson foi aplicado, calculando-se as Razões de Prevalências (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O critério de inclusão no modelo multivariado foi de um valor $p < 0,10$ na análise bivariada, mantendo-se no modelo final somente as variáveis que apresentaram significância estatística.

3. **Correlação entre Variáveis:** Foi utilizada a correlação de Spearman (ρ , rho), uma medida de correlação não paramétrica que avalia a relação entre duas variáveis sem pressupor uma distribuição específica de frequências.

Além disso, foi realizada **uma análise de regressão multivariada** para examinar as relações entre múltiplas variáveis simultaneamente, utilizando o método padrão do SPSS para correlação de dados provenientes de questionários (Meirelles, 2014; Patricio & Pereira, 2013).

4.8.Variáveis

Tabela 2-Variáveis do estudo transversal.

Objectivos Específicos	1 e 2	Variável	Análise de dados
Estimar a prevalência de depressão, ansiedade e stress em gestantes por meio de um estudo transversal, determinando as taxas desses transtornos entre gestantes atendidas nos centros de saúde do Alto Maé e Zimpeto		Ansiedade, Depressão e Stress.	Estas variáveis foram avaliadas por meio da Escala DASS-21 (Depressão, Ansiedade e Stress) e do PHQ-9-MZ (Depressão). Foram tratadas tanto como variáveis contínuas (scores brutos obtidos nos instrumentos, reflectindo a intensidade dos sintomas) quanto como variáveis categóricas (classificação em níveis de severidade – Normal, Leve, Moderada, Grave e Extremamente Grave, conforme os pontos de corte estabelecidos pelos respectivos instrumentos).

Identificar factores associados por meio da análise dos factores demográficos, socioeconómicos e clínicos relacionados à depressão, ansiedade e stress nas gestantes participantes do estudo transversal, buscando identificar possíveis determinantes desses transtornos.

Idade (variável contínua), estado civil (categórica), nível de escolaridade (categórica), ocupação (categórica), renda familiar (categórica - faixas de renda), residência (categórica: urbana/periurbana), histórico médico familiar (categórica), história obstétrica (número de gestações e paridade - contínuas; histórico de abortos - categórica), idade gestacional (contínua), planeamento familiar (categórica), religião (categórica), prática de actividade física (categórica), qualidade de sono (categórica, baseada em categorização de respostas), tratamentos de longa duração (categórica) e

Foi calculada a correlação de Spearman (ρ) entre os escores dos dois instrumentos (DASS-21 - Depressão e PHQ-9-MZ) para avaliar a força e a direcção da associação entre eles, examinando a equivalência teórica dos constructos de depressão avaliados por ambas as escalas.

Para descrever o perfil da amostra foram utilizadas estatísticas descritivas: frequências absolutas e relativas (percentagens) para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas.

O teste de Qui-quadrado foi usado para avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas/clínicas categóricas e a presença ou não dos níveis de depressão, ansiedade e stress. Adicionalmente, para identificar os determinantes independentes desses transtornos, foi realizada

5. Considerações éticas

5.1. Normas éticas a seguir e comités que vão aprovar o estudo

No presente estudo foram respeitadas as questões éticas, baseando-se em princípios estabelecidos pela Declaração de Helsínquia (2000), respectivamente: 1, 2, 5, 7, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 22, 23, e 27. Relacionados a este estudo, como: respeito a privacidade, protecção e dignidade humana, submissão a um comité de ética, obrigatoriedade de fornecer informação referente a financiamento, conflito de interesse, riscos, benefícios, participação voluntária, confidencialidade, consentimento informado, e divulgação dos resultados.

Foram rigorosamente observados os princípios éticos aplicáveis à pesquisa em saúde, em conformidade com a Lei de Investigação em Saúde Humana em vigor em Moçambique (Boletim da República, 2023). Para a realização da recolha de dados, foi formalmente solicitada e obtida autorização junto aos Serviços de Saúde da Cidade de Maputo, assegurando o cumprimento dos requisitos éticos, institucionais e legais aplicáveis, e o protocolo foi submetido ao comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM & HCM) onde recebeu o código de aprovação: **CIBSFM&HCM/151/2024**. Não houve quaisquer modificações substanciais subsequentes ao protocolo ou ferramentas do estudo com humanos que ditasse a necessidade de submissão a este comité antes da implementação.

5.2. Potenciais riscos e como estes foram minimizados

Essa pesquisa teve riscos mínimos na realização como: dispêndio de tempo para participar do estudo, possibilidade de constrangimento ao responder os questionários, vergonha, cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas, possibilidade de constrangimento ou alteração do

comportamento provocadas pela evocação de memórias sobre sua condição psicológica durante a recolha dos dados. Esses riscos foram minimizados pelo esclarecimento do objectivo do estudo, garantia de explicações necessárias para responder às questões, garantia da liberdade de se recusar a continuar a responder o questionário sem penalização nenhuma por parte dos pesquisadores e o encaminhamento, sempre que uma participante apresentasse níveis moderado a extremamente grave de sintomas e quando apresentasse ideação suicida, à assistência por profissionais: psicólogos e técnicos de psiquiatria. Contudo, o seguimento nessas consultas não era foco do estudo.

5.3. Consentimento informado

A participação no estudo foi realizada individualmente após as consultas pré-natais de rotina, de modo a não criar viés de relação entre a qualidade de atendimento e a participação na pesquisa, foi lido e oferecido o Termo de Consentimento Livre e Informado para assinatura e esclarecidas todas as questões relacionadas ao estudo.

5.4. Confidencialidade

Para garantir a confidencialidade dos participantes, não foram colhidos dados de identificação como número de bilhete de identificação, os termos de consentimento livre e informado foram segregados dos instrumentos de recolha. Os dados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos. Os dados serão armazenados em servidor seguro, com acesso restrito e protegido por credenciais, pelo período mínimo exigido pelas normas éticas e institucionais, exclusivamente para fins de auditoria ou verificação académica (Boletim da República, 2023). Após esse período, os dados serão eliminados de forma segura, garantindo-se, em todas as etapas, a confidencialidade e o anonimato das participantes. Os dados foram introduzidos por meio de *tablets* no aplicativo *RedCap*. Foram garantidas todas as medidas de segurança, de modo que só a investigadora principal e o supervisor tiveram o código de acesso à plataforma para a área de estatística e dados.

5.5. Potenciais benefícios

Esta pesquisa teve como benefício imediato a oportunidade de as participantes terem o seu nível de depressão, stress e ansiedade avaliados e como benefício a longo prazo o impacto positivo na melhoria da política dos cuidados de saúde mental oferecidos às gestantes, melhorando não só a saúde delas, mas também dos filhos, da família e da sociedade no geral.

6. Limitações do Estudo

Generalização dos Resultados: A amostra limitada aos Centros de Saúde do Alto Maé e do Zimpeto restringe a generalização dos resultados para outras regiões e contextos socioculturais do país, além de impedir inferências causais entre os sintomas avaliados e a gestação, dada a natureza transversal do estudo. Ainda assim, a selecção das participantes foi conduzida de forma verdadeiramente aleatória e proporcional, assegurando a representatividade interna da amostra em relação às unidades incluídas.

Viés de Auto-Relato: A utilização de questionários de autorelato, como o DASS-21 e o PHQ-9, pode introduzir vieses nas respostas, influenciando a precisão dos dados colhidos. O viés foi minimizado pela garantia da anonimidade das respostas (não se solicitou nomes nos questionários) e aplicação assistida por um profissional, para minimizar o viés de desejabilidade social.

Confusão de Sintomas Gestacionais e Transtornos Mentais: A dificuldade em distinguir sintomas comuns da gravidez de manifestações de transtornos mentais pode afectar a exatidão das avaliações. Essa limitação foi minimizada pelo rigoroso treinamento dos profissionais de saúde responsáveis pela recolha de dados, focando na correcta aplicação e interpretação dos instrumentos. Adicionalmente, a aplicação do PHQ-9-MZ, instrumento validado para a população moçambicana para rastreio de depressão, foi fundamental. Este último serviu como critério de validade concorrente para a subescala de depressão do DASS-21, mitigando assim a falta de validação local do DASS-21 e fortalecendo a identificação de sintomas clinicamente relevantes.

Limitações da revisão integrativa: A Revisão Integrativa da Literatura não foi realizada devido a restrições de acesso a bases de dados robustas e pagas (Web of Science, Scopus e PsycINFO). A exigência metodológica de um rastreio sistemático e exaustivo ficaria comprometida pela dependência exclusiva de fontes de acesso livre, introduzindo um potencial viés de selecção e de publicação. Priorizou-se, assim, a validade interna e a robustez do estudo empírico transversal,

assegurando a fidedignidade dos dados primários locais, que constituem uma contribuição essencial e até então pouco documentada para o contexto moçambicano

7. Resultados

7.1. Caracterização da Amostra

Esta secção apresenta os principais achados do estudo, que investigou a caracterização de uma amostra de 229 participantes com os factores associados a sintomas depressivos, de ansiedade e de stress, utilizando os questionários PHQ-9-MZ e DASS-21.

A amostra total foi de 229 participantes, a maioria dos participantes (54,1%) foi recrutada no Centro de Saúde Alto Maé, conforme ilustrado no gráfico de *local de recolha de dados*

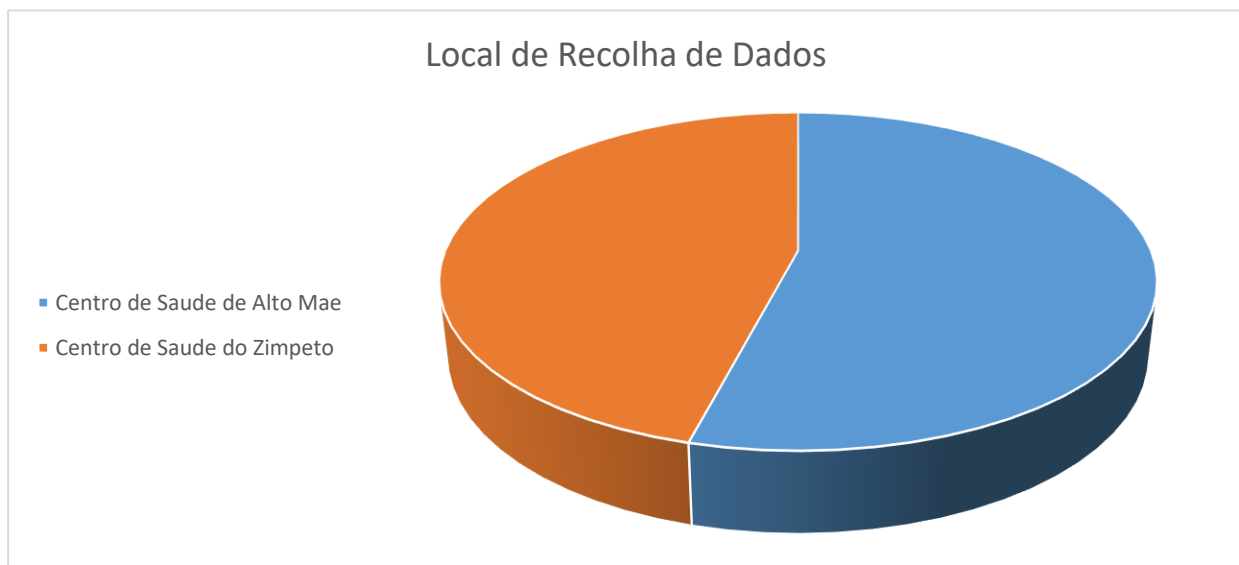


Figura 3-Local de Recolha de Dados

Em termos de composição domiciliar, a maioria dos participantes (72,1%) vivia com o parceiro, seguido por aqueles que viviam com os pais (16,2%). A distribuição completa está detalhada no gráfico de distribuição: *com quem vive*.

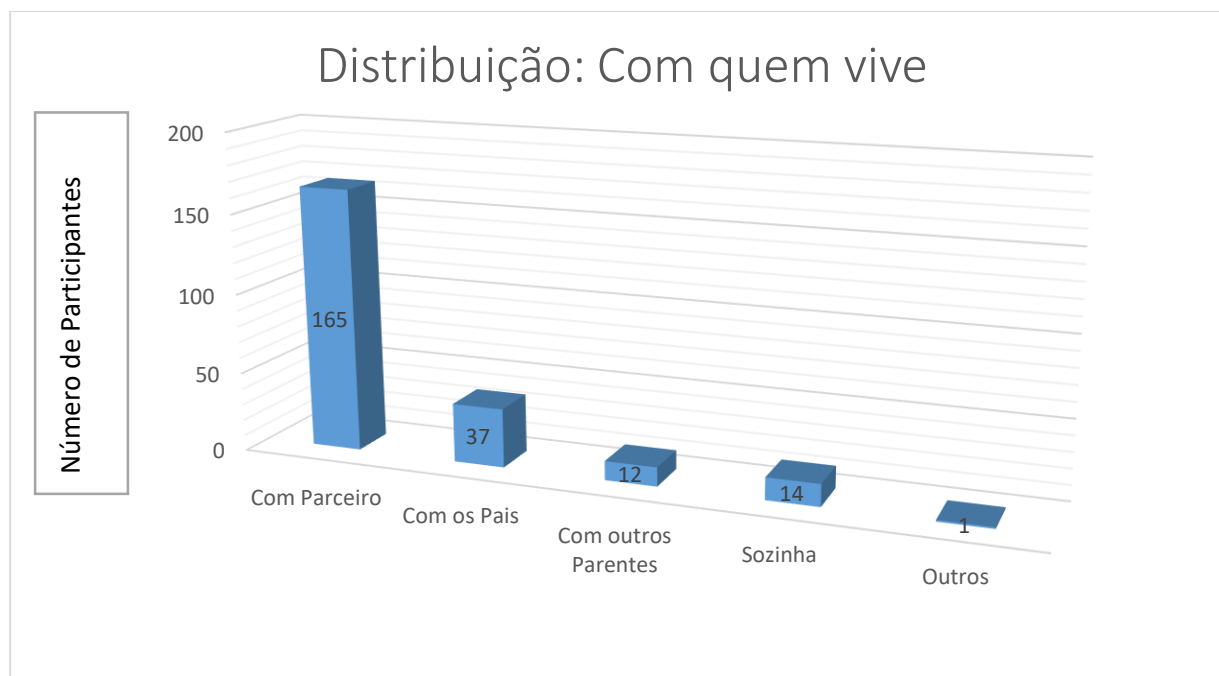


Figura 4-Distribuição com quem vive

Quanto à ocupação, 64,7% da amostra tinha alguma ocupação. Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes (49,3%) possuía nível básico de instrução. A afiliação religiosa predominante foi a protestante, representando 63,3% da amostra. Para as demais características sociodemográficas e clínicas, a **Tabela 3** detalha completamente a composição da amostra. A mediana de gestações foi de 2 (P25-P75: 2-3) e de filhos vivos actuais foi de 1 (P25-P75: 0-2). Um quarto das participantes (24,5%), relataram ter tido aborto ou nado morto. A maioria das gestantes estava no 2º trimestre (49,6%) e a maioria não realizava planeamento familiar (69,0%).

Tabela 3-Characterização da amostra

Variáveis	n=229
Idade (anos) – média ± DP	28,8 ± 5,9
Local de coleta – n(%)	
Centro de saúde Alto MAE	124 (54,1)
Centro de saúde Zimpeto	105 (45,9)
Com quem vive – n(%)	

Com os pais	37 (16,2)
Com outros parentes	12 (5,2)
Com parceiro	165 (72,1)
Sozinha	14 (6,1)
Outros	1 (0,4)
Ocupação (n=224) – n(%)	
Com	145 (64,7)
Sem	79 (35,3)
Escolaridade (n=229) – n(%)	
Nenhum	1 (0,4)
Primário	19 (8,3)
Básico	113 (49,3)
Médio	72 (31,4)
Licenciatura	24 (10,5)
Número de gestações – mediana (P25 – P75)	2 (2 – 3)
Teve aborto/filho nascido morto – n(%)	56 (24,5)
Número de vivos atuais – mediana (P25 – P75)	1 (0 – 2)
Trimestre gestacional (n=229) – n(%)	
1º	60 (26,3)
2º	114 (49,6)
3º	55 (24,1)
Planeamento familiar – n(%)	
Sim	71 (31,0)
Não	158 (69,0)
Religião – n(%)	
Ateu	1 (0,4)
Católica	46 (20,1)
Muçulmano	27 (11,8)
Espírita	8 (3,5)

Protestante	145 (63,3)
Outra	2 (0,9)
Estado civil – n(%)	
Casada	45 (19,7)
União de facto	70 (30,6)
Solteira	114 (49,8)
Renda mensal – n(%)	
< 10.000 mtn	157 (68,6)
De 10.000 a 15.000 mtn	56 (24,5)
De 15.000 a 20.000 mtn	10 (4,4)
>20.000 mtn	6 (2,6)
Legenda: DP=Desvio padrão; P25=Percentil 25; P75=Percentil 75	

7.2. Prevalência de Sintomas Depressivos, de Ansiedade e Stress

Os sintomas depressivos foram avaliados por meio de duas escalas: PHQ-9-MZ e DASS-21. Pelo PHQ-9-MZ, 80,3% das gestantes apresentaram algum grau de depressão (de leve a grave). Na DASS-21, 59,4% manifestaram sintomas depressivos em algum nível (de leve a extremamente severo), sendo 48,0% classificados como leves. Em relação à ansiedade, 65,9% das participantes relataram sintomas entre leve e extremamente severo, com 19,2% na categoria extremamente severa. Quanto ao stress, 24,9% apresentaram algum nível de sintomatologia, enquanto a maior parte da amostra (75,1%) foi classificada como normal. Mais detalhes da prevalência podem ser visualizados no *gráfico 5*.

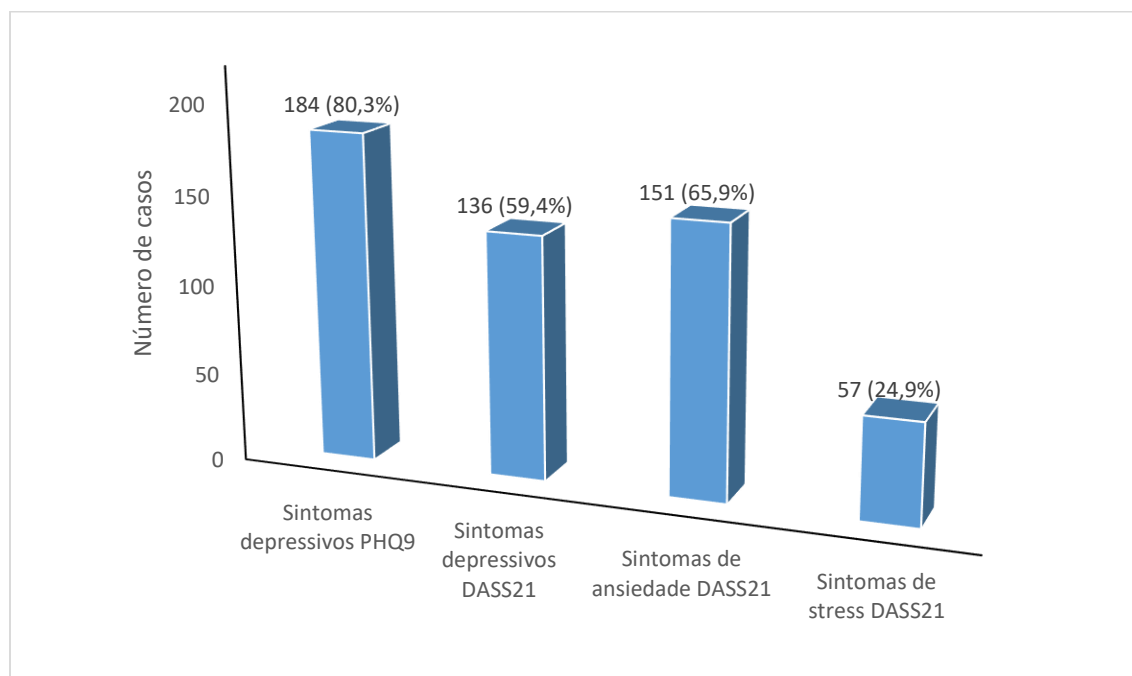


Figura 5--Prevalência de sintomas depressivos, de ansiedade e de stress pelo PHQ-9-MZ e DASS-21.

Considerando o ponto de corte a partir do nível moderado nas subescalas da DASS-21, observou-se que 38,9% das gestantes apresentaram sintomas depressivos, 57,6% sintomas ansiosos e 14,4% sintomas de stress. Pela escala PHQ-9, a prevalência de sintomas depressivos moderados ou superiores foi de 32,2%. Esses resultados indicam uma proporção expressiva de gestantes com níveis de sofrimento psicológico compatíveis com risco aumentado de transtornos mentais

comuns, especialmente na dimensão da ansiedade, que apresentou a maior frequência relativa entre os domínios avaliados. Conforme detalhado na *tabela 3*.

Tabela 4-Dados de sintomas depressivos, de ansiedade e stress.

Variáveis	n=229
Escore total PHQ9 – mediana (P25 – P75)	7 (5 – 10)
Classificação sintomas depressivos PHQ9 – n (%)	
Sem depressão	45 (19,7%)
Depressão leve	110 (48,0%)
Depressão moderada	53 (23,1%)
Depressão moderada a grave	20 (8,7%)
Depressão grave	1 (0,4%)
Escore total Depressão DASS 21 – mediana (P25 – P75)	10 (4 – 16)
Classificação Escore total Depressão DASS 21 – n (%)	
Normal	93 (40,6%)
Leve	47 (20,5%)
Moderado	62 (27,1%)
Severo	20 (8,7%)
Extremamente severo	7 (3,1%)
Escore total Ansiedade DASS 21 – mediana (P25 – P75)	10 (4 – 18)
Classificação Escore total Ansiedade DASS 21 – n (%)	
Normal	78 (34,1%)
Leve	19 (8,3%)
Moderado	50 (21,8%)
Severo	38 (16,6%)
Extremamente severo	44 (19,2%)
Escore total Stress DASS 21 – mediana (P25 – P75)	10 (4 – 15)
Classificação Escore total Stress DASS 21 – n (%)	
Normal	172 (75,1%)
Leve	24 (10,5%)
Moderado	25 (10,9%)
Severo	8 (3,5%)
Extremamente severo	0 (0,0%)

7.3. Factores Associados a Sintomas Depressivos (PHQ-9MZ)

A *tabela 5* apresenta os resultados da análise bivariada para os sintomas depressivos avaliados. Variáveis como local de recolha ($p<0,001$), composição domiciliar escolaridade ($p=0,037$), realização de planeamento familiar ($p<0,001$) e estado civil ($p<0,001$) foram significativamente associadas aos sintomas depressivos.

Tabela 3-apresenta os resultados da análise bivariada para os sintomas depressivos avaliados.

Variáveis	Com sintomas depressivos	Sem sintomas depressivos	p
Idade (anos) – média ± DP	28,8 ± 5,7	29,0 ± 6,8	0,842
Local de recolha – n (%)			<0,001
Centro de saúde Alto MAE	119 (64,7)	5 (11,1)	
Centro de saúde Zimpeto	65 (35,3)	40 (88,9)	
Com quem vive – n (%)			0,009
Com os pais	36 (19,6) *	1 (2,2)	
Com outros parentes	9 (4,9)	3 (6,7)	
Com parceiro	124 (67,4)	41 (91,1) *	
Sozinha	14 (7,6)	0 (0,0)	
Outros	1 (0,5)	0 (0,0)	
Com Ocupação (n=224) – n (%)	119 (66,1)	26 (59,1)	0,485
Escolaridade (n=229) – n (%)			0,037
Nenhum	1 (0,5)	0 (0,0)	
Primário	11 (6,0)	8 (17,8) *	
Básico	88 (47,8)	25 (55,6)	
Médio	62 (33,7)	10 (22,2)	
Licenciatura	22 (12,0)	2 (4,4)	
Número de gestações – mediana (P25 – P75)	2 (1 – 3)	3 (2 – 4)	0,071
Teve aborto/filho nascido morto – n (%)	40 (21,7)	16 (35,3)	0,082
Número de vivos atuais – mediana (P25 – P75)	1 (0 – 2)	1 (1 – 2)	0,080
Trimestre gestacional (n=228) – n (%)			0,059
1º	43 (23,4)	17 (38,6)	
2º	92 (50,0)	21 (47,7)	
3º	49 (26,6)	6 (13,6)	
Planeamento familiar – n (%)			<0,001
Sim	67 (36,4)	4 (8,9)	
Não	117 (63,6)	41 (91,1)	
Religião – n (%)			0,153

Ateu	1 (0,5)	0 (0,0)	
Católica	37 (20,1)	9 (20,0)	
Muçulmano	25 (13,6)	2 (4,4)	
Espírita	4 (2,2)	4 (8,9)	
Protestante	115 (62,5)	30 (66,7)	
Outra	2 (1,1)	0 (0,0)	
Estado civil – n (%)			<0,001
Casada	41 (22,3) *	4 (8,9)	
União de facto	43 (23,4)	27 (60,0) *	
Solteira	100 (54,3) *	14 (31,1)	
Renda mensal – n (%)			0,505
< 10.000 mtn	122 (66,3)	35 (77,8)	
De 10.000 a 15.000 mtn	48 (26,1)	8 (17,8)	
De 15.000 a 20.000 mtn	9 (4,9)	1 (2,2)	
>20.000 mtn	5 (2,7)	1 (2,2)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Tabela 4-Factores associados a sintomas depressivos pelo PHQ9 - continuação

Variáveis	Com sintomas depressivos	Sem sintomas depressivos	P
Dedica tempo para actividades de lazer – n (%)			0,608
Nunca	32 (17,4)	6 (13,3)	
Raramente	99 (53,8)	26 (57,8)	
Ocasionalmente	41 (22,3)	8 (17,8)	
Frequentemente	12 (6,5)	5 (11,1)	
Qualidade do sono (n=228) – n (%)			0,789
Satisfatório	136 (73,9)	34 (77,3)	
Insatisfatório	48 (26,1)	10 (22,7)	
Faz algum tratamento de longa duração – n (%)	24 (13,3)	3 (6,8)	0,357
Se sim, qual tratamento (n=24) – n (%)			0,954

TARV	21 (91,3)	1 (100)	
Hipertensão	1 (4,3)	0 (0,0)	
TARV + Hipertensão	1 (4,3)	0 (0,0)	
Faz acompanhamento com profissional da saúde mental – n (%)	11 (6,0)	2 (4,4)	1,000
Tem algum parente que fez ou faz acompanhamento com profissional da saúde mental – n (%)	8 (4,3)	0 (0,0)	0,359

A análise multivariada de Regressão de Poisson (**Tabela 7**), revelou os factores independentemente associados aos sintomas depressivos pelo PHQ-9-MZ. Ajustados para outros factores, os participantes do Centro de Saúde Alto Maé apresentaram uma prevalência 47% maior de sintomas depressivos (RP=1,47; IC 95%: 1,20 – 1,79; p<0,001). Viver com os pais (RP=1,16; p=0,005), sozinha (RP=1,19; p<0,001) ou com outros (RP=1,13; p=0,019) foram associados a um aumento na prevalência de sintomas depressivos. A realização de planeamento familiar aumentou em 14% a prevalência desses sintomas (RP=1,14; p=0,016). Em relação ao estado civil, ser casada (RP=1,39; p=0,002) ou solteira (RP=1,29; p=0,017) resultou em um aumento significativo na prevalência.

Tabela 5-Análise de Regressão de Poisson com variância robusta para avaliar fatores independentemente associados a sintomas depressivos pelo PHQ-9-MZ.

Variáveis	Razão de Prevalências	IC 95%	P
Centro de Saúde Alto Maé	1,47	1,20 – 1,79	p<0,001
Com quem vive – n (%)			
Com os pais	1,16	1,05 – 1,29	0,005
Com outros parentes	0,94	0,67 – 1,31	0,700
Com parceiro	1,00	-	-
Sozinha	1,19	1,09 – 1,31	<0,001
Outros	1,13	1,02 – 1,24	0,019
Planeamento familiar	1,14	1,02 – 1,26	0,016

Estado civil			
Casada	1,39	1,13 – 1,71	0,002
União de facto	1,00	-	-
Solteira	1,29	1,05 – 1,59	0,017

7.4. Factores Associados a Sintomas Depressivos (DASS-21)

A *tabela 8* detalha os resultados da análise bivariada para os sintomas depressivos avaliados pelo DASS21. Associações significativas foram encontradas com o local de recolha ($p<0,001$), arranjo domiciliar ($p<0,001$), realização de planeamento familiar ($p<0,001$), estado civil ($p<0,001$) e histórico de parente com acompanhamento de saúde mental ($p=0,023$).

Tabela 6-Factores associados a sintomas depressivos pelo DASS21

Variáveis	Com sintomas depressivos	Sem sintomas depressivos	P
Idade (anos) – média $\pm$ DP	29,0 $\pm$ 6,0	28,6 $\pm$ 5,9	0,617
Local de recolha – n (%)			<0,001
Centro de saúde Alto Maé	96 (70,6)	28 (30,1)	
Centro de saúde Zimpeto	40 (29,4)	65 (69,9)	
Com quem vive – n (%)			<0,001
Com os pais	32 (23,5) *	5 (5,4)	
Com outros parentes	8 (5,9)	4 (4,3)	
Com parceiro	82 (60,3)	83 (89,2) *	
Sozinha	13 (9,6) *	1 (1,1)	
Outros	1 (0,7)	0 (0,0)	
Com Ocupação (n=224) – n (%)	93 (69,4)	52 (57,8)	0,100
Escolaridade (n=393) – n (%)			0,089
Nenhum	1 (0,7)	0 (0,0)	
Primário	7 (5,1)	12 (12,9)	
Básico	63 (46,3)	50 (53,8)	
Médio	49 (36,0)	23 (24,7)	

Licenciatura	16 (11,8)	8 (8,6)	
Número de gestações – mediana (P25 – P75)	2 (1 – 3)	3 (2 – 3)	0,093
Teve aborto/filho nascido morto – n (%)	31 (22,8)	25 (26,9)	0,582
Número de vivos atuais – mediana (P25 – P75)	1 (0 – 2)	1 (1 – 2)	0,112
Trimestre gestacional (n=228) – n (%)			0,234
1º	30 (22,2)	30 (32,3)	
2º	70 (51,9)	43 (46,2)	
3º	35 (25,9)	20 (21,5)	
Planeamento familiar – n (%)			<0,001
Sim	57 (41,9)	14 (15,1)	
Não	79 (58,1)	79 (84,9)	
Religião – n (%)			0,078
Ateu	0 (0,0)	1 (1,1)	
Católica	33 (24,3)	13 (14,0)	
Muçulmano	20 (14,7)	7 (7,5)	
Espírita	3 (2,2)	5 (5,4)	
Protestante	79 (58,1)	66 (71,0)	
Outra	1 (0,7)	1 (1,1)	
Estado civil – n (%)			<0,001
Casada	31 (22,8)	14 (15,1)	
União de facto	26 (19,1)	44 (47,3) *	
Solteira	79 (58,1) *	35 (37,6)	
Renda mensal – n (%)			0,067
< 10.000 mtn	87 (64,0)	70 (75,3)	
De 10.000 a 15.000 mtn	41 (30,1)	15 (16,1)	
De 15.000 a 20.000 mtn	6 (4,4)	4 (4,3)	
>20.000 mtn	2 (1,5)	4 (4,3)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Tabela 7-Factores associados a sintomas depressivos pelo DASS21 - continuação

Variáveis	Com sintomas depressivos	Sem sintomas depressivos	P
Dedica tempo para actividades de lazer – n (%)			0,119
Nunca	24 (17,6)	14 (15,1)	
Raramente	78 (57,4)	47 (50,5)	
Ocasionalmente	22 (16,2)	27 (29,0)	
Frequentemente	12 (8,8)	5 (5,4)	
Qualidade do sono (n=228) – n (%)			0,734
Satisfatório	103 (75,7)	67 (72,8)	
Insatisfatório	33 (24,3)	25 (27,2)	
Faz algum tratamento de longa duração – n (%)	18 (13,3)	9 (10,0)	0,586
Se sim, qual tratamento (n=24) – n (%)			0,638
TARV	15 (88,2)	7 (100)	
Hipertensão	1 (5,9)	0 (0,0)	
TARV + Hipertensão	1 (5,9)	0 (0,0)	
Faz acompanhamento com profissional da saúde mental – n (%)	8 (5,9)	5 (5,4)	1,000
Tem algum parente que fez ou faz acompanhamento com profissional da saúde mental – n (%)	8 (5,9)	0 (0,0)	0,023

O modelo multivariado (*tabela 10*), indicou que o Centro de Saúde Alto Maé se manteve como um factor significativo, aumentando em 59% a prevalência de sintomas depressivos (RP=1,59; IC 95%: 1,14 – 2,21; p=0,006). Viver com os pais (RP=1,43; p<0,001), sozinha (RP=1,60; p<0,001) ou com outros (RP=1,48; p<0,001) também foram factores de aumento. A realização de planeamento familiar esteve associada a um aumento de 38% na prevalência (RP=1,38; p=0,001). Ser casada elevou em 53% a prevalência (RP=1,53; p=0,021), e ter parente que fez ou faz acompanhamento com profissional de saúde mental aumentou em 63% a prevalência desses sintomas (RP=1,63; p<0,001).

Tabela 8-Análise de Regressão de Poisson com variância robusta para avaliar factores independentemente associados a sintomas depressivos pelo DASS-21.

Variáveis	Razão de Prevalências	IC 95%	P
Com quem vive			
Com os pais	1,43	1,17 – 1,76	<0,001
Com outros parentes	1,15	0,74 – 1,79	0,539
Com parceiro	1,00	-	-
Sozinha	1,60	1,31 – 1,96	<0,001
Outros	1,48	1,24 – 1,78	<0,001
Planeamento familiar	1,38	1,14 – 1,68	0,001
Estado civil			
Casada	1,53	1,07 – 2,21	0,021
União de facto	1,00	-	-
Solteira	1,38	0,96 – 1,97	0,079
Tem algum parente que fez ou faz acompanhamento com profissional da saúde mental	1,63	1,32 – 2,01	<0,001

7.5. Factores Associados a Sintomas de Ansiedade (DASS-21)

Na análise bivariada para sintomas de ansiedade (DASS21), apresentada na *tabela 11*, foram encontradas associações significativas com o local de recolha ($p<0,001$), arranjo domiciliar ($p=0,012$), ocupação ($p<0,001$), escolaridade ($p<0,001$), número de gestações ($p=0,003$), número de filhos vivos actuais ($p=0,002$), trimestre gestacional ($p<0,001$), realização de planeamento familiar ($p<0,001$), religião ($p<0,001$) e estado civil ($p<0,001$).

Tabela 9-Factores associados a sintomas de ansiedade pelo DASS-21.

Variáveis	Com sintomas de ansiedade	Sem sintomas de ansiedade	P
Idade (anos) – média ± DP	29,2 ± 5,8	28,0 ± 6,2	0,162
Local de recolha – n (%)			<0,001
Centro de saúde Alto Maé	115 (76,2)	9 (11,5)	
Centro de saúde Zimpeto	36 (23,8)	69 (88,5)	
Com quem vive – n (%)			0,012
Com os pais	32 (21,2) *	5 (6,4)	
Com outros parentes	7 (4,6)	5 (6,4)	
Com parceiro	99 (65,6)	66 (84,6) *	
Sozinha	12 (7,9)	2 (2,6)	
Outros	1 (0,7)	0 (0,0)	
Com Ocupação (n=224) – n (%)	110 (74,8)	35 (45,5)	<0,001
Escolaridade (n=393) – n (%)			<0,001
Nenhum	1 (0,7)	0 (0,0)	
Primário	5 (3,3)	14 (17,9) *	
Básico	72 (47,7)	41 (52,6)	
Médio	53 (35,1)	19 (24,4)	
Licenciatura	20 (13,2)	4 (5,1)	
Número de gestações – mediana (P25 – P75)	2 (1 – 3)	3 (2 – 4)	0,003
Teve aborto/filho nascido morto – n (%)	33 (21,9)	23 (29,5)	0,266
Número de vivos atuais – mediana (P25 – P75)	1 (0 – 2)	2 (1 – 2)	0,002
Trimestre gestacional (n=228) – n (%)			<0,001
1º	27 (18,0)	33 (42,3) *	
2º	79 (52,7)	34 (43,6)	
3º	44 (29,3*)	11 (14,1)	
Planeamento familiar – n (%)			<0,001
Sim	68 (45,0)	3 (3,8)	
Não	83 (55,0)	75 (96,2)	

Religião – n (%)			<0,001
Ateu	0 (0,0)	1 (1,3)	
Católica	38 (25,2) *	8 (10,3)	
Muçulmano	26 (17,2) *	1 (1,3)	
Espírita	1 (0,7)	7 (9,0) *	
Protestante	84 (55,6)	81 (78,2) *	
Outra	2 (1,3)	0 (0,0)	
Estado civil – n (%)			<0,001
Casada	38 (25,2) *	7 (9,0)	
União de facto	28 (18,5)	42 (53,8) *	
Solteira	85 (56,3) *	29 (37,2)	
Renda mensal – n (%)			0,150
< 10.000 mtn	100 (66,2)	57 (73,1)	
De 10.000 a 15.000 mtn	42 (27,8)	14 (17,9)	
De 15.000 a 20.000 mtn	7 (4,6)	3 (3,8)	
>20.000 mtn	2 (1,3)	4 (5,1)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Tabela 10-Factores associados a sintomas de ansiedade pelo DASS-21 - continuação

Variáveis	Com sintomas de ansiedade	Sem sintomas de ansiedade	P
Dedica tempo para actividades de lazer – n (%)			0,058
Nunca	29 (19,2)	9 (11,5)	
Raramente	87 (57,8)	38 (48,7)	
Ocasionalmente	26 (17,2)	23 (29,5)	
Frequentemente	9 (6,0)	8 (10,3)	
Qualidade do sono (n=228) – n (%)			0,135
Satisfatório	117 (78,0)	53 (67,9)	
Insatisfatório	33 (22,0)	25 (32,1)	

Faz algum tratamento de longa duração – n (%)	22 (14,7)	5 (6,7)	0,128
Se sim, qual tratamento (n=24) – n (%)			0,906
TARV	20 (90,9)	2 (100)	
Hipertensão	1 (4,5)	0 (0,0)	
TARV + Hipertensão	1 (4,5)	0 (0,0)	
Faz acompanhamento com profissional da saúde mental – n (%)	11 (7,3)	2 (2,6)	0,228
Tem algum parente que fez ou faz acompanhamento com profissional da saúde mental – n (%)	7 (4,7)	1 (1,3)	0,270

O modelo multivariado (*tabela 13*), indicou que o Centro de Saúde Alto Maé dobrou a prevalência de sintomas de ansiedade (RP=1,99; IC 95%: 1,40 – 2,83; p<0,001). Ter ocupação aumentou em 35% a prevalência (RP=1,35; p=0,010). Em termos de religião, participantes Católicas (RP=1,22; p=0,015) e muçulmanas (RP=1,45; p<0,001) apresentaram um aumento significativo na prevalência de ansiedade. A realização de planejamento familiar aumentou em 41% a prevalência de sintomas de ansiedade (RP=1,41; p<0,001). Ser casada elevou em 68% a prevalência (RP=1,68; p<0,001). Por outro lado, cada gestação adicional foi associada a uma redução de 11% na prevalência de sintomas de ansiedade (RP=0,89; p=0,002).

Tabela 11-Análise de Regressão de Poisson com variância robusta para avaliar fatores independentemente associados a sintomas de ansiedade pelo DASS-21.

Variáveis	Razão de Prevalências	IC 95%	P
Com ocupação	1,35	1,07 – 1,69	0,010
Religião			
Ateu	*	*	*
Católica	1,22	1,04 – 1,44	0,015
Muçulmano	1,45	1,22 – 1,72	<0,001
Espírita	0,23	0,03 – 1,56	0,132
Protestante	1,00	-	-

Outra	1,20	0,97 – 1,47	0,090
Planeamento familiar	1,41	1,21 – 1,64	<0,001
Estado civil			
Casada	1,68	1,26 – 2,23	<0,001
União de facto	1,00	-	-
Solteira	1,20	0,89 – 1,62	0,223
Número de gestações	0,89	0,82 – 0,96	0,002

7.6. Factores Associados a Sintomas de Stress (DASS-21)

A *tabela 14* apresenta a análise bivariada para sintomas de stress (DASS-21). Associações significativas foram observadas com o local de recolha ($p<0,001$), arranjo domiciliário ($p=0,003$), realização de planeamento familiar ($p<0,001$), estado civil ($p=0,002$), frequência de actividades de lazer ($p=0,010$), e o acompanhamento com profissional de saúde mental ($p=0,020$) ou ter parente que o faz ($p<0,001$).

Tabela 12-Factores associados a sintomas de stress pelo DASS-21

Variáveis	Com sintomas de stress	Sem sintomas de stress	P
Idade (anos) – média $\pm$ DP	29,1 $\pm$ 5,4	28,7 $\pm$ 6,1	0,640
Local de recolha – n (%)			<0,001
Centro de saúde Alto Maé	47 (82,5)	77 (44,8)	
Centro de saúde Zimpeto	10 (17,5)	95 (55,2)	
Com quem vive – n (%)			0,003
Com os pais	15 (26,3) *	22 (12,8)	
Com outros parentes	5 (8,8)	7 (4,1)	
Com parceiro	30 (52,6)	135 (78,5) *	
Sozinha	7 (12,3) *	7 (4,1)	
Outros	0 (0,0)	1 (0,6)	
Com Ocupação (n=224) – n (%)	39 (69,6)	106 (63,1)	0,467
Escolaridade (n=393) – n (%)			0,599

Nenhum	0 (0,0)	1 (0,6)	
Primário	4 (7,0)	15 (8,7)	
Básico	24 (42,1)	89 (51,7)	
Médio	22 (38,6)	50 (29,1)	
Licenciatura	7 (12,3)	17 (9,9)	
Número de gestações – mediana (P25 – P75)	2 (1 – 3)	2,5 (2 – 3)	0,678
Teve aborto/filho nascido morto – n (%)	14 (24,8)	42 (24,4)	1,000
Número de vivos atuais – mediana (P25 – P75)	1 (0 – 2)	1 (0 – 2)	0,929
Trimestre gestacional (n=228) – n (%)			0,548
1º	12 (21,4)	48 (27,9)	
2º	31 (55,4)	82 (47,7)	
3º	13 (23,2)	42 (24,4)	
Planeamento familiar – n (%)			<0,001
Sim	30 (52,6)	41 (23,8)	
Não	27 (47,4)	131 (76,2)	
Religião – n (%)			0,089
Ateu	0 (0,0)	1 (0,6)	
Católica	16 (28,1)	30 (17,4)	
Muçulmano	10 (17,5)	17 (9,9)	
Espírita	0 (0,0)	8 (4,7)	
Protestante	30 (52,6)	115 (66,9)	
Outra	1 (1,8)	1 (0,6)	
Estado civil – n (%)			0,002
Casada	15 (26,3)	30 (17,4)	
União de facto	7 (12,3)	63 (36,6) *	
Solteira	35 (61,4) *	79 (45,9)	
Renda mensal – n (%)			0,602
< 10.000 mtn	38 (66,7)	119 (69,2)	
De 10.000 a 15.000 mtn	16 (28,1)	40 (23,3)	
De 15.000 a 20.000 mtn	1 (1,8)	9 (5,2)	
>20.000 mtn	2 (3,5)	4 (2,3)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Tabela 13-Factores associados a sintomas de stress pelo DASS-21 – continuação.

Variáveis	Com sintomas de stress	Sem sintomas de stress	P
Dedica tempo para actividades de lazer – n (%)			0,010
Nunca	16 (28,1) *	22 (12,8)	
Raramente	32 (56,1)	93 (54,1)	
Ocasionalmente	8 (14,0)	41 (23,8)	
Frequentemente	1 (1,8)	16 (9,3)	
Qualidade do sono (n=228) – n (%)			0,725
Satisfatório	44 (77,2)	126 (73,7)	
Insatisfatório	13 (22,8)	45 (26,3)	
Faz algum tratamento de longa duração – n (%)	9 (16,1)	18 (10,7)	0,398
Se sim, qual tratamento (n=24) – n (%)			
TARV	9 (100)	13 (86,7)	
Hipertensão	0 (0,0)	1 (6,7)	
TARV + Hipertensão	0 (0,0)	1 (6,7)	
Faz acompanhamento com profissional da saúde mental – n (%)	7 (12,3)	6 (3,5)	0,020
Tem algum parente que fez ou faz acompanhamento com profissional da saúde mental – n (%)	7 (12,3)	1 (0,6)	<0,00 1

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

No modelo multivariado (Tabela 16), o local de recolha não manteve significância estatística. No entanto, viver com os pais (RP=1,72; p=0,025) e, especialmente, viver sozinha (RP=2,47; p=0,006) foram factores de risco significativos para o stress. A realização de planeamento familiar aumentou em 145% a prevalência de sintomas de stress (RP=2,45; p<0,001). Adicionalmente, fazer acompanhamento com profissional de saúde mental (RP=2,77; p<0,001) e ter parente que fez ou faz acompanhamento com profissional de saúde mental (RP=3,87; p<0,001) foram os

factores mais fortemente associados, com aumentos de 177% e 287% na prevalência de sintomas de stress, respectivamente.

Tabela 14-Análise de Regressão de Poisson com variância robusta para avaliar factores independentemente associados a sintomas de stress pelo DASS-21.

Variáveis	Razão de Prevalências	IC 95%	P
Com quem vive			
Com os pais	1,72	1,07 – 2,77	0,025
Com outros parentes	1,32	0,71 – 2,48	0,380
Com parceiro	1,00	-	-
Sozinha	2,47	1,30 – 4,69	0,006
Outros	*	*	*
Planeamento familiar	2,45	1,60 – 3,76	<0,001
Faz acompanhamento com profissional da saúde mental	2,77	1,81 – 4,24	<0,001
Tem algum parente que fez ou faz acompanhamento com profissional da saúde mental	3,87	2,62 – 5,73	<0,001

* não foi possível estimar o risco por insuficiente número de casos

A consistência interna das três dimensões do Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 itens (DASS-21) foi avaliada através do coeficiente α de Cronbach (α). O objectivo foi verificar o grau de homogeneidade entre os itens que compõem cada subescala e, consequentemente, a fiabilidade do instrumento na amostra de gestantes estudada.

Tabela 15-Consistência interna (α de Cronbach) das dimensões da DASS-21 entre gestantes

Dimensão	Itens	α de Cronbach
Depressão	7	0,827
Ansiedade	7	0,799
Stress	7	0,813

Nota: Valores de $\alpha \geq 0,70$ indicam consistência interna aceitável; $\alpha \geq 0,80$ é considerado bom; $\alpha \geq 0,90$, excelente (George & Mallery, 2024).

Os valores de α obtidos nas três subescalas situaram-se acima do limiar mínimo recomendado de 0,70, indicando boa consistência interna e confiabilidade adequada da DASS-21 para esta amostra de gestantes.

Tabela 16-Análise da Validade Concorrente da Subescala de Depressão do DASS-21 com o PHQ-9 na na Medição de Sintomas Depressivos

		PHQ9	DASS-21
PHQ9	Coeficiente de Correlação	1	,731**
	Sig.		,000
	N	194	192
DASS-21	Coeficiente de Correlação	,731**	1
	Sig.	,000	
	N	192	213

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

A análise da validade concorrente entre a subescala de depressão do Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 itens (DASS-21) e o Patient Health Questionnaire – 9 itens (PHQ-9) revelou uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre os escores dos dois instrumentos. Especificamente, o coeficiente de correlação de Spearman foi de $\rho = 0,731$, com um valor de significância de $p < 0,001$, que indica uma associação robusta entre as duas medidas de sintomatologia depressiva.

8. Discussão

O objectivo principal deste estudo foi investigar a prevalência de sintomas depressivos, de ansiedade e de stress em gestantes atendidas em dois centros de saúde de Maputo, Moçambique, e identificar os factores demográficos, socioeconómicos e clínicos associados a esses transtornos. Os resultados revelam uma alta prevalência de sintomas de saúde mental na população estudada, com achados que confirmam tendências globais, mas também apresentam particularidades importantes e potencialmente novas para o contexto moçambicano.

Considerando o ponto de corte da depressão, ansiedade e stress a partir do nível moderado nas subescalas da DASS-21, observou-se que 38,9% das gestantes apresentaram sintomas depressivos, 57,6% sintomas ansiosos e 14,4% sintomas de stress. Pela escala PHQ-9, a prevalência de sintomas depressivos moderados ou superiores foi de 32,2%. Esses valores, ainda que inferiores às prevalências gerais quando considerados todos os níveis de gravidade (80,3% para o PHQ-9, 59,4% para depressão, 65,9% para ansiedade e 24,9% para stress pela DASS-21), reforçam que uma proporção expressiva de gestantes apresenta sofrimento psicológico clinicamente significativo. A elevada carga de ansiedade, em especial, destaca-se como o domínio mais prevalente, sugerindo maior vulnerabilidade emocional durante a gestação, em consonância com evidências internacionais (Gao et al., 2019).

As prevalências observadas alinham-se a estudos realizados em países de baixa e média renda, onde os transtornos mentais comuns (TMC's) durante a gestação são altamente prevalentes (Faisal-Cury et al., 2009; Hartley et al., 2011; Manikkam & Burns, 2012; Nasreen et al., 2011). Os resultados superam as taxas relatadas em países de alta renda, onde a depressão e a ansiedade pré-natal variam entre 7% e 15% (Elrassas et al., 2022; Fisher et. al., 2012), e aproximam-se dos valores observados em países africanos de renda média, como Tanzânia (39,5%) e Etiópia (31,2%) (Kaaya et al., 2010; Zegeye et al., 2018). Esses resultados também superam os achados de Lobo, (2022), realizados na província de Nampula, onde a prevalência de sintomas de ansiedade foi de 28,3% e a de sintomas depressivos de 23,5%, ambos avaliados pela DASS-21. Essa diferença sugere que factores contextuais e institucionais como o perfil das unidades de saúde e as características socioculturais das gestantes podem influenciar a expressão do sofrimento psíquico durante a gestação. A convergência geral dos achados, contudo, reforça a hipótese de que determinantes psicossociais e estruturais, como pobreza, desigualdade de gênero e fragilidade

institucional, exercem peso determinante na saúde mental perinatal em contextos de vulnerabilidade.

A análise dos factores associados revelou que diversas variáveis sociodemográficas e clínicas influenciaram significativamente a saúde mental das gestantes. Conforme observado por Araujo e Cerqueira-Santos, (2021) e Souza et al., (2025), redes de apoio estáveis reduzem o risco de depressão e ansiedade durante a gestação. Nesta pesquisa, as gestantes que viviam sozinhas, com os pais ou com outros familiares apresentaram razões de prevalência acima de 1,0 para sintomas depressivos e de stress, indicando um risco aumentado e consistente. Esses achados sugerem que a composição domiciliar e a qualidade das redes de apoio social e familiar podem influenciar o bem-estar emocional durante a gestação, em consonância com estudos que apontam o suporte social como factor protector da saúde mental materna (Ren et al., 2024; Rodrigues Da Silva et al., 2023). Essa associação reforça o papel das relações afectivas e do suporte interpessoal como factores protectores psicoemocionais, capazes de mitigar o impacto das condições socioeconómicas adversas.

Complementarmente, o histórico familiar de transtornos mentais mostrou-se um factor de risco relevante, reforçando a influência combinada de vulnerabilidades genéticas e padrões familiares disfuncionais (Kjeldsen et al., 2022). Esse resultado é consistente com a literatura em neurociências comportamentais, que aponta que a hereditariedade e o ambiente emocional precoce modulam a sensibilidade ao stress e à disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (González-Díaz et al., 2017).

No que se refere ao estado civil, observou-se que as gestantes casadas apresentaram $RP=1,39$ para sintomas depressivos e $RP=1,68$ para ansiedade, enquanto as solteiras apresentaram $RP=1,29$ para depressão, em comparação com as mulheres em união de facto. Embora essas magnitudes sejam moderadas, a consistência dos resultados sugere que, neste contexto, a união de facto desempenha função protectora, possivelmente pela maior flexibilidade nas dinâmicas conjugais e menor rigidez normativa (Akmad & Abatayo, 2024; Hewitt et al., 2018; Musick & Bumpass, 2005). Essa interpretação contrasta com achados de países ocidentais, onde o casamento é frequentemente associado à protecção emocional (Kohn & Averett, 2014). Em Maputo, o casamento formal pode implicar maiores pressões sociais e familiares, enquanto a condição de solteira acarreta estigma e precariedade económica, ambos associados a sofrimento psíquico (Perelli-Harris et al., 2019;

Shitindi & Lubawa, 2022; South, 2023). Esses achados evidenciam a necessidade de compreender o estado civil não somente como marcador social, mas como espaço de produção de stress relacional e simbólico.

Contrariamente à literatura internacional, que associa o desemprego a piores indicadores de saúde mental (Henking & Gondek, 2023; Shiri et al., 2025; B. E. A. da Silva & Oliveira, 2023; Yang et al., 2023). Este estudo identificou que gestantes com ocupação apresentaram $RP=1,23$ para sintomas de ansiedade, sugerindo um risco 23% superior em relação às desempregadas. Embora a magnitude seja moderada, sua consistência aponta para uma tensão paradoxal entre trabalho e bem-estar emocional. Essa associação pode ser explicada pela precariedade laboral observada no país: ainda que 64,7% das participantes possuíssem emprego, 68,6% relataram rendimento inferior a 10.000 MTN. Essa condição caracteriza o que Llosa et al., (2018) e Ridley et al., (2020), denominam de “pobreza do trabalhador”, onde o trabalho, em vez de aliviar o stress financeiro, o acentua. Assim, a RP superior a 1,0 não contradiz a teoria, mas revela o custo psicológico da vulnerabilidade económica feminina, intensificada pela dupla jornada de trabalho e responsabilidades familiares (de Souza & de Oliveira Lussi, 2020; Jilili & Liu, 2023).

Outro achado relevante foi o aumento expressivo (177%) da prevalência de stress entre gestantes que realizavam acompanhamento com profissional de saúde mental ($RP=2,77$; $IC_{95\%}$: 1,81–4,24; $p<0,001$). Embora o delineamento transversal impeça inferir causalidade, a interpretação mais plausível é de reversão temporal, isto é, as gestantes mais sintomáticas são justamente as que buscam atendimento (Aguwa et al., 2023; Sarikhani et al., 2021). A RP de 2,77 para stress entre gestantes que faziam acompanhamento com profissional de saúde mental indica uma probabilidade quase três vezes maior de apresentar sintomas, mas deve ser interpretada com cautela. Ainda assim, a magnitude da associação evidencia a alta carga de morbidade psíquica entre as mulheres que conseguem acessar os serviços, bem como as barreiras estruturais enfrentadas nesse processo. Em Moçambique, a carência de profissionais, longas filas e burocracia excessiva tornam o acesso ao cuidado mental uma experiência potencialmente geradora de stress adicional (Cumbe et al., 2022; Gouveia et al., 2023; Halsted et al., 2019). Filas de espera, burocracia, falta de privacidade e escassez de profissionais podem transformar o acto de procurar ajuda em uma experiência ansiogénica (Nicholas et al., 2022). A RP elevada, portanto, denuncia a lacuna entre necessidade e oferta de serviços e sustenta a urgência de políticas públicas de ampliação do acesso.

A associação entre planeamento familiar e maiores prevalências de sintomas depressivos, ansiosos e de stress (todas com $RP > 1,20$) é um dos achados mais relevantes e contextualmente significativos. Em contradição à literatura internacional, que identifica o planeamento familiar como factor protector (Araujo & Cerqueira-Santos, 2021; Beckman et al., 2023), em Moçambique, pode sinalizar dissonâncias entre desejo reprodutivo, condições socioeconómicas e normas culturais (Rakereng et al., 2024). Gravidezes não esperadas, mesmo em mulheres que utilizam métodos contraceptivos, podem gerar frustração, culpa e sofrimento (Oyediran et al., 2020; Yilak et al., 2024). Além disso, o planeamento familiar ainda é permeado por tabus religiosos e tensões conjugais, o que pode tornar sua prática um factor de conflito emocional (Antonio, 2024; Evangelista et al., 2024; Mascarenhas et al., 2012; Shitindi & Lubawa, 2022). A RP elevada neste domínio, portanto, não é paradoxal: traduz a complexa intersecção entre cultura, gênero e saúde mental, sugerindo a necessidade de uma abordagem sensível e comunitária da educação sexual e reprodutiva.

A associação inversa entre número de gestações e ansiedade, com $RP < 1,0$, merece destaque. Essa relação sugere que mulheres com múltiplas gestações apresentaram menor probabilidade de sintomas ansiosos, possivelmente devido à experiência prévia e ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Em contraste com estudos que associam multiparidade a sobrecarga e exaustão (Laranjeira, 2022; Wang et al., 2023), neste estudo, mulheres com mais gestações apresentaram menor ansiedade, o que pode reflectir maior experiência, ajustamento emocional e redes de apoio fortalecidas (Albanese et al., 2024; AliSher et al., 2024; Rocha, 2023). Essa interpretação converge com o modelo da resiliência acumulada, segundo o qual a repetição de experiências gestacionais contribui para maior autoeficácia e regulação emocional (Beckman et al., 2023).

A associação entre religião e ansiedade revelou que gestantes católicas ($RP=1,22$) e muçulmanas ($RP=1,45$) apresentaram maior prevalência de sintomas ansiosos que as protestantes. Embora a religiosidade costume actuar como factor de protecção (Alexandre et al., 2024), este resultado sugere que certas dinâmicas comunitárias ou normas religiosas podem, paradoxalmente, gerar pressão psicológica (Abdi et al., 2020; Chalem et al., 2023; Marques, 2021; Ramboarison-Lalao et al., 2023). A diferença de magnitude entre as RP indica que o tipo de religiosidade pode influenciar distintamente os mecanismos de enfrentamento espiritual, um aspecto que merece futuras investigações qualitativas.

Por fim, a diferença significativa na prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os dois centros de saúde emerge como um ponto essencial para a discussão. As gestantes do Centro de Saúde do Alto Maé apresentaram $RP=1,47$ para depressão e $RP=1,59$ para ansiedade, quando comparadas às do Zimpeto, revelando risco 47% e 59% superiores, respectivamente. Esse padrão sugere que factores contextuais e institucionais como volume de pacientes, perfil urbano e sobrecarga dos serviços influenciam directamente os níveis de sofrimento psíquico. As diferenças observadas entre os centros de saúde evidenciam a influência do contexto territorial na saúde mental perinatal. Essas RP elevadas reflectem o impacto cumulativo de factores urbanos como a sobrecarga dos serviços, densidade populacional e stress ambiental sobre o bem-estar emocional das gestantes (Cortina & Hardin, 2023; Meng, 2024; Cumbe et al., 2022). Em contraste, o Zimpeto, com características periurbanas, pode beneficiar-se de maior coesão comunitária e apoio social, factores que funcionam como protecção psicológica (Maia et al., 2022). Assim, a diferença entre as unidades reflecte não somente variações institucionais, mas também determinantes territoriais de vulnerabilidade, evidenciando que o contexto urbano influencia directamente o risco de sofrimento psíquico. Esses achados reforçam a importância de políticas de saúde mental perinatal contextualizadas e sensíveis às disparidades intraurbanas, bem como da realização de investigações futuras sobre factores micro-ambientais que moldam o bem-estar das gestantes em diferentes territórios de Maputo.

De modo geral, os resultados apresentados demonstram que os factores sociodemográficos, económicos e contextuais analisados exercem influência significativa sobre o bem-estar psíquico das gestantes, delineando um quadro multifactorial de vulnerabilidade. A consistência das associações encontradas e a estabilidade dos padrões de risco observados são reforçadas pela coerência interna dos instrumentos utilizados, conferindo solidez aos achados e sustentação metodológica às inferências realizadas.

Nesse sentido, uma força metodológica relevante deste estudo foi a confirmação da fiabilidade da DASS-21, cujos coeficientes de consistência interna se mostraram elevados e comparáveis aos reportados em pesquisas internacionais. A análise pelo Alfa de Cronbach revelou boa coerência entre os itens das três subescalas Depressão ($\alpha = 0,827$), Ansiedade ($\alpha = 0,799$) e Stress ($\alpha = 0,813$), todos acima do limiar mínimo de 0,70, indicando sólida confiabilidade psicométrica (George e Mallery, 2024). Estudos prévios, como os de Covic et al., (2012), em amostras clínicas na

Austrália, R. L. Miller et al., (2006), com universitários norte-americanos, e Vignola e Tucci, (2014), na adaptação brasileira da DASS-21, também relataram valores de α entre 0,78 e 0,94, confirmando a estabilidade da escala em diferentes contextos culturais e linguísticos. Esses achados, em conjunto, reforçam a robustez psicométrica e a aplicabilidade transcultural da DASS-21, sustentando seu uso na avaliação dos estados emocionais de gestantes moçambicanas.

Além da consistência interna satisfatória, os resultados deste estudo também fornecem evidências de validade concorrente para a DASS-21. Essa etapa é fundamental para assegurar que o instrumento não somente apresente estabilidade interna, mas também avalie coerentemente o mesmo construto medido por escalas já validadas. Na amostra estudada, observou-se que gestantes com escores elevados na subescala de depressão da DASS-21 também tenderam a apresentar valores elevados no PHQ-9, indicando uma correlação forte (r entre 0,70 e 0,89) segundo os critérios de Dancey et al., (2012).

Importa destacar que o PHQ-9 é amplamente validado em diversos contextos culturais e já adaptado para Moçambique, sendo considerado um instrumento de referência na avaliação de sintomas depressivos. Assim, a forte associação entre os dois instrumentos reforça a adequação da DASS-21 para o rastreio e monitoria de sintomas depressivos em gestantes, mesmo na ausência de uma validação formal local. Do ponto de vista psicométrico, esses achados indicam que a DASS-21 possui potencial de uso em contextos clínicos e de investigação no país, desde que empregada complementarmente a instrumentos previamente validados, como o PHQ-9, e com atenção às suas limitações culturais e linguísticas.

Embora este estudo apresente evidências robustas sobre os factores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e stress em gestantes, é essencial reconhecer suas limitações metodológicas. O delineamento transversal impossibilita inferências causais, restringindo a interpretação a associações observadas. A utilização de instrumentos de autorrelato pode ter introduzido vieses de memória e desejabilidade social, e a amostra, ainda que representativa para o contexto estudado, pode não abranger toda a diversidade de gestantes de Maputo. Ademais, variáveis não incluídas como histórico de violência doméstica, risco obstétrico, qualidade do apoio social e natureza das ocupações poderiam ampliar a compreensão dos determinantes psicossociais envolvidos. Apesar dessas limitações, os resultados obtidos conferem consistência empírica e relevância contextual à

análise, sustentando a necessidade de aprofundar investigações sobre a saúde mental perinatal em Moçambique.

9. Conclusões e Recomendações

9.1. Conclusões

Esta pesquisa alcançou o seu objectivo ao investigar a prevalência e os factores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e stress em gestantes atendidas nos Centros de Saúde do Alto Maé e de Zimpeto, em Maputo. Os resultados revelaram uma alta prevalência de sintomas de sofrimento psicológico, confirmando que a saúde mental perinatal representa um problema de saúde pública relevante em Moçambique. A coexistência frequente desses sintomas destaca a urgência de respostas estruturadas do sistema de saúde para o rastreio e o manejo da saúde mental durante a gestação.

Os achados evidenciaram que determinantes sociais e contextuais exercem papel central na saúde mental das gestantes. A composição domiciliar mostrou-se um factor crítico, com maior prevalência de sintomas depressivos entre gestantes que vivem sozinhas (RP = 2,47) ou com os pais (RP = 1,72), esses resultados indicam que composições familiares diferentes podem influenciar o bem-estar emocional durante a gestação, possivelmente sugerindo variações no suporte quotidiano, na estabilidade relacional e nas condições socioeconómicas do domicílio. O histórico familiar de transtornos mentais confirmou a relevância das predisposições e do ambiente no desenvolvimento dos sintomas, enquanto as gestantes casadas apresentaram maior prevalência de depressão (RP = 1,39) e ansiedade (RP = 1,68) do que aquelas em união de facto um achado que sugere dinâmicas conjugais complexas e pressões sociais próprias do contexto local. Além disso, a associação entre o planeamento familiar e níveis elevados de stress e ansiedade indica que gravidezes não esperadas, mesmo com uso de métodos contraceptivos, podem ser fonte de sofrimento emocional em Moçambique, reflectindo conflitos culturais, religiosos e relacionais em torno da autonomia reprodutiva feminina.

O estudo contribui para preencher uma lacuna importante de evidências sobre a saúde mental perinatal em Moçambique, oferecendo dados empíricos que podem subsidiar reflexões e futuras investigações voltadas à integração da dimensão psicossocial no cuidado pré-natal, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

9.2. Recomendações e Implicações

Com base nas evidências apresentadas, esta seção propõe orientações para a prática clínica, formulação de políticas públicas e direções para futuras pesquisas em saúde mental perinatal. As recomendações aqui delineadas partem dos principais achados empíricos e teóricos do estudo, buscando traduzir o conhecimento produzido em ações concretas e contextualizadas para o fortalecimento da atenção à saúde materna em Moçambique.

1. Implicações para a prática clínica

a) Integração sistemática do rastreio no pré-natal

Os resultados sugerem a relevância de incluir o rastreio regular de sintomas depressivos, ansiosos e de stress no acompanhamento pré-natal de rotina. Considerando as prevalências observadas, a saúde mental deve ser tratada como componente essencial da atenção obstétrica. O uso de instrumentos breves, como o PHQ-9 e a DASS-21, pode facilitar a identificação precoce de casos e o encaminhamento oportuno para acompanhamento psicológico.

b) Intervenções culturalmente sensíveis e adaptadas ao contexto socioeconómico

As intervenções voltadas à saúde mental perinatal devem considerar as especificidades culturais e socioeconómicas locais, incluindo a insuficiência de renda mesmo entre gestantes com ocupação e as desigualdades de gênero que permeiam a experiência da maternidade. Estratégias eficazes devem priorizar abordagens comunitárias e intersectoriais, que favoreçam redes de apoio social e reduzam factores de vulnerabilidade.

c) Fortalecimento do apoio psicossocial direccionado

As evidências indicam que gestantes que vivem sozinhas ou com os pais apresentam maior vulnerabilidade emocional, reforçando a importância de acções voltadas ao fortalecimento do suporte psicossocial. Grupos de apoio, oficinas de parentalidade e espaços de escuta podem contribuir para a redução do isolamento e para o fortalecimento das redes de convivência familiar e comunitária. Além disso, as diferenças observadas entre os centros de saúde do Alto Maé e Zimpeto apontam para a necessidade de estratégias adaptadas às especificidades urbanas e periurbanas de cada contexto.

2. Recomendações para futuras pesquisas

a) Estudos longitudinais

Sugere-se o desenvolvimento de estudos longitudinais que explorem a evolução dos sintomas de saúde mental ao longo da gestação e do pós-parto em diferentes contextos do país. Esses delineamentos poderão aprofundar a compreensão sobre os mecanismos de risco e protecção

b) Investigação aprofundada de associações inesperadas

As associações observadas entre planeamento familiar, religião e sofrimento emocional merecem ser exploradas por meio de abordagens qualitativas ou mistas, que permitam captar os significados culturais e relacionais envolvidos. Essa investigação aprofundada é fundamental para interpretar adequadamente as particularidades observadas no contexto de Maputo.

c) Inclusão de variáveis adicionais

Futuras pesquisas poderão incluir variáveis não contempladas nesta análise, como histórico de violência doméstica, risco obstétrico, qualidade e natureza do apoio social e condições de trabalho. A incorporação desses factores permitirá compreender de forma mais abrangente os determinantes psicossociais da saúde mental perinatal em contextos de vulnerabilidade.

d) Necessidade de estudos aplicados e de avaliação de práticas existentes

Embora os resultados não possam ser generalizados para todo o país, eles oferecem subsídios iniciais que justificam a realização de estudos aplicados em diferentes regiões de Moçambique. Pesquisas voltadas à avaliação da efectividade e viabilidade de estratégias de apoio psicossocial já em curso no sistema de saúde poderão gerar evidências locais úteis para futuras decisões e adaptações de práticas assistenciais.

Ao traduzir evidências empíricas produzidas em contexto local, este estudo contribui para ampliar a compreensão sobre a saúde mental perinatal em ambientes urbanos de Moçambique. Seus achados oferecem subsídios iniciais para o aprimoramento das práticas de cuidado pré-natal e para o desenvolvimento de investigações futuras sensíveis às realidades culturais e sociais do país.

10. Referências Bibliográficas

- Abdi, B., Okal, J., Serour, G., & Temmerman, M. (2020). “Children are a blessing from God” – a qualitative study exploring the socio-cultural factors influencing contraceptive use in two Muslim communities in Kenya. *Reproductive Health*, 17(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0898-z>
- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., & Mapayi, B. M. (2006). Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy: A controlled study. *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), 325–328. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0157-5>
- Akinsulore, A., Temidayo, A. M., Oloniniyi, I. O., Olalekan, B. O., & Yetunde, O. B. (2021). Pregnancy-related anxiety symptoms and associated factors amongst pregnant women attending a tertiary hospital in south-west Nigeria. *South African Journal of Psychiatry*, 27. <https://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/view/241232>
- Akmad, A. P., & Abatayo, A. V. L. (2024). Couples under One Roof: A Quantitative Analysis on Cohabitation and Relationship Dynamics. *Journal of Arts, Humanities and Social Science*, 1(3), 38–44. <https://hal.science/hal-04825672/>
- Albanese, A. M., Geller, P. A., Steinkamp, J. M., Elwy, A. R., Frank, H. E., & Barkin, J. L. (2024). The education of experience: Mixed methods evidence demonstrates the benefit of multiparity. *Midwifery*, 134, 104015. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613824000986>
- Alexandre, C. M. de A., Júnior, H. M. P. L., & Mendonça, F. C. (2024). ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA: UMA REVISÃO DOS EFEITOS POSITIVOS NA SAÚDE MENTAL. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16798>

- AliSher, A. N., Atta, S., Yaqoob, A., Ahmed, T., & Meherali, S. (2024). A Concept Analysis of Maternal Resilience against Pregnancy-Related Mental Health Challenges in Low-and Middle-Income Countries. *Healthcare*, 12(16), 1555. <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/16/1555>
- Antonio, J. (2024). A Prática de Planeamento Familiar em Mulheres de Baixa Renda: Caso do Município da Cidade de Cuamba entre 2019 a 2020. [RMD] *Revista Multidisciplinar*, 6(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.23882/rmd.24230>
- APA, A. P. A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora. [https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=QL4rDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=American+Psychiatric+Association.\(2013.\)+Manual+diagn%C3%B3stico+e+estat%C3%ADstico+de+transtornos+mentais:+DSM-5.+5.+ed.+Porto+Alegre:+Artmed.&ots=nS1KsDB8GR&sig=jAX6cPjPZkKPWbcQJ849x42W1PE](https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=QL4rDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=American+Psychiatric+Association.(2013.)+Manual+diagn%C3%B3stico+e+estat%C3%ADstico+de+transtornos+mentais:+DSM-5.+5.+ed.+Porto+Alegre:+Artmed.&ots=nS1KsDB8GR&sig=jAX6cPjPZkKPWbcQJ849x42W1PE)
- APPPAH, A. for P. and P. P. and H. (2023). *Neurobiology of Infant Brain Development and the Surprising Learning*. <https://birthpsychology.com/apppahs-history/>
- Araujo, N., & Cerqueira-Santos, E. (2021). Depressão, Ansiedade e Suporte Social na Gestação: Um estudo exploratório pré-intervenção. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 9(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.18316/sdh.v9i3.7739>
- Beckman, L. F., Rêgo, A. S., Barbosa, J. M. A., Cruz, C. N. da, Batista, M. R. V., Firmo, W. da C. A., Silva, Y. A. A. M., & Silva, F. de M. A. M. (2023). Transtorno mental comum em gestantes atendidas na Atenção Básica. *Revista Científica do ITPAC*, 16(1). <https://revista.unitpac.com.br/itpac/article/view/50>

- Bloom, F. E. (1988). Neurotransmitters: Past, present, and future directions¹. *The FASEB Journal*, 2(1), 32–41. <https://doi.org/10.1096/fasebj.2.1.2891578>
- Boletim da República. (2023). *Lei de Investigação em Saúde Humana*. LEI N.6 2023 DE 8 DE JUNHO.
- WHO, W. H. O. (2010). *People with mental disabilities cannot be forgotten*.
<https://www.who.int/news/item/11-12-2010-people-with-mental-disabilities-cannot-be-forgotten>
- WHO, W. H. O. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization. [https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=LHsOEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=World+Health+Organization+\(2022\).+Guide+for+integration+of+perinatal+mental+health+in++maternal+and+child+health+services.+SBN+978-92-4-005715-9.&ots=rb7-sx6oiV&sig=2gsZD38GAMD7XpCdGM3VdAKtOmE](https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=LHsOEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=World+Health+Organization+(2022).+Guide+for+integration+of+perinatal+mental+health+in++maternal+and+child+health+services.+SBN+978-92-4-005715-9.&ots=rb7-sx6oiV&sig=2gsZD38GAMD7XpCdGM3VdAKtOmE)
- Borges Migliavaca, C., Colpani, V., Barker, T. H., Munn, Z., & Falavigna, M. (2020). How are systematic reviews of prevalence conducted? A methodological study. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-00975-3>.
- Bortoletti, F. F., Moron, A. F., Bortoletti Filho, A., Nakamura, M. U., Santana, R. M., & Mattar, R. (2007). Psicologia na prática obstétrica. Em *Psicologia na pratica obstetrica* (pp. 370–370). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025910>
- Bronson, S. L., & Bale, T. L. (2016). The placenta as a mediator of stress effects on neurodevelopmental reprogramming. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 207–218. <https://www.nature.com/articles/npp2015231>.

- Carvalho, H. (2017). *Análise multivariada de dados qualitativos-utilização da ACM com o SPSS*. <https://ciencia.iscte-iul.pt/publications/analise-multivariada-de-dados-qualitativos---utilizacao-da-acm-com-o-spss-/33678>
- Chalem, A., Nzali, A., Cordeiro, A. A., Yussuph, A., Laizer, E., Lupilya, G., Lusana, M., Mwakisole, N., Paul, N., & Yahaya, H. (2023). Perspectives of Muslim religious leaders to shape an educational intervention about family planning in rural Tanzania: A qualitative study. *Global Health: Science and Practice*, 11(1). <https://www.ghspjournal.org/content/11/1/e2200204.short>.
- Chiang, M.-C. (2015). Effects of maternal stress during pregnancy on birth outcome and stress-related hormones. *Pediatrics & Neonatology*, 56(6), 365–366. [https://www.pediatrics-neonatology.com/article/S1875-9572\(15\)00118-7/fulltext](https://www.pediatrics-neonatology.com/article/S1875-9572(15)00118-7/fulltext).
- Corbani, I. E., Rucci, P., Iapichino, E., Quartieri Bollani, M., Cauli, G., Ceruti, M. R., Gala, C., & Bassi, M. (2017). Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 622–631. <https://doi.org/10.1177/0020764017725543>.
- Cortina, J., & Hardin, S. (2023). The geography of mental health, urbanicity, and affluence. *International journal of environmental research and public health*, 20(8), 5440. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/8/5440>.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Leya.
- Coutinho, E. de C., Silva, C. B. da, Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., Amaral, M. O., & Duarte, J. C. (2014). Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres

- que se tornam mães? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 17–24.
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sHRmhNMCs4j77gZvbYxRydC/?lang=pt>.
- Cumbe, V. F. J., Muanido, A. G., Turner, M., Ramiro, I., Sherr, K., Weiner, B. J., Flaherty, B. P., Sharma, M., Faduque, F., Xerinda, E. R., & Wagenaar, B. H. (2022). Systems analysis and improvement approach to optimize outpatient mental health treatment cascades in Mozambique (SAIA-MH): Study protocol for a cluster randomized trial. *Implementation Science*, 17(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01213-8>.
- Cumbe, V. F. J., Muanido, A., Manaca, M. N., Fumo, H., Chiruca, P., Hicks, L., De Jesus Mari, J., & Wagenaar, B. H. (2020). Validity and item response theory properties of the Patient Health Questionnaire-9 for primary care depression screening in Mozambique (PHQ-9-MZ). *BMC Psychiatry*, 20(1), 382. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02772-0>.
- Cury, A. (2014). Ansiedade: Como enfrentar o mal do século. Em *Ansiedade: Como enfrentar o mal do século* (pp. 150–150). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-36354>.
- da Costa Tolentino, E., Maximin, D. A. F. M., & de Souto, C. G. V. (2016). Depressão pós-parto: Conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 14(1), 59–66.
<http://www.revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/77>.
- da Lozzo Garbelini, M. C., Lopes, K. K., de Castilho Stival, V. R., Rozin, L., & da Conceição Sanches, L. (2022). Impacto do estresse gestacional no desenvolvimento fetal: Uma revisão integrativa Impact of management stress on fetal development: an integrative. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(2), 7027–7043.
https://www.researchgate.net/profile/LeandroRozin/publication/360074377_Impacto_do_estresse_gestacional_no_desenvolvimento_fetal_uma_revisao_integrativa_Brazilian_Jour

nal of Health Review <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/46776/links/626043eb1b747d19c299ea22/Impacto-do-estresse-gestacional-no-desenvolvimento-fetal-uma-revisao-integrativa-Brazilian-Journal-of-Health-Review-https-www.brazilianjournals.com-index.php-BJHR-article-view-46776.pdf>.

de Oliveira, M. A. M., da Silva Sousa, W. P., de Oliveira Pimentel, J. D., de Lucena Santos, K. S., de Azevedo, G. D., & Maia, E. M. C. (2014). Gestantes tardias de baixa renda: Dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e prática*, 16(3), 69–82. <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193833500006.pdf>.

de Souza, M. B. C. A., & de Oliveira Lussi, I. A. (2020). Juventude, trabalho informal e saúde mental. *Politica & Trabalho*, 51, 126–144. <https://search.proquest.com/openview/29dc229fc425e507a1c4f369462d02ef/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2040281>.

Dick-Read, G. (2004). *Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth*. Pinter & Martin Publishers. <https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=NdJXcBpepGMC&oi=fnd&pg=PR6&dq=Dick-Read,+2004&ots=51HCEPCOaG&sig=fILzyVu7FckJiQtwYOUGN6yIg0Q>.

dos Santos, S. L., & de Almeida Schiavo, R. (2023). *O ESTADO DA ARTE DA PSICOLOGIA PERINATAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA*. <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/230613427.pdf>.

Elrassas, H., Taha, G. R., Soliman, A. E.-D. M., Madbole, S. A. E. K., & Mahmoud, D. A. M. (2022). Prevalence and related factors of perinatal depression in Egyptian mothers. *Middle East Current Psychiatry*, 29(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00203-2>.

- Evangelista, J. de S., Oliveira, L. S. da S. V., & Deuner, M. C. (2024). Eficácia e segurança dos anticoncepcionais hormonais orais combinados: Revisão de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(15), Artigo 15. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1585>.
- Faisal-Cury, A., Menezes, P., Araya, R., & Zugaib, M. (2009). Common mental disorders during pregnancy: Prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: Depression and Anxiety during Pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 335–343. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0081-6>.
- Ferreira, A. M. M. (2019). *Stress psicológico na gravidez e outcomes para a saúde materna e fetal* [Master's Thesis]. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89800>.
- Fineberg, A. M., Ellman, L. M., Schaefer, C. A., Maxwell, S. D., Shen, L., Chaudhury, N. H., Cook, A. L., Bresnahan, M. A., Susser, E. S., & Brown, A. S. (2016). Fetal exposure to maternal stress and risk for schizophrenia spectrum disorders among offspring: Differential influences of fetal sex. *Psychiatry research*, 236, 91–97. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178115308362>.
- Firestone, W. A. (1987). Meaning in Method: The Rhetoric of Quantitative and Qualitative Research. *Educational Researcher*, 16(7), 16–21. <https://doi.org/10.3102/0013189X016007016>.
- Fisher, J., Mello, M. C. de, Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139–149.

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwh/v90n2/v90n2a14.pdf.

Gao, M., Hu, J., Yang, L., Ding, N., Wei, X., Li, L., Liu, L., Ma, Y., & Wen, D. (2019). Association of sleep quality during pregnancy with stress and depression: A prospective birth cohort study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 444. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2583-1>.

George, D., & Mallery, P. (2024). *IBM SPSS statistics 29 step by step: A simple guide and reference*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781032622156/ibm-spss-statistics-29-step-step-darren-george-paul-mallery>.

González-Díaz, S. N., Arias-Cruz, A., Elizondo-Villarreal, B., & Monge-Ortega, O. P. (2017). Psychoneuroimmunoendocrinology: Clinical implications. *World Allergy Organization Journal*, 10, 19. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1939455119300201>.

Gouveia, L., Lovero, K. L., Fumo, W., Fumo, A. M. T., Dos Santos, P., Mocumbi, A. O., Oquendo, M. A., Mari, J. J., Wainberg, M. L., & Duarte, C. S. (2023). A Multi-Site Study of Mental Disorders in the Mozambican Health Care System. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(1), 33–42. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01221-2>.

Grinfeld, P. L. P. (2017). *Perinatalidade: Emoções à flor da pele | ninguém cresce sozinho*. <https://ninguemcrescesozinho.com.br/2017/05/08/perinatalidade-emocoes-a-flor-da-pele/>.

Halsted, S., Wagenaar, B. H., Cumbe, V., Augusto, O., Gimbel, S., Manaca, N., Manuel, J. L., & Sherr, K. (2019). Depressive symptoms, suicidal ideation, and mental health care-seeking

- in central Mozambique. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(12), 1519–1533. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01746-2>.
- Hartley, M., Tomlinson, M., Greco, E., Comulada, W. S., Stewart, J., Le Roux, I., Mbewu, N., & Rotheram-Borus, M. J. (2011). Depressed mood in pregnancy: Prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reproductive health*, 8, 1–7. <https://link.springer.com/article/10.1186/1742-4755-8-9>.
- Henking, C., & Gondek, D. (2023). Social determinants of mental health trajectories during midlife: A prospective British birth cohort study. *Lancet (London, England)*, 402 Suppl 1, S48. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02129-3).
- Hewitt, B., Voorpostel, M., & Turrell, G. (2018). Exploring the Cohabitation Gap in Relationship Dissolution and Health and Wellbeing: A Longitudinal Analysis of Transitions from Cohabitation and Marriage in Switzerland and Australia. Em R. Tillmann, M. Voorpostel, & P. Farago (Eds.), *Social Dynamics in Swiss Society* (Vol. 9, pp. 31–46). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-89557-4_3.
- INE, I. N. de E. (2017). *Censo 2017*. INE. https://ine.gov.mz/censo-2017/-/document_library/pfpz/view/181707.
- Jilili, M., & Liu, L. (2023). *The relationship between work precariousness and mental health in informal workers: A moderated mediation analysis*. <https://assets-eu.researchsquare.com/files/rs-3066811/v1/5d9c4be4-8f43-41d9-996a-931c577c14aa.pdf>.
- Kaaya, S. F., Mbwambo, J. K., Kilonzo, G. P., Van Den Borne, H., Leshabari, M. T., Fawzi, M. S., & Schaalma, H. (2010). Socio-economic and partner relationship factors associated

- with antenatal depressive morbidity among pregnant women in. *Tanzania journal of health research*, 12(1), 23–35. <https://www.ajol.info/index.php/thrb/article/view/56276>.
- 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://www.cambridge.org/core/journals/global-mental-health/article/womens-mental-health-in-mozambique-is-maternity-a-protective-factor/CF1876C37BE6F34C0C338FF04BD69502>.
- Khouj, M. A., Albasri, S., Albishri, A. A., Softa, S. M., Almaslamani, A. S., Ahmad, H. M., Khouj, M., Albishri, A., & Almaslamani, A. (2022). Prevalence of stress, anxiety, and depression among pregnant women in Jeddah. *Cureus*, 14(7). <https://www.cureus.com/articles/105243-prevalence-of-stress-anxiety-and-depression-among-pregnant-women-in-jeddah.pdf>.
- Kjeldsen, M.-M. Z., Bricca, A., Liu, X., Frokjaer, V. G., Madsen, K. B., & Munk-Olsen, T. (2022). Family History of Psychiatric Disorders as a Risk Factor for Maternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(10), 1004–1013. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2400>.
- Kohn, J. L., & Averett, S. L. (2014). Can't we just live together? New evidence on the effect of relationship status on health. *Journal of Family and Economic Issues*, 35, 295–312. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10834-013-9371-2>.
- Lamaze, F. (1970). Painless childbirth: Psychoprophylactic method. (No Title). <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282272632786944>.

- Laranjeira, B. de C. (2022). *A relação entre ansiedade e estresse na gravidez e puerpério*.
<https://repositorio.unesp.br/entities/publication/df499a03-5e1a-4a56-a872-3afb1943cafc>.
- Llosa, J. A., Menéndez-Espina, S., Agulló-Tomás, E., & Rodríguez-Suárez, J. (2018). *Job insecurity and mental health: A meta-analytical review of the consequences of precarious work in clinical disorders*.
<https://revistas.um.es/analesps/article/download/analesps.34.2.281651/227351/>
- Lobo, C. E. (2022). *Ansiedade, depressão e suporte social em gestantes atendidas na atenção primária na cidade de Nampula em Moçambique*.
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/251325>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335–343.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000579679400075U>
- Maia, I. J. F., Marrone, L. C. P., & Martins, M. I. M. (2022). Comparação entre a qualidade de vida, ansiedade e depressão de gestantes que vivem em zona rural e urbana em um município da Amazônia Brasileira. *Research, Society and Development*, 11(1), Artigo 1.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24758>
- Manikkam, L., & Burns, J. K. (2012). Antenatal depression and its risk factors: An urban prevalence study in KwaZulu-Natal. *South African Medical Journal*, 102(12), 940–944.
<https://www.ajol.info/index.php/samj/article/view/83550>
- Marques, M. S. (2021). *A contracepção, os direitos reprodutivos e a sustentabilidade*.
<http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/handle/BR-SIFE/1088>

- Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depression in pregnancy. *Revista Colombiana de psiquiatria (English ed.)*, 48(1), 58–65.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530312018300651>
- Martins, E. J. G. (2023). *A influência do stress no clima organizacional, durante a pandemia covid-19—um estudo de caso nas Unidades do Exército do Grande Porto* [Master's Thesis].
<https://repositorio.ensinolusofona.pt/handle/10437.1/13642>
- Mascarenhas, L. N., Peters, C., Hansen, D., Dourado, F., Lacerda, L., Barbosa, L., Ludwig, M., Lessa, M., Bertrand, S., & Neves, N. (2012). Contracepção na contemporaneidade: O distanciamento da moral católica. *Revista Bioética*, 20(2), Artigo 2.
https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/622
- McCusker, K., & Gunaydin, S. (2015). Research using qualitative, quantitative or mixed methods and choice based on the research. *Perfusion*, 30(7), 537–542.
<https://doi.org/10.1177/0267659114559116>
- Meirelles, M. (2014). O uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na Ciência Política: Uma breve introdução. *Pensamento Plural*, 14, 65–92.
<https://revistas.ufpel.edu.br/index.php/pensamentoplural/article/view/3801>
- Mendonça, G. A. (2020). *Níveis de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de enfermagem e intervenções para manejo*.
https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_1eb87513505f820ea10a98f6b80070
- Meng, X. (2024). Access to mental health services in urban areas: Examine the availability, affordability, and accessibility of mental health services in urban settings, particularly for individuals with intersecting marginalized identities. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 185–190.
<https://journals.lww.com/co->

pschiatry/fulltext/2024/05000/access_to_mental_health_services_in_urban_areas_.8.aspx
[x](#)

- Michelson, T., Silveira, J. G. da Graudenz, M., & Neumann, J. (2006). Imunologia da gestação. *Rev. Amrigs*, 145–151. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-689434>
- Miller, A. B. (2019). *To Sleep or Not to Sleep, That is the Question: Sleep, Anxiety and Depressive Symptoms in Pregnancy*. https://egrove.olemiss.edu/hon_thesis/1190/
- MISAU, M. da S. (2002). *Diploma Ministerial Nivel Primário 127/2002*. <https://pdfcoffee.com/diploma-ministerial-nivel-primario-127-2002-pdf-free.html>
- Musick, K., & Bumpass, L. (2005). Re-examining the case for marriage: Variation and change in well-being and relationships. *UCLA CCPR Population Working Papers*. [https://ccpr.ucla.edu/wp-content/uploads/2024/04/Re-Examining-the-Case-for-Marriage -Variation-and-Change-in-Well-Being-and-Relationships.pdf](https://ccpr.ucla.edu/wp-content/uploads/2024/04/Re-Examining-the-Case-for-Marriage-Variation-and-Change-in-Well-Being-and-Relationships.pdf)
- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*, 11(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-22>
- Nicholas, A., Joshua, O., & Elizabeth, O. (2022). Accessing Mental Health Services in Africa: Current state, efforts, challenges and recommendation. *Annals of Medicine and Surgery*, 81. https://journals.lww.com/annals-of-medicine-and-surgery/fulltext/2022/09000/Accessing_Mental_Health_Services_in_Africa_.101.aspx
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory 3rd edition* (MacGraw-Hill, New York).
- Oyediran, K. A., Ishola, G., & Bankole, A. (2020). Relationship between Religion and Unintended Childbearing in Nigeria: A Cross-Regional Perspective. *Genus*, 76(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s41118-020-00084-5>

- Patricio, T., & Pereira, A. (2013). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para as ciências sociais e psicológicas*. Lisboa: Silabo.
- Perelli-Harris, B., Hoherz, S., Lappegård, T., & Evans, A. (2019). Mind the “happiness” gap: The relationship between cohabitation, marriage, and subjective well-being in the United Kingdom, Australia, Germany, and Norway. *Demography*, 56(4), 1219–1246. <https://read.dukeupress.edu/demography/article-abstract/56/4/1219/168031>
- Raghupathy, R. (1997). Th 1-type immunity is incompatible with successful pregnancy. *Immunology today*, 18(10), 478–482. [https://www.cell.com/imto/abstract/S0167-5699\(97\)01127-4](https://www.cell.com/imto/abstract/S0167-5699(97)01127-4)
- Rakereng, T. M., Dikgole, K. S., Maribe, L. S., Speciale, A. M., & Lavelanet, A. (2024). Assessment of unintended pregnancies, contraception, and abortion in Botswana. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 164(S1), 51–60. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15336>
- Ramboarison-Lalao, L., Madanamoothoo, A., Cerdin, J.-L., & Brewster, C. (2023). African female migrants, family-planning decision-making and work-family balance: The influence of culture and religion. Em *Research Handbook of Global Families* (pp. 161–181). Edward Elgar Publishing. <https://www.elgaronline.com/edcollchap/book/9781788112871/book-part-9781788112871-15.xml>
- Ramos, M. P. (2013). Métodos quantitativos e pesquisa em ciências sociais: Lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais. *Mediações: revista de ciências sociais*. Londrina, PR. Vol. 18, n. 1 (jan./jun. 2013), p. 55-65. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/132102>

- Ren, F., Zhu, X., Liu, J., Zhai, Q., Wang, J., Gao, Y., Zhang, Y., Guan, L., Guo, Y., Chang, L., Li, X., Liu, G., Chen, J., & Wang, S. (2024). Associations of multiple risk factors with prenatal depression and anxiety: Evidence from the Tianjin Birth Cohort (TJBC) study. *Journal of Affective Disorders*, 366, 411–422. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.122>
- Rhodes, J. (2020). Earning a PhD in Prenatal and Perinatal Psychology. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 34, 6. https://www.birthpsychology.com/wp-content/uploads/journal/published_paper/volume-34/issue-6/OEip6xhE.pdf
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214. <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Robinson, D. P., & Klein, S. L. (2012). Pregnancy and pregnancy-associated hormones alter immune responses and disease pathogenesis. *Hormones and behavior*, 62(3), 263–271. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X12000542>
- Rocha, N. L. (2023). *Constituições da maternidade: Narrativas autobiográficas de uma mãe múltipara*.
- Rodrigues Da Silva, C., Alves Araújo, K., & Ponciano Oliveira, D. (2023). A importância do pré-natal psicológico e da atuação do psicólogo no cuidado com a saúde mental materna. *Amazônia Science and Health*, 11(2). <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v11n2p153-167>
- Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: A review. *Trends Psychiatry Psychother. (Impr.)*, 38(3), 136–140. LILACS. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0067>

- Rosa e Silva, A. C. J., & Sá, M. F. S. de. (2006). Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33, 60–67.
<https://www.scielo.br/j/rpc/a/LVb39g9jmD6YK4HbF9MS5Jy/>
- Rowe, T. (2015). The Stress of Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC= Journal D'obstetrique et Gynecologie du Canada: JOGC*, 37(5), 393–394.
<https://europepmc.org/article/med/26168098>
- Sawyer, A., Ayers, S., & Smith, H. (2010). Pre-and postnatal psychological wellbeing in Africa: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 123(1–3), 17–29.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032709002870>
- Schiavo, R. A., & Barbosa, J. G. (2020). Alterações emocionais em gestantes em período de pandemia COVID-19. *MaterOnline*.
- Shiri, R., Poutanen, J., Härmä, M., Ervasti, J., & Haukka, E. (2025). A meta-analysis of unemployment risk factors for middle-aged workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 51(3), 135–145. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4216>
- Shitindi, E. M., & Lubawa, D. (2022). Challenges Facing Single Mothers in Supporting their Adolescent Children: A Case of Dodoma, Tanzania. *East African Journal of Education and Social Sciences*, 3(5), 25–31.
<https://www.ajol.info/index.php/eajess/article/view/237864>
- Silva, B. E. A. da, & Oliveira, M. C. de. (2023). Saúde Mental de Pessoas Recém-Formadas e Desempregadas: A Interseccionalidade como Perspectiva Analítica. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 23(4), Artigo 4. <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rpot/article/view/24447>

- Silva, P. M. F., Pereira, T. de P., Silva, C. J. A. da, & Valente, S. R. P. C. (2023). Percepção de mulheres no momento do trabalho de parto no período da Pandemia de COVID-19. *Rev. APS (Online)*, 26, e262337434–e262337434. LILACS. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.37434>
- Sousa, M. B. C. de, Silva, H. P. A., & Galvão-Coelho, N. L. (2015). Stress response: I. Homeostasis and allostasis theory. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20, 2–11. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/wLn5RGy9pVXSZKryWSPHXTF/abstract/?lang=en>
- South, S. (2023). A Romantic-Partner Model of Mental Health. *Current Directions in Psychological Science*, 32(3), 258–263. <https://doi.org/10.1177/09637214221141691>
- Souza, G. M. de, Oliveira, J. da S., Nascimento, M. T. do, Silva, S. N., & Gaspar, V. C. O. (2025). Transtornos mentais na gestação e seus impactos na saúde da gestante e do feto: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 8(3), e79987–e79987. <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n3-150>
- Soyemi, A. O., Sowunmi, O. A., Amosu, S. M., & Babalola, E. O. (2022). Depression and quality of life among pregnant women in first and third trimesters in Abeokuta: A comparative study. *South African Journal of Psychiatry*, 28. <https://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/view/241167>
- Steiner, M., Dunn, E., & Born, L. (2003). Hormones and mood: From menarche to menopause and beyond. *Journal of affective disorders*, 74(1), 67–83. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032702004329>
- Su, Q., Zhang, H., Zhang, Y., Zhang, H., Ding, D., Zeng, J., Zhu, Z., & Li, H. (2015). Maternal stress in gestation: Birth outcomes and stress-related hormone response of the neonates.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957215000492>

Sunday, E. M., Okoli, P. C., & Dinwoke, V. O. (2018). Level of awareness and treatment of anxiety and depression during pregnancy in southeast Nigeria. *South African Journal of Psychiatry*, 24. <https://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/view/184148>

Suppaseemanont, W. (2006). Depression in pregnancy: Drug safety and nursing management. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(1), 10–15. https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/2006/01000/Depression_in_Pregnancy_Drug_Safety_and_Nursing.4.aspx

Szklo, M., & Nieto, F. J. (2014). *Epidemiology: Beyond the basics*. Jones & Bartlett Publishers. [https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=TuJrwZEIY3UC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Szklo+M,+Nieto+FJ.\(2014\).+Epidemiology:+beyond+the+basics.+Burlington,+MA:+Jones+%26+Bartlett+Publishers%3B+p.+557.&ots=-GMEJ3iUMd&sig=lmfzlpGjRMwD9e9UiH-1QqN2YpM](https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=TuJrwZEIY3UC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Szklo+M,+Nieto+FJ.(2014).+Epidemiology:+beyond+the+basics.+Burlington,+MA:+Jones+%26+Bartlett+Publishers%3B+p.+557.&ots=-GMEJ3iUMd&sig=lmfzlpGjRMwD9e9UiH-1QqN2YpM)

Trevisol Neto, O. (2017). Métodos e técnicas de pesquisa. *Chapecó: Argos*.

Trombetta, J. B., Nunes, R. D., Traebert, J., & Freschi, L. D. (2019). Fatores associados à qualidade de vida em gestantes de alto risco. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 48(4), 75–87. <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/536>

Val, A., & Míguez, M. C. (2023). Prevalence of antenatal anxiety in European women: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1098. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/2/1098>

Van Heyningen, T., Honikman, S., Myer, L., Onah, M. N., Field, S., & Tomlinson, M. (2017). Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in

- urban South Africa: A cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, 20(6), 765–775. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0768-z>
- Vellay, P. (1984). *Parto sem dor: Princípios, práticas e testemunho*. IBRASA.
- Verny, T. R. (1987). *Pre- and Perinatal Psychology: An Introduction*. Human Sciences Press.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104–109. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713007738>
- Vuille, M. (2015). The invention of psychoprophylaxis in France, 1950-1980. *Travail, genre et sociétés*, 34(2), 39–56. https://shs.cairn.info/article/E_TGS_034_0039?tab=resume
- Wang, Y., Gu, J., Zhang, F., & Xu, X. (2023). The mediating role of social support and resilience between self-efficacy and prenatal stress: A mediational analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 866. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06184-2>
- WHO, W. H. O. (1992). *CID-10 – Vol. 2: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Edusp*. <https://www.edusp.com.br/livros/cid-10-2/>
- WHO, W. H. O. (2010). *People with mental disabilities cannot be forgotten*. <https://www.who.int/news/item/11-12-2010-people-with-mental-disabilities-cannot-be-forgotten>
- WHO, W. H. O. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization. [https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=LHsOEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=World+Health+Organization+\(2022\).+Guide+for+integration+of+perinatal+mental+health+in++maternal+and+child+health+services.+SBN+978-92-4-005715-9.&ots=rb7-sx6oiV&sig=2gsZD38GAMD7XpCdGM3VdKtOmE](https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=LHsOEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=World+Health+Organization+(2022).+Guide+for+integration+of+perinatal+mental+health+in++maternal+and+child+health+services.+SBN+978-92-4-005715-9.&ots=rb7-sx6oiV&sig=2gsZD38GAMD7XpCdGM3VdKtOmE)

- Yang, H., Pan, Y., Chen, W., Yang, X., Liu, B., Yuan, N., & Zhang, X. (2023). Prevalence of and relevant factors for depression and anxiety symptoms among pregnant women on the eastern seaboard of China in the post-COVID-19 era: A cross-sectional study. *BMC PSYCHIATRY*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05059-2>
- Yilak, G., Kitaw, T. A., Abate, B. B., Zemariam, A. B., Alamaw, A. W., Lake, E. S., Ayele, M., Belay, A. S., Getie, A., & Tilahun, B. D. (2024). Magnitude, determinants, and adverse outcomes of unintended pregnancy among pregnant mothers in low-and middle-income countries: An umbrella review of systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 14, 04253. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11638801/>
- Zegeye, A., Alebel, A., Gebrie, A., Tesfaye, B., Belay, Y. A., Adane, F., & Abie, W. (2018). Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 462. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2101-x>

11. Apêndices

Instrumento de caracterização sócio demográfica e clínica

1 Data de nascimento: ____/____/____ 2 profissão / ocupação:

3 Nível de escolaridade: primário () secundário () médio () licenciatura () mestrado () Doutorado () Outro ()

4 Gesta ____ Para ____ Abortos ____ nados vivos ____ nados mortos ____ vivos actuais ____

5 trimestre gestacional: () 1º () 2º () 3º ()

6 Planeamento Familiar:

() Planeada () não planeada ()

7 Religião:

() Católico () Evangélico () Espírita () Ateu () Outros: _____

8 Estado Civil/Relacionamento Actual:

() Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () Outros: _____

9 você se considera em qual renda mensal?

() menos de 10.000,00 mtn () 10.000,00 mtn a 15.000,00 mtn () 20.000,00 mtn a 25.000,00 mtn () 25.000,00 mtn a 30.000,00 mtn () Mais de 30.000,00 mtn

10 Onde e com quem reside:

() Vive sozinho () Vive com cônjuge () Vive com os pais () Vive com outros parentes

Outros: _____ Bairro _____

11 Dedicar tempo para actividades de lazer?

() Frequentemente- 3 ou mais vezes por semana () Ocasionalmente- 2 ou menos vezes por semana
() Raramente- 1 ou menos vezes por semana () Nunca- nenhuma vez por semana

12 Como você considera a qualidade do seu sono:

() Satisfatório () Insatisfatório

13 Faz algum tratamento de longa duração? () Sim () Não

13.1 Caso a resposta acima seja positiva, qual (is)? _____

14 Já fez algum tratamento de longa duração? () Sim () Não

14.1 Caso a resposta acima seja positiva, qual (is)? _____

15 Faz acompanhamento com algum desses profissionais?

() Psicólogo () Neurologista () técnico de psiquiatria/Psiquiatra () Não

16. Já fez acompanhamento com algum desses profissionais?

() Psicólogo () Neurologista () técnico de psiquiatria/Psiquiatra () Não

17. Tem algum familiar que fez ou faz acompanhamento com algum desses profissionais?

() Psicólogo () Neurologista () técnico de psiquiatria/Psiquiatra () Não

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO PACIENTE MOÇAMBIQUE (PHQ-9MZ) - DEPRESSÃO

Introdução: Comece o PHQ-9M dizendo “Agora vou **fazer** **lhe** 9 perguntas sobre o seu estado de saúde. Nestas perguntas vamo-nos referir do seu estado de saúde nas **últimas 2 semanas**. ”

(use ☐ para indicar a sua resposta por outra, circunde a resposta correcta)

Comece as perguntas com a seguinte frase: **Durante as últimas 2 semanas, quantas vezes teve:**

E na insistência pergunte: **mais ou menos quantos dias nestas 2 semanas?**

Tabela 5-QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO PACIENTE MOÇAMBIQUE (PHQ-9MZ) - DEPRESSÃO

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGO DE CATEGORIAS/ RESPOSTAS
001	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas que você gostava.	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)
002	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você sentir-se em baixo, triste ou desesperado.	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)
003	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você teve dificuldades de apanhar sono, manter o sono, ou dormir muito ou pouco tempo	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)
004	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você sentiu - se cansado/ com pouca força ou com pouca energia.	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)
005	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comer muito.	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)

006	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você sentiu que não gosta de si próprio/a, ou que é fracassado /inútil/ não serve para nada ou que tem deixado a si e a sua família para baixo.	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)
007	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você teve falta de concentração em fazer as coisas, como trabalhar, estudar, trabalhos domésticos, ou outras actividades.	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)
008	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você esteve a falar, agir, ou mover-se lentamente, ou ficar irrequieto ou agitado do que o habitual ou que outras pessoas terão notado.	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)
009	Nas últimas 2 semanas, quantos dias você pensou que seria melhor morrer ou fazer mal a si mesmo.	0. Nunca 1. Algumas vezes (1-7 dias) 2. Muitas vezes (8-11 dias) 3. Todos ou quase todos os dias (12-14 dias)

Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

Referência da versão em original: LOVIBOND, S. H.; & LOVIBOND, P. F. Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales Australia. 1995.

Indique o quanto cada uma das frases se aplicou a você DURANTE A ÚLTIMA SEMANA, conforme a indicação a seguir:

Tabela 6-Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

Item		Opções de Resposta			
		Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau, ou por algum tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
1	Tive dificuldade em acalmar-me	0	1	2	3
2	Estava consciente que minha boca estava seca	0	1	2	3
3	Parecia não conseguir ter nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldade em respirar (ex. respiração excessivamente rápida, falta de ar, na ausência de esforço físico)	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada a situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava geralmente muito nervoso	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Senti que estava agitado	0	1	2	3

12	Tive dificuldade em relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e deprimido	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que impediam-me de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava sensível	0	1	2	3
19	Eu estava consciente do funcionamento/batimento do meu coração na ausência de esforço físico (ex. sensação de aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter uma boa razão	0	1	2	3
21	Senti que a vida estava sem sentido	0	1	2	3

Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação (Modelo 22)

Parecer do supervisor (para a submissão de Dissertação)

Faculdade de Medicina

Departamento de Saúde Mental Curso: Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção

Milton Armando Teresa Malai Moçambique, afecto ao Hospital Psiquiátrico de Infulene supervisor da estudante **Elisa Paulo Joaquim Barros**, do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção, tendo verificado que a dissertação: ***Prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e stress em gestantes estudo transversal nos centros de saúde do alto Maé e Zimpeto***, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, 20 de Novembro de 2025

Assinatura

Evidência de participação em eventos científicos

Anexos

Carta de cobertura do local onde foi realizado o estudo.

CURRICULUM VITAE

Elisa Paulo Joaquim Barros

Contacto: +258876234340, e-mail: ebarrospsi@gmail.com, LinkedIn: Elisa Barros

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9049780975094113>

Perfil Profissional

Possui formação técnica em Medicina Geral, licenciatura em psicologia Clínica e Mestranda em Saúde Mental e Psicointervenção, com um perfil multidisciplinar dedicado à pesquisa em neurociências e comportamento. Possuo sólida base em saúde mental e experiência clínica, aliada a um forte interesse nos mecanismos neurobiológicos subjacentes aos processos comportamentais e transtornos mentais.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

- ❖ Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção | Universidade Eduardo Mondlane | 2024-2025

Área de interesse principal: Neurobiologia do comportamento e desenvolvimento, com foco em transtornos do humor e ansiedade, e neurodesenvolvimento na saúde mental perinatal.

- ❖ Licenciatura em Psicologia Clínica | Instituto Superior de Ciências de Saúde - Maputo | 2021

EXPERIÊNCIA EM PESQUISA E PUBLICAÇÕES

- ❖ **Protocolo de Dissertação de Mestrado:** "PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS EM GESTANTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA E ESTUDO TRANSVERSAL NOS CENTROS DE SAÚDE DO ALTO MAÉ E ZIMPETO"
 - ❖ **Instituição:** Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina (Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção)
 - ❖ **Orientador:** Dr. Milton Armando Teresa Malai Moçambique, MD., PhD.
 - ❖ **Período de Pesquisa:** Novembro de 2024 – Novembro de 2025

- ❖ **Monografia de Licenciatura:** "Aplicação dos Conhecimentos da Psicologia Eurocêntrica pelos Psicólogos na Prática Clínica no Contexto Afrocêntrico - Caso do Marido da Noite"
- ❖ **Instituição:** Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA), Moçambique
- ❖ **Orientador:** Dr. Juvêncio Sarmento
- ❖ **Período:** Novembro de 2021

Publicação de Resumo de Monografia:

- ❖ **Título do Resumo:** “PERSPECTIVAS DOS PACIENTES E CURANDEIROS SOBRE O MARIDO DA NOITE, COM FOCO EM INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA.”
- ❖ **Evento:** Resumo aprovado e publicado com o código “464”, no Livro de Resumos das XVIII Jornadas Nacionais de Saúde do Instituto Nacional de Saúde, Moçambique.
- ❖ **Ano:** 2024
- ❖ **Papel:** Autora Principal.
- ❖ **Relevância:** Demonstra a capacidade de sintetizar e disseminar resultados de pesquisa em fóruns científicos de relevância nacional, contribuindo para o avanço do conhecimento em saúde mental e psicologia transcultural.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- ❖ Psicóloga Clínica e Perinatal | Choupal Medi-clinic | 2023- presente
 - ❖ Realização de atendimentos a gestantes e famílias, oferecendo acolhimento, psicoterapia e orientação sobre parentalidade.
 - ❖ Condução de grupos de pré-natal psicológico para gestantes.
- ❖ Técnica de Medicina Geral/Psicóloga Clínica | Centro de Saúde de Inhagoia | 2016 – presente

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR E EVENTOS CIENTÍFICOS

- ❖ Participação nas I jornadas científicas de Pós-graduação da FAMED- UEM-2025
- ❖ Participação nas IV jornadas científicas FEP- universidade Pedagógica de Maputo
- ❖ Participação nas IV jornadas científicas ICS-INFULENE-2025

- ❖ Capacitação em Saúde Mental Perinatal | Centro de Ensino em Ciências Perinatais | 2023
- ❖ Moderação de Eventos Online (Internacionais): Diálogo sobre Saúde Mental; Psicologia como Profissão; Contribuições para a Saúde Mental (total de 6h- média de 200 participantes cada) | 2023
- ❖ Participação nas XVIII jornadas científicas do Instituto Superior de ciências de saúde | 2024
- ❖ I Congresso Online da SBP Psicologia Clínica e da Saúde | Sociedade Brasileira de Psicologia | 2022
- ❖ II Congresso de TCC / VII Jornadas de TCC do LaPICC-USP | 2022
- ❖ Workshop de Saúde Mental Perinatal | Instituto materOnline | 2023
- ❖ Roda de Conversa: Reflexão sobre o Transtorno do Espectro Autista | Associação de Psicologia do Estado do Mato Grosso | 2022

HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

- ❖ **Habilidades Técnicas e de Pesquisa:**
 - ❖ Sólida base em metodologia de pesquisa e análise crítica de literatura. Familiaridade com bases de dados acadêmicas (PubMed, Scopus e Web of Science) e proficiência em Pacote Office (Word, Excel e PowerPoint).
- ❖ **Habilidades de Comunicação:**
 - ❖ Capacidade de debate, comunicação interpessoal, apresentação.
- ❖ **Línguas:**
 - ❖ Português: Fluente (Fala, Escrita, Compreensão)
 - ❖ Inglês: Intermediário (Fala, Escrita, Compreensão)
 - ❖ XiNdau: Razoável (Fala, Compreensão)
 - ❖ XiSena: Razoável (Fala, Compreensão)

COMPETÊNCIAS E ATRIBUTOS PESSOAIS

- ❖ **Pensamento Crítico e Curiosidade Intelectual**
- ❖ **Proactividade e Resolução de Problemas**
- ❖ **Organização e Disciplina**
- ❖ **Ética e Zelo Profissional**

❖ **Comunicação e Colaboração Científica:**

REFERÊNCIAS

Milton Moçambique- (MD, PhD), psiquiatra psicoterapeuta - Supervisor do Mestrado-
+258847288592

Prof. Doutor Hachimo Chagane (Coordenador da área científica de ciências sociais, humanas e
de educação na universidade A Politécnica) – +258 878559410

Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação (Modelo 22)

Parecer do supervisor (para a submissão de Dissertação)

Faculdade de Medicina

Departamento de Saúde Mental Curso: Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção

Milton Armando Teresa Malai Moçambique, afecto ao Hospital Psiquiátrico de Infância supervisor da estudante **Elisa Paulo Joaquim Barros**, do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenção, tendo verificado que a dissertação: *Prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e stress em gestantes estudo transversal nos centros de saúde do alto Maé e Zimpeto*, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, 20 de Novembro de 2025

Assinatura

Milton Armando Moçambique



**REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CIDADE DE MAPUTO
CONSELHO DOS SERVIÇOS DE REPRESENTAÇÃO DO ESTADO
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE**

**A
Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Medicina**

MAPUTO

Nota nº 4161/0501 DEPC/SSCM

Data: 26/09/2024

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização para desencadear o estudo "Prevalência de depressão, ansiedade e estresse em gestantes: Estudo transversal nos centros de saúde de Zimpeto e Alto Mac em Fevereiro de 2025".

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo acusa a recepção do pedido da Sra. Elisa Paulo Joaquim Barros estudante de Mestrado em saúde mental e psicointervenções da Faculdade de Medicina na Universidade Eduardo Mondlane, na qual solicita autorização para realizar estudo com o teor retro mencionado,

Sobre a matéria, comunica-se que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo **autoriza** a realização da actividade, devendo apresentar os resultados ao SSCM.

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



**Dra. Sheila Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral Principal)**

Cc: Centro de Saúde de Zimpeto
Cc: Centro de Saúde Alto Mac
Cc: Elisa Paulo Joaquim Barro

Av. de Maguigwana
Caixa Postal nº2217
Maputo-Moçambique

Telef: +258 21 360276/7
Fax: +25821430212
SSCM

(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): **Elisa Paulo Joaquim Barros***

*Protocolo de investigação: **Versão 1.0 de Novembro de 2024***

*Cosentimentos informados: **Versão 1.0 de Novembro de 2024***

*Questionário: **Versão 1.0 de Novembro de 2024***

Do estudo:

TÍTULO; "Prevalência de Depressão, Ansiedade e Stress em Gestantes: Uma Revisão Integrativa e Estudo Transversal nos Centros de Saúde do Alto Maé e Zimpeto em Maio de 2025.."

Constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia de 05 de Novembro de 2024 e que será incluída na acta 34/2024, 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 **CIBSFM&HCM/151/2024**.*

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 06 de Dezembro 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 5 de Dezembro de 2024





[PSSA] Agradecimento pela Submissão

Caixa de entrada



Programa de Pós-graduação Mes... 1:

Elisa Paulo Joaquim Barros, Agradecemos a submissão do seu manuscrito



Programa de... 20:28

para mim ▾



Elisa Paulo Joaquim Barros,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Aplicação dos Conhecimentos da Psicologia Eurocêntrica na Prática Clínica em Contexto Afrocêntrico" para Revista Psicologia e Saúde. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito: <https://pssa.ucdb.br/pssa/authorDashboard/submission/3240>

Mostrar citação



Responder



Encaminhar





CERTIFICADO

Certificamos que **Elisa Barros**, apresentou a comunicação intitulada **Prevalência de sintomas de depressão, Ansiedade e Stress em Gestante- Cidade de Maputo** nas Jornadas Científicas da Faculdade de Educação e Psicologia edição 2025, realizada nos dias **22 à 24 de Setembro de 2025**.

Maputo aos 24 de Setembro de 2025


Bonifácio Obadias Langa

Prof. Doutor Bonifácio Obadias Langa
Director da Faculdade de Educação e Psicologia



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CIDADE DE MAPUTO
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE DE INFULENE

Certificado de Mérito

O Instituto de Ciências de Saúde de Infulene atribui este Certificado de Mérito ao Sr (a) **Elisa Barros** em reconhecimento da sua valiosa contribuição como orador(a) das 1ªs Jornadas Científicas do Instituto de Ciências de Saúde de Infulene com o lema "Formar com Ciência, actuar com Consciência e Competência"

Maputo, 17 de Outubro de 2025

A Secção
Sizaquel Simões Fernandes Timana
(Médica Secretária 1ª)



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDAÇÃO EM 1963

I JORNADAS ACADÉMICO-CIENTÍFICAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

Certificado de Apresentação

Certifica-se que **Elisa Barros** participou como apresentador 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