



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CATARINA DE ALMEIDA SIMÃO PEDRO

***Estudo Longitudinal sobre a Influência da
Família na Depressão Perinatal***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA
DOUTORA SUSANA PATRÍCIA PINHO MIGUEL

FEVEREIRO/2022

Estudo Longitudinal sobre a Influência da Família na Depressão Perinatal

Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina.

Autores e Afiliações

Catarina de Almeida Simão Pedro¹- catarina.pedro413@gmail.com

Orientadora: Inês Rosendo Carvalho e Silva^{1,2}- inesrcs@gmail.com

Coorientadora: Susana Patrícia Pinho Miguel³- susanappmiguel@gmail.com

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² USF Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

³ USF Cruz de Celas, Coimbra, Portugal

RESUMO

Introdução: A depressão perinatal consiste em episódios depressivos que podem acontecer desde a gravidez até ao primeiro ano após o parto. É um problema de saúde pública que, quando não devidamente tratada e acompanhada, pode ter consequências muito negativas tanto para a mãe e para a criança, como para a restante família. Este estudo vem colmatar a pouca informação existente acerca da influência da tipologia, funcionalidade e satisfação familiar nesta patologia.

Métodos: Este é um estudo observacional longitudinal, do tipo coorte prospetivo. Foram recrutadas 46 utentes de cinco Unidades de Saúde Familiar/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados da Administração Regional da Saúde do Centro incluídas por conveniência, que responderam a questionários *online* em duas fases, primeiro enquanto grávidas e posteriormente, 6 semanas ou mais após o parto. Os questionários incluíam questões sociodemográficas, antecedentes patológicos, fisiológicos e obstétricos. Incluíam também, na primeira fase, quatro escalas: Escala de Rastreamento de Ansiedade Perinatal (ERAP), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES-IV) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Na segunda fase, para além destas, estava também presente a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Os seus médicos de família responderam também a um questionário *online* designando aspetos clínicos relevantes das suas utentes. Foi feita análise estatística descritiva e inferencial bivariada e multivariada.

Resultados: Após análise multivariada desta amostra, constituída por 46 utentes, obteve-se que apenas a variável dos sintomas depressivos durante a gravidez tinha uma associação significativa e independente com o risco de desenvolver depressão pós-parto ($F=1,365$; $p<0,001$; R^2 ajustado= $0,289$). Além deste, também os sintomas de stress e ansiedade, o facto de estar de “baixa médica” no decurso da gravidez, a “Satisfação com a família”, “Intimidade”, “Satisfação com os Amigos” e “Satisfação com as atividades sociais” mostraram-se relacionados significativamente com este diagnóstico em análise bivariada.

Discussão e Conclusão: Apesar de se tratar de uma amostra muito reduzida, conseguiu-se demonstrar que a depressão durante a gravidez parece ser um dos maiores fatores preditores do desenvolvimento de depressão pós-parto. Fatores familiares terão aqui um papel indireto, provavelmente associados a sentimentos de maior stress, ansiedade e depressão durante a gravidez. Destacar estes fatores torna-se crucial para um olhar clínico atento sobre grávidas que poderão estar em risco e, assim, permitir um diagnóstico e intervenção precoce com o objetivo de melhorar o prognóstico da mãe e do seu bebé.

Palavras-chave: Depressão Perinatal, Família, Ansiedade, Stress, Saúde Infantil.

ABSTRACT

Introduction: Perinatal depression consists of depressive episodes that can occur from pregnancy until the first year after birth. It is a public health problem that, when not properly treated and monitored, can have very negative consequences for both mother and child, as well as for the remaining family. This study comes to fill in the scarce existing information about the influence of the typology, functionality and family satisfaction in this pathology.

Methods: This is a longitudinal observational study, of prospective cohort type, divided into two phases, pre and postpartum. We recruited 46 patients from five Family Health Units/Personalized Health Care Units from Regional Health Administration of the Center included by convenience, who answered online questionnaires in two phases, first while pregnant and then 6 or more weeks after delivery. The questionnaires included sociodemographic questions, pathological, physiological and obstetric history. In the first phase, they also included four scales: the Perinatal Anxiety Screening Scale (ERAP), the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21), the Family Flexibility and Cohesion Evaluation Scale (FACES-IV) and the Social Support Satisfaction Scale (ESSS). In the second phase, in addition to these, the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was also present. Their family doctors also answered an online questionnaire designating relevant clinical aspects of their patients. Bivariate and multivariate descriptive and inferential statistical analysis was performed.

Results: After multivariate analysis of this sample, consisting of 46 patients, it was obtained that only the variable of depressive symptoms during pregnancy had a significant and independent association with the risk of developing postpartum depression ($F=1.365$; $p<0.001$; adjusted $R^2=0.289$). In addition, symptoms of stress and anxiety, being on "sick leave" during pregnancy, "Satisfaction with family", "Intimacy", "Satisfaction with friends" and "Satisfaction with social activities" were significantly related to this diagnosis in a bivariate analysis.

Discussion and Conclusion: Despite the very small sample size, it has been shown that depression during pregnancy seems to be a major predictor of the development of postpartum depression. Family factors will play an indirect role here, probably associated with feelings of greater stress, anxiety, and depression during pregnancy. Highlighting these factors becomes crucial for a close clinical look at pregnant women who may be at risk and thus allow for early diagnosis and intervention with the aim of improving the prognosis of the mother and her baby.

Keywords: Perinatal Depression, Family, Anxiety, Stress, Child Health.

ÍNDICE

ABREVIATURAS E SIGLAS	6
INTRODUÇÃO	7
MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
Desenho do Estudo.....	10
Seleção dos participantes	10
Recolha de Dados.....	11
Análise de dados.....	14
RESULTADOS	15
Descrição da amostra	15
Caracterização Sociodemográfica.....	15
Antecedentes Obstétricos e Pessoais.....	17
Caracterização dos níveis de ansiedade, depressão e stress	17
Caracterização do Ambiente Familiar, Satisfação e Suporte Social	18
Análise Bivariada.....	20
Análise Multivariada	26
DISCUSSÃO	27
CONCLUSÃO	31
AGRADECIMENTOS	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO I- Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.....	35
ANEXO II- Consentimento Informado	36
ANEXO III- Questionário Sociodemográfico e Variáveis Obstétricas.....	37
ANEXO IV- Escala de Rastreamento da Ansiedade Perinatal	39
ANEXO V- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	40
ANEXO VI- Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV (FACES-IV) .	41
ANEXO VII- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	44
ANEXO VIII- <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS).....	45

ABREVIATURAS E SIGLAS

ARS: Administração Regional de Saúde;

DP: Desvio-Padrão;

DPN: Depressão Perinatal;

DPP: Depressão Pós-Parto;

EADS-21: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress- 21;

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*;

ERAP: Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal;

ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social;

EUA: Estados Unidos da América;

FACES-IV: Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar- IV;

MDE: Episódio Depressivo Major;

OMS: Organização Mundial da Saúde;

PMDD: Desordem Disfórica Pré-Menstrual

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

USF: Unidade de Saúde Familiar.

INTRODUÇÃO

A depressão é a doença mental mais comum. A OMS (Organização Mundial da Saúde) estima que, em 2021, aproximadamente 280 milhões de pessoas sofrem de depressão e que esta representa a maior causa de incapacidade no mundo, apesar de ter um tratamento efetivo.¹ Dados referentes a Portugal remontam a 2013, em que se estimava que a prevalência da depressão ao longo da vida era de 42,7%, o que colocava o nosso país no 4º lugar dos 34 países que integraram o *Survey* da OMS. Este mesmo estudo também mostrou que esta perturbação é mais prevalente no sexo feminino (5,1%) relativamente ao masculino (3,6%).²

A depressão perinatal (DPN) define-se como o conjunto de episódios depressivos *minor* ou *major* que ocorrem durante a gravidez ou no primeiro ano após o parto.³ A sua prevalência era entre 10 a 20% numa revisão sistemática feita em 2020 nos EUA. Apesar de sentimentos de tristeza e labilidade emocional, chamados de *Baby Blues*, ocorrerem em cerca de 80% das recentes mães, estes não duram mais do que 10 dias e são autolimitados. Na DPN estes sentimentos têm uma duração superior a 14 dias e têm impacto na qualidade de vida da mãe e até do bebé.⁴

O nascimento de um filho é dos grandes acontecimentos na vida de uma mãe que, habitualmente, se caracteriza por um período de extrema felicidade. No entanto, é um momento extremamente stressante para a mulher que é exposta a alterações hormonais e físicas e, portanto, também se acompanha de uma grande vulnerabilidade psicológica e, em muitas, pode traduzir-se num período de extrema tristeza e ansiedade.

Por esse mesmo motivo e por muitos dos sintomas da gravidez e do puerpério serem semelhantes aos sintomas depressivos, a DPN pode passar despercebida.³ As próprias mulheres, mesmo sentindo que algo está errado, acabam por não valorizar nem reportar os seus sintomas ao seu médico.⁵

Os principais fatores de risco identificados foram o stress psicossocial, história pessoal de doença mental, como episódio depressivo major (MDE) ou desordem disfórica pré-menstrual (PMDD), e falta de apoio pelos companheiros.⁶

A DPN tem despertado crescente curiosidade, não só pelo aumento da sua incidência, mas também pelo impacto negativo que tem demonstrado a nível pessoal para a mulher, familiar e no desenvolvimento da criança. Para estes últimos parece causar distúrbios comportamentais, da cognição e do desenvolvimento intelectual,

emocional e físico. Nas mulheres parece ser responsável por prejudicar a qualidade de vida, afetando as relações sociais, com o companheiro e com o seu filho, influenciando a forma como cuida dele e a interação mãe-filho. Tem impacto também no retorno ao seu trabalho e conseqüentemente influencia o rendimento e a economia familiar. Parece estar também associada a parto pré-termo, baixo peso ao nascimento e restrição de crescimento intra-uterino.⁷

O reconhecimento da Doença Mental Materna permite uma intervenção precoce, facilita a gestão e a referenciação adequada de modo a prevenir ou melhorar possíveis efeitos adversos.⁵ Vários estudos têm demonstrado, inclusivamente, que a depressão perinatal é um importante preditor de problemas psiquiátricos graves na criança como a ideação suicida e o desenvolvimento de depressão na vida adulta.⁷

Apesar de haver ainda pouca evidência que suporte um *timing* perfeito de rastreio e seguimento, dados têm mostrado que das mulheres que têm depressão pós-parto, 27% entraram na gravidez com uma perturbação psiquiátrica, 33% tiveram *onset* durante a gravidez e 40% desenvolvem apenas no período pós-parto. Portanto, o importante é estar atento a mulheres com múltiplos fatores de risco, saber identificá-los, e fazer um correto seguimento ao longo de todo o período perinatal.⁵

A importância de aplicar de forma mais assertiva as medidas de prevenção existentes e investigar novas ferramentas capazes de antecipar este problema prende-se com o facto de muitas mulheres ainda recusarem o seu tratamento ou até mesmo o seu rastreio. Esta situação pode acontecer por vários motivos, um deles pode ser o estigma ainda muito presente no nosso dia a dia, quer para problemas mentais como para a depressão associada a um período da vida que devia ser maioritariamente satisfatório para a mulher. Outro pode ser a falta de conhecimento ou simplesmente a recusa do tratamento justificada pelo período de amamentação.³

Embora a cronicidade da DPN esteja mais frequentemente associada ao efeito cumulativo de fatores ambientais e psicossociais, a falta de apoio social, episódios de vida stressantes, antecedentes de depressão, classe socioeconómica baixa e problemas conjugais também foram identificados como fatores de risco importantes. Em relação a problemas conjugais e ao ambiente familiar, sabe-se que estes tanto podem ter um efeito protetor como fator de risco para o desenvolvimento de DPN. A desigual distribuição das tarefas domésticas, conflitos com o parceiro que podem incluir violência doméstica, a dependência económica do companheiro, ou uma família monoparental

podem estar na origem de relações insatisfatórias e na sensação de falta de apoio, que têm efeito negativo no desenvolvimento de DPN.⁸

Uma vez que o número de estudos existentes sobre esta relação é reduzido e por todas as razões descritas anteriormente percebe-se que o ambiente familiar terá importância no desenvolvimento de DPN. Assim, o objetivo deste estudo é perceber melhor a influência dos fatores familiares na depressão perinatal. Serão estudados aspetos como o tipo de família, as suas relações e funcionalidade, a perceção e satisfação com o suporte familiar e a sua relação com o desenvolvimento de DPN.

Espera-se então contribuir para que, futuramente, sejam identificados cada vez mais precocemente fatores favorecedores do desenvolvimento de DPN como este, podendo traduzir-se num efeito preventivo e protetor da grávida, do descendente, da família e da sociedade em geral.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do Estudo

A Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro aprovou a realização deste estudo observacional longitudinal, do tipo coorte prospetivo, focado em avaliar a influência dos fatores familiares na DPN (ANEXO I).

Seleção dos participantes

Foi utilizada a EPITOOLS, uma ferramenta online que calcula o tamanho recomendado da amostra para um estudo de coorte⁹. Obteve-se um total recomendado de 56 grávidas, de acordo com um risco relativo de 4,37% (risco de depressão por não ter apoio familiar, com base num estudo de 2010¹⁰) com um intervalo de confiança de 95%.

No recrutamento, as utentes grávidas foram convidadas pelos seus médicos de família colaboradores neste projeto, tanto através de chamadas telefónicas como no final das várias consultas presenciais, desde dezembro de 2020 a janeiro de 2022. Foram esclarecidas acerca do estudo em geral e do seu objetivo, bem como sobre a necessidade de um seguimento no pós-parto. As grávidas que aceitaram o convite, preencheram então uma declaração de consentimento informado (ANEXO II) quer em formato *online*, quer em formato papel, na própria consulta ou numa consulta presencial posterior. O questionário de autopreenchimento podia ser fornecido também à grávida quer em formato papel, quer em formato *online* (sob a forma de um *link* de *Google Forms*). Todas as utentes optaram por responder ao questionário via *online*.

Foi criado um sistema de codificação por cada médico de família colaborador, sendo atribuído um código a cada grávida, que lhe foi enviado no mesmo email com o *link* do questionário. Desta forma foi possível manter-se o anonimato e confidencialidade das respostas de cada participante. Este código foi transversal às duas fases do estudo, pré e pós-parto, sendo assegurado pelo médico de família responsável.

Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos em quatro Unidades de Saúde Familiar da Região Centro (Cruz de Celas, Coimbra Centro, Norton de Matos e Pulsar) e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Anadia III), selecionadas por conveniência fazendo parte de uma rede de investigação já estabelecida.

Este estudo foi composto por duas etapas, a primeira tratou-se de uma recolha de dados durante a gravidez, entre dezembro de 2020 e novembro de 2021, e a segunda fase consistiu na recolha de dados dessas mesmas mulheres no período pós-parto, seis semanas ou mais após o nascimento do seu bebé, entre setembro de 2021 e janeiro de 2022.

Na primeira fase, antes da aplicação das escalas, foi aplicado um pequeno questionário focado em questões sociodemográficas e variáveis obstétricas a preencher tanto pelo médico de família como pela grávida (ANEXO III). Aqui, foram inquiridos aspetos como o ambiente económico, social e demográfico, bem como antecedentes obstétricos e pessoais da grávida, identificados como possíveis fatores de risco para a DPN. Das que estavam empregadas antes da gravidez, a sua profissão foi categorizada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2010.¹¹

As questões a preencher pelo médico de família também tinham uma versão *online*, para facilitar e agilizar a partilha de dados de antecedentes clínicos crónicos, história de intercorrências durante a gravidez e a possibilidade de diagnóstico de depressão ativa em cada grávida. O sistema de codificação também se aplicou aqui, tendo cada médico de família utilizado o código pessoal referente a cada grávida, para cada uma das respostas.

Foram aplicadas quatro escalas diferentes na tentativa de interpretar a perceção que a grávida tinha dos seus episódios mais ansiosos, depressivos e stressantes, da sua vida social e do ambiente familiar:

A primeira a ser utilizada foi a Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP) (ANEXO IV) que, apesar da sua tradução ainda não estar totalmente validada para a população portuguesa, é capaz de diferenciar a ansiedade fisiológica do período perinatal da ansiedade patológica. Faz essa distinção através de uma escala de *Likert* de 0 a 3 (0: “nunca”; 1: “algumas vezes”; 2: “muitas vezes”; 3: “quase sempre”) sobre 31 tópicos de autopreenchimento que a grávida deve responder consoante a frequência com que experienciou o descrito no item no último mês. A soma no final estará entre 0 e 93 pontos, sendo que quanto mais elevada, maior a probabilidade de se tratar de uma ansiedade severa. Na versão original/internacional o *cut-off* para um risco de ansiedade

patológica prende-se nos 26 pontos. Como ainda não existe uma versão adaptada à população portuguesa, usamos como referência os pontos de corte internacionais que dividem os sintomas de ansiedade em ligeira (pontuação total de 0 a 20), moderada (de 21 a 41 pontos) e severa (42 a 93 pontos).¹²

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (ANEXO V) é constituída por 21 itens distribuídos pelos três tópicos: ansiedade, depressão e stress, tal como o nome indica. Consoante a frequência com que sentiram cada item na última semana respondem, numa escala de *Likert*: 0 (“não se aplicou a mim”), 1 (“aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo”), 2 (“aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo”) ou 3 (“aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo”). Este instrumento de autorresposta subdivide-se da seguinte forma:

Ansiedade - item 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20;

Depressão - item 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21;

Stress - item 1,6, 8, 11, 12, 14 e 18.

A escala vai determinar 3 notas de 0 a 21, uma por cada subescala, sendo que valores mais altos vão corresponder a níveis mais altos de ansiedade, depressão e stress, respetivamente.¹³

A Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar – Versão IV (FACES-IV) (ANEXO VI) avalia os padrões de relação familiar consoante o nível de coesão (laços entre cada membro e os restantes da família) e de flexibilidade (capacidade de adaptação da família em resposta a novidades ou acontecimentos stressantes). Esta é composta por 62 itens pontuados numa escala de *Likert* com cinco possíveis respostas: 1 (“discordo totalmente”; 2 (“discordo”); 3 (“indeciso”); 4 (“concordo”); 5 (“concordo totalmente”) aplicáveis nos itens 1 a 52. Nos itens 53 a 62, as quatro possíveis respostas são: 1 (“insatisfeito”); 2 (“geralmente satisfeito”); 3 (“muito satisfeito”); 4 (“totalmente satisfeito”). São compreendidas 2 subescalas equilibradas e 4 desequilibradas (cada uma constituída por 7 itens). Dentro das equilibradas temos a subescala Coesão Equilibrada e a Flexibilidade Equilibrada. Dentro da desequilibrada temos a subescala Desmembrada, a Emaranhada, a Rígida e a subescala Caótica. Adicionalmente, existe uma subescala que avalia o nível de Comunicação e outra que avalia o nível de Satisfação da família (cada uma com 10 itens). A distribuição dos itens de acordo com a subescala é feita da seguinte maneira:

Coesão Equilibrada - 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37;

Flexibilidade Equilibrada - 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38;

Desmembrada - 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39;

Emaranhada - 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40;
Rígida - 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41;
Caótica - 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42;
Comunicação - 43 a 52;
Satisfação - 53 a 62.

Pontuações mais elevadas nas subescalas Desequilibradas, evidenciam famílias mais disfuncionais e vice-versa. Nas subescalas de Comunicação e Satisfação, as pontuações são diretamente proporcionais ao grau de comunicação e satisfação no seio familiar, respetivamente.¹⁴

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (ANEXO VII) foi outra das escalas usadas. É sensível na avaliação do suporte social percebido para a saúde, qualidade de vida e bem-estar. Suporte social pode definir-se como “a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”. Esta escala de autopreenchimento inclui 15 itens, cuja resposta deve ser de acordo com a concordância do inquirido com cada uma das afirmações numa escala de *Likert* com cinco opções: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. Estes itens são então organizados em 4 subescalas:

Satisfação com os amigos - 3,12, 13, 14 e 15;
Intimidade - 1, 4, 5 e 6;
Satisfação com a família - 9,10 e 11;
Atividades Sociais - 2, 7, 8.

Apenas os itens 1, 2, 3, 6, 7 e 8 são questionados pela negativa, sendo que a sua pontuação é atribuída de forma crescente. Os restantes itens são avaliados de forma inversa. A pontuação final obtida vai oscilar entre 15 e 75, sendo que, quanto maior for a pontuação, maior será a perceção de suporte social.¹⁵

Na segunda fase, no período pós-parto, foram reaplicadas as escalas faladas anteriormente: ERAP, EADS-21, FACES-IV e ESSS. Adicionalmente, foi também aplicada a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (ANEXO VIII), escala já traduzida e validada para o rastreio e diagnóstico de depressão pós-parto em Portugal.³ É uma ferramenta com 10 itens de autopreenchimento pela mulher sobre como se tem sentido nos últimos 7 dias. Avalia sintomas de depressão e ansiedade, pode ir até uma pontuação máxima de 30 pontos, mas uma pontuação superior a 12 já indica uma possível depressão de gravidade variável. Estas mulheres são assim identificadas como

necessitando de uma avaliação médica para estabelecer ou não o diagnóstico de depressão. Apesar da validade desta escala, não devemos esquecer a importância da avaliação clínica que a complementa.¹⁶

Análise de dados

As informações obtidas foram codificadas e organizadas numa base de dados em formato Excel. Recorreu-se ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 26, para se proceder ao tratamento desses mesmos dados.

Foi executada uma análise estatística descritiva para caracterização da amostra. Esta análise baseou-se no cálculo da média, desvios-padrão e frequência de cada uma das variáveis e algumas em diferentes tempos. De seguida, procedeu-se ao estudo da distribuição e normalidade da variável principal em estudo, a depressão pós-parto, avaliada na EPDS, e aplicou-se o teste estatístico Kolmogorov-Smirnov. Verificou-se que a variável dependente não tinha uma distribuição normal ($p= 0,191$), pelo que os testes usados nas etapas seguintes foram testes não paramétricos.

Para a análise estatística inferencial bivariada, relativa a variáveis quantitativas contínuas, usou-se o Teste de Spearman. Considerou-se uma correlação ligeira para valores de “r” entre 0 e 0,3, moderada quando “r” entre 0,3 e 0,7 e uma correlação forte entre 0,7 e 1,0.¹⁷ Na restante análise bivariada, foi usado o teste de U de Mann-Whitney quando se queriam comparar os resultados obtidos em dois grupos independentes e o teste de Kruskal-Wallis quando as variáveis apresentavam mais de dois grupos. Considerou-se uma relação estatisticamente significativa quando $p<0,05$.

Para a análise multivariada foram usadas as variáveis que anteriormente tinham sido consideradas estatisticamente significativas ($p<0,05$), numa regressão linear múltipla. Essas mesmas variáveis constituíram as variáveis independentes e tentou-se perceber qual a sua associação ao risco de Depressão Pós-Parto (DPP).

RESULTADOS

Descrição da amostra

Caracterização Sociodemográfica

Foram selecionadas e incluídas na amostra deste estudo 46 utentes de cinco Unidades de Saúde Familiar (USF)/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Administração Regional da Saúde (ARS) do Centro. (Tabela 1)

Tabela 1. Distribuição da amostra pelas USF/UCSP colaborantes no estudo

USF/UCSP	Número de utentes	%
UCSP Anadia III	7	15,2
USF Coimbra Centro	10	21,7
USF Cruz de Celas	19	41,4
USF Norton de Matos	7	15,2
USF Pulsar	3	6,5

Numa primeira fase, a idade média das utentes foi de $34,07 \pm 4,47$ anos, variando entre 24 e 43 anos. A idade gestacional média foi de $26,20 \pm 8,34$ semanas. O número de gestações, incluindo a mais recente, foi de $2,15 \pm 1,38$ para cada mulher e o número de filhos variou entre nenhum e três, dando uma média de $0,61 \pm 0,68$. As idades dos outros filhos oscilaram entre 14 meses e 15 anos de idade.

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que a maioria das utentes tinha a licenciatura e em segundo lugar o mestrado. O estado de empregabilidade foi avaliado antes, durante e após a gravidez. Antes da gravidez a maioria, 78,3% (36) estava empregada, 17,4% (8) desempregada e 4,3% (2) estava a estudar. Durante a gravidez mais duas utentes ficaram desempregadas 21,7% (10), 76,1% (35) estavam empregadas e apenas 2,2% (1) estava a estudar. No período pós-parto 89,1% (41) estavam empregadas e apenas 10,9% (5) estavam desempregadas, não se encontrando nenhuma a estudar. Durante a gravidez a maioria das utentes esteve de “baixa médica” (47,8%), no entanto, após o nascimento do seu filho apenas 15,2% se encontrava de “baixa médica”. Em relação à profissão das inquiridas, a mais frequente e constante em ambos os períodos (28,3% e 32,6%) foi na categoria de “especialistas das atividades intelectuais e científicas”. (Tabela 2)

Relativamente ao estado civil, constatou-se que a maioria, 29 das mulheres (63%) estava casada, 13 (28,3%) estavam em união de facto e 4 (8,7%) eram solteiras. O tipo de família, quanto à estrutura/dinâmica global, mais prevalente (89,1-91,3%)

mostrou-se ser a família nuclear, havendo uma família que passou de nuclear a alargada desde a gravidez até ao momento atual. (Tabela 2)

O rendimento médio mensal do agregado familiar não sofreu grandes alterações entre o período da gestação e o pós-parto, tendo apenas 3 utentes referido a subida de patamar dos 1000-1999 euros para o patamar dos 2000-2999 euros, como é perceptível na Tabela 2. Nenhuma das utentes residia sozinha.

Tabela 2. Caracterização da amostra: Aspetos sociodemográficos.

		N (%)		
Grau de Escolaridade	Ensino secundário	9 (19,6)		
	Licenciatura	21 (45,7)		
	Mestrado	13 (28,3)		
	Doutoramento	3 (6,5)		
	Total	46 (100)		
Estado Civil	Solteira	4 (8,7)		
	Casada	29 (63,0)		
	União de Facto	13 (28,3)		
	Total	46 (100)		
Está de “baixa médica”?		Gravidez	Pós-Parto	
	Sim	24 (52,2)	7 (15,2)	
	Não	22 (47,8)	39 (84,8)	
	Total	46 (100)	46 (100)	
Rendimento Médio Mensal do agregado familiar líquido (em euros)	≤1000	7 (15,2)	7 (15,2)	
	1000-1999	22 (47,8)	19 (41,3)	
	2000-2999	13 (28,3)	16 (34,8)	
	≥3000	4 (8,7)	4 (8,7)	
	Total	46 (100)	46 (100)	
Tipo de Família	Nuclear	42 (91,3)	41 (89,1)	
	Alargada	3 (6,5)	4 (8,7)	
	Reconstruída	1 (2,2)	1 (2,2)	
	Total	46 (100)	46 (100)	
Estado de Empregabilidade		Antes da Gravidez	Gravidez	Pós-Parto
	Desempregada	8 (17,4)	10 (21,7)	5 (10,9)
	Empregada	36 (78,3)	35 (76,1)	41 (89,1)
	Estudante	2 (4,3)	1 (2,2)	-
	Total	46 (100)	46 (100)	46 (100)
Número de Pessoas com quem vive		Média ± DP	Mínimo	Máximo
		1,76 ±0,87	1	5

Antecedentes Obstétricos e Pessoais

Nesta amostra, cerca de 30,4% tinha Doença Crónica identificada pelo seu médico de família, o que corresponde a 14 mulheres. Diagnósticos como trombofilia, hipotiroidismo, tiroidite autoimune, asma, lúpus eritematoso sistêmico e dislipidemia são alguns dos constituintes desta lista.

A grande maioria das utentes (82,6%) nunca teve depressão, no entanto, 8 senhoras (17,4%) afirmaram ter esse diagnóstico como antecedente pessoal patológico.

A totalidade da amostra negou hábitos alcoólicos ou toxicológicos, mas 15,2% (7 utentes) referiam consumo tabágico prévio à gravidez. Nenhuma das utentes referiu contexto de violência doméstica em relação aos seus antecedentes pessoais sociais.

A grande maioria das gravidezes era desejada e planeada (97,8% e 82,6% respetivamente). Quando questionados, os médicos de família reportaram 12 destas mulheres (26,1% da amostra), como tendo desenvolvido complicações durante a gravidez, sendo que os diagnósticos mencionados com maior frequência foram Diabetes Gestacional (N=5) e Hipotiroidismo (N=2).

Caracterização dos níveis de ansiedade, depressão e stress

À questão “Tendo em conta os sintomas apresentados na consulta mais recente com esta paciente, considera que tem diagnóstico de depressão ativa neste momento?” presente no questionário aplicado aos médicos de família, apenas 3 utentes (6,5%) foram referenciadas como tendo depressão durante a gravidez.

Relativamente aos níveis de ansiedade, depressão e stress avaliados pela EADS-21, a subescala “Depressão” teve uma pontuação média de $1,76 \pm 2,14$, a “Ansiedade” uma média de $1,76 \pm 1,98$ e a “Stress” uma pontuação média de $4,67 \pm 3,66$, numa primeira fase enquanto ainda estavam grávidas. Depois do nascimento dos seus filhos estes valores subiram para $2,20 \pm 3,07$ na “Depressão” e $5,43 \pm 5,07$ na “Stress”. A “Ansiedade” demonstrou uma ligeira redução para $1,74 \pm 2,69$. Estas subescalas estão enquadradas numa escala cujo mínimo é 0 e o máximo são 21 pontos.

Tendo em conta as respostas analisadas na ERAP, foi possível verificar que em ambos os momentos, durante a gravidez e no pós-parto, a amostra atingiu uma pontuação média de $21,78 \pm 14,18$ e de $25,76 \pm 17,63$, respetivamente. O que a categoriza como apresentando sintomas moderados de ansiedade (de 21 a 41 pontos).

Quando avaliadas as respostas obtidas na EPDS, a pontuação média alcançada foi de $6,98 \pm 5,29$, numa escala cuja pontuação máxima é de 30 pontos, sendo o risco de desenvolver depressão pós-parto superior a partir dos 12 pontos. Nesta amostra, 5 mulheres obtiveram uma pontuação superior a 12, ou seja, tinham um risco acrescido de DPP.

Caracterização do Ambiente Familiar, Satisfação e Suporte Social

Relativamente à ESSS, a pontuação média obtida pelas utentes grávidas foi de $56,13 \pm 10,58$ e nas recentes mães foi de $54,41 \pm 12,30$. A ESSS varia entre 15 e 75 pontos, sendo que uma pontuação mais alta se associa a uma maior satisfação em cada uma das subescalas “Satisfação com Amigos”, Intimidade”, “Satisfação com a Família” e “Atividades Sociais”. Como vemos na Tabela 3, houve um decréscimo ligeiro da pontuação média na “Intimidade”, “Satisfação com a Família” e “Atividades Sociais” com o nascimento dos seus filhos. Por outro lado, o valor médio da “Satisfação com os Amigos” notou um ligeiro aumento.

Tabela 3. Estatísticas Descritivas das subescalas da ESSS.

Subescala ESSS	Média \pm DP na Gravidez	Média \pm DP no Pós-Parto
Satisfação com os Amigos	18,24 \pm 4,41	18,46 \pm 4,85
Intimidade	16,19 \pm 3,28	15,85 \pm 4,18
Satisfação com a Família	12,76 \pm 2,39	12,43 \pm 3,35
Atividades Sociais	8,93 \pm 3,52	7,67 \pm 3,12

Com a escala FACES-IV podemos caracterizar a funcionalidade familiar das inquiridas. A maioria da amostra mostrou sempre níveis elevados de coesão e flexibilidade e o número de respostas nos níveis mais elevados destes dois subgrupos aumentaram no período pós-parto.¹⁸ (Tabela 4)

Tabela 4. Níveis das subescalas Coesão e Flexibilidade.

		N (%) Gravidez	N (%) Pós-Parto
Coesão	De certo ponto ligada	3 (6,5)	3 (6,5)
	Ligada	18 (39,1)	17 (37,0)
	Muito ligada	25 (54,3)	26 (56,5)
	Total	46 (100)	
Flexibilidade	Um tanto flexível	1 (2,2)	1 (2,2)
	Flexível	16 (34,8)	12 (26,1)
	Muito flexível	29 (63,0)	33 (71,7)
	Total	46 (100)	

Nas Subescalas Desequilibradas, a maioria da amostra demonstrou níveis muito baixos nas subescalas “Desmembrada” e “Caótica” e níveis baixos nas subescalas “Emaranhada” e “Rígida”. Não se notou grande variação nos níveis das diversas subescalas do período gestacional para o pós-parto, como se pode perceber de forma mais detalhada na tabela 5.

Tabela 5. Níveis das Subescalas Desequilibradas: Desmembrada, Emaranhada, Rígida e Caótica.

Subescala								
Nível	Desmembrada		Emaranhada		Rígida		Caótica	
	G (N/%)	PP (N/%)	G (N/%)	PP (N/%)	G (N/%)	PP (N/%)	G (N/%)	PP (N/%)
Muito baixo	41 (89,1)	38 (82,6)	9 (19,6)	6 (13,0)	19 (41,3)	19 (41,3)	33 (71,7)	29 (63,0)
Baixo	4 (8,7)	6 (13,0)	29 (63,0)	28 (60,9)	21 (45,7)	18 (39,1)	10 (21,7)	12 (26,1)
Moderado	1 (2,2)	2 (4,3)	7 (15,2)	9 (19,6)	5 (10,9)	9 (19,6)	3 (6,5)	5 (10,9)
Alto	-	-	1 (2,2)	2 (4,3)	1 (2,2)	-	-	-
Muito alto	-	-	-	1 (2,2)	-	-	-	-
Total	46 (100)		46 (100)		46 (100)		46 (100)	
			Gravidez N (%)			Pós-Parto N (%)		
Comunicação	Muito baixa		1 (2,2)			1 (2,2)		
	Baixa		4 (8,7)			2 (4,3)		
	Moderada		8 (17,4)			12 (26,1)		
	Alta		16 (34,8)			17 (37,0)		
	Muito alta		17 (37,0)			14 (30,4)		
	Total		46 (100)					

Legenda: G- Gravidez; PP- Pós-Parto

Na subescala da “Comunicação” não se verificaram grandes alterações entre os dois períodos e a grande maioria identificou-a como sendo de um nível alto ou muito alto. A subescala da “Satisfação” não pode ser aplicada nesta amostra por ausência de respostas válidas.

Análise Bivariada

Como é perceptível na tabela 6, ao estudar a correlação entre a depressão pós-parto (usando a escala EPDS) e as diversas variáveis discutidas anteriormente, as que obtiveram uma correlação significativa mais forte (r mais perto de 1) foram a Ansiedade ($r=0,733$; $p<0,001$), Depressão ($r=0,817$; $p<0,001$) e Stress ($r=0,791$; $p<0,001$) da escala EADS-21 na segunda fase do estudo. Estas também obtiveram uma correlação significativa mas mais fraca, na primeira fase do mesmo estudo ($r=0,619$; $p<0,001$). Níveis elevados de ansiedade durante a gestação também demonstraram relevância estatística ($r=0,552$; $p<0,001$) quando relacionados com o risco de vir a desenvolver depressão.

Na ESSS, as subescalas “Satisfação com os amigos”, “Intimidade”, “Satisfação com a família” durante a gravidez e “Atividades Sociais” demonstraram estar inversamente e significativamente relacionadas com o risco de depressão Pós-Parto (“Satisfação com os amigos” r fase 1= $-0,395$; r fase 2= $-0,348$; “Intimidade” r fase 1= $-0,332$; r fase 2= $-0,565$; “Satisfação com a Família” r fase 1= $-0,312$; “Satisfação com Atividades Sociais” r fase 1= $-0,308$; r fase 2= $-0,393$).

Tabela 6. Correlação do risco de Depressão Pós-Parto (EPDS) com variáveis demográficas e clínicas (variáveis contínuas em estudo)

	EPDS	
	r	p
Idade Gestacional	-0,030	0,845
Idade da mãe	-0,132	0,380
Gestações prévias (incluindo esta)	0,010	0,949
Número de Filhos	0,139	0,358
Número de Pessoas com quem vive	0,015	0,921
Ansiedade (ERAP- fase 1)	0,552	< 0,001
Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21 fase 1)	0,619	< 0,001
Ansiedade (EADS- fase2)	0,733	< 0,001
Depressão (EADS- fase 2)	0,817	< 0,001
Stress (EADS- fase 2)	0,791	< 0,001
Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21 fase 2)	0,832	< 0,001
Satisfação com Amigos (ESSS-fase 1)	-0,395	0,007

	EPDS	
	r	p
Satisfação com Amigos (ESSS- fase 2)	-0,348	0,018
Satisfação com Intimidade (ESSS- fase 1)	-0,332	0,024
Satisfação com Intimidade (ESSS- fase 2)	-0,565	< 0,001
Satisfação com Família (ESSS- fase 1)	-0,312	0,035
Satisfação com Família (ESSS- fase 2)	-0,224	0,134
Satisfação com Atividades Sociais (ESSS- fase 1)	-0,308	0,037
Satisfação com Atividades Sociais (ESSS- fase 2)	-0,393	0,007

Para além destes, a Depressão Pós-parto também mostrou estar estatisticamente relacionada com o facto de estarem de “baixa médica” durante a gravidez ($8,54 \pm 5,18$; $p=0,015$). As restantes variáveis não tiveram associação estatisticamente significativa com a depressão pós-parto. (Tabela 7)

Tabela 7. Associações do risco de Depressão Pós-Parto (EPDS) com variáveis clínicas, sociais, demográficas e económicas (variáveis qualitativas em estudo)

		Média ± DP	p
Doença Crónica	Sim	5,86 ± 4,80	0,401
	Não	7,47 ± 5,49	
Complicação na Gravidez?	Sim	6,67 ± 3,45	0,763
	Não	7,09 ± 5,85	
Provável depressão ativa na última consulta?	Sim	7,00 ± 2,00	0,769
	Não	6,98 ± 5,46	
Gravidez desejada?	Sim	7,07 ± 5,32	0,565
	Não	3,00 ± 0,00	
Gravidez Planeada?	Sim	8,54 ± 5,18	0,130
	Não	5,27 ± 4,98	
“Baixa médica” durante a gravidez	Sim	8,54 ± 5,18	0,015
	Não	5,27 ± 4,97	

		Média ± DP	p
“Baixa médica” no pós-parto	Sim	9,00 ± 7,57	0,611
	Não	6,62 ± 4,82	
A.P. de Depressão	Sim	8,88 ± 4,76	0,163
	Não	6,58 ± 5,37	
A.P. de tabaco	Sim	8,43 ± 5,99	0,367
	Não	6,72 ± 5,20	
Grau de Escolaridade	Ensino Secundário	8,67 ± 5,75	0,693
	Licenciatura	6,24 ± 4,38	
	Mestrado	7,00 ± 6,69	
	Doutoramento	7,00 ± 4,36	

		Média ± DP	p
Estado Civil	Solteira	8,25 ± 4,27	0,588
	Casada	6,28 ± 4,57	
	União de Facto	8,15 ± 6,96	
Tipo de Família na gravidez	Nuclear	7,38 ± 5,37	0,210
	Alargada	2,67 ± 0,57	
	Reconstruída	3,00 ± 0,00	
Tipo de Família após o parto	Nuclear	7,15 ± 5,42	0,740
	Alargada	6,25 ± 4,64	
	Reconstruída	3,00 ± 0,00	
Rendimento Médio Mensal Gravidez	≤ 1000 euros	7,86 ± 5,27	0,951
	1000-1999 euros	6,77 ± 5,59	
	2000- 2999 euros	7,15 ± 5,77	
	≥ 3000 euros	6,00 ± 2,94	
Rendimento Médio Mensal Pós-Parto	≤ 1000 euros	7,57 ± 5,74	0,965
	1000-1999 euros	7,00 ± 5,28	
	2000-2999 euros	7,06 ± 5,96	
	≥ 3000 euros	5,50 ± 2,38	
Classificação da Profissão Gravidez	Desempregada	7,25 ± 3,059	0,334
	Representantes do poder legislativo e de órgãos	6,25 ± 9,91	
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	7,15 ± 4,43	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	7,40 ± 7,33	
	Pessoal Administrativo	5,40 ± 3,65	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	9,60 ± 4,50	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2,00 ± 0,00	
	Trabalhadores não qualificados	18,00 ± 0,00	
	Estudante	5,00 ± 7,07	
	Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais	1,00 ± 0,00	
	Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde	1 ± 0,00	
Classificação da Profissão Pós-Parto	Desempregada	8,20 ± 2,95	0,059
	Representantes do poder legislativo e de órgãos	2,75 ± 3,09	

	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	7,33 ± 4,17	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	1,50 ± 0,71	
	Pessoal Administrativo	7,56 ± 5,32	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	10,80 ± 7,73	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2,00 ± 0,00	
	Trabalhadores não qualificados	18,00 ± 0,00	
	Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais	4,00 ± 6,08	
	Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde	2,00 ± 0,00	
Estado de Empregabilidade durante a gravidez	Desempregada	6,80 ± 3,79	0,666
	Empregada	6,94 ± 5,74	
	Estudante	10,00 ± 0,00	
Estado de Empregabilidade Agora	Desempregada	8,20 ± 2,95	0,300
	Empregada	6,83 ± 5,29	

Numa tentativa de perceber se existiria alguma influência da funcionalidade familiar durante a gravidez no desenvolvimento de depressão no pós-parto, utilizou-se a escala FACES-IV e as suas subescalas. Não se obteve nenhuma associação significativa em nenhum destes parâmetros nesta amostra ($p > 0,05$). (Tabela 8)

Tabela 8. Associação do risco de Depressão Pós-Parto com as subescalas de funcionalidade familiar incluídas na FACES-IV

			EPDS	
			Média ± DP	p
FACES-IV	Coesão	De certo ponto ligada	9,33 ± 8,50	0,289
		Ligada	7,78 ± 3,99	
		Muito ligada	6,12 ± 5,77	
	Flexibilidade	Um tanto flexível	9,00 ± 0,00	0,090
		Flexível	8,69 ± 4,57	
		Muito flexível	5,97 ± 5,56	
	Desmembrada	Muito pouco	6,76 ± 5,49	0,431
		Pouco	8,50 ± 3,32	
		Moderadamente	10,00 ± 0,00	
	Emaranhada	Muito pouco	7,89 ± 6,071	0,631
		Pouco	6,41 ± 5,54	
		Moderadamente	7,71 ± 3,54	
		Altamente	10,00 ± 0,00	
	Rígida	Muito pouco	5,95 ± 4,82	0,669
		Pouco	8,29 ± 5,93	
		Moderadamente	6,00 ± 4,18	
		Altamente	4,00 ± 0,00	
	Caótica	Muito pouco	6,30 ± 5,34	0,078
		Pouco	7,50 ± 4,93	
		Moderadamente	12,67 ± 2,89	
Comunicação	Muito baixa	1,00 ± 0,00	0,120	
	Baixa	8,00 ± 2,71		
	Moderada	10,50 ± 4,87		
	Alta	6,25 ± 5,13		
	Muito alta	6,12 ± 5,69		

Análise Multivariada

Nesta etapa, juntaram-se todas as variáveis com associação estatisticamente significativa numa regressão linear múltipla onde se viu que, de todas, apenas os sintomas prévios de depressão durante a gravidez se relacionavam direta e independentemente com o risco de desenvolver depressão no período pós-parto. O modelo que previu esta associação tinha uma regressão não muito significativa ($F = 1,365$; $p < 0,001$; IC 0,739 – 1,991) com um R^2 ajustado de 0,289. (Tabela 9)

Ao excluir-se esta variável da equação, os preditores que surgiram como independentemente significativos foram os sintomas de stress e o facto de estar de “baixa médica” no decurso da gravidez. (Tabela 9)

Tabela 9. Resultados das regressões lineares estudando fatores preditores do risco de Depressão Pós-Parto

	Variável Dependente (Depressão Pós-Parto – EPDS)		
	Coefficiente	p	95% IC
(Todas as variáveis)			
Sintomas de depressão durante a gravidez (EADS-21 Fase 1)	1,365	< 0,001	0,739 - 1,991
(Excluindo a variável anterior)			
Sintomas de stress durante a gravidez (EADS-21 Fase 1)	0,779	< 0,001	0,409 - 1,149
“Baixa Médica” na Gravidez	2,639	0,048	0,028 - 5,249

DISCUSSÃO

O presente estudo, realizado com a intenção de perceber melhor o impacto da dinâmica familiar no diagnóstico de DPN, verificou que a “satisfação familiar” durante a gravidez, a “satisfação com os amigos” e a “intimidade” (subescalas da ESSS) apresentavam uma correlação negativa significativa com o risco de desenvolver DPP. Ou seja, grávidas que apresentam maior satisfação com o seu ambiente familiar e social parecem ter menor probabilidade de vir a desenvolver depressão pós-parto, apesar de posteriormente esta não se ter revelado independente de outros fatores preditores da mesma em análise multivariada. Este resultado parece lógico, uma vez que o facto de as mulheres se sentirem seguras, encorajadas e apoiadas pelos que as rodeiam pode conferir algum efeito protetor em relação a este diagnóstico. Algo que já se tinha verificado em estudos anteriores.¹⁹ E será lógico que esta satisfação, ou a ausência dela, esteja relacionada com sintomas depressivos e de stress durante a gravidez, e que esses possam ter uma relação mais forte e direta com a DPN. Ainda assim, são fatores que parecem estar associados a este *cluster* e que, por isso, devemos detetá-los ao longo da gravidez, alertando-nos para uma possível DPN.

Relativamente às subescalas da funcionalidade familiar (FACES-IV), nenhuma demonstrou estar significativamente associada com a DPP. Seria expectável que famílias mais disfuncionais, ou seja, com níveis mais elevados nas subescalas desequilibradas e mais baixos na coesão e flexibilidade (equilibradas) demonstrassem um risco efetivo superior de sintomas depressivos, no entanto tal não se verificou, contrariamente ao já estudado anteriormente.^{19, 20}

Fatores como o tipo de família, o estado civil, o número de filhos e o número de coabitantes, também não mostraram relação significativa com o desenvolvimento de DPP. Estes resultados podem ser justificados pela ausência de grande representatividade dos diversos tipos de família, uma vez que cerca de 90% da amostra era constituída por famílias nucleares e o número médio de coabitantes ser de $1,76 \pm 0,87$. Aqui, nenhuma das inquiridas residia sozinha (número mínimo de coabitantes foi de 1) o que poderia aumentar o risco de falta de apoio e momentos de maior solidão. Em relação ao estado civil, nesta amostra havia apenas 4 solteiras e nenhuma era divorciada. Talvez tivesse sido obtido um resultado diferente com uma maior inclusão de famílias alargadas, reconstruídas ou equivalentes de família por serem casas com uma frequência superior de fatores desestabilizadores. E o mesmo se aplicaria a mulheres solteiras ou divorciadas que tivessem de criar os seus filhos sozinhas. Estudos têm concluído que mulheres que vivem pelo menos com o seu companheiro têm menor risco de DPN do que as que vivem sozinhas.¹⁹ Inclusivamente, o tipo de família nuclear

já foi identificado como um fator protetor independente.²¹ Nestes, também nunca foi encontrada relação com o número de filhos.

Quando analisados fatores não diretamente relacionados com a família e com um potencial efeito nos níveis de depressão, o único que demonstrou ser significativo foi estar de “baixa médica” durante a gravidez ($p=0,015$). Este achado vem dar relevância estatística ao discutido no estudo transversal piloto em 2021.²² Esperávamos que futuras mães que veem a sua rotina e produtividade serem alteradas, tivessem um maior risco de desenvolver pensamentos e sentimentos de tristeza durante e após a sua gestação. Outros aspetos como doenças prévias, complicações na gravidez, o facto de esta ter sido desejada ou planeada, grau de escolaridade, rendimento médio mensal do agregado familiar, estado de empregabilidade e profissão não mostraram ter influência no desenvolvimento de DPP. O grau de escolaridade era, na grande maioria desta amostra, muito elevado, o que faz sentido na população jovem em idade fértil que a constitui. Fatores como baixa escolaridade, baixo nível económico e fraco suporte social, têm sido sempre identificados como indicadores de risco para a depressão, no entanto isso não se verificou aqui, talvez também pelos motivos apresentados anteriormente relacionados com o tamanho e diversidade da amostra.¹⁹ Vários estudos têm apontado a gravidez não planeada como um grande fator de risco para DPN²³ o que faz sentido porque, por muito que a gravidez seja desejada, uma mudança tão grande de forma inesperada e repentina pode causar muitas dúvidas e receios no seio familiar, no entanto isso não se verificou neste caso. Também neste estudo publicado em 2018, não se encontrou relação entre variáveis socioeconómicas e o risco de DPN.²³

Antecedentes de consumo de drogas, álcool ou violência doméstica não estavam presentes nesta amostra pelo que se tornou impossível perceber se poderiam constituir, ou não, variáveis impactantes. Por outro lado, antecedentes de depressão e de consumo tabágico não se mostraram significativos nesta amostra ao contrário do que se tem dito em vários estudos em que antecedentes depressivos estão associados a risco de depressão pós-parto e a uma pior interação mãe-filho precoce com efeitos no seu crescimento e desenvolvimento.²⁴

Como seria de esperar, níveis elevados de Ansiedade, Depressão e Stress na segunda fase do estudo estão diretamente relacionados com o risco de DPP. Mas também valores elevados destes fatores durante a gravidez mostraram ter relevância estatística com alguma força ($r=0,619$) nesse mesmo diagnóstico. Vários estudos já têm falado sobre isto e inclusivamente parece haver alguma relevância nos níveis de stress no último trimestre de gravidez, na depressão pós-parto.²⁵ Apesar da ERAP não estar validada para identificar mulheres em risco de desenvolver DPP, estudos têm

demonstrado que pontuações elevadas nesta escala durante a gravidez, têm um risco seis vezes superior de DPP. Também a depressão no último trimestre parece influenciar os sintomas depressivos nas seis semanas após o parto, avaliáveis pela EPDS.²⁶

Na análise multivariada de todos os aspetos identificados anteriormente como estatisticamente significativos, verificou-se que sintomas depressivos ao longo da gravidez tinham uma influência significativa e independente no desenvolvimento desta patologia no período pós-parto. O modelo da regressão linear inferiu que 28,9% da variância dos sintomas depressivos nas seis semanas após o parto podiam ser explicados pela presença desses sintomas durante a gravidez. Achado corroborado por estudos anteriores que apoiam a mesma associação de acontecimentos e que dizem que a depressão durante a gravidez quadruplica o risco de DPP.²¹ Ao remover esta variável mais forte, por ser tão semelhante ao que se está a querer estudar, percebemos que os sintomas de stress e o facto de estar de “baixa médica” durante a gravidez eram capazes de explicar 27,5% e 32,3%, respetivamente, dos sintomas de DPP. Ainda assim, os intervalos de confiança deixam algumas dúvidas sobre esta relação preditora, pelo que será relevante procurar alargar a amostra para melhor estudar o assunto.

Uma das principais limitações a apontar a este estudo é realmente o tamanho da amostra. Tanto em número, como em representatividade da população em geral de forma aos seus resultados poderem ser mais válidos interna e externamente. Uma amostra maior com contagens superiores de famílias alargadas e monoparentais, por exemplo, poderia fazer a diferença na significância da influência do tipo de família na questão em estudo. Esta questão aplicar-se-ia a tantas outras variáveis familiares que neste estudo não se mostraram suficientemente expressivas, mas também a variáveis sociodemográficas, como seria o caso do grau de escolaridade ou do estado de empregabilidade, e ainda variáveis obstétricas, como histórico de complicações ou desejo/planeamento da gravidez que em muitos estudos se têm mostrado como fatores preponderantes na DPN.²⁰ A amostra reduzida pode tanto ser explicada pela escassa disponibilidade dos médicos colaboradores, no seguimento e realização de consultas de saúde materna em tempos de pandemia, por sobrecarga de trabalho, bem como pela reduzida taxa de natalidade verificada no nosso país e constatada pelos médicos de família (dados de 2020 falam em 12,0 ‰ de taxa bruta de natalidade²⁷) sendo escassas as senhoras elegíveis que cumpriam os critérios de inclusão no período estipulado.

Para além disto, este estudo baseou-se na aplicação de escalas de rastreio de autopreenchimento que, como se sabe, estão sujeitas ao viés de memória, podendo a ansiedade e a depressão sofrer um subdiagnóstico e passarem despercebidas. Cerca de 75% dos casos de DPN²⁰ não são identificados tanto pelo facto de grávidas que não

tenham esta patologia identificada não recorram tão frequentemente a cuidados médicos como pelo facto de os profissionais não estarem tão bem preparados para lidar e identificar estas situações.⁸ Sendo escalas de rastreio, o seu intuito também não será de fazer um diagnóstico definitivo, mas sim identificar casos de alto risco e, portanto, a sua eficácia deve ser sempre posta em causa por quem as aplica. Outra limitação a apontar é o facto de não se terem incluído fatores que têm sido identificados em estudos anteriores como tendo impacto no diagnóstico de DPN como é o caso da amamentação materna exclusiva que tem sido vista como um fator protetor²¹, ou outros que ainda não foram extensamente avaliados como a história familiar de DPN, diferentes personalidades ou sessões de psicoterapia regulares.⁸

Como sugestão de melhoria, focaria em: procurar aumentar a amostra e abranger populações mais distintas, criando uma rede de contactos onde se incluíssem mais USF/UCSP de outras regiões, por exemplo, para obtenção de resultados mais robustos e extrapoláveis à população nacional. Outra hipótese a considerar seria aplicar um estudo retrospectivo em grávidas com diagnóstico de DPN e num grupo controlo, contornando o viés de memória presente nos questionários de autopreenchimento e categorizando como tendo o diagnóstico feito ou não e não apenas uma estratificação de risco.

CONCLUSÃO

Com base nestes resultados percebemos que os fatores relacionados, nesta amostra, com a depressão pós-parto e aos quais devemos estar atentos no acompanhamento gestacional são os sintomas depressivos, stress ou necessidade de “baixa médica” durante a gravidez. Fatores como a satisfação com a intimidade, ambiente familiar ou social, apesar de não estarem associados de forma independente ao aumento do risco, devem ser tidos em consideração uma vez que parecem influenciar as variáveis mencionadas anteriormente.

Avaliações clínicas e aplicação de algumas das escalas de rastreio que foram faladas de forma seriada podem, quando em caso de suspeita clínica, fortalecer ou fundamentar essa suspeita e ajudar numa identificação e intervenção precoce. A formação e o incentivo de um trabalho multidisciplinar coordenado entre médicos de família, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais poderão levar a resultados mais positivos e eficazes na identificação e acompanhamento destes casos.

Tudo isto com o objetivo principal e fundamental de melhorar o prognóstico destas mulheres e de proporcionar às mães, aos seus bebés e ao seio familiar uma experiência, uma relação e adaptação mais positiva e benéfica para todos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à minha orientadora, Professora Doutora Inês Rosendo, por toda a excelente orientação e disponibilidade demonstradas na realização deste Trabalho Final. Sem a sua ajuda teria sido impossível terminar e dar brilho a este trabalho.

À minha coorientadora, Doutora Susana Miguel (USF Cruz de Celas), pela ajuda, simpatia e disponibilidade demonstradas.

Aos médicos de família de todas as USF e UCSP que colaboraram comigo neste estudo, tendo feito um trabalho incansável na gestão desta amostra. Mais concretamente à Doutora Sara Vila Maior (USF Cruz de Celas), Doutor Tiago Marques e Doutora Cátia Solis (USF Coimbra Centro), Doutora Sylvie Batista (UCSP Anadia III), Doutora Joana Duarte (USF Norton de Matos) e Doutoradas Ana Sofia Oliveira e Salomé Silva (USF Pulsar).

A todas as utentes que responderam aos questionários. Sem elas este trabalho não seria possível.

Aos meus pais, irmã e avós por acreditarem sempre em mim, me apoiarem e me darem sempre muita força para concretizar todos os objetivos a que me propus ao longo da minha vida.

Ao Júlio, à Francisca e a todos os meus amigos por serem sempre tão pacientes e por tornarem Coimbra uma nova casa.

REFERÊNCIAS

1. Volkov S. WHO report highlights global shortfall in investment in mental health [Internet]; 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Carvalho Á. Enquadramento Global e Nacional e Referência de Recurso em Casos Emergentes. In: Depressão e outras Perturbações mentais comuns [Internet]. Lisboa, Portugal; 2018. p. 3-15. Available from: <https://www.dgs.pt/>
3. Costa PCPd. Depressão Perinatal: das relações familiares ao desenvolvimento da criança. Estratégias de prevenção 2015.
4. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(5):273-7.
5. Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Simas TAM, et al. Consensus bundle on maternal mental health: perinatal depression and anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2017;46(2):272-81.
6. Serati M, Redaelli M, Buoli M, Altamura A. Perinatal major depression biomarkers: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2016;193:391-404.
7. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *Journal of neurosciences in rural practice*. 2015;6(01):116-9.
8. Silva MTGA. Depressão perinatal: factores de risco e estratégias de prevenção: Universidade de Coimbra; 2013.
9. EPITOOLS [Internet]. Available from: <https://epitools.ausvet.com.au/>
10. XIE RH, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Australian and new zealand journal of obstetrics and gynaecology*. 2010;50(4):340-5.
11. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões 2010 [Internet]. 2011th ed. Lisboa: INE. Lisboa, Portugal; 2011. 485 p. Available from: <https://www.ine.pt/>
12. León A, Caetano I, Figueiredo I. Depressão e ansiedade na gravidez e influência na intenção e duração pretendida da amamentação [Internet]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/82637>
13. Ribeiro JLP, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond; *Psicol Saúde e Doenças*. 2004;50(2):229– 39.

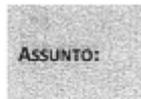
14. António R, Teixeira B. Padrões de Relação Familiar e Padrões de Consumo de Álcool no Concelho de Angra do Heroísmo [Internet]. Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10174/21094>
15. Ribeiro JLP. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). 1999.
16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*. 1987;150(6):782-6.
17. Ratner B. The correlation coefficient: Definition. *DM Stat-1 Articles*. 2013;49:50.
18. Rebelo JMC. Relações familiares e toxicodependência: Universidade de Coimbra; 2008.
19. Oliveira IGLDd. Influência da Família na Depressão Perinatal: Universidade de Coimbra; 2020.
20. Fernandes DFJ. Depressão Perinatal–Seguimento e Impacto Pessoal e Familiar: Universidade de Coimbra; 2019.
21. Silva ASFd. Depressão e ansiedade no pós-parto e experiência de amamentação: Universidade de Coimbra; 2019.
22. Saraiva ADMG. Influência da Família na Depressão Perinatal: Universidade de Coimbra; 2021.
23. Arrais AdR, Araujo TCCFd, Schiavo RdA. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018;38:711-29.
24. O'Leary N, Jairaj C, Nixon E, Quigley J, O'Keane V. Antenatal depression and maternal infant directed speech during the first postnatal year. *Infant Behavior and Development*. 2021;64:101605.
25. Scheyer K, Urizar GG. Altered stress patterns and increased risk for postpartum depression among low-income pregnant women. *Archives of women's mental health*. 2016;19(2):317-28.
26. Ruyak SL, Qeadan F. Use of the Antenatal Risk Questionnaire to Assess Psychosocial Risk Factors Associated with Risk for Postpartum Depression: A Pilot Study. *Journal of midwifery & women's health*. 2018;63(5):578-83.
27. INE-PORDATA. Taxa bruta de natalidade [Internet]. 2020. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115&xlang=pt

ANEXO I- Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: POSITIVO	DESPACHO: <i>Homologado</i> <i>13/02/2020</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
--	--



ASSUNTO:

Parecer sobre o Projeto 4/2020 – “Influência da Família na Depressão Perinatal”.

[Signature]
Dr. Pedro Reis Marques
Presidente

[Signature]
Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente

[Signature]
Dr. Luís Miguel Lopes
Vogal

[Signature]
Dr. António Ribeiro
Vogal

Este projeto é apresentado pelas Dr^{as} Inês Guedes Lobo Duarte Oliveira e Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e pela Dr^a Susana Patrício Pinto Miguel da USF Cruz de Celas.

O seu objetivo é “avaliar o impacto da família na depressão perinatal e o impacto desta nas famílias, de forma a entender melhor a possível associação entre estes fatores”. A sua implementação será nas USF Briosa e Cruz de Celas e na UCSP Fernão de Magalhães.

Serão utilizados os seguintes instrumentos de medição;

- ERAP – Escala de rastreio da ansiedade perinatal;
- DASS-21 – Escala de ansiedade, depressão e stress;
- Faces IV – Escala de avaliação da flexibilidade e coesão familiar;
- ESSI – Escala de satisfação com o suporte social

O projeto garante o anonimato das participantes quando os dados são fornecidos às investigadoras principais.

Face à descrição apresentada deste projeto é emitido agora um parecer positivo

Coimbra, 04 de fevereiro de 2020

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

[Signature]

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

[Signature]

ANEXO II- Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Estudo Longitudinal sobre a Influência da Família na Depressão Perinatal.

Enquadramento: Estudo Coorte prospectivo em UCSPs/USFs da região centro. Realizado no âmbito da tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Catarina Almeida Simão Pedro, sob orientação de Doutora Inês Rosendo.

Explicação do estudo: Este projeto tem como objetivo investigar a relação entre a depressão perinatal e a influência da família. No estudo, numa primeira fase, serão incluídas mulheres grávidas que se dirijam à consulta de Saúde Materna, nos cuidados de saúde primários, no período de recolha de dados, durante a gestação e que aceitem participar no mesmo. Posteriormente, será aplicado o mesmo questionário, no período pós-parto, às mesmas mulheres, entre os 2 e 9 meses. A colheita de dados será então realizada no âmbito das suas consultas. O estudo será realizado tendo como base a realização de questionários às mulheres e a aplicação de escalas às mesmas, para recolha da informação acerca das variáveis em estudo. Essas variáveis são: dados sócio-demográficos, ansiedade, depressão, stress, satisfação com a família e dinâmica familiar.

Condições e financiamento: O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar ou abandone o estudo a qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Os investigadores locais irão codificar os dados e apenas estes terão acesso à chave de identificação das mulheres incluídas no estudo. A identificação estará codificada nos dados em excel que vão ser enviados ao investigador principal, no final da recolha de dados, altura em que a chave será destruída.

O investigador: Catarina Pedro

Assinatura: *Catarina Pedro*

Data: 20/10/2021

.....
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome do utente: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: _____ Assinatura: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Assinatura: _____ Parentesco: _____

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

ANEXO III- Questionário Sociodemográfico e Variáveis Obstétricas



Influência da Família na Depressão Perinatal

Questionário

Este questionário tem como objetivo fazer um estudo da influência da família na depressão perinatal, sendo que todos os seus dados serão confidenciais.

O preenchimento deste questionário é voluntário e não haverá prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar ou abandone o estudo a qualquer momento.

Em todas as páginas deste questionário é necessário preencher o código que lhe foi atribuído.

Código pessoal atribuído (este código está incluído no email que recebeu) _____

Data de Preenchimento do questionário _____

1. Dados

A preencher pelo profissional de saúde:

1. A grávida tem alguma Doença Crónica?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

2. A grávida teve alguma complicação na gravidez até agora?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

3. Tendo em conta os sintomas apresentados na consulta mais recente com esta paciente considera que tem diagnóstico de depressão ativa neste momento?

Sim

Não



A preencher pela Grávida:

- Data de Preenchimento do questionário _____
- Centro de Saúde a que pertence _____
- Número de semanas de gravidez _____
- Data prevista do parto _____
- A sua gravidez foi desejada?
 - Sim
 - Não
- A sua gravidez foi planeada?
 - Sim
 - Não
- Está de baixa médica atualmente?
 - Sim
 - Não
- Idade _____
- Grau de Escolaridade:
 - 1º Ciclo 2ºCiclo 3º Ciclo
 - Ensino Secundário Licenciatura
 - Mestrado Doutoramento
- Quantas vezes esteve grávida? (incluindo esta vez) _____
- Quantos filhos tem? _____
- Que idades têm? _____
- Estado Civil
 - Solteira Casada União de Facto Viúva Divorciada
 - Outra _____
- Quem vive consigo neste momento? _____
- Rendimento médio mensal do agregado familiar (líquido)
 - Até 1000€ De 1000 a 1999€ De 2000 a 2999€ Mais de 3000€
- Estado de empregabilidade ANTES da gravidez:
 - Desempregada Empregada Estudante
 - Outra: _____
- Estado de empregabilidade AGORA:
 - Desempregada Empregada Estudante
 - Outra: _____
- Se está empregada, qual a sua profissão? _____
- Tem história prévia de Depressão?
 - Sim
 - Não
- Tem história prévia de dependência de álcool?
 - Sim
 - Não
- Tem história prévia de consumo regular de tabaco?
 - Sim
 - Não
- Tem história prévia de dependência de drogas?
 - Sim
 - Não
- Tem história prévia de violência doméstica?
 - Sim
 - Não

ANEXO IV- Escala de Rastreo da Ansiedade Perinatal (ERAP)



1. Escalas

1.1. Escala de Rastreo da Ansiedade Perinatal (ERAP)

AO LONGO DO ÚLTIMO MÊS, com que frequência experienciou o seguinte?

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência, em todas as questões.

0	1	2	3	
Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	
1. Preocupar-me com o bebé	0	1	2	3
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	0	1	2	3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	0	1	2	3
4. Preocupar-me com muitas coisas	0	1	2	3
5. Preocupar-me com o futuro	0	1	2	3
6. Sentir-me assoberbada/esmagada	0	1	2	3
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, da dor, etc...)	0	1	2	3
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	0	1	2	3
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	0	1	2	3
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	0	1	2	3
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	0	1	2	3
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	0	1	2	3
13. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	0	1	2	3
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	0	1	2	3
17. Estar alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	0	1	2	3
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonos ou pesadelos	0	1	2	3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22. Evitar situações sociais que possa ficar nervosa	0	1	2	3
23. Evitar coisas que me preocupam	0	1	2	3
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	0	1	2	3
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	0	1	2	3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27. Sentir que a ansiedade afeta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30. Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31. Sentir-me agitada	0	1	2	3

ANEXO V- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)



1.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Por favor leia as seguintes afirmações e coloque um círculo na resposta que mais se aplica a si durante os últimos dias. Não há respostas corretas ou incorretas. Não demore demasiado tempo em casa resposta.

NOS ÚLTIMOS DIAS, EU...

	0	1	2	3
	Não se aplicou a mim	Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo	Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo
1.	Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir			
2.	Dei-me conta que tinha a boca seca			
3.	Não consegui ter nenhum sentimento positivo			
4.	Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico)			
5.	Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas			
6.	Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações			
7.	Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas)			
8.	Senti-me muito nervoso			
9.	Procupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo			
10.	Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas)			
11.	Senti que estava agitado			
12.	Senti dificuldades em relaxar			
13.	Senti-me triste e deprimido			
14.	Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer			
15.	Estive perto de entrar em pânico			
16.	Não me consegui entusiasmar com nada			
17.	Senti que não valia muito como pessoa			
18.	Senti que andava muito irritável			
19.	Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (ex.: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)			
20.	Tive medo sem uma boa razão para isso			
21.	Senti que a vida não tinha nenhum sentido			

ANEXO VI- Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV (FACES-IV)



Código pessoal atribuído (este código está incluído no email que recebeu): _____

1.4. FACES IV (Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV)

Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale com uma cruz (x) no quadrado respetivo, a opção de resposta que está mais de acordo com a perceção que tem da sua família. Não há respostas “certas” ou “erradas” nem respostas para causar uma boa impressão. Por favor, não deixe nenhuma questão em branco. Em que medida está de acordo com cada umas das seguintes afirmações.

	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1. Os elementos da família envolvem-se na vida uns dos outros					
2. A nossa família procura novas maneiras para lidar com os problemas					
3. Damo-nos melhor com pessoas fora da família do que entre nós.					
4. Passamos muito tempo juntos.					
5. Quando se quebram as regras da família há consequências graves.					
6. Na nossa família parece que nunca nos organizamos.					
7. Os elementos da família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
8. Na nossa família os pais partilham a liderança de um modo equilibrado.					
9. Quando estão em casa, os membros da família parecem evitar o contacto uns com os outros.					
10. Os elementos da família sentem-se pressionados para passar a maioria do tempo juntos.					
11. Existem consequências claras quando um elemento da família faz algo errado.					
12. É difícil perceber quem é o líder na nossa família.					
13. Nos momentos difíceis os elementos da família apoiam-se uns aos outros.					
14. As regras são justas na nossa família.					
15. Na nossa família sabe-se muito pouco acerca dos amigos uns dos outros.					
16. Na nossa família somos muito dependentes uns dos outros.					
17. A nossa família tem uma regra para quase tudo.					
18. Na nossa família não conseguimos concretizar as coisas.					
19. Os elementos da família consultam-se sobre decisões importantes.					
20. A minha família é capaz de se ajustar às mudanças quando é necessário.					
21. Quando há um problema para ser resolvido cada um está por sua conta.					

22. Os elementos da família têm pouca necessidade de ter amigos fora da família.					
23. A nossa família é extremamente organizada.					
24. É pouco claro quem é responsável pelas tarefas e atividades na nossa família.					
25. Os elementos da família gostam de passar parte do seu tempo livre juntos.					
26. Alternamos entre nós as responsabilidades domésticas.					
27. Na nossa família raramente fazemos coisas em conjunto.					
28. Sentimo-nos muito ligados uns aos outros.					
29. Na nossa família ficamos frustrados quando há uma alteração nos planos ou rotinas estabelecidas.					
30. Não há liderança na nossa família.					
31. Apesar dos elementos da família terem interesses individuais, continuam a participar nas atividades familiares.					
32. Na nossa família temos regras e papéis claros.					
33. Os elementos da família raramente dependem uns dos outros.					
34. Ressentimo-nos quando alguém faz coisas fora da família.					
35. É importante seguir as regras na nossa família.					
36. Na nossa família temos dificuldades em saber quem faz o quê nas tarefas de casa.					
37. Na nossa família existe um bom equilíbrio entre a separação e a proximidade.					
38. Quando os problemas surgem nós comprometemo-nos.					
39. Geralmente os elementos da família agem de forma independente.					
40. Sentimo-nos culpados quando queremos passar algum tempo longe da família.					
41. Uma vez tomada uma decisão é muito difícil alterá-la.					
42. A nossa família sente-se caótica e desorganizada.					
43. Na nossa família sentimo-nos satisfeitos com a forma como comunicamos uns com os outros.					
44. Os elementos da família são muito bons ouvintes.					
45. Na nossa família expressamos afeto uns pelos outros.					
46. Os elementos da família são capazes de pedir uns aos outros o que querem.					
47. Na nossa família podemos discutir calmamente os nossos problemas.					
48. Os elementos da família debatem as suas ideias e convicções.					

49. Quando colocamos questões uns aos outros recebemos respostas honestas.					
50. Os elementos da família tentam compreender os sentimentos uns dos outros.					
51. Quando nos zangamos raramente dizemos coisas negativas uns aos outros.					
52. Os elementos da família expressam os seus verdadeiros sentimentos uns aos outros.					

	Insatisfeito	Geralmente satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
53. O grau de proximidade entre os membros da família.				
54. A capacidade da família lidar com o stress.				
55. A capacidade da família para ser flexível.				
56. A capacidade da família para partilhar experiências positivas.				
57. A qualidade da comunicação entre os elementos da família.				
58. A capacidade da família para resolver conflitos.				
59. O tempo que passamos juntos enquanto família.				
60. A forma como os problemas são discutidos.				
61. A justiça das críticas na família.				
62. A maneira como os elementos da família se preocupam uns com os outros.				

ANEXO VII- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**1.5. Escalas de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. **Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.** Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

ANEXO VIII- *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*



1.2. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

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

NOS ÚLTIMOS 7 DIAS:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.
 - a. Tanto como dantes
 - b. Menos do que antes
 - c. Muito menos do que antes
 - d. Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro.
 - a. Tanta como sempre tive
 - b. Menos do que costumava ter
 - c. Muito menos do que costumava ter
 - d. Quase nenhuma
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.
 - a. Sim, a maioria das vezes
 - b. Sim, algumas vezes
 - c. Raramente
 - d. Não, nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.
 - a. Não, nunca
 - b. Quase nunca
 - c. Sim, por vezes
 - d. Sim, muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.
 - a. Sim, muitas vezes
 - b. Sim, por vezes
 - c. Não, raramente
 - d. Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.
 - a. Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
 - b. Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
 - c. Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
 - d. Não, resolvo-as tão bem como antes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.
 - a. Sim, quase sempre
 - b. Sim, por vezes
 - c. Raramente
 - d. Não, nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.
 - a. Sim, quase sempre
 - b. Sim, muitas vezes
 - c. Raramente
 - d. Não, nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.
 - a. Sim, quase sempre
 - b. Sim, muitas vezes
 - c. Só às vezes
 - d. Não, nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.
 - a. Sim, muitas vezes
 - b. Por vezes
 - c. Muito raramente
 - d. Nunca