



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA DAVID MEIRINHO GOMES SARAIVA

Influência da Família na Depressão Perinatal

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

ABRIL/2021

INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NA DEPRESSÃO PERINATAL

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

Autores e Afilições

Ana David Meirinho Gomes Saraiva¹- admgsaraiva@hotmail.com

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

Co-orientadora: 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: O período perinatal é de grandes mudanças e adaptações para a grávida, tornando-a mais suscetível à depressão. A depressão perinatal pode ter consequências muito negativas para a própria grávida, criança, família e para a sociedade. Assim, o objetivo deste trabalho é perceber a influência da família no aparecimento desta patologia.

Métodos: Este é um estudo observacional transversal de uma amostra de grávidas, entre quatro USF/UCSP da ARS Centro incluídas por conveniência, que responderam a um questionário *online* com perguntas sociodemográficas, antecedentes patológicos e fisiológicos e a quatro escalas: Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal (ERAP), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV (FACES IV) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Também os médicos de família das participantes responderam a um questionário *online* sobre aspetos clínicos. Foi efetuada uma análise descritiva, seguida de uma análise estatística inferencial entre os níveis da depressão, stress e ansiedade e as diferentes variáveis.

Resultados: A amostra incluiu 41 grávidas que aceitaram participar no estudo. Verificou-se que apenas as variáveis da família relativas à “Satisfação com a família” ($p=0,024$) e “Intimidade” ($p=0,006$) parecem ter relação significativa com os níveis de depressão perinatal. Como possíveis variáveis de confundimento influenciadoras destes níveis, temos o facto de a gravidez ser planeada ($p=0,049$), a “Satisfação com os amigos” ($p=0,001$) e as “Atividades sociais” ($p\leq 0,001$). Os níveis de ansiedade e stress demonstraram ter relação estatisticamente significativa com a “Satisfação com a família” ($p=0,015$; $p=0,005$), “Intimidade” ($p=0,025$; $p=0,001$) e a subescala “Caótica” ($p=0,025$; $p=0,016$).

Discussão e Conclusão: Apesar da reduzida dimensão da amostra, comprovou-se que elevados níveis de satisfação com a família e de intimidade são fatores protetores para o desenvolvimento de depressão perinatal. Estes fatores de risco relativos à família podem ser facilmente abordados em contexto de consulta de medicina geral e familiar, e ajudar a detetar grávidas em risco de depressão perinatal. Aprofundar este conhecimento permitirá prevenir e intervir mais precocemente nestes casos e, conseqüentemente, diminuir os efeitos nefastos desta patologia.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Gravidez; Família; Stress.

ABSTRACT

Introduction: The perinatal period is of big changes and adaptations for pregnant woman, making them more susceptible to depression. Perinatal depression can have huge negative consequences for the pregnant woman, child, family and society. Thus, the objective of this work is to understand the family influence in the appearance of this pathology.

Methods: This is a cross-sectional observational study of a sample of pregnant women, among 4 different primary health care units from the center region included for convenience, who answered an online questionnaire with sociodemographic questions, pathological and physiological background and 4 scales: Perinatal Anxiety Screening Scale (ERAP), Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21), Family Flexibility and Cohesion Rating Scale IV (FACES IV) and Social Support Satisfaction Scale (ESSS). The participants' family doctors also answered an online questionnaire on medical aspects. A descriptive analysis was carried out and then an inferential statistical analysis between the levels of depression, stress and anxiety and different variables.

Results: The sample includes 41 pregnant women who agreed to participate in the study. It was found that only the family variables related to "Satisfaction with the family" ($p=0,024$) and "Intimacy" ($p=0,006$) seem to have significant relationship with the levels of perinatal depression. As possible confounding variables influencing these levels, we have the fact that pregnancy is planned ($p=0,049$), "Satisfaction with friends" ($p=0,001$) and "Social activities" ($p\leq 0,001$). The levels of anxiety and stress showed a statistically significant relationship with "Satisfaction with the family" ($p=0,015$; $p=0,005$), "Intimacy" ($p= 0,025$; $p=0,001$) and "Chaotic" ($p=0,025$; $p=0,016$).

Discussion and Conclusion: Despite the small sample, it was proven that high levels of satisfaction with family and intimacy are protective factors for the development of perinatal depression. These family-related risk factors can be easily addressed in the context of family's doctor appointments and help to detect pregnant women at risk of perinatal depression. Deepening this knowledge will make it possible to prevent and intervene earlier in these cases and, consequently, reduce the harmful effects of this pathology.

Keywords: Anxiety; Depression; Pregnancy; Family; Stress.

Índice

ABREVIATURAS E SIGLAS.....	6
1. INTRODUÇÃO	7
2. MATERIAIS E MÉTODOS	9
2.1. Desenho do Estudo	9
2.2 Seleção dos participantes.....	9
2.3 Recolha de Dados.....	9
2.4. Análise de dados	12
3. RESULTADOS	13
3.1. Descrição da amostra.....	13
3.1.1. Caracterização Sociodemográfica	13
3.1.2. Dados Obstétricos	16
3.1.3. Antecedentes Pessoais Patológicos	16
3.1.4 Antecedentes Pessoais Fisiológicos e Sociais.....	16
3.1.5 Caracterização dos níveis de ansiedade, depressão e stress na gravidez.....	16
3.1.6 Caracterização da perceção de suporte social.....	17
3.1.7 Caracterização da funcionalidade familiar (FACES IV)	18
3.2. Relação entre Depressão e Variáveis relativas à Família	19
3.3. Outras variáveis - possíveis variáveis de confundimento	20
3.4. Relação entre Ansiedade e Stress e Variáveis relativas à família	22
4. DISCUSSÃO	24
5. CONCLUSÃO	28
6. AGRADECIMENTOS.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro	33
ANEXO II – Consentimento Informado.....	34
ANEXO III – Questionário Sociodemográfico e Variáveis Obstétricas.....	35
ANEXO IV – Escala de Rastreamento da Ansiedade Perinatal (ERAP)	38
ANEXO V – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	39
ANEXO VI – Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV (FACES IV).....	40
ANEXO VII – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	43

ABREVIATURAS E SIGLAS

ARS: Administração Regional de Saúde;

DP: Desvio Padrão;

DPN: Depressão Perinatal;

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

ERAP: Escala de Rastreamento de Ansiedade Perinatal;

ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social;

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

IG: Idade Gestacional;

INE: Instituto Nacional de Estatística;

OMS: Organização Mundial de Saúde;

p: Valor de significância;

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences;

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

USF: Unidade de Saúde Familiar.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, em 2015, a depressão foi considerada o maior contribuinte da incapacidade para a atividade produtiva e estima-se que, em Portugal, a prevalência da depressão ao longo de toda a vida é de cerca de 42,7%.¹ É, aproximadamente, duas vezes mais prevalente nas mulheres do que nos homens, sendo que o seu pico inicial se dá no início da idade reprodutiva, afetando especialmente o período perinatal.²

A depressão perinatal (DPN) engloba um conjunto de episódios depressivos *minor* ou *major* que ocorrem desde o início da gravidez até aos primeiros 12 meses após o parto³. A prevalência de depressão pré-natal é de 20,7%, segundo uma revisão sistemática de 2020.⁴

Trata-se de um período de intensa mudança física, social e mental⁵, marcado, na maior parte das vezes pela alegria, podendo todavia ser acompanhado de muito stress e ansiedade na vida dos novos pais. Tais alterações e adaptações a novas regras, objetivos e expectativas são muito desafiantes, aumentando a suscetibilidade para a depressão no período perinatal.⁶

Os sintomas depressivos durante este período podem ter impactos negativos na saúde materna, com consequências na própria gravidez e na saúde e desenvolvimento infantil.⁷ No que diz respeito à mãe, a depressão perinatal, para além de afetar a qualidade do relacionamento com o companheiro e outras relações sociais, provoca uma alteração na maneira como aquela cuida do bebé, influencia negativamente a sua qualidade de vida ao impedi-la de retomar ao seu emprego, afetando assim também o rendimento económico da mulher e da família. A depressão perinatal pode também ter efeitos na própria gravidez, estando associada a um maior risco de prematuridade, baixo peso à nascença e restrição do crescimento uterino.⁵

Do ponto de vista da criança, várias áreas podem sair prejudicadas, desde o desenvolvimento físico e cognitivo até ao emocional. Com efeito, a criança terá maior probabilidade de vir a ter depressão, problemas de comportamento, atrasos no desenvolvimento cognitivo, tendo ainda sido reportados mais problemas psiquiátricos na criança.⁶

Assim, devemos encarar a depressão perinatal como uma patologia que, a curto e longo prazo, afeta a mãe, a criança, a família e até a comunidade em geral, tendo real importância o seu estudo. A identificação e tratamento precoce, e principalmente a sua prevenção, podem reduzir estes efeitos.⁷

A identificação dos fatores de risco é um dos passos cruciais para conseguir selecionar precocemente grávidas que estejam em risco de depressão perinatal, e dar-lhes o devido apoio e suporte. Existe um largo espectro de fatores de risco que vão desde parâmetros próprios da mulher, sociodemográficos, dinâmicas familiares, doenças médicas e intercorrências na gravidez.⁴

Em relação a problemas conjugais e ao ambiente familiar, é sabido que estes podem ter resultados extremos, podendo funcionar tanto como fatores estabilizadores e de suporte para a grávida, como ser o fator de risco preponderante para o desenvolvimento de DPN. A desigual divisão na realização de tarefas domésticas - sobrecarregando na maior parte das vezes a mulher, relações problemáticas que até possam incluir violência doméstica e a dependência económica do parceiro, podem ser a génese relações afetivas insatisfatórias com influência negativa na DPN. Contudo, a maioria da literatura sobre o tema reporta também que uma família monoparental constitui um fator de risco importante para esta patologia.⁸

Existe um número limitado de estudos que analisem a influência da família na depressão perinatal. Por conseguinte, é objetivo deste estudo perceber a funcionalidade, o tipo de famílias, as suas relações e a perceção de suporte familiar, relacionando todos estes fatores com o desenvolvimento de DPN.

É por todas estas as razões que o presente estudo tem elevada importância, esperando-se que possa constituir um contributo para que, no futuro, sejam detetados e até trabalhados certos fatores de risco e variáveis relativas à família, suscetíveis de culminar numa depressão no período perinatal. Se assim for, tal irá traduzir-se em melhores resultados para a própria grávida, criança, família e até para toda a sociedade.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Desenho do Estudo

A Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro aprovou a realização deste projeto, que tem como objetivo uma avaliação inicial transversal de um estudo final observacional longitudinal, do tipo coorte, relativo ao impacto da família na DPN (ANEXO I).

2.2 Seleção dos participantes

Foi utilizada a EPITOOLS, uma ferramenta *online* que calcula o tamanho recomendado da amostra para um estudo de coorte.⁹ Obteve-se uma amostra total recomendada 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%.

Os médicos de família colaboradores deram informações relativas ao estudo às suas utentes grávidas, tanto por meio de chamadas telefónicas como no final de consultas presenciais. Nesses contactos, foram dados a conhecer às grávidas o objetivo e uma explicação geral do estudo, tendo, as que aceitaram o convite, preenchido uma declaração de consentimento informado (Anexo II). Este documento foi preenchido na modalidade *online* e em formato papel (na própria consulta ou numa consulta futura presencial). O questionário poderia ser fornecido à grávida quer em formato papel, quer enviado via *online* (num *link* de *Google Forms*). Devido ao contexto pandémico relacionado com a Infecção SARS-Cov2, todas as grávidas optaram por responder ao questionário via *online*, para maior segurança e conforto.

Cada médico de família atribuiu a cada grávida um código, o qual foi enviado no mesmo email com o *link* para garantir o anonimato e confidencialidade da participante em todo o processo. Cada grávida foi avisada que deveria usar o mesmo código na segunda fase do estudo, relativa ao preenchimento de um segundo questionário, após o nascimento do recém-nascido, e o médico de família guardou a chave dos códigos.

2.3 Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos em três Unidades de Saúde Familiar da Região Centro do País (Cruz de Celas, Coimbra Centro e Norton de Matos) e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Anadia III), escolhidas, por conveniência, a

participar entre o mês de dezembro de 2020 e o mês de fevereiro de 2021. Foram convidadas todas as utentes grávidas a partir das 12 semanas de gestação.

Antes da avaliação através de Escalas, foi feito um pequeno questionário (Anexo III) relativamente ao ambiente social, económico e demográfico de cada grávida e foram inquiridos alguns parâmetros relativamente aos antecedentes obstétricos e antecedentes pessoais suscetíveis de também constituir importantes fatores de risco para DPN. Com recurso à Classificação Portuguesa das Profissões 2010¹¹, a profissão das utentes que estavam empregadas antes da gravidez foi categorizada.

Foi pedido a cada médico de família que respondesse a questões médicas relativas a cada grávida, tais como a existência de doenças médicas crónicas, algumas intercorrências durante a gravidez até ao momento e a perceção durante a última consulta sobre a possibilidade de existir depressão ativa no momento. Este questionário, a preencher pelo médico de família, também tinha uma versão *online* para mais fácil acesso e conforto, tendo sido indicado a cada profissional que usasse o código atribuído a cada grávida para cada uma das respostas.

Foram usadas quatro escalas diferentes, na tentativa de melhor caracterização da ansiedade, depressão e stress, e o ambiente familiar e social percecionado pela grávida:

A Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP), ainda à espera de validação da sua tradução para a população portuguesa (ANEXO IV), trata-se de uma escala fundamental para dissociar a ansiedade normal da patológica sentida no período perinatal. Este instrumento de autopreenchimento mede quatro domínios – 1. Preocupação excessiva/medos específicos, 2. Perfeccionismo/controlo/trauma, 3. Ansiedade social, 4. Ansiedade aguda e ajustamento – com 31 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de 0 a 3, correspondendo a *nunca* e *quase sempre*, respetivamente. A resposta assinalada relaciona-se com a frequência com que a grávida experienciou o descrito no item “ao longo do último mês”. Assim, a pontuação final está compreendida entre 0 e 93 pontos, sendo que pontuações mais elevadas estarão relacionadas com ansiedade mais severa. Por ainda se encontrar em processo de validação para a população portuguesa, foram usados os pontos de corte da versão original, em que os sintomas de gravidade da ansiedade são classificados como ligeiros (de 0 a 20 pontos), moderados (de 21 a 41 pontos) e severos (de 42 a 93 pontos).¹²

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) é um instrumento de autorresposta de 21 itens que inclui três escalas distintas com sete itens cada uma: 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 (ANEXO V). Relativamente a cada afirmação, é pedido à grávida que responda com quanta frequência/gravidade esta se aplicou à própria “na semana passada” (numa escala tipo *Likert*). Existem 4 possíveis respostas para cada item: “não se aplicou nada a mim” (0 pontos), “aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo” (1 ponto), “aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo” (2 pontos) e “aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo” (3 pontos). A escala determina 3 notas de 0 a 21, uma por cada subescala, concluindo que resultados mais elevados indicam maiores níveis de ansiedade, depressão e stress, respetivamente.¹³

A Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV (FACES IV) tem como objetivo a medição do funcionamento familiar relativamente à coesão (laços emocionais entre cada membro e os restantes da família) e à adaptabilidade/flexibilidade (capacidade da família para mudanças em termos de estrutura, regras ou papéis como resposta a uma novidade ou acontecimento stressante).¹⁴ Este instrumento de autorresposta (ANEXO VI) é composto por 62 itens que pontuam numa escala do tipo *Likert* com 5 opções do item 1 ao 52 (1 – “discordo totalmente”; 2 – “discordo”; 3 – “indeciso”; 4 – “concordo”; 5 – “concordo totalmente”) e com 4 opções nos últimos 10 itens (1 – “insatisfeito”; 2 – “geralmente satisfeito”; 3 – “muito satisfeito”; 4 – “totalmente satisfeito”). A dimensão coesão pode ser classificada como equilibrada, emaranhada ou desmembrada, enquanto a dimensão adaptabilidade/flexibilidade pode ser classificada como equilibrada, caótica ou rígida. Consequentemente são formadas seis subescalas (cada uma com 7 itens): 2 equilibradas – Coesão Equilibrada e Flexibilidade Equilibrada; 4 desequilibradas – Desmembrada, Emaranhada, Rígida e Caótica. Adicionalmente são também inseridas as subescalas da Comunicação e da Satisfação na família, cada uma com 10 itens. A distribuição dos itens de acordo com a subescala é feita da seguinte forma: 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 62.¹⁵ Resultados mais elevados nas subescalas Equilibradas indicam famílias mais funcionais e, em contrapartida, pontuações mais altas nas subescalas Desequilibradas correspondem a famílias mais disfuncionais. A pontuação nas subescalas de Comunicação e Satisfação são diretamente proporcionais ao grau de comunicação familiar e satisfação familiar, respetivamente.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é utilizada para avaliar “a existência de pessoas em quem se pode confiar, que nos mostram que se preocupam

conosco, nos valorizam e gostam de nós”, sendo esta uma das definições de suporte social. Este instrumento de autopreenchimento possui 15 itens, nos quais o inquirido deve classificar o nível em que concorda 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”. Esta escala contém 4 subescalas: “Satisfação com os amigos” (3, 12, 13, 14, 15), “Intimidade” (1, 4, 5, 6), “Satisfação com a família” (9, 10, 11) e “Atividades sociais” (2, 7, 8). Apenas os itens 1, 2, 3, 6, 7 e 8 são questionados pela negativa, sendo que a pontuação nestes é atribuída da forma crescente, enquanto que os restantes itens são pontuados de maneira inversa. Portanto, é obtido um resultado final compreendido entre 15 e 75, em que quanto maior a pontuação melhor é a percepção de maior suporte social.¹⁶

2.4. Análise de dados

A informação recolhida nos questionários *Google Forms* foi codificada e criou-se uma base dados em *Excel*. O tratamento destes mesmo dados foi realizado com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 26.

Para melhor caracterizar a amostra, foi efetuada uma análise estatística descritiva que incluiu o cálculo da média, desvios-padrão e frequência de cada uma das variáveis. Seguidamente, foi avaliada a distribuição e normalidade da variável da depressão para decidir que tipo de testes, paramétricos ou não paramétricos, usar na análise inferencial. Com recurso ao teste estatístico Kolmogorov-Smirnov, concluiu-se que não existia normalidade nas distribuições e que, conseqüentemente, os testes usados foram testes não paramétricos.

Subseqüentemente, para a análise estatística inferencial relativa a variáveis contínuas usou-se o Teste de Spearman. Utilizaram-se os seguintes valores de corte para classificar a correlação: $r \leq 0,09$ – muito fraca; $0,10 \leq r \leq 0,39$ – fraca; $0,40 \leq r \leq 0,69$ – moderada; $0,70 \leq r \leq 0,89$ – forte; $0,90 \leq r \leq 1,00$ – muito forte.¹⁷ Para a análise entre as variáveis numéricas e variáveis com mais de duas categorias foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, e para as variáveis com apenas duas categorias foi utilizado o teste de U de Mann-Whitney. Considerou-se um nível de significância de 0,05.

3. RESULTADOS

3.1. Descrição da amostra

3.1.1. Caracterização Sociodemográfica

A partir de quatro USF/UCSP da ARS Centro, foram selecionadas as 41 utentes grávidas incluídas na amostra deste estudo (Tabela 1).

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

USF/UCSP	Número de grávidas	%
UCSP Anadia III	7	17,1
USF Coimbra Centro	10	24,4
USF Cruz de Celas	17	41,4
USF Norton de Matos	7	17,1

A idade média das grávidas foi de $34,29 \pm 4,62$ anos, variando de 25 a 44 anos, e a idade gestacional média foi de $24,93 \pm 7,97$ semanas.

A média de vezes que cada mulher esteve grávida, incluindo a atual, foi de $2,17 \pm 1,45$ e a média do número de filhos foi de $0,59 \pm 0,71$, como se pode observar melhor na Tabela 2. As idades dos outros filhos estavam compreendidas entre os 17 meses e os 19 anos de idade.

Tabela 2. Caracterização da amostra: Número de filhos, Gestações e Idade Gestacional.

	Média \pm Desvio Padrão	Mínimo – Máximo
Número de filhos	$0,59 \pm 0,71$	0 – 3
Número de Gestações	$2,71 \pm 1,45$	1 – 7
Idade Gestacional	$24,93 \pm 7,97$	12 – 37

Relativamente ao grau de escolaridade, a maioria das inquiridas tinha a licenciatura e de seguida o mestrado (Tabela 3).

Antes da gravidez verificou-se que cerca de 17,1% (7) estava desempregada, 78,0% (32) estava empregada e 4,9% (2) estava a estudar. No que se refere à empregabilidade no momento da realização do questionário, cerca de 22,0% (9) estava desempregada, 75,6% (31) estava empregada e 2,4% (1) estava a estudar. A maioria

das grávidas (56,1%) encontrava-se de baixa médica na altura do preenchimento do questionário.

Em relação à profissão das inquiridas (antes da gravidez) foi constatável uma maior frequência na categoria de “especialistas das atividades intelectuais e científicas” com 26,8% (11), como é possível observar na Tabela 3.

A maioria das inquiridas, 48,8% (20), tinha um rendimento médio mensal do agregado familiar entre os 1000 e os 1999 euros e, em relação ao número de pessoas com quem vive, obteve-se uma média de $1,76 \pm 0,92$ pessoas, como se pode verificar na tabela 3. Nenhuma das grávidas da amostra vivia sozinha.

Relativamente ao estado civil, constatou-se que a maioria, 25 das grávidas (61%), estava casada, 13 grávidas (31,7%) estavam em união de facto e apenas 3 (7,3%) eram solteiras. O tipo de família mais frequente, quanto à estrutura/dinâmica global, foi o tipo de família nuclear, 87,8% (36) como se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização da amostra: Grau de escolaridade, Profissão, Rendimento Mensal Médio do Agregado Familiar e Número de pessoas com que vive.

		N (%)
Grau de Escolaridade	Ensino Secundário	8 (19,5)
	Licenciatura	21 (51,2)
	Mestrado	10 (24,4)
	Doutoramento	2 (4,9)
	Total	41 (100)
Profissão (antes da gravidez)	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	4 (9,8)
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	11 (26,8)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	5 (12,2)
	Pessoal administrativo	5 (12,2)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	5 (12,2)
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	1 (2,4)
	Trabalhadores não qualificados	1 (2,4)
	Desempregadas	7 (17,1)
	Estudante	2 (4,9)
	Total	41 (100)
Rendimento Mensal Médio do Agregado Familiar (em euros)	≤ 1000	7 (17,1)
	1000 – 1999	20 (48,8)
	2000 – 2999	12 (29,3)
	≥ 3000	2 (4,9)
	Total	41 (100)
Tipo de família	Nuclear	36 (87,8)
	Alargada	3 (7,3)
	Reconstruída	1 (2,4)
	Equivalentes de Família	1 (2,4)
	Total	41 (100)
	Média ± Desvio Padrão	Mínimo – Máximo
Número de pessoas com quem vive	1,76 ± 0,92	1 – 5

3.1.2. Dados Obstétricos

Em 9 grávidas, correspondendo a 22,0% da amostra, foram reportadas complicações durante a gravidez até ao momento da resposta ao questionário por parte do médico de família. Entre as complicações, verificaram-se quatro casos de diabetes gestacional, um de seroconversão por toxoplasmose, um de infeção por COVID-19 sintomático, um de anemia ferropénica, um de polidactilia bilateral dos membros superiores do feto e um de hipertensão na gravidez. Uma das grávidas com diabetes gestacional tinha concomitantemente diagnóstico durante a gravidez de hipotireoidismo e outra tinha concomitantemente hipertensão arterial diagnosticada e medicada na gravidez.

Às questões “A sua gravidez foi desejada?” e “A sua gravidez foi planeada?” 2,4% (1) e 19,5% (8), respetivamente, responderam negativamente.

3.1.3. Antecedentes Pessoais Patológicos

Cerca de 31,7% tinha alguma Doença Crónica, o que corresponde a 13 grávidas. Existiam quatro grávidas com hipotireoidismo, duas grávidas com trombofilia (uma delas concomitantemente com útero unicórneo), duas grávidas com dislipidemia (uma delas concomitantemente com hérnia do hiato), uma grávida com microlitíase urinária, uma grávida com LES, uma grávida com asma, uma grávida com rinite alérgica e uma grávida com psoríase.

A maioria das grávidas nunca teve Depressão, existindo 8 grávidas (19,5%) com este Antecedente Pessoal.

3.1.4 Antecedentes Pessoais Fisiológicos e Sociais

Verificou-se que 5 das inquiridas (12,2%) tinham Antecedentes Pessoais de tabagismo e nenhuma das grávidas tem Antecedentes Pessoais de Alcoolismo ou Drogas.

Relativamente aos Antecedente Pessoais Sociais, não foi referido por nenhuma das grávidas inquiridas Antecedentes de Violência Doméstica.

3.1.5 Caracterização dos níveis de ansiedade, depressão e stress na gravidez

Relativamente à pergunta “Tendo em conta os sintomas apresentados na consulta mais recente com esta paciente, considera que tem diagnóstico de depressão

ativa neste momento?” no questionário respondido pelo médico de família, apenas 3 casos (7,3%) foram identificados com possível diagnóstico de depressão ativa.

Com recurso à ERAP, cerca de 53,7% das grávidas foram classificadas com sintomas ligeiros de gravidade de ansiedade, 36,6% com sintomas moderados e apenas 9,8% com sintomas severos.

Em relação aos níveis de depressão e stress, a Subescala “Depressão” da EADS-21 teve uma pontuação média de $1,93 \pm 2,22$ e a Subescala “Stress” teve pontuação média de $4,51 \pm 3,65$, podendo variar entre o mínimo de 0 e o máximo de 21 pontos.

Foi analisada a relação entre a Depressão (pontuação da subescala de rastreio da depressão da Escala EADS) e o diagnóstico provável de depressão na última consulta, obtido no questionário que foi feito a cada um dos médicos de família relativamente a cada uma das grávidas. Verificou-se não existir relação estatisticamente significativa entre ambas ($p=0,795$), em que “não” ter provável depressão ativa na última consulta pontuou $1,97 \pm 2,28$ e “sim” pontuou $1,33 \pm 1,15$.

3.1.6 Caracterização da perceção de suporte social

Na nossa amostra obtivemos uma média total de $55,90 \pm 10,68$ (ESSS varia entre 15 e 75 pontos) e as estatísticas descritivas relativas a cada uma das subescalas “Satisfação com Amigos”, “Intimidade”, “Satisfação com Família” e “Atividades Sociais” podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4. Estatísticas Descritivas das subescalas da ESSS.

Subescala ESSS	Média \pm Desvio Padrão	Varição pontuação total da subescala
Satisfação com os Amigos	$18,37 \pm 4,52$	9 – 25
Intimidade	$16,05 \pm 3,29$	10 – 20
Satisfação com a Família	$12,73 \pm 2,38$	6 – 15
Atividades Sociais	$8,76 \pm 3,57$	3 – 15

3.1.7 Caracterização da funcionalidade familiar (FACES IV)

A escala FACES IV permitiu-nos caracterizar as famílias das grávidas quanto à sua funcionalidade. Podemos concluir que a maioria, quanto ao nível de coesão, foi classificado como “muito conectado”, e “muito flexível”, quanto ao nível de flexibilidade. Nas subescalas da Comunicação existiu uma pontuação média de 40,39, podendo a pontuação desta subescala variar entre 10 e 50. Na subescala de Satisfação obtivemos uma pontuação média de 37,61, sendo que nesta, a pontuação apenas pode variar entre 10 e 40 pontos. Os dados relativos às duas subescalas Equilibradas e às subescalas da Comunicação e Satisfação podem ser mais bem analisados na tabela 5.

Tabela 5. Níveis das subescalas Coesão e Flexibilidade e Estatísticas Descritivas das subescalas Comunicação e Satisfação

Nível de Coesão	N (%)	Nível de Flexibilidade	N (%)
De alguma forma conectado	4 (9,8)	De alguma forma flexível	2 (4,9)
Conectado	15 (36,6)	Flexível	14 (34,1)
Muito conectado	22 (53,7)	Muito flexível	25 (61,0)
TOTAL	41 (100)	TOTAL	41 (100)
	Média ± Desvio Padrão		Variação pontuação total da subescala
Subescala Comunicação	40,39 ± 7,12		20 – 50
Subescala Satisfação	37,59 ± 4,24		20 – 40

A maioria da amostra apresentou níveis muito baixos nas subescalas Desmembrada e Caótica e níveis baixos nas subescalas Emaranhada e Rígida. Os dados mais detalhados de cada uma das subescalas desequilibradas surgem descritos na Tabela 6.

Tabela 6. Níveis das subescalas Desequilibradas: Desmembrada, Emaranhada, Rígida e Caótica

Nível \ Subescala	Desmembrada (N/%)	Emaranhada (N/%)	Rígida (N/%)	Caótica (N/%)
Muito baixo	37 (90,2)	9 (22)	17 (41,5)	30 (73,2)
Baixo	3 (7,3)	25 (61)	19 (46,3)	8 (19,5)
Moderado	1 (2,4)	6 (14,6)	4 (9,8)	3 (7,3)
Alto	0 (0)	1 (2,4)	1 (2,4)	0 (0)
Muito alto	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	41 (100)	41 (100)	41 (100)	41 (100)

3.2. Relação entre Depressão e Variáveis relativas à Família

Foi utilizada a pontuação da subescala de rastreio de depressão da Escala EADS-21 como referência para os níveis de depressão, relacionando-a com diversas variáveis respeitantes à família.

Como podemos verificar na tabela 7, apenas se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a depressão e a satisfação com suportes sociais - escala total da ESSS ($p \leq 0,001$) e as Subescalas da ESSS “Satisfação com a Família” ($p = 0,024$) e “Intimidade” ($p = 0,006$). Verificou-se uma correlação negativa fraca entre os níveis de depressão e a variável “Satisfação com a família” ($r = -0,35$) e uma correção negativa moderada entre os níveis de depressão e as variáveis “Satisfação” ($r = -0,63$) e “Intimidade” ($r = -0,42$).

Os níveis de depressão não mostraram ter uma relação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis relacionadas com a funcionalidade familiar da escala FACES IV.

Tabela 7. Relação entre a pontuação da subescala de rastreio da depressão e as variáveis familiares da Escala FACES IV, número de filhos, número de pessoas com quem vive, satisfação (ESSS), satisfação familiar (ESSS) e com a intimidade (ESSS)

		Coesão	Flexibilidade	Desmembrada	Emaranhada	Rígida	Caótica	Comunicação	Nº de filhos	Nº de pessoas com quem vive	Satisfação	Satisfação com a família	Intimidade
Depressão	r	-0,03	-0,27	0,09	-0,05	0,01	0,14	-0,14	-0,04	-0,13	-0,63	-0,35	-0,42
	p	0,849	0,086	0,564	0,751	0,965	0,371	0,392	0,849	0,417	$\leq 0,001$	0,024	0,006

Adicionalmente, a depressão também não se relacionou estatisticamente com o “Número de filhos”, com o “Número de pessoas com que vive”, com o “Tipo de Família” nem com o “Estado Civil”. Estes dados podem ser observados nas Tabelas 7 e 8.

Tabela 8. Relação entre a pontuação da subescala de rastreio de depressão e o estado civil e o tipo de família.

		Depressão	
		Média ± DP	p
Estado Civil	Solteira	1,00±1,00	0,502
	Casada	1,80±2,35	
	União de Facto	2,38±2,18	
Tipo de Família	Nuclear	2,06±2,30	0,505
	Alargada	0,67±0,58	
	Reconstruída	0	
	Equivalentes	3	

3.3. Outras variáveis - possíveis variáveis de confundimento

Foram estudadas outras variáveis não relacionadas com a família, para perceber se existiria associação a maiores níveis de depressão, constituindo deste modo possíveis variáveis de confundimento no estudo.

Verificou-se que os níveis de depressão se relacionavam de forma estatisticamente significativa com o facto de a gravidez ser planeada ou não ($p=0,049$), sendo que a “gravidez planeada” estava associada a pontuações mais altas na subescala de depressão.

Para além desta associação, também se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a depressão e as Subescalas da ESSS “Satisfação com os amigos” ($p=0,001$) e “Atividades sociais” ($p\leq 0,001$), ambas com uma correlação negativa moderada ($r=-0,52$ e $r=-0,56$, respetivamente).

As restantes variáveis relativas a antecedentes pessoais médicos, grau de escolaridade, estado de empregabilidade, profissão, rendimento mensal médio, idade, idade gestacional, entre outras, não revelaram relação estatisticamente significativa com a depressão. Todos os dados relativos a estes parâmetros podem ser observados e analisados na Tabela 9.

Tabela 9. Associação entre possíveis variáveis de confundimento e pontuação na subescala de rastreio da depressão.

		Depressão	
		Média ± DP	p
Doença Crónica	Não	2,25±2,34	0,186
	Sim	2,25±1,83	
Complicação na gravidez	Não	1,97±2,29	0,865
	Sim	1,78±2,05	
Gravidez desejada	Não	3	0,585
	Sim	1,90±2,24	
Gravidez planeada	Não	0,63±1,19	0,049
	Sim	2,24±2,31	
Está de baixa médica?	Não	1,22±1,44	0,132
	Sim	2,48±2,57	
Grau de escolaridade	Secundário	2,75±2,92	0,592
	Licenciatura	1,42±1,80	
	Mestrado	2,30±2,41	
	Doutoramento	2,00±2,83	
Estado de empregabilidade antes	Desempregada	2,37±1,77	0,541
	Empregada	1,81±2,34	
	Estudante	2,0±2,83	
Estado de empregabilidade agora	Desempregada	1,90±1,85	0,440
	Empregada	1,87±2,35	
	Estudante	4	
Profissão	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	1,25±1,5	0,749
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	1,45±1,97	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	1,80±2,68	
	Pessoal administrativo	2,20±1,64	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	3,4±3,78	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	0	
	Trabalhadores não qualificados	0	
	Desempregadas	2,43±1,90	
A.P. Depressão	Não	1,94±2,30	0,859
	Sim	1,88±1,96	
A.P. Tabaco	Não	1,83±2,18	0,522
	Sim	2,60±2,61	
Rendimento médio mensal (em euros)	Até 1000	1,71±1,89	0,947
	1000-1999	1,90±2,45	
	2000-2999	2,17±2,25	
	≥3000	1,50±2,12	
		r	p
Idade		0,06	0,707
Satisfação com os Amigos		-0,52	0,001
Atividades Sociais		-0,56	≤0,001
Quantas vezes esteve grávida		0,02	0,908
IG atual		0,08	0,616

3.4. Relação entre Ansiedade e Stress e Variáveis relativas à família

Foi feito o estudo de possível associação entre ansiedade e stress com as variáveis relacionadas com a família.

Em relação à ansiedade, concluiu-se que existe uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca na subescala “Caótica” ($p=0,025$, $r=0,35$), e negativa fraca na subescala “Comunicação” ($p=0,040$, $r=-0,32$), da FACES IV. Também a “Satisfação” global ($p=0,002$), “Satisfação com a família” ($p=0,015$) e a “Intimidade” ($p=0,025$) demonstraram uma correlação negativa moderada significativa ($r=-0,47$) e as outras duas subescalas correlação negativa fraca significativa (“Satisfação com a família” $r=-0,38$ e “Intimidade” $r=-0,35$).

Todas as restantes variáveis relacionadas com a família não demonstraram ter relação significativa com a ansiedade.

No que diz respeito aos níveis de stress, estes apresentaram uma correlação positiva fraca com a variável “Caótica” ($r=0,38$ e $p=0,016$), correlação negativa forte com a variável “Satisfação” ($r\leq 0,001$ e $p=-0,73$) e correlação negativa moderada com as variáveis “Satisfação com a família” ($r=-0,43$ e $p=0,005$) e “Intimidade” ($r=-0,48$ e $p=0,001$).

Todas as restantes variáveis relacionadas com a família não demonstraram ter relação significativa com o stress.

Estes dados podem ser observados com mais detalhe na Tabela 10.

Tabela 10. Associação entre Ansiedade e Stress e variáveis relacionada com a família.

		Ansiedade		Stress	
		r	p	r	p
Coesão		-0,28	0,080	-0,09	0,590
Flexibilidade		-0,29	0,062	-0,21	0,186
Desmembrada		0,93	0,565	0,06	0,698
Emaranhada		0,13	0,424	0,15	0,339
Rígida		0,04	0,794	0,18	0,258
Caótica		0,35	0,025	0,38	0,016
Comunicação		-0,32	0,040	-0,17	0,301
Nº de filhos		-0,01	0,974	0,17	0,286
Nº de pessoas com que vive		-0,12	0,445	0,09	0,589
Satisfação		-0,47	0,002	-0,73	≤001
Satisfação com a família		-0,38	0,015	-0,43	0,005
Intimidade		-0,35	0,025	-0,48	0,001
		Média ± DP	p	Média ± DP	p
Estado Civil	Solteira	27,00±28,05	0,408	5,00±4,36	0,894
	Casada	19,88±13,97		4,12±3,31	
	União de facto	23,23±11,31		5,15±4,30	
Tipo de Família	Nuclear	22,81±14,30	0,458	4,75±3,73	0,739
	Alargada	11,00±12,12		2,67±3,79	
	Reconstruída	13,00		3,00	
	Equivalentes	13,00		3,00	

4. DISCUSSÃO

O atual estudo, realizado com o intuito de perceber o impacto da família no desenvolvimento de DPN, verificou que as variáveis relativas à satisfação, “satisfação familiar” e “intimidade” (subescalas da ESSS) demonstraram uma correlação negativa com o desenvolvimento de depressão, significando que grávidas com níveis de satisfação familiar e intimidade mais baixos têm maior tendência a desenvolver DPN. Isto ocorre, possivelmente, porque sentem menor apoio, suporte e confiança em relação à sua família, aumentando a suscetibilidade para o surgimento de depressão.

Nenhuma das variáveis relativas à funcionalidade familiar (FACES IV), o tipo de família, o estado civil, o número de filhos e o número de pessoas com quem vive a grávida demonstraram ter relação estatisticamente significativa. Seria de esperar que, quanto à funcionalidade, participantes com famílias com níveis mais elevados nas subescalas desequilibradas e mais baixos nas subescalas equilibradas, ou seja, com maior disfuncionalidade familiar, tivessem maiores níveis de depressão, mas esta relação não mostrou ser significativa. Em relação ao tipo de família, verificámos que na amostra deste estudo quase 90% das grávidas tinham uma família do tipo nuclear, havendo pouca representatividade (apenas 5 casos), de grávidas com outros tipos de família (alargada, reconstruída e equivalentes de família). Esperaríamos que famílias alargadas, reconstruídas e equivalentes de família por provavelmente terem mais fatores desestabilizadores e mais diferenças de idades dentro da mesma casa, tivessem níveis mais elevados de depressão. O tamanho da amostra poderá ser razão por não ter encontrado estas relações, pelo que seria interessante em futuros estudos analisar os níveis de depressão em amostras maiores dos diferentes tipos de família.

Um estudo semelhante realizado no ano passado¹⁸, também na ARS Centro, verificou que variáveis de estrutura, funcionalidade, e satisfação tinham relação estatisticamente significativa com a depressão, excetuando o número de filhos. É essencial fazer novos estudos mais representativos para perceber as incongruências encontradas.

No que diz respeito a variáveis de confundimento, variáveis não relacionadas com a família com potencial de influência sobre os níveis de depressão, foi demonstrado existir relação estatisticamente significativa com o facto de a gravidez ser planeada ($p=0,049$), bem como com a “Satisfação com os amigos” ($p=0,001$) e as “Atividades Sociais” ($p\leq 0,001$). Ao contrário do reportado em artigos anteriores,⁸ o facto de a gravidez ser planeada demonstrou conduzir a níveis mais elevados de depressão, possivelmente por haver mais medo, organização e atenção com todos os passos da

gravidez. Esta divergência com a literatura anterior pode ser explicada pelo reduzido número de grávidas com gravidez não planeada, podendo não ser uma amostra representativa. A correlação negativa moderada verificada entre a depressão e as Subescalas da ESSS (“Satisfação com os amigos” e “Atividades sociais”) indica-nos que níveis mais altos nestas subescalas estão associados a níveis mais baixos de depressão, à semelhança do que se verificou no estudo do ano de 2020.¹⁸

A correlação negativa entre os níveis da depressão e todas as variáveis relativas à satisfação, tanto as relacionadas com a família (“Satisfação com a Família” e “Intimidade”) como as não relacionadas com a família (“Satisfação com os amigos” e “Atividades Sociais”), faz-nos questionar acerca da relação de causalidade. Isto é, se é por terem níveis mais baixos de satisfação que, conseqüentemente, têm níveis mais elevados de depressão, ou se ocorre o inverso: por já estarem com níveis mais altos de depressão, acabam por diminuir os contactos e convivência com a família e os amigos, diminuindo os níveis de satisfação com estes grupos. Esta é mais uma razão para a necessidade de um futuro estudo longitudinal, que permita perceber a sequência dos eventos.

Foram também abordadas outras possíveis variáveis de confundimento, já descritas em vários estudos como potenciais fatores de risco ou proteção para o desenvolvimento de DPN, que não demonstraram significado estatístico no presente estudo.¹⁹ Seria de esperar que a instabilidade do estado de empregabilidade (antes da gravidez e na atualidade) e a ocorrência de complicações durante a gravidez causassem maiores níveis de depressão, o que não se revelou estatisticamente significativo neste estudo. O facto de a participante estar de baixa médica parece ser um fator que conduz a níveis mais elevados de depressão ($2,48 \pm 2,57$) por comparação com as grávidas que não estavam de baixa ($1,22 \pm 1,44$), possivelmente porque as que já estão de baixa experimentam maiores alterações nas rotinas diárias, por comparação com o período em que exerciam uma profissão, acompanhadas de um sentimento de menor utilidade para a sociedade. Contudo esta relação não demonstrou ser estatisticamente significativa ($p=0,132$). Adicionalmente, também os antecedentes pessoais médicos, grau de escolaridade, o tipo de profissão, rendimento mensal médio do agregado familiar, idade, idade gestacional e o número de vezes que já esteve grávida não revelaram influenciar de uma forma estatisticamente significativa os níveis de DPN. Num estudo muito recente foi concluído que o diagnóstico de diabetes gestacional (a complicação na gravidez mais comum da amostra do nosso estudo) não parece traduzir um maior risco de depressão durante a gravidez, confirmando que esta não será uma variável de confundimento importante neste caso.²⁰ Nenhuma das participantes da

amostra tinha história prévia de dependência de álcool, drogas ou de violência doméstica, descartando-os como não fazendo com que sejam possíveis variáveis de confundimento, mas simultaneamente impedindo o discernimento acerca de uma possível relação destes com os níveis de depressão.

Foi analisada a relação entre os níveis de depressão e o diagnóstico provável de depressão na última consulta, não se tendo verificado nenhuma associação entre eles. Isto poderá significar que os médicos durante as suas consultas de saúde materna não têm particular atenção a sinais e sintomas depressivos. Esta conjetura parece ser corroborada pelo seguinte facto relativamente à classificação feita na última consulta a respeito da existência provável de depressão ativa: as que foram classificadas com “Não” pontuaram níveis de depressão mais elevados ($1,97 \pm 2,28$) do que as foram classificadas como “Sim” ($1,33 \pm 1,15$). Estudos prévios demonstraram já que a desvalorização da sintomatologia depressiva e os seguimentos não consistentes podem estar na origem do diagnóstico tardio, ou até mesmo do não diagnóstico da DPN.⁸ Por outro lado, também é sabido que as Escalas de autopreenchimento, suscetíveis ao viés de memória, podem sub ou sobre-diagnosticar depressão e ansiedade, constituindo apenas indicadores de risco.²¹

Num futuro estudo retrospectivo seria importante selecionar grávidas com DPN, diagnosticada em contexto de medicina geral e familiar, obstetrícia ou até mesmo em consultas de psiquiatria e comparar com grávidas sem este diagnóstico clínico. Assim, também se ultrapassariam estas falhas no diagnóstico de provável depressão perinatal e a subjetividade do autopreenchimento das escalas utilizadas.

Na análise da relação da ansiedade e stress com variáveis referentes à família verificou-se existir uma correlação negativa com as variáveis de Satisfação, “Satisfação familiar” e “Intimidade”. Isto traduz que níveis mais elevados nestas subescalas estão associados a menores níveis de ansiedade e stress, à semelhança do que acontece com os níveis da depressão. Para além disso, quanto à funcionalidade, a subescala desequilibrada “caótica” demonstrou uma relação estatisticamente significativa com uma correlação positiva fraca, tanto com os níveis de ansiedade como com os níveis de stress. Os níveis de ansiedade também revelaram uma relação estatisticamente significativa com correlação negativa associada à comunicação, traduzindo níveis de ansiedade maiores quando há pior comunicação familiar. Estudos anteriores estão em concordância, afirmando até que deveria ser feito um esforço por parte de profissionais de saúde para treinar e ensinar competências da comunicação familiar.²²

O facto de este estudo ter sido realizado em contexto pandémico tornou mais difícil a obtenção de uma amostra maior, devido ao escasso tempo de trabalho disponível por parte dos médicos de família colaboradores para a obtenção dos dados. Esta tornou-se a principal fragilidade deste trabalho, visto que não se obteve o número de participantes ideal para realizar um estudo com estes objetivos. Contudo, em termos da caracterização sociodemográfica verificamos que, em certos parâmetros, a nossa amostra é semelhante à população geral das grávidas em Portugal. Segundo dados de 2019 do INE, a média de idade das grávidas é de 32,1 anos, sendo semelhante à média de idades das nossas grávidas que foi de 34,29.²³ Também segundo a mesma base de dados, 30% das grávidas tinham nível de escolaridade inferior ao ensino secundário, 31% das grávidas tinham o ensino secundário, 39% ensino superior, enquanto que na amostra deste estudo nenhuma grávida tinha nível de escolaridade abaixo do ensino secundário, 19,5% tinha o ensino secundário e 80,5% tinha o ensino superior (maioria com licenciatura, 24,4% com mestrado e 4,9% com doutoramento). Estas grandes diferenças em relação ao grau de escolaridade estarão muito provavelmente relacionadas com a localização urbana das USF/UCSP colaboradoras e, possivelmente, com facto de o questionário ter sido, nesta fase pandémica, maioritariamente respondido na modalidade *online*, o que terá facilitado a participação de utentes com maior grau de escolaridade.²⁴ A percentagem de bebés nascidos fruto de casamentos na população portuguesa em 2019 foi de 43,2%, ao passo que na nossa amostra 61% das grávidas eram casadas. Estas variações em relação ao estado civil poderão estar associadas ao contexto de medicina geral e familiar no qual os dados foram obtidos, onde possivelmente com maior probabilidade se encontram famílias constituídas há mais tempo e com maior percentagem de casamentos.²⁵

O reduzido número de participantes no presente estudo sugere que, em futuros estudos se recorra a amostras de maior dimensão, o que poderá ser conseguido abrangendo a colaboração de mais USF/UCSP e aplicando-o não só a zonas urbanas, mas também a regiões rurais e do interior. Desta forma, iria ser possível obter uma amostra mais representativa da população nacional, reduziríamos o viés de seleção, e, conseqüentemente, teríamos resultados mais robustos. Uma futura continuação deste estudo de forma longitudinal permitirá perceber, por outro lado, a causalidade das variáveis que se mostraram influenciar significativamente a depressão. A análise dos níveis de depressão após o nascimento da criança irá ser fundamental para medir o impacto da família no desenvolvimento desta patologia, visto que é nesta altura que verdadeiramente existem grandes alterações e são necessárias várias adaptações no dia-a-dia das famílias.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que as variáveis relativas à satisfação com a família ($p=0,024$) e à intimidade ($p=0,006$) parecem ter impacto estatisticamente significativo nos níveis de DPN. Contudo, também os níveis de satisfação com os amigos, das Atividades sociais e o facto de a gravidez ser planeada demonstraram ter impacto significativo. Fica a dúvida da relação de causalidade entre a depressão e as variáveis da satisfação, a qual poderá ser esclarecida continuando este estudo, com a mesma amostra, de uma forma longitudinal, fazendo nova recolha de dados após o nascimento da criança.

A depressão perinatal parece continuar a ser uma patologia desvalorizada durante as consultas de saúde materna, sendo muitas vezes sub-diagnosticada. Assim, são necessários mais estudos, com amostras mais representativas da população para ser possível perceber as dinâmicas desta patologia, os principais fatores de risco e as abordagens possíveis, tanto em contexto de medicina geral e familiar como em consulta de especialidade, para que se reduzam as consequências nefastas para a própria grávida, bebé, família e sociedade que um estado depressivo acarreta.

6. AGRADECIMENTOS

Agradeço:

- Em primeiro lugar à minha orientadora, Doutora Inês Rosendo, por toda a disponibilidade e excelente orientação demonstradas na realização deste Trabalho Final, mesmo nos momentos em que parecia não haver saída para os obstáculos com que deparei.
- À Doutora Susana Miguel (USF Cruz de Celas), que, para além de coorientadora, foi uma peça fundamental para a recolha de todos os questionários e para elaboração de novas estratégias.
- Aos médicos de todas as USF e UCSP que aceitaram o convite e colaboraram neste estudo, em especial à Doutora Joana Duarte (USF Norton de Matos), ao Doutor Tiago Marques (USF Coimbra Centro) e à Doutora Sylvie Batista (UCSP Anadia III) e claro, a todas as suas utentes grávidas que responderam prontamente ao questionário.
- Aos meus pais, irmão e restante família, porque desde o início confiaram nas minhas capacidades, no meu empenho e foram sempre um porto de abrigo cheio de paciência e conforto em todas as horas.
- A todos os meus grupos de amigos e às Mondeguinas pelo apoio incondicional, pela cumplicidade, pelas aventuras e pelo suporte incrível que foram, não só na escrita deste Trabalho Final, mas também neste percurso de 6 anos do curso de medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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/>
2. Diaz NM, Plunkett BA. Universal screening for perinatal depression. *Neoreviews*. 2015;125(3):1268–71.
3. Costa P. FMUC Depressão Perinatal: Das Relações Familiares ao Desenvolvimento da Criança. Estratégias de Prevenção. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015.
4. Yin X, Sun N, Jiang N, Xu X, Gan Y, Zhang J, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2021;83(September 2020):1–8.
5. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *J Neurosci Rural Pract*. 2015;6(1):116–9.
6. Z. G, B. R, A. H, M. A, D. H. Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;265(December):505–10.
7. Underwood L, Waldie KE, D'Souza S, Peterson ER, Morton SMB. A Longitudinal Study of Pre-pregnancy and Pregnancy Risk Factors Associated with Antenatal and Postnatal Symptoms of Depression: Evidence from Growing Up in New Zealand. *Matern Child Health J*. 2017;21(4):915–31.
8. Silva MT. Depressão Perinatal: Fatores de Risco e Estratégias de Prevenção. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2013.
9. EPITOOLS [Internet]. Available from: <https://epitools.usvet.com.au/>
10. Xie RH, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 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. Pais-Ribeiro, José; Honrado, Ana; 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. Vilela JMA. Contributos para a adaptação da Entrevista Clínica Geracional à população portuguesa [Internet]. Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa; 2016. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/3338>
 15. António R, Teixeira B. Padrões de Relação Familiar e Padrões de Consumo de Álcool no Concelho de Angra do Heroísmo [Internet]. Univeridade de Évora - Escola de Ciências Sociais; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10174/21094>
 16. Pais-Ribeiro JL. Social support satisfaction scale (ESSS). *Análise Psicológica*. 1999;3(XVII):547–58.
 17. Schober P, Schwarte LA. Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1763–8.
 18. Oliveira I, Rosendo, Inês; Miguel S. Influência da Família na Depressão Perinatal. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2020.
 19. Arrais, Alessandra; Araujo TSR. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Risk Factors and Protection Associated with Postpartum Depression in Psychological Prenatal Care Factores de Riesgo y Protección Asociados a la Depresión Post-Parto en el Prenatal Psicológico Introdução. *Psicol Ciência e Profissão*. 2018;38:711–29.
 20. Gaspar BI, Rosendo I. Depression and anxiety associated to the diagnosis of gestational diabetes. Faculdade De Medicina da Universidade de Coimbra; 2021.
 21. Silva ASF da. Depressão e ansiedade no pós-parto e experiência de amamentação. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019.
 22. Malary M, Shahhosseini Z, Pourasghar M, Hamzehgardeshi Z. Couples Communication Skills and Anxiety of Pregnancy: A Narrative Review. *Mater Socio Medica*. 2015;27(4):286–90.

23. INE-PORDATA. Idade média da mãe ao nascimento de um filho [Internet]. 2019. Available from:
<https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+da+mãe+ao+nascimento+de+um+filho-417>
24. INE-PORDATA. Live births of others resident in Portugal: total and by mother's highest level of educational qualifications obtained [Internet]. 2019. Available from:
<https://www.pordata.pt/en/Portugal/Live+births+of+mothers+resident+in+Portugal+total+and+by+mother%27s+highest+level+of+educational+qualifications+obtained-2513-197708>
25. INE-PORDATA. Live births of mothers resident in Portugal: total and outside marriage [Internet]. 2020. Available from:
<https://www.pordata.pt/en/Portugal/Live+births+of+mothers+resident+in+Portugal+total+and+outside+marriage-14>

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> Comissão Diretiva da A.R.S. do Centro, I.P.
--	--

ASSUNTO:

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

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;
- Facés IV – Escala de avaliação da flexibilidade e coesão familiar;
- ESSS – 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

P. Lopes Ferreira

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

F. Ribeiro

ANEXO II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Influência da Família na Depressão Perinatal

Enquadramento: Estudo coorte prospectivo em UCSPs/USFs de Coimbra. Realizado no âmbito da tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Ana David Meirinho Gomes Saraiva, 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, nos cuidados de saúde primários de Coimbra, 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 2-6 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: Ana Saraiva

Assinatura: Ana Saraiva **Data:** 11/12/2020

.....

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.

1. Dados

A preencher pelo profissional de saúde:

- A grávida tem alguma doença crónica?
Sim
Não
Se sim, qual? _____
- A grávida teve alguma complicação na gravidez?
Sim
Não
Se sim, qual? _____
- 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 deste 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 2º Ciclo 3º Ciclo Ensino secundário
 Licenciatura Mestrado Doutoramento
- Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta vez)? _____
- Quantos filhos tem? _____ Que idade têm? _____
- Estado Civil
 Solteira Casada União de facto Viúva Divorciada
 Outra opção _____
- 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 opção _____
- Estado de empregabilidade AGORA:
 Desempregada Empregada Estudante
 Outra opção _____
- 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 Rastreamento da Ansiedade Perinatal (ERAP)

2.1. Escala de Rastreamento 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 a gravidez/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, sonhos 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)

2.2. 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	0	1	2	3
2. Dei-me conta que tinha a boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui ter nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico)	0	1	2	3
5. Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas)	0	1	2	3
8. Senti-me muito nervoso	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo	0	1	2	3
10. Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas)	0	1	2	3
11. Senti que estava agitado	0	1	2	3
12. Senti dificuldades em relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me triste e deprimido	0	1	2	3
14. Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer	0	1	2	3
15. Estive perto de entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não me consegui entusiasmar com nada	0	1	2	3
17. Senti que não valia muito como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que andava muito irritável	0	1	2	3
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)	0	1	2	3
20. Tive medo sem uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha nenhum sentido	0	1	2	3

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

2.3. 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)

2.4. 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