



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Depressão Pós-parto

Estudo de prevalência e deteção de fatores de risco

Soraia Guerra Sousa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Martinez de Oliveira
Co-orientadora: Doutora Ana Lúcia Moreira

Covilhã, Maio de 2012

Dedicatória

Este trabalho é principalmente dedicado à minha família pelo seu apoio na prossecução do mesmo, em particular à minha mãe pela sua capacidade de inovação, dinamismo e espírito aguerrido que serve de inspiração e modelo para nunca desistir e lutar pelos meus sonhos.

Também gostaria de o dedicar a todas as puérperas que aceitaram participar no estudo e sem as quais jamais este teria sido possível.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os intervenientes que tornaram a realização desta investigação possível.

Em primeiro lugar ao meu orientador Professor Doutor José Martinez de Oliveira pelo seu pronto interesse no tema proposto e pela sua competência durante o processo de orientação.

Em segundo lugar, agradeço o interesse, esforço e apoio da Doutora Ana Lúcia Moreira, co-orientadora, assim como as suas correções e críticas.

Agradeço ainda ao Professor Doutor Ricardo Rodrigues pela sua orientação em todo o processo de análise estatística.

Por último, gostaria ainda de agradecer:

- A todas as mããs participantes que disponibilizaram um pouco do seu tempo em momentos tão importantes das suas vidas;
- À Psicóloga Dra. Liliana Santos pela sua colaboração e disponibilidade para receber as puérperas na sua consulta e providenciar o seu adequado encaminhamento;
- Ao pessoal de enfermagem e administrativas do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Cova da Beira EPE pelo apoio moral e convívio durante as minhas visitas;
- À minha mãe pelo apoio, interesse e dedicação;
- À Fátima e ao Pedro pelo apoio moral e suporte técnico assim como pela sua compreensão sem os quais teria decerto desesperado.

Resumo

Introdução. A prevalência da depressão nas mulheres é aproximadamente duas vezes superior à dos homens. Estima-se que a prevalência de depressão pós-parto em Portugal seja de 12.4% na semana que se segue ao parto e 13.7% nos três meses seguintes. Vários fatores de risco têm sido investigados com resultados contraditórios que se devem provavelmente à natureza complexa e multifatorial da perturbação. O objetivo deste estudo foi a avaliação da prevalência de sintomatologia depressiva e dos seus fatores de risco em puérperas do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

Metodologia. Foi aplicada a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh em 168 mulheres durante as primeiras 72 horas pós-parto (EPDS1) no setor de internamento de Obstetrícia e novamente após 28 a 32 dias por entrevista telefónica (EPDS2). Junto com a EPDS1 as puérperas preencheram também um inquérito sociodemográfico, a escala de Graffar e a Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC).

Resultados. A amostra foi constituída por mulheres com idades entre os 17 e os 42 anos (Média=30.18, SD=5.057). A prevalência de sintomatologia depressiva determinada pela positividade da escala (EPDS>13) foi de 7.1% e de 1.3% para a EPDS1 e EPDS2, respetivamente. As puérperas com história pessoal psiquiátrica tiveram uma maior frequência de EPDS1 e EPDS2 positivas, relativamente aquelas sem história. Uma estrutura familiar uniparental ou reconstituída, história de interrupção da gravidez não especificada, gravidez de risco e classe socioeconómica inferior na Escala de Graffar também estiveram associadas a uma frequência superior de EPDS2 positiva. Por fim, houve ainda uma associação estatisticamente significativa entre uma pontuação inferior na EASAVIC, puérperas multigestas e um nível académico médio/alto e uma EPDS1 positiva. Nenhuma das outras variáveis influenciou a pontuação em nenhuma das avaliações da EPDS.

Discussão. A prevalência de sintomas depressivos na amostra foi consideravelmente mais baixa quando comparada com outros estudos em Portugal, particularmente no mês que se seguiu ao parto. O fator de risco mais consistente para uma resposta positiva e, conseqüentemente, para um maior risco de DPP, foi a presença de história psiquiátrica pessoal, que pode ajudar a identificar mulheres que beneficiariam de um seguimento mais apertado. Uma pontuação inferior da EASAVIC apenas foi significativa nas primeiras 72 horas, enquanto a história de interrupção de gravidez, gravidez de risco e classe socioeconómica baixa foram significativas no final do primeiro mês pós-parto. Por último, conclui-se que nesta população pode ser exequível a utilização da EPDS nas primeiras 72 horas pós-parto para avaliar o risco de DPP no mês subsequente, uma vez que a EPDS2 está relacionada com a EPDS1, permitindo orientar atempadamente as puérperas para o apoio de que necessitam.

Palavras-chave

Depressão, pós-parto, pós-natal, fatores de risco, EPDS.

Abstract

Introduction. The prevalence of depression in women is approximately twice that of men. The prevalence of postpartum depression (PPD) in Portugal is estimated to be 12.4% in the week following birth and 13.7% three months after. Several risk factors have been investigated with contradictory results probably due to the complex and multifactor nature of the disorder. The aim of this study was to evaluate the prevalence of depressive symptoms as well as its risk factors in puerperal women at Centro Hospitalar Cova da Beira EPE.

Methods. We administered the Edinburgh Postnatal Scale in 168 women during the first 72 hours postpartum (EPDS1) in the ward of Obstetrics at Centro Hospitalar Cova da Beira and then again in the 28 to 32 days postpartum (EPDS2) by telephonic interview. In addition, with EPDS1 the women were also asked to fill in a socio-demographic inquiry, the Graffar scale and the Satisfaction Evaluation Scale in Areas of Conjugal Life (EASAVIC).

Results. The sample was composed of women aged between 17 and 42 years (Mean=30.18, SD = 5.057). Rates for EPDS >13 (positive) were of 7.1% in EPDS1 and 1.3% in EPDS2. Women with psychiatric personal history had a higher frequency of positive EDPS1 and EPDS2 comparing to those who didn't. An uniparental or reconstituted family structure, history of pregnancy interruption, risky pregnancy and a lower social class in the Graffar Scale were also related to a higher frequency of positive EPDS2. Finally, there was a statistically significant association between a lower EASAVIC score, multiple pregnancy and medium/high academic level and a positive EPDS1. None of the other variables was found to influence the score on neither of the EPDS evaluations.

Discussion. The prevalence of depressive symptoms in the sample was considerably lower when compared with other Portuguese studies, particularly in the month following labour. The most consistent risk factor for a positive EPDS and therefore, a higher risk of developing PPD, was a personal history of psychiatric disorder, which might help to identify women who would benefit from a closer follow-up. The EASAVIC results were only significant in the first 72 hours while a history of pregnancy interruption, risky pregnancy and lower socioeconomic class were significant as risk factors in the month following labour. Finally, we conclude that in this population, it might be feasible to use the EPDS in the first 72 hours after childbirth to evaluate the risk of PPD in the following month, since EPDS2 is related with EPDS1, allowing to help patients as early as possible.

Keywords

Depression, postpartum, postnatal, risk factors, EPDS.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Índice	xi
Lista de Gráficos.....	xiii
Lista de Tabelas.....	xv
1.Introdução.....	17
2.Metodologia	19
2.1.Amostra.....	19
2.2.Instrumentos	20
2.2.1.Questionário sociodemográfico.....	20
2.2.2.Escala de Graffar	20
2.2.3.Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS).....	20
2.2.4.Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) ..	20
2.3.Análise Estatística.....	21
3.Resultados.....	22
3.1.Análise descritiva	22
3.2.Análise inferencial	30
3.3.Análise logística.....	32
4.Conclusão	35
4.1.Discussão.....	35
4.2.Limitações do estudo.....	37
4.3.Perspetivas Futuras.....	38
5.Referências Bibliográficas.....	39
Anexos	42
Anexo I: Questionário Base	42
Anexo II: Escala de Graffar	44
Anexo III: Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas de Vida Conjugal (EASAVIC)	46
Anexo IV: Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS).....	48

Lista de Gráficos

Gráfico I: Histograma representativo da distribuição da amostra por idades.....	22
Gráfico II: Representação gráfica da distribuição da amostra de acordo com o tipo de Interrupção da Gravidez. IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez	24
Gráfico III: Representação gráfica da distribuição da amostra de acordo com os tipos de antecedentes psiquiátricos reportados.	26
Gráfico IV: Histograma representativo da distribuição da amostra segundo a pontuação obtida na EASAVIC.	28
Gráfico V: Representação gráfica da distribuição da amostra pelas categorias da EPDS1.	28
Gráfico VI: Representação gráfica da distribuição da amostra pelas categorias da EPDS2.	29
Gráfico VII: Probabilidade de obter uma EPDS positiva (Y=1) em função da classificação da EASAVIC e da presença de antecedentes psiquiátricos.:	33

Lista de Tabelas

Tabela I: Esquema da metodologia utilizada no estudo	19
Tabela II: Distribuição da amostra de acordo com a estrutura familiar.	22
Tabela III: Distribuição da amostra de acordo com o agregado familiar.	23
Tabela IV: Distribuição da amostra de acordo com o número de gravidezes.	23
Tabela V: Distribuição da amostra de acordo com o número de filhos.	23
Tabela VI: Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes de interrupção de gravidez.	24
Tabela VII: Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relativas à gravidez e parto atual.	25
Tabela VIII: Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes psiquiátricos.	25
Tabela IX: Distribuição da amostra por classes socioeconômicas.	26
Tabela X: Distribuição da amostra por nível acadêmico.	27
Tabela XI: Distribuição da amostra de acordo com a EASAVIC.	27
Tabela XII: Distribuição da amostra de acordo com as variáveis EPDS1 e EPDS2.	29
Tabela XIII: Valores médios e significância estatística das idades das puérperas para os grupos positivos e negativos das variáveis EPDS1 e EPDS2.	30
Tabela XIV: Valores médios e significância estatística das pontuações obtidas pelas puérperas na EASAVIC para os grupos positivos e negativos das variáveis EPDS1 e EPDS2.	30
Tabela XV: Valores do qui-quadrado e simulação de Monte Carlo para as variáveis categóricas relativamente à EPDS1 e EPDS2.	31
Tabela XVI: Distribuição da amostra pelas variáveis EPDS1 e EPDS2 e valor da significância pelo teste de McNemar.	32

1. Introdução

A depressão é uma perturbação comum e tratável, sendo a prevalência de perturbações depressivas no sexo feminino aproximadamente duas vezes superior à do sexo masculino^{1,2}. O nascimento de uma criança representa um evento significativo na vida da mulher que modifica de forma permanente o seu estatuto e responsabilidades³, pelo que este é um período de grande vulnerabilidade e facilitador de instabilidade mental⁴. Apesar da classificação da Depressão Pós-Parto (DPP) como uma entidade específica ser ainda controversa⁵, as perturbações do humor constituem a causa mais frequente de morbilidade psiquiátrica materna no período pós-parto⁴.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Text Revision* (DSM-IV-TR)⁶ utiliza um especificador de início pós-parto para classificar perturbações de humor que ocorrem durante as primeiras 4 semanas de pós-parto. Segundo esta classificação, a DPP é considerada como um episódio depressivo major com início pós-parto. Existem, no entanto, outras classificações. Muñoz et al.⁷ divide as perturbações de humor no período pós-parto em 3 categorias⁸: a melancolia pós-parto (*postpartum blues*), a DPP e a psicose pós-parto. Habitualmente, a melancolia pós-parto ocorre por um período breve de até 2 semanas com início 3-4 dias após o parto⁷. Esta representa a variedade menos severa deste espectro de distúrbios e o mais prevalente, sendo a psicose pós-parto a forma mais severa mas também a de menor prevalência⁷.

Halbreich & Karkun⁸ reviram um total de 143 estudos de prevalência de DPP em 40 países. Os resultados obtidos oscilaram de aproximadamente 0% até cerca de 60%. Comparativamente com outros países, não existem muitos estudos publicados, indexados, sobre DPP em Portugal, centrando-se os existentes em grandes cidades como o Porto e Coimbra. Num estudo prospetivo realizado por Costa et al.⁹, a prevalência estimada de um episódio depressivo foi de 12.4% na semana que se segue ao parto e 13.7% três meses após o parto. Num outro estudo prospetivo realizado por Ferreira¹⁰, a prevalência foi bastante mais elevada, 23.3%.

A DPP permanece subdetetada em muitos casos, apesar dos inúmeros contatos com os serviços de saúde, e mulheres em risco raramente são reconhecidas durante a gravidez ou nas enfermarias de obstetrícia^{8,11,12}. Segundo Gjerdingen & Yawn¹³, mesmo quando os prestadores de cuidados providenciam rastreios com instrumentos validados, nem sempre utilizam essa informação para guiar a sua prática clínica.

Para além dos possíveis efeitos devastadores na puérpera, vários estudos^{14,15} descrevem que a depressão materna não tratada pode afetar gravemente a saúde e desenvolvimento da criança. Coloca ainda uma sobrecarga nos parceiros e familiares próximos afetando as atividades sociais e de lazer assim como as finanças da família, provocando efeitos adversos na relação marital com um impacto negativo na saúde mental do próprio parceiro¹⁶.

Têm sido investigados inúmeros fatores de risco para a DPP. É atribuído significado a elementos diversos, existindo ainda resultados díspares de uns estudos para os outros, o que se deve provavelmente à natureza complexa e multifatorial deste distúrbio. Ainda assim, alguns fatores são reportados como envolvendo risco acrescido mais consistentemente, como é o caso da existência de história pessoal de DPP^{8,17}, depressão durante a gravidez recente^{8,17,18}, história pessoal de depressão^{8,9,14,17,19-21}, história familiar de perturbações psiquiátricas^{8,17,18,21}, eventos de vida estressantes^{8,18,20} e falta de apoio social^{8,14,18,20}. Através de uma meta-análise de 84 estudos, Beck²² identificou 13 fatores de risco para DPP: depressão pré-natal, baixa auto-estima materna, stress relacionado com os cuidados infantis, ansiedade pré-natal, stress associado com condições de vida adversas, baixo suporte social, relação marital complicada, história pessoal de depressão, dificuldades temperamentais do bebé, melancolia pós-parto, estado civil, estatuto socioeconómico e gravidez desejada/não desejada.

Devido à sua elevada prevalência e impacto negativo tanto na puérpera como na sua família, é de grande interesse que seja prestada uma maior atenção à problemática da DPP. A população abrangida pelo Centro Hospitalar Cova da Beira EPE (CHCB), por se localizar no interior do país, tem características que diferem das de cidades litorais, de maiores dimensões, onde foram realizados alguns estudos sobre DPP no nosso país, pelo que a realização deste estudo se considera importante por permitir uma melhor caracterização desta perturbação em Portugal. Em primeiro lugar, pretende fazer-se uma avaliação da prevalência de sintomatologia depressiva no pós-parto nas utentes do CHCB, e, em segundo, identificar fatores de risco que possam alertar os profissionais de saúde para o desenvolvimento ou presença de DPP nas mesmas utentes, que lhes permita atuar atempadamente.

Relativamente às questões em estudo, estas são:

- 1) Qual é a prevalência da sintomatologia depressiva nas puérperas do CHCB durante as primeiras 72 horas e entre os 28 e os 32 dias do pós-parto?
- 2) Quais são os fatores de risco para sintomatologia depressiva nas puérperas do CHCB durante as primeiras 72 horas e entre os 28 e os 32 dias do pós-parto?
- 3) A prevalência de sintomatologia depressiva nas primeiras 72 horas pode ser um fator de risco para sintomatologia depressiva nos 28 a 32 dias do pós-parto?

2. Metodologia

2.1. Amostra

Para este estudo transversal quantitativo descritivo foram recolhidos dados tanto retrospectivos como prospetivos. A recolha de dados foi efetuada em duas fases, entre Fevereiro e Agosto de 2011, a primeira das quais teve lugar na maternidade do CHCB durante as primeiras 72 horas pós-parto, enquanto a segunda foi realizada por entrevista telefónica. Os critérios de exclusão utilizados foram a incapacidade de ler/compreender português e as recusas de preenchimento do consentimento informado e/ou de cedência de contacto pessoal com conseqüente impossibilidade de participar na segunda parte do estudo.

Durante a primeira fase do estudo, foram convidadas a participar 211 mulheres, das quais 80% (N=168) assinaram o consentimento informado. Os dois principais motivos apontados para a não participação no estudo foram a indisponibilidade de tempo e a descrença na relevância do rastreio de DPP. As puérperas participantes preencheram, durante esta fase, o Inquérito Sociodemográfico, a Escala de Graffar, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) e a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS) (Anexo I).

A segunda fase do estudo consistiu numa segunda avaliação da EPDS realizada por entrevista telefónica entre os 28 e os 32 dias do pós-parto, à qual responderam 90.5% (N=152) das puérperas que aceitaram participar. O motivo para a não realização da entrevista telefónica foi a impossibilidade de contactar as puérperas quer porque o contacto estava errado ou porque não estiveram acessíveis durante o período pré-estabelecido.

A todas as puérperas que obtiveram resultados positivos na EPDS foi disponibilizada uma consulta de Psicologia para avaliação pormenorizada da puérpera com posterior encaminhamento conforme necessário.

Tabela I: Esquema da metodologia utilizada no estudo

Timeline	Fevereiro a Agosto de 2011	
Tempo pós-parto	• 72 horas	• 28 a 32 dias
Método	• Autopreenchimento no CHCB	• Entrevista telefónica
Instrumentos	• EPDS	• EPDS
	• Inquérito sociodemográfico	
	• Escala de Graffar	
	• EASAVIC	

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico

Com o objetivo de recolher dados sobre a estrutura e agregado familiar, assim como sobre a história pessoal obstétrica e psiquiátrica da puérpera, foi elaborado um questionário com um total de 12 questões de resposta fechada.

2.2.2. Escala de Graffar

Esta é uma escala de classificação social internacional que utiliza cinco critérios - Profissão, Nível de Instrução, Fontes de Rendimento Familiar, Conforto do Alojamento e Aspeto do Bairro onde Habita - para realizar uma classificação social de uma família. Cada critério compreende 5 graus aos quais está atribuída uma pontuação de 1 a 5. A soma destas pontuações permite a classificação dentro de uma das classes sociais da família em causa em que a classe I (soma de pontos mais baixa [5 a 9]) representa o nível mais elevado.

2.2.3. Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS)

A EPDS é um questionário composto por 10 itens, que pretende avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos 7 dias, utilizando uma escala de 0 a 3 do tipo *Likert*. Elaborada por Cox et al.²³, em 1987, é utilizada internacionalmente no estudo da DPP. A sua validação para a população portuguesa foi realizada por Areias et al.²⁴, em 1996, concluindo que a EPDS tem uma sensibilidade e especificidade elevadas na avaliação de sintomas depressivos nas mulheres. No presente estudo o ponto de corte utilizado foi 13, como recomendado por Cox et al.²³, sendo portanto todas as puérperas com pontuação superior a 13 consideradas em risco de DPP. Também foram consideradas em risco todas as puérperas que no item número 10, correspondente a ideação suicida, tiveram pontuação positiva.

2.2.4. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Este inquérito elaborado por Narciso et al.²⁵, 1996, é composto por 44 perguntas que pretendem, no caso deste estudo, avaliar a satisfação da puérpera relativamente à sua vida conjugal. Para cada pergunta a puérpera tem de assinalar o seu grau de satisfação numa escala de 1 a 6, sendo que o 1 corresponde a Nada Satisfeita e o 6 a Completamente Satisfeita. Posteriormente, estabelece-se a média das respostas como o grau de satisfação com a vida conjugal.

2.3. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o software *SPSS Statistics* (v.19; IBM SPSS Chicago, IL).

Após a análise descritiva das variáveis para caracterização da amostra, procedeu-se a uma análise bivariada em que todas as variáveis independentes foram comparadas com o resultado da EPDS da primeira fase de avaliação (EPDS1) e com o resultado da EPDS da segunda fase (EPDS2).

Para as variáveis independentes quantitativas contínuas foi utilizado o Teste *t*-Student para duas amostras independentes. Na análise das variáveis categóricas foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado de independência por Simulação de Monte Carlo, uma vez que em alguns casos as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-Quadrado não se verificaram. O teste McNemar para amostras emparelhadas foi utilizado para analisar a relação entre as variáveis EPDS1 e EPDS2. Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) de 0.05 na maioria das análises inferenciais, tendo-se considerado nas exceções 0.1.

Para avaliar a significância das variáveis independentes na incidência de sintomatologia depressiva e conseqüentemente no risco de DPP recorreu-se à regressão logística pelo método *Forward:LR*. Procedeu-se ainda à validação dos pressupostos por análise gráfica de resíduos e diagnóstico de casos influentes. Não se observaram candidatos a *outliers* durante a análise da EPDS1. Durante a análise da EPDS2 não se conseguiu obter um modelo, uma vez que nenhuma variável demonstrou influenciar significativamente a dependente.

3. Resultados

3.1. Análise descritiva

A amostra foi constituída por 168 puérperas literatas em Português que assinaram o consentimento informado e aceitaram participar na segunda parte do estudo. As avaliadas tinham idades compreendidas entre os 17 e os 42 anos (Média=30.18; SD=5.057). Como é observável no gráfico I, a maioria das puérperas encontrava-se na faixa entre os 25 e os 35 anos.

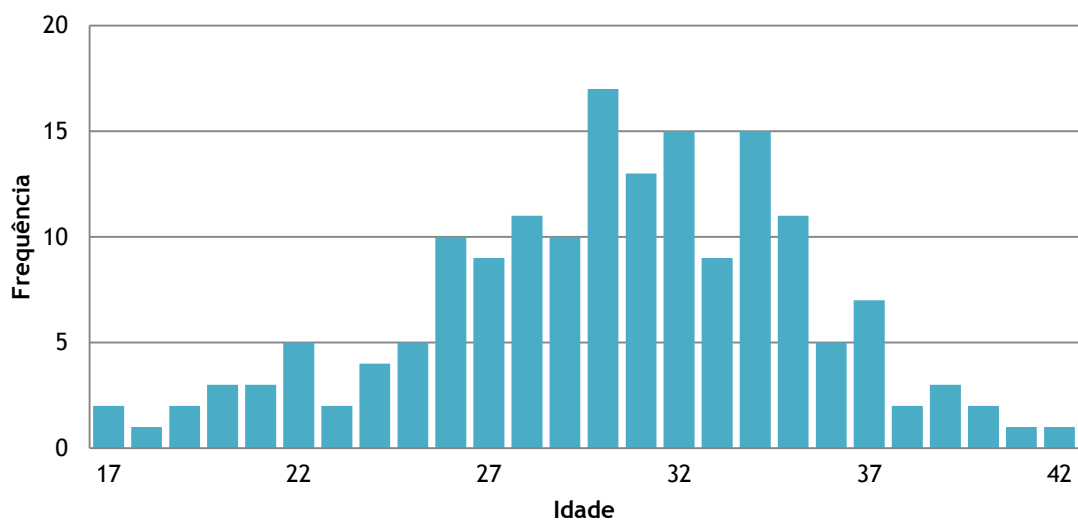


Gráfico I: Histograma representativo da distribuição da amostra por idades

A estrutura familiar da amostra encontra-se representada na tabela II. A maioria das puérperas apresentava uma estrutura familiar nuclear (87%; N=147), com apenas dois casos de famílias uniparentais (1.2%).

Tabela II: Distribuição da amostra de acordo com a estrutura familiar.

	N	%
Nuclear	147	87,5
Alargada	13	7,7
Reconstituída	6	3,6
Uniparental	2	1,2

Em 52.4% (N=88) dos casos, o agregado familiar foi constituído por três pessoas, com o agregado de quatro sendo o segundo mais frequente (tabela III).

Tabela III: Distribuição da amostra de acordo com o agregado familiar.

Nº pessoas	N	%
2	4	2,4
3	88	52,4
4	60	35,7
>4	16	9,5

Para aproximadamente metade das puérperas entrevistadas (50.6%; N=85), a gravidez que terminara era a sua primeira, sendo por isso primigestas, com 16.1% (N=27) com três ou mais gravidezes (tabela IV).

Tabela IV: Distribuição da amostra de acordo com o número de gravidezes.

		N	%
Primigestas	1	85	50,6
Multigestas	2	56	33,3
	3	14	8,3
	>3	27	16,1

Relativamente ao número de filhos, a maioria das entrevistadas tinha um filho correspondente ao recém-nascido (61.9%; N=104), 31% (N=52) tinham dois filhos e apenas 7.1% (N=12) tinham mais que dois filhos (tabela V).

Tabela V: Distribuição da amostra de acordo com o número de filhos.

Nº de filhos	N	%
1	104	61,9
2	52	31,0
>2	12	7,1

Havia antecedentes de interrupção da gravidez em 36 (21.4%) puérperas (tabela VI), sendo a sua maioria (67.5%) Voluntárias (IVG) e em menor número (22.5%) Médicas (IMG) ou espontâneas (gráfico II).

Tabela VI: Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes de interrupção de gravidez.

	N	%
Sim	36	21,4
Não	132	78,6

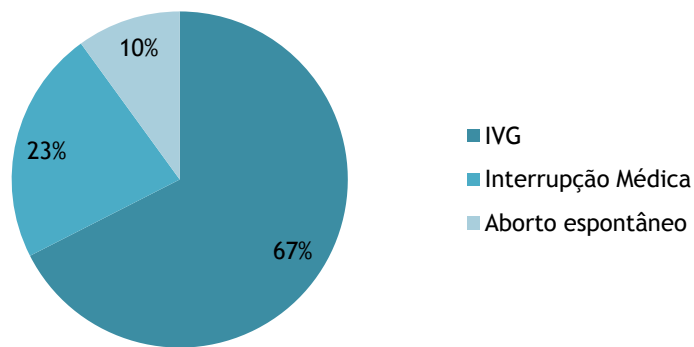


Gráfico II: Representação gráfica da distribuição da amostra de acordo com o tipo de Interrupção da Gravidez. IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez

Na tabela VII encontram-se descritas as variáveis relativas à gravidez e parto atual. Como se pode observar apenas 13.1% (N=22) das puérperas entrevistadas teve dificuldades em gravidar, das quais 27.3% (N=6) fizeram tratamentos de infertilidade. Aproximadamente $\frac{3}{4}$ (76.2%; N=128) das gravidezes foram planeadas e 29.8% (N=50) foram consideradas gravidezes de risco acrescido.

Tabela VII: Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relativas à gravidez e parto atual. CTI: com tratamento de infertilidade.

		N	%
Dificuldade em gravidar	Sim	22	13.1
		(CTI: 6)	(27.3)
	Não	146	86.9
Gravidez Planeada	Sim	128	76.2
	Não	40	23.8
Gravidez de risco	Sim	50	29.8
	Não	118	70.2
Tipo de Parto	Eutócico	98	58.3
	Distócico	70	41.7
Semanas de Gestação	<37 sem	12	7.1
	37-42 sem	156	92.9
	>42 sem	0	0
Complicações durante o Parto	Sim	26	15.5
	Não	142	84.5

Relativamente ao tipo de parto, este foi eutócico em 58.3% (N=98) das entrevistadas. A cesariana, correspondendo a um terço de todos os partos, foi o tipo de parto distócico mais frequente (81.4%; N=57). Houve complicações no parto em 26 (15.5%) casos.

No que diz respeito às semanas de gestação, a maioria dos recém-nascidos foram de termo (92.9%; N=156), com 12 (7.1%) prematuros e sem nenhuma gestação superior a 42 semanas.

Quase $\frac{1}{4}$ das puérperas entrevistadas reportaram antecedentes psiquiátricos (tabela VIII), sendo o mais frequente a Depressão Major (79.5%) seguida pelas Perturbações de Ansiedade (18%) (gráfico III).

Tabela VIII: Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes psiquiátricos.

	N	%
Sim	39	23.2
Não	142	84.5

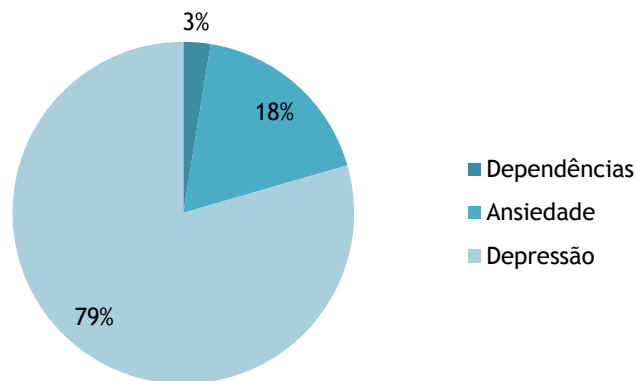


Gráfico III: Representação gráfica da distribuição da amostra de acordo com os tipos de antecedentes psiquiátricos reportados.

A distribuição da amostra por classes socioeconômicas, baseada na Escala de Graffar, está apresentada na tabela IX. Quase metade da amostra pertence à Classe II (46.4%), sendo outra proporção importante pertencente à Classe III (36.3%).

Tabela IX: Distribuição da amostra por classes socioeconômicas.

	N	%
Classe I	5	3.0
Classe II	78	46.4
Classe III	61	36.3
Classe IV	21	12.5
Classe V	3	1.8

Relativamente ao nível acadêmico das puérperas (tabela X), a sua distribuição foi realizada de acordo com o parâmetro correspondente da escala de Graffar. A maioria das entrevistadas reportou um grau de ensino universitário ou equivalente (69.6%; N=117) e apenas 9 referiram ter o ensino primário ou inferior.

Tabela X: Distribuição da amostra por nível académico.

	N	%
1 - Ensino universitário ou equivalente	117	69.6
2 - Ensino médio ou técnico superior	15	8.9
3 - Ensino médio ou técnico inferior	27	16.1
4 - Ensino primário completo	4	2.4
5 - Ensino primário incompleto	5	3.0

Na EASAVIC o resultado mínimo obtido foi 2.3 (Pouco Satisfeita) e o máximo 6.0 (Completamente Satisfeita). Metade da amostra encontrava-se com resultados superiores a 5.1 e apenas 25% obteve resultados inferiores a 4.8, tendo a Moda sido 5 (Bastante Satisfeita) (tabela XI e gráfico IV).

Tabela XI: Distribuição da amostra de acordo com a EASAVIC.

Média	5.092
Mediana	5.100
Moda	5.0
Desvio Padrão	0.6575
Mínimo	2.3
Máximo	6.0
Percentis	25 4.800
	50 5.100
	75 5.600

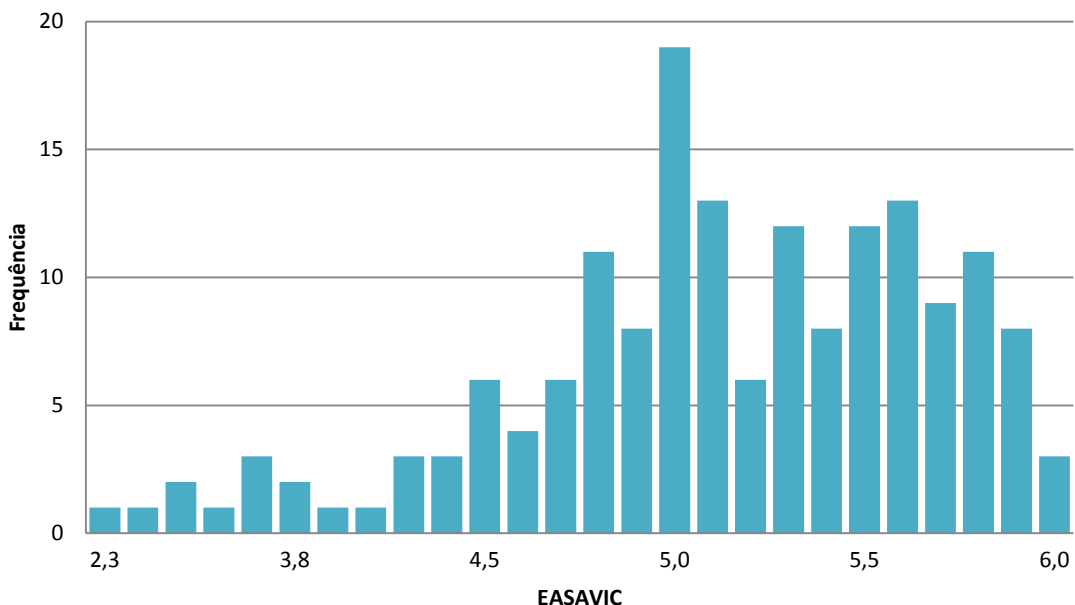


Gráfico IV: Histograma representativo da distribuição da amostra segundo a pontuação obtida na EASAVIC. Obs. 1- Nada Satisfeita, 2 - Pouco Satisfeita, 3 - Razoavelmente Satisfeita, 4 - Satisfeita, 5 - Muito Satisfeita, 6 - Completamente Satisfeita.

A prevalência de sintomatologia depressiva, e conseqüentemente de risco de DPP, avaliada pela EPDS, foi de 7.1% (N=12) e de 1.2% (N=2), respectivamente, nas primeiras 72 horas e entre os 28-32 dias do pós-parto. Durante a primeira avaliação, duas puérperas foram consideradas em risco de DPP devido à positividade do item 10 da EPDS, o que não ocorreu durante a segunda avaliação (gráficos V e VI).

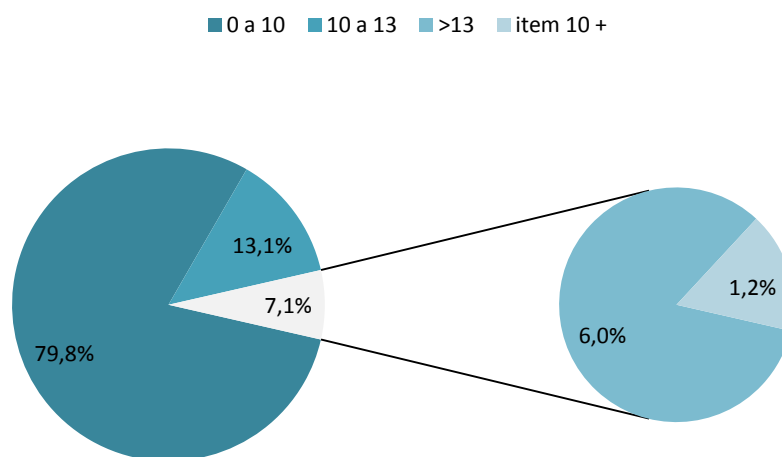


Gráfico V: Representação gráfica da distribuição da amostra pelas categorias da EPDS1.

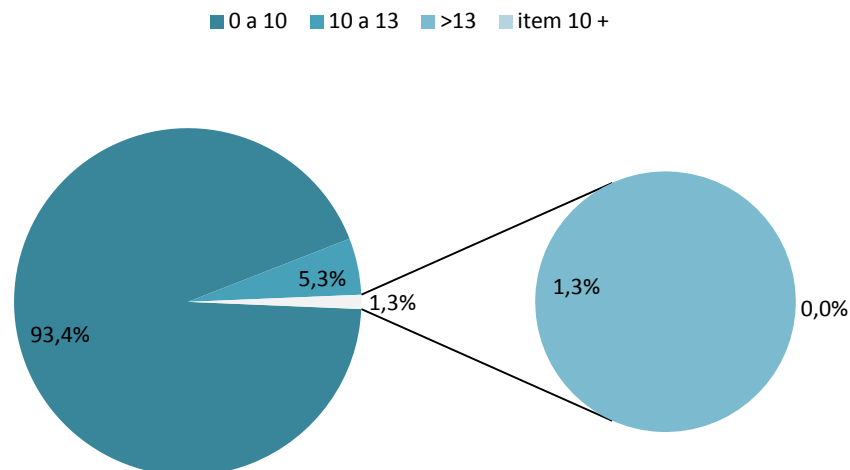


Gráfico VI: Representação gráfica da distribuição da amostra pelas categorias da EPDS2. Nota: não houve casos de item 10 positivo.

Na tabela XII apresenta-se a análise descritiva das variáveis EPDS1 e EPDS2. A Média de resultados na EPDS1 foi 6.30 (SD =4.09) e a Moda 6, com 50% das puérperas a obterem resultados superiores a 6. Relativamente ao EPDS2, tanto a Média como a Moda foram inferiores, com 75% da amostra a obter resultados inferiores a 6.

Tabela XII: Distribuição da amostra de acordo com as variáveis EPDS1 e EPDS2.

	EPDS1	EPDS2
Média	6.30	4.16
Mediana	6.00	4.00
Moda	5	2
Desvio Padrão	4.090	3.258
Mínimo	0	0
Máximo	20	16
Percentis	25	3.00
	50	6.00
	75	9.00

3.2. Análise inferencial

Foram observadas diferenças entre a Média de idades das puérperas com EPDS positivo comparativamente com as que obtiveram EPDS negativo, quer durante as primeiras 72 horas pós-parto, quer no período da segunda avaliação. No entanto, em nenhum dos momentos a diferença de idades foi estatisticamente significativa (EPDS1: $t=0.508$; EPDS2: $t=0.216$) (tabela XIII).

Tabela XIII: Valores médios e significância estatística das idades das puérperas para os grupos positivos e negativos das variáveis EPDS1 e EPDS2.

		EPDS1			EPDS2		
		N	Média	Sig.	N	Média	Sig.
Idade	Negativo	156	30,26	,508	150	30,23	,216
	Positivo (>13 ou 10+)	12	29,25		2	34,50	

Na análise inferencial da variável EASAVIC observou-se que a Média do resultado final da escala era inferior nas puérperas que obtiveram uma EPDS1 positiva relativamente aquelas que tiveram um rastreio negativo. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($t=0.005$) pelo que se pode inferir que nas primeiras 72 horas do pós-parto, a sintomatologia depressiva é influenciada pela percepção de satisfação na vida conjugal da puérpera. Durante a avaliação da EPDS2 não foram observáveis diferenças significativas (tabela XIV).

Tabela XIV: Valores médios e significância estatística das pontuações obtidas pelas puérperas na EASAVIC para os grupos positivos e negativos das variáveis EPDS1 e EPDS2.

		EPDS1			EPDS2		
		N	Média	Sig.	N	Média	Sig.
EASAVIC	Negativo	155	5,131	,005	149	5,080	,798
	Positivo (>13 ou 10+)	12	4,583		2	5,200	

Os resultados da análise bivariada pelo Teste do Qui-Quadrado por Simulação de Monte Carlo para as variáveis independentes categóricas encontram-se na Tabela XV. Pode verificar-se que, para um $\alpha=0.05$, apenas se pode inferir a dependência do resultado da EPDS relativamente às variáveis da estrutura familiar, interrupções da gravidez, antecedentes

psiquiátricos e escala de Graffar. As variáveis primigesta vs multigesta, gravidez de risco e nível académico só podem ser consideradas para um $\alpha=0.1$.

Tabela XV: Valores do qui-quadrado e simulação de Monte Carlo para as variáveis categóricas relativamente à EPDS1 e EPDS2.

	EPDS1		EPDS2	
	Qui-Quadrado	Monte Carlo Sig.	Qui-Quadrado	Monte Carlo Sig.
Estrutura familiar	,572	,386	,000	,027
Agregado familiar	,380	,362	,630	,619
Primigestas vs multigestas	,066	,060	,133	,223
Número de filhos	,088	,113	,816	1,000
Interrupções da gravidez (s/n)	,297	,239	,007	,046
Dificuldade em engravidar (s/n)	,575	,705	,151	,269
Gravidez planeada (s/n)	,132	,160	,445	1,000
Gravidez de risco (s/n)	,349	,513	,033	,094
Parto eutócico vs parto distócico	,224	,363	,820	1,000
Semanas de gestação	,319	,605	,691	1,000
Antecedentes psiquiátricos (s/n)	,000	,001	,009	,052
Nível académico	,038	,066	,799	,501
Escala de Graffar	,230	,220	,000	,011

O presente estudo indica a existência de relação entre as estruturas uniparentais e reconstituídas e o risco de DPP. Esta relação apenas foi estatisticamente significativa para as mulheres com famílias uniparentais na EPDS2 ($X^2=0.000$; $p=0.027$; $\alpha=0.05$).

As puérperas primigestas aparentam ter uma menor incidência de sintomatologia depressiva relativamente às multigestas em ambos os momentos de avaliação. No entanto, apenas durante a primeira avaliação (EPDS1) foi encontrada uma relação de dependência ($X^2=0.066$; $p=0.060$, para $\alpha=0.1$).

Uma história pessoal obstétrica de interrupções da gravidez ($X^2=0.007$; $p=0.046$; $\alpha=0.05$) ou de gravidez de risco ($X^2=0.033$; $p=0.094$; $\alpha=0.1$), parece estar associada a uma maior incidência de sintomatologia depressiva na puérpera durante os 28 a 32 dias do pós-parto. No entanto, durante a realização da EPDS1 esta tendência foi inversa, com puérpera sem história de interrupção ou sem gravidez de risco a obterem maior incidência de positividade na EPDS, ainda que esta relação não tenha sido estatisticamente significativa.

A presença de antecedentes psiquiátricos parece constituir um fator de risco importante para a incidência de sintomatologia depressiva no pós-parto. Esta foi a única variável a ser estatisticamente significativa em ambos os períodos de avaliação, ou seja, tanto no período das primeiras 72 horas do pós-parto ($X^2=0.000$; $p=0.001$; $\alpha=0.05$) como nos 28 a 32 dias seguintes ($X^2=0.009$; $p=0.052$; $\alpha=0.1$).

Relativamente ao nível académico, mulheres com ensino médio ou superior parecem ter uma maior incidência de sintomatologia depressiva, com esta diferença a ser particularmente significativa na EPDS1 ($X^2=0.038$; $p=0.066$; $\alpha=0.1$).

Na escala de Graffar observa-se uma tendência para o aumento do risco de DPP nas classes sociais baixas e médias-altas. No entanto, apenas durante o segundo período de avaliação esta diferença foi considerada estatisticamente significativa ($X^2=0.000$; $p=0.011$; $\alpha=0.05$).

Com o objetivo de avaliar se o resultado obtido na EPDS após o primeiro mês pós-parto é independente do resultado obtido nas primeiras 72 horas, realizou-se o teste de McNemar para amostras emparelhadas. Na tabela pode observar-se que das 12 puérperas com valores positivos durante a primeira avaliação, uma permaneceu positiva na segunda, tendo havido apenas um caso negativo na EPDS1 que se tornou positivo na EPDS2, com uma significância estatística de $p=0.006$ para um $\alpha=0.05$.

Tabela XVI: Distribuição da amostra pelas variáveis EPDS1 e EPDS2 e valor da significância pelo teste de McNemar.

		EPDS2	
		Negativo	Positivo (>13 ou 10+)
EPDS1	Negativo	139	1
	Positivo (>13 ou 10+)	11	1
McNemar: $p=0.006$, $\alpha=0.05$			

3.3. Análise logística

A regressão logística *ENTER* revelou efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de obter uma resposta EPDS positiva, e conseqüentemente de estar em risco de DPP, apenas para as variáveis antecedentes psiquiátricos ($b_{Ant_Psiq(S)}=2.711$; $X^2_{Wald}=7.604$; $p=0.006$; OR=15.048) e EASAVIC ($b_{EASAVIC}=-1.165$; $X^2_{Wald}=3.595$; $p=0.058$; OR=0.312) de acordo com o modelo *Logit* ajustado ($G^2(22)=37.187$; $p<0.05$; $X^2_{Wald}(8)=2.592$; $p=0.957$; $R^2_{CS}=0.200$; $R^2_N=0.495$).

Posteriormente recorreu-se ao método *Forward: LR* para ajustar o modelo, estatisticamente significativo ($G^2(2)=14.996$; $p=0.001$; $\chi^2_{Wald}(8)=5.902$; $p=0.658$; $R^2_{CS}=0.086$; $R^2_N=0.213$) incluindo apenas as variáveis antecedentes psiquiátricos ($b_{Ant_Psiq(S)}=1.974$; $\chi^2_{Wald}=8.460$; $p=0.004$; $OR=6.783$) e EASAVIC ($b_{EASAVIC}=-0.780$; $\chi^2_{Wald}=4.175$; $p=0.041$; $OR=0.459$). No gráfico VII mostra-se a função da probabilidade de ter uma EPDS positiva em função da presença de antecedentes psiquiátricos e da classificação da EASAVIC.

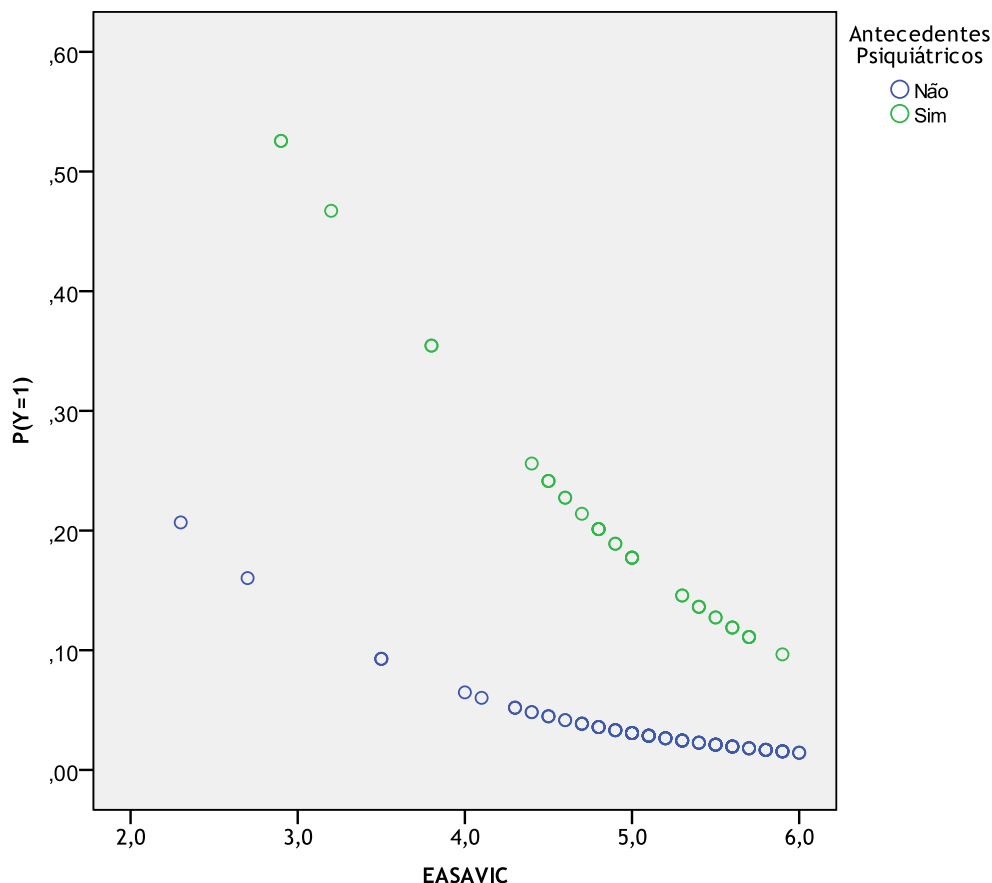


Gráfico VII: Probabilidade de obter uma EPDS positiva (Y=1) em função da classificação da EASAVIC e da presença de antecedentes psiquiátricos ($G^2(2)=14.996$; $p=0.001$; $\chi^2_{Wald}(8)=5.902$; $p=0.658$; $R^2_{CS}=0.086$; $R^2_N=0.213$). Os modelos são:

$$\pi(S) = \frac{1}{1 + e^{-[0.448 + 0.382 EASAVIC + 0.658 Ant_{psiq}]};}$$

$$\pi(N) = \frac{1}{1 + e^{-[0.448 + 0.382 EASAVIC]}}$$

A probabilidade de um resultado da EPDS ser positivo (Y=1) diminui exponencialmente com o aumento do valor obtido na EASAVIC (o rácio das chances de ter uma EPDS positiva diminui 54% por cada unidade da EASAVIC). Para a mesma classificação da EASAVIC, uma puérpera

com antecedentes psiquiátricos tem sempre uma maior probabilidade de estar em risco de DPP, sendo as chances de 6.783:1, aproximadamente 578%.

O modelo ajustado apresenta elevada sensibilidade (83.3%) e especificidade (99.4%), bem como uma boa capacidade discriminativa (ROC $c=0.840$; $p<0.001$).

4. Conclusão

4.1. Discussão

No presente estudo, a prevalência de puérperas em risco de DPP foi de 7.1% e 1.2%, respectivamente durante as primeiras 72 horas e aproximadamente um mês depois do parto. Estas são prevalências inferiores às esperadas por comparação com estudos semelhantes em Portugal^{9,10,26,27} e no estrangeiro¹⁹ que utilizaram também como escala de depressão a EPDS. Esta diferença é particularmente notável após o primeiro mês do pós-parto. Verifica-se ainda em vários estudos^{9,10,24} uma tendência para o aumento da prevalência de sintomatologia depressiva nos primeiros meses pós-parto, ao contrário do presente estudo onde se regista uma diminuição. Esta discrepância pode dever-se não apenas a diferenças de amostragem e intervalos de tempo considerados mas também a diferenças de metodologia, nomeadamente no ponto de corte utilizado na EPDS.

Após a análise da relação das diversas variáveis com a presença de sintomatologia depressiva nas primeiras 72 horas e no mês após o parto, conclui-se que a idade, agregado familiar, número de filhos, dificuldade em engravidar, planeamento da gravidez, existência de gravidez de risco, tipo de parto e número de semanas de gestação não foram fatores influentes no risco de DPP da amostra.

Relativamente aos restantes fatores considerados na análise, estes foram considerados significativos em momentos diferentes da avaliação com a EPDS, o que é congruente com outros estudos realizados⁹. A presença de antecedentes psiquiátricos pessoais foi o único fator que mostrou estar relacionado com o risco de DPP em ambos os intervalos de tempo em que foi realizado o inquérito.

Assim, os resultados apontam como fatores de risco para sintomatologia depressiva durante as primeiras 72 horas do pós-parto a perceção de satisfação na vida conjugal da puérpera, a existência de gravidezes anteriores, a presença de antecedentes psiquiátricos pessoais e um nível académico médio ou superior.

No que diz respeito ao primeiro mês do pós-parto, os fatores de risco encontrados foram a existência de uma estrutura familiar uniparental ou reconstituída, anteriores interrupções de gravidez, presença de antecedentes psiquiátricos pessoais e classe socioeconómica baixa e média-baixa.

Para além da relação entre as variáveis e o risco de DPP foi ainda analisado através da regressão logística o modelo que permite prever a provável ocorrência de um episódio depressivo. A presença de antecedentes psiquiátricos pessoais e uma menor satisfação na vida conjugal foram os únicos fatores significativos preditores de DPP quando avaliados durante as primeiras 72 horas pós-parto. Não foi possível obter um modelo para o segundo período de avaliação.

Diversos artigos^{9,14,19-21} referem a existência de antecedentes pessoais psiquiátricos como um preditor do risco de DPP. Dennis & Ross¹⁷ sugerem que mais do que a existência de antecedentes pessoais psiquiátricos, a presença de sintomatologia depressiva perinatal parece ser fator preditivo mais potente. Embora não tenha sido avaliada a presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez, verificou-se uma associação entre a EPDS aplicada até às 72 horas pós-parto e a EPDS no primeiro mês. Também Teissedre & Chabrol²⁸ concluem na sua investigação que a aplicação da EPDS nos 2 a 3 dias pós-parto identifica puérperas em risco de DPP.

Habitualmente a satisfação conjugal não é um fator investigado na sua individualidade mas sim como parte da avaliação do suporte social, quer efetivo, quer percebido. Foram encontradas duas meta-análises^{18,20} onde a satisfação conjugal foi considerada separadamente do suporte social. Em ambas se descreve uma associação negativa entre a satisfação conjugal e a DPP, congruente com os resultados obtidos neste estudo. Constituiu um dado surpreendente a não associação da satisfação conjugal com o risco de DPP no mês pós-parto, no entanto, isto pode dever-se ao pequeno número de casos positivos nesta fase.

Não foram encontrados estudos que utilizassem a classificação da estrutura familiar como fator de risco para DPP embora esta possa estar relacionada com o suporte social que é referido como um fator de risco de DPP em diversos estudos. Neste trabalho a estrutura familiar uniparental ou reconstituída foi fator de risco no final do primeiro mês pós-parto. Uma vez que uma elevada percentagem das puérperas entrevistadas referiu pertencer a uma estrutura familiar nuclear, com apenas uma pequena porção a pertencer a ambas as categorias não é possível interpretar os resultados. Pelo mesmo motivo esta relação não deve ser extrapolada para a população geral, sendo necessários estudos com amostragem mais homogênea em termos de estrutura familiar para que possam ser retiradas conclusões.

Segundo Robertson et al.¹⁸, os fatores obstétricos têm apenas uma pequena, ainda que relevante, influência no desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Os fatores obstétricos mais frequentemente reportados como significativos são a existência de complicações durante o parto ou gravidez^{9,18,20} e o tipo de parto^{18,29}. No entanto, existem vários estudos^{9-11,21,28} que não sugerem qualquer associação entre estas variáveis, incluindo a atual investigação, onde apenas as variáveis multigestas e puérperas com interrupções de gravidez anteriores foram estatisticamente significativas em tempos diferentes. Uma vez que não foi encontrado nenhum estudo que avaliasse estes dois fatores, não se podem estabelecer comparações. No entanto, uma possível explicação para estes resultados pode estar relacionada com fatores psicológicos associados à gravidez e parto, não sendo estes resultados conclusivos.

No que diz respeito ao nível socioeconómico, avaliado através da Escala de Graffar, a maioria dos estudos^{19,20,30} reporta um baixo nível socioeconómico como preditor do risco de ocorrência de DPP, o que é concordante com os resultados obtidos. Goyal et al.³⁰ refere que a influência do nível socioeconómico baixo no risco de DPP é mais notável após o primeiro mês,

associando este fato à diminuição dos recursos disponíveis neste grupo de puérperas. Os resultados deste estudo reportam-se precisamente ao primeiro mês, podendo esta teoria ser também aplicável à população estudada.

O nível académico é um fator cuja associação com a DPP é muito díspar, existindo estudos^{9,18,20,31} onde não foi encontrada qualquer relação e outros¹⁹ onde a escolaridade baixa da puérpera foi, tal como neste estudo, considerada um fator preditivo de risco de DPP. A amostra deste estudo era constituída por puérperas maioritariamente com o ensino universitário ou equivalente, pelo que este resultado não pode ser generalizado.

Conclui-se portanto que os fatores de risco encontrados no presente estudo para a população do CHCB são muito semelhantes àqueles referidos por outros investigadores tendo ainda sido avaliados outros. As divergências encontradas podem dever-se a diferenças de amostragem mas também a metodológicas, não sendo de descartar que fatores adicionais estejam também relacionados com o risco de DPP na população em estudo.

4.2. Limitações do estudo

Este estudo apresenta várias limitações metodológicas importantes que devem ser consideradas na interpretação dos resultados obtidos. Dadas as limitações temporais e, embora o tamanho da amostra fosse estatisticamente significativo para a população de puérperas do CHCB, pelo tamanho e características da amostra importa salientar que as conclusões obtidas não se podem generalizar à população portuguesa.

O carácter retrospectivo e de autopreenchimento dos questionários utilizados constituem importantes limitações, uma vez que pode existir viés de memória assim como relutância no preenchimento honesto dos mesmos, particularmente no que diz respeito à história pessoal psiquiátrica.

Uma vez que o estudo da prevalência de sintomatologia depressiva se baseou apenas numa escala com aplicação por autopreenchimento ou entrevista telefónica e não constituiu parte do estudo uma entrevista semi-estruturada para diagnóstico, os resultados obtidos apenas permitem inferir a prevalência da DPP, existindo maior risco de casos falsos, negativos e positivos.

Por último, constitui uma importante limitação a utilização de dois métodos diferentes no preenchimento da EPDS: autopreenchimento durante a primeira fase do estudo e entrevista telefónica durante a segunda fase.

4.3. Perspetivas Futuras

A prevalência elevada da DPP e os seus efeitos negativos não apenas na puérpera, mas em toda a estrutura familiar tornam o estudo e descrição deste distúrbio nas diferentes populações fundamental para a sua melhor compreensão e intervenção.

Este trabalho levanta algumas questões relativas a fatores de risco pouco ou não avaliados na literatura e que carecem de maior pesquisa. Além disso, a realização de novos estudos preferencialmente prospetivos com amostras de maior dimensão são justificados. Tendo em conta as fortes evidências de estudos realizados em Portugal e no estrangeiro que documentam a capacidade discriminativa da EPDS na avaliação do risco de DPP, seria importante realizar um estudo bem estruturado sobre a relação custo-benefício da aplicação sistemática desta escala para o rastreio de risco de DPP. O aprofundamento da investigação sobre a influência dos fatores socioeconómicos, antecedentes psiquiátricos, em particular pessoais perinatais, entre outros, bem como formas eficazes de deteção de risco, pode auxiliar cada vez mais na identificação de puérperas em risco durante o período pós-parto.

5. Referências Bibliográficas

- [1] Lehtinen V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994; 377: 7-10. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05794.x.
- [2] Paykel ES. Depression in women. *Br J Psychiatry Suppl.* 1991 May; (10): 22-29.
- [3] Oates MR, Cox JL, Neema S, Asten P, Glangeaud-Freudenthal N, Figueiredo B, Gorman LL, Hacking S, Hirst E, Kammerer MH, Klier CM, Seneviratne G, Smith M, Stutter-Dallay AL, Valoriani V, Wickberg B, Yoshida K and the TCS-PND Group. Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *Br J Psychiatry Suppl.* 2004; 184 (46): s10-s16. doi: 10.1192/03-332
- [4] Stocky A. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Ballière's Clinical Obstet and Gynaecol.* 2000; 14 (1): 73-87. doi: 10.1053/beog.1999.0064.
- [5] Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med.* 2007 June; 20 (3): 280-288. doi: 10.3122/jabfm.2007.03.060171.
- [6] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th Edition - Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [7] Munoz C, Agruss J, Haeger A, Sivertsen. Detection and treatment in the primary care setting. *JNP.* 2006 April; 247-253. doi:10.1016/j.nurpra.2006.02.008.
- [8] Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affective Disorders.* 2006 February; 91: 97-111. doi:10.1016/j.jad.2005.12.051.
- [9] Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiq Clín.* 2007; 34 (4): 157-165. Doi: 10.1590/S0101-60832007000400001.
- [10] Ferreira MAS. A depressão no processo de maternidade: estudo prospectivo de mulheres da 36^a semana de gravidez, 2^a, e 6^a semana pós-natal. [Tese de Mestrado]. Porto: ICBAS; 2007.
- [11] Nielsen-Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000 October; 107: 1210-1217. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11609.x
- [12] Pereira ATF. Postpartum depression screening scale: validação para a população portuguesa. [PhD Thesis]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2008.

- [13] Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med.* 2007; 20(3): 280-288. Doi: 10.3122/jabfm.2007.03.060171.
- [14] Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry.* 2006; 28: 3-8. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2005.08.006.
- [15] Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behaviour: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2003 Nov; 6(4): 263-274. Doi: 10.1007/s00737-003-0024-6.
- [16] Boath EH, Pryce AJ, Cox JL. Postnatal depression: the impact on the family. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 1998 May-Aug; 16 (2-3): 199-203. doi: 10.1080/02646839808404568.
- [17] Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familiar psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica.* 2006; 85: 1179-1185. doi: 10.1080/00016340600697595.
- [18] Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry.* February 2004; 26: 289-295. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006.
- [19] Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affective Disorders.* 1998; 49: 167-180. Doi: 10.1016/S0165-0327(97)00110-9
- [20] O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry.* 1996 Mar; 8(1): 37-56.
- [21] Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol.* 1995 August; 173: 639-645. Doi: 10.1016/0002-9378(95)90296-1
- [22] Beck CT. Revision of the postpartum depression inventory. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002; 31(4): 394-402. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x
- [23] Cox JL, Holden Jm, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psych.* 1987; 150: 782-786. Doi: 10.1192/bjp.150.6.782
- [24] Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *BJP.* 1996; 169: 30-35. doi: 10.1192/bjp.169.1.30.
- [25] Narciso I, Costa ME. Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica.* 1996; 12: 115-130.

- [26] Augusto A. Estudo da depressão de pós-parto numa população urbana do norte de Portugal. [PhD thesis]. Porto: ICBAS; 1992.
- [27] Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10: 103-109. doi: 10.1007/s00737-007-0178-8.
- [28] Teissèdre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry*. January 2004; 49: 51-54.
- [29] Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*. March 2011; 132: 158-164. Doi: 10.1016/j.jad.2011.02.009.
- [30] Goyal D, Gay C, Lee KA, FAAN. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues*. 2010; 20: 96-104. Doi: 10.1016/j.whi.2009.11.003.
- [31] Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 130: 133-137. Doi: 10.1016/j.jad.2010.10.024.

Anexos

Anexo I: Questionário Base

Data de preenchimento: ___/___/___

Data do parto: ___/___/2011

Nome: _____

Idade: _____

Telemóvel: _____

E-mail: _____

A.HISTÓRIA FAMILIAR

1. Estrutura Familiar

- Nuclear (pais e filhos)
 Alargada (pais, filhos e avós/tios)
 Reconstituída (casal em que pelo menos um dos membros tem filhos de uma anterior relação)
 Uniparental

2. Agregado familiar (número de pessoas que vivem na sua casa)

- 2
 3
 4
 >4

B.HISTÓRIA OBSTÉTRICA

1. Número de gravidezes anteriores:

- Primígesta (esta é a primeira gravidez)
 Multígesta 2
 3
 >3

2. Número de filhos vivos:

- 1
 2
 3
 >3

3. Teve Interrupções da gravidez? (S - sim N - não)

- IVG (interrupção voluntária da gravidez)
 Médica (por malformações, violação)
 Abortamentos espontâneos

Relativamente a esta gravidez, à que agora terminou:

4. Teve dificuldade em engravidar?

- Sim Não
 Sim Não

4.1. Se respondeu sim, fez tratamentos de infertilidade?

5. Foi uma gravidez planeada?

- Sim Não

(Se respondeu sim à pergunta anterior, passe para a pergunta 8)

6. A gravidez foi bem aceite no início?

- Sim Não

7. A gravidez foi bem aceite no final?

- Sim Não

8. Foi uma gravidez de risco?

- Sim Não

Relativamente a este parto:

9. Tipo de Parto:

- Eutócico (parto normal)
 Distócico Instrumentado (fórceps, ventosas)
 Cesariana

10. Semanas de gestação:

- <37 sem 37-42 sem >42 sem

11. Houve complicações durante o parto?

- Sim Não

C.HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

1. Sofre ou já sofreu de algum distúrbio psicológico/ psiquiátrico?

- Sim Não

Se respondeu sim à pergunta anterior:

1.1. Qual o diagnóstico? (Assinale a opção que melhor se adequa ao seu caso.)

- 1.1.1. Distúrbios relacionados com substâncias. Álcool
 Nicotina (tabaco)
 Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
 Outro: _____

-
- 1.1.2. Esquizofrenia e distúrbios psicóticos. Esquizofrenia
 Distúrbio esquizo-afectivo
 Distúrbio psicótico breve

-
- 1.1.3. Distúrbios do humor Distúrbio depressivo major
 Distúrbio distímico
 Distúrbio bipolar

-
- 1.1.4. Distúrbios de ansiedade Ataques de pânico/ agorafobia
 Distúrbio obsessivo-compulsivo
 Distúrbio stress pós-traumático
 Distúrbio de stress agudo

Não sei/não quero responder:

Outro: _____

Verifique por favor que respondeu a todas as questões. Os seus dados são confidenciais.

Anexo II: Escala de Graffar

Para cada dos seguintes parâmetros, assinale com um X aquele em que melhor se enquadra.

1. Profissão

		F	M
A	Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.		
B	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.		
C	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.		
D	Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).		
E	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex.: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).		

2. Nível de Instrução

A	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.		
B	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.		
C	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.		
D	Ensino primário completo (6 anos de estudo).		
E	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).		

3. Fontes de rendimento familiar

A	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex.: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).	
B	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex.: encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).	
C	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex: empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, profissionais liberais de médio rendimento, caixeiros-viajantes).	
D	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa (ex: operários, empregados de comércio e escriturários).	
E	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex.: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	

4. Conforto do alojamento

A	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto.	
B	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.	
C	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
D	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
E	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	

5. Aspeto do bairro onde habita

A	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.	
B	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
C	Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável.	
D	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	
E	Bairros de lata.	

Anexo III: Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas de Vida Conjugal (EASAVIC)

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada expressão.

1-Nada Satisfeita, 2-Pouco Satisfeita, 3-Razoavelmente Satisfeita, 4-Satisfeita, 5-Muito Satisfeita, 6-Completamente Satisfeita

Para cada um dos itens deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, circulando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item: *“Relativamente à quantidade de tempos livres”*, você se sente completamente satisfeita, deverá rodear com um círculo o número 6.

1	O modo como gerimos a nossa situação financeira	1	2	3	4	5	6
2	A distribuição das tarefas domésticas	1	2	3	4	5	6
3	O modo como tomámos decisões	1	2	3	4	5	6
4	A distribuição das responsabilidades	1	2	3	4	5	6
5	O modo como passamos os tempos livres	1	2	3	4	5	6
6	A quantidade de tempos livres	1	2	3	4	5	6
7	O modo como nos relacionamos com os amigos	1	2	3	4	5	6
8	O modo como nos relacionamos com a família do meu conjuge	1	2	3	4	5	6
9	O modo como nos relacionamos com a minha família	1	2	3	4	5	6
10	A minha privacidade e autonomia	1	2	3	4	5	6
11	A privacidade e autonomia do meu conjuge	1	2	3	4	5	6
12	A nossa relação com a minha profissão	1	2	3	4	5	6
13	A nossa relação com a profissão do meu conjuge	1	2	3	4	5	6
14	A frequência com que conversamos	1	2	3	4	5	6
15	O modo como conversamos	1	2	3	4	5	6
16	Os assuntos sobre os quais conversamos	1	2	3	4	5	6
17	A frequência dos conflitos que temos	1	2	3	4	5	6
18	O modo como resolvemos os conflitos	1	2	3	4	5	6
19	O que sinto pelo meu conjuge	1	2	3	4	5	6
20	O que o meu conjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
21	O modo como expresso o que sinto pelo meu conjuge	1	2	3	4	5	6
22	O modo como o meu conjuge expressa o que sente por mim	1	2	3	4	5	6
23	O desejo sexual que sinto pelo meu conjuge	1	2	3	4	5	6
24	O desejo sexual que o meu conjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
25	A frequência com que temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
27	O prazer que o meu conjuge sente quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
28	A qualidade das nossas relações sexuais	1	2	3	4	5	6
29	O apoio emocional que dou ao meu conjuge	1	2	3	4	5	6
30	O apoio emocional que o meu conjuge me dá	1	2	3	4	5	6

31	A confiança que tenho no meu conjugue	1	2	3	4	5	6
32	A confiança que o meu conjugue tem em mim	1	2	3	4	5	6
33	A admiração que sinto pelo meu conjugue	1	2	3	4	5	6
34	A admiração que o meu conjugue sente por mim	1	2	3	4	5	6
35	A partilha de interesses e atividades	1	2	3	4	5	6
36	A atenção que dedico aos interesses do meu conjugue	1	2	3	4	5	6
37	A atenção que o meu conjugue dedica aos meus interesses	1	2	3	4	5	6
38	Os nossos projetos para o futuro	1	2	3	4	5	6
39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
40	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
41	O aspeto físico do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
42	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico	1	2	3	4	5	6
43	As características e hábitos do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
44	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1	2	3	4	5	6

Anexo IV: Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS)

Como teve um bebé recentemente, gostaria de saber como se sente. Por favor assinale a opção que melhor se adequa ao que tem sentido nos últimos 7 dias, e não apenas como se sentiu hoje.

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro:

- Tanta como sempre tive
- Bastante menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal:

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo:

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo:

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim:

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

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal:

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:

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

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:

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

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma:

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca