



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Perceção do Médico de Família da Depressão Perinatal

Inês Filipa Martins Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões  
Co-orientadora: Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

Covilhã, Abril de 2020



# Dedicatória

Aos meus pais, à minha irmã e ao meu namorado.

Ao meu avô.



# Agradecimentos

Ao Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões, meu orientador desta dissertação e à Prof. Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano, minha co-orientadora, por todo o apoio dado e por todo o trabalho desenvolvido em conjunto.

Aos meus pais, por serem o pilar da minha educação e felicidade e por lutarem para me proporcionar todas as oportunidades para que eu conclua este percurso académico.

À Filipa, por toda a paciência e todo o apoio que me deu ao longo do curso e em particular neste trabalho. Obrigada por sempre me auxiliares e incentivares a fazer mais e melhor.

Ao André, por todo o amor, apoio e motivação que me deste ao longo deste percurso. Obrigado pela ambição que trouxeste à minha vida e por todas as revisões realizadas.

À Beatriz, por ter feito parte desta jornada e me ter mostrado que este caminho partilhado é mais fácil de percorrer e por todo o apoio e amizade.

Ao meu avô por sempre ter estado presente e mostrado o orgulho que tinha nesta jornada e em mim. Obrigada por me teres ensinado que com resiliência e fé é possível superar todas adversidades.

Ao resto da minha família e amigos, que fazem sempre parte de todos os meus sucessos.



# Prefácio

A sociedade sofreu um processo de transformação onde a mulher deixou de ser apenas esposa, mãe e dona de casa para passar a ser tudo aquilo que era e tudo aquilo com que sonha. Esta mudança do papel da mulher aliado a todos os fatores de risco inerentes a uma gravidez faz com que a Depressão Perinatal seja uma patologia com muito maior risco atualmente. Surge, assim, a necessidade de compreender e estudar os mecanismos de desenvolvimento desta patologia, seus fatores de risco e formas de detecção e intervenção precoces.

Sendo os cuidados de saúde primários o local com maior contacto e maior janela de oportunidade, aliado ao facto de ser o médico de família o clínico com uma melhor relação de proximidade com as pacientes, torna-se crucial aferir a percepção dos médicos de família sobre esta patologia de forma a que seja possível sensibilizar os mesmos para a importância de um diagnóstico e intervenção precoce.



# Resumo

**Introdução:** A depressão perinatal possui elevada prevalência e graves consequências associadas, mas continua a ser subdiagnosticada. Desta forma, é um problema de saúde pública com grande impacto psicossocial e torna-se necessário desenvolver mecanismos que auxiliem os médicos de família a melhor detetar esta situação.

Este subdiagnóstico pode ocorrer devido a fatores relacionados com as puérperas ou pode surgir por causas relacionadas com o médico.

Face a esta dificuldade de diagnóstico surgiu a necessidade de realizar rastreio desta patologia. O Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco recomenda o rastreio de depressão pós-parto através da Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale, no entanto, estão disponíveis outras escalas como a Postpartum Depression Screening Scale.

**Objetivos:** O principal objetivo do trabalho é aferir a perceção dos médicos de família do risco de depressão e ansiedade perinatal, comparando a avaliação efetuada pelo médico e o resultado obtido através de escalas de risco. Adicionalmente, pretende-se identificar a prevalência da depressão perinatal e ansiedade nas puérperas estudadas, identificar a prevalência de risco de depressão perinatal e ansiedade aferido por escala nas mesmas mulheres, comparar estas prevalências e avaliar a orientação farmacológica e psicológica da mulher com diagnóstico de depressão perinatal ou ansiedade.

**Materiais e métodos:** Estudo observacional, multicêntrico e descritivo, entre fevereiro e julho de 2019. Obtiveram-se 47 questionários válidos de puérperas e dos seus médicos de família com aplicação da Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) e Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). O questionário do médico avaliou a perceção subjetiva de sintomas depressivos e ansiosos, breve caracterização e eventual intervenção.

**Resultados:** De acordo com as escalas verificou-se uma prevalência de depressão de 44,7% e de 42,6% de ansiedade. No que diz respeito à perceção do médico, 19,1% foram consideradas deprimidas e 40,4% ansiosas.

Analisando a perceção do médico sobre a depressão sabe-se que identifica de forma coincidente com a escala em 61,7% dos casos, existe possível subdiagnóstico em 31,9% e sobrediagnóstico em 6,4%. Relativamente à ansiedade obteve-se que 72,3% teriam diagnóstico correto, 14,9% subdiagnóstico e 12,8% sobrediagnóstico. Relativamente à atuação médica, todos os casos identificados com depressão foram alvo de ação.

**Discussão e conclusão:** Perante os resultados obtidos torna-se essencial reforçar junto dos médicos de família que a análise subjetiva pode ser falível pelo que a associação de escalas de risco poderá ser benéfica, e estudos para perceber este benefício, em Portugal, devem ser conduzidos.



# Palavras-chave

Depressão; Período pós-parto; Questionários.



# Abstract

**Introduction:** Perinatal depression has a high prevalence and serious repercussions, but remains underdiagnosed. Thus, it's a public health problem with a great psychosocial impact and it's urgent to develop mechanisms that increase the perception of general practitioners in this situation.

This underdiagnosis may occur due to factors related to the puerperal women, namely, because they don't have the capacity to recognize, seek and accept help, or it may arise due to causes related to the doctor, such as high professional demands and time or knowledge limitations. In view of this diagnostic difficulty, the need arose to screen for this pathology. The National Low Risk Pregnancy Surveillance Program recommends screening for postpartum depression through the Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale, however, in Portugal other scales such as the Postpartum Depression Screening Scale are also available.

**Objectives:** The main objective of the work is to assess the perception of General Practitioners of the risk of depression and perinatal anxiety, comparing the assessment made by the doctor and the result obtained through risk scales. Additionally, it's intended to identify the prevalence of perinatal depression and anxiety in the studied mothers; compare these prevalences and assess the pharmacological and psychological orientation of women diagnosed with perinatal depression or anxiety.

**Materials and methods:** Observational, multicenter and descriptive study, between February and July 2019. 47 questionnaires were obtained from puerperal women and their General Practitioners using the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) and Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). The doctor's questionnaire assessed the subjective perception of depressive and anxious symptoms, brief characterization and possible intervention.

**Results:** According to the scales, there was a prevalence of depression of 44.7% and 42.6% of anxiety. With regard to the physician's perception, 19.1% were considered depressed and 40.4 % anxious. Analyzing the doctor's perception of depression, it's known that he identifies coincidentally with the scale in 61.7% of cases, there's a possible underdiagnosis in 31.9% and an overdiagnosis in 6.4%. Regarding anxiety, it was found that 72.3% would have a correct diagnosis, 14.9% underdiagnosis and 12.8% overdiagnosis.

**Discussion and conclusion:** In view of the results obtained, it's essential to reinforce with General Practitioners, that subjective analysis may be fallible, so the association of risk scales may be beneficial.



## Keywords

Depression; Postpartum Period; Questionnaires.



# Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos .....	v
Prefácio.....	vii
Resumo .....	ix
Palavras-chave .....	xi
Abstract.....	xiii
Keywords .....	xv
Índice .....	xvii
Lista de Tabelas.....	xix
Lista de Acrónimos.....	xxi
<b>Capítulo 1</b> .....	<b>1</b>
1. Introdução .....	1
1.1. Objetivos do trabalho.....	2
1.1.1. Objetivo Geral .....	2
1.1.2. Objetivos Específicos .....	2
<b>Capítulo 2</b> .....	<b>3</b>
2. Materiais e métodos .....	3
2.1. Tipo de estudo, população alvo e critérios de inclusão .....	3
2.2. Autorizações.....	3
2.3. Método de recolha de dados.....	3
2.4. Análise estatística .....	4
<b>Capítulo 3</b> .....	<b>5</b>
3. Resultados.....	5
3.1. Caracterização Sociodemográfica .....	5
3.2. Caracterização obstétrica.....	6
3.3. Análise da escala PDSS e abordagem.....	6
3.4. Análise da escala PASS.....	7
<b>Capítulo 4</b> .....	<b>11</b>
4. Discussão.....	11
4.1. Limitações e pontos fracos do estudo.....	13
<b>Capítulo 5</b> .....	<b>15</b>
5. Conclusão.....	15
Bibliografia.....	17
Anexos .....	21
Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro .....	21
Anexo 2 - Autorização dos coordenadores dos centros de saúde.....	23

Anexo 3 - Questionário da puérpera.....	29
Anexo 4 - Questionário do médico.....	31
Anexo 5 - Consentimento informado .....	33

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra. ....	5
Tabela 2. Caracterização obstétrica das puérperas. ....	6
Tabela 3. Comparação entre a frequência relativa e absoluta de depressão pós-parto de acordo com a escala e com a avaliação do médico.....	7
Tabela 4. Comparação da frequência de casos de diagnóstico correto de depressão pós-parto, subdiagnóstico e diagnóstico na ausência da patologia.....	7
Tabela 5. Comparação entre a frequência relativa e absoluta de ansiedade de acordo com a escala e com a avaliação do médico. ....	8
Tabela 6. Comparação da frequência de casos de diagnóstico correto de ansiedade, subdiagnóstico e diagnóstico na ausência da patologia.....	8
Tabela 7. Comparação entre as frequências da severidade sintomática da ansiedade, de acordo com a escala e de acordo com o médico. ....	9
Tabela 8. Comparação da frequência de casos de diagnóstico correto da gravidade da ansiedade, subdiagnóstico e diagnóstico na ausência da mesma. ....	9



# Lista de Acrónimos

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DPN - Depressão Perinatal

DPP - Depressão Pós-Parto

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais

EPDS - Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale

ICD - Internacional Classification of Diseases

MF - Médicos de Família

PASS - Perinatal Anxiety Screening Scale

PDSS - Postpartum Depression Screening Scale



# Capítulo 1

## 1. Introdução

A Depressão Perinatal (DPN) engloba um conjunto de episódios depressivos minor ou major que surgem durante a gravidez ou no período de 12 meses após o parto.<sup>(1)</sup>

Atualmente, a literatura refere que a DPN apresenta uma prevalência de 7,1% a 12,7%<sup>(2)</sup> e pressupõe-se que no primeiro ano após o parto existe uma prevalência de depressão major entre 1,0% a 5,9% e minor entre 6,5% a 12,9%.<sup>(1)</sup> Em relação à ansiedade uma revisão sistemática<sup>(3)</sup> aponta que até 8% das mulheres grávidas sofra de perturbação de ansiedade generalizada e que esta percentagem se mantém após o parto.

No entanto, estes valores de prevalências são fortemente influenciados pelo desenho do estudo, a metodologia adotada, o tamanho da amostra e o local onde o estudo foi realizado.<sup>(4)</sup>

Em Portugal, estas estatísticas são semelhantes às dos outros países, mas os estudos epidemiológicos são escassos.<sup>(5)</sup>

Estas 2 perturbações possuem impacto triplo: gestante, feto e família.<sup>(6)</sup> A DPN tem implicações na relação mãe-filho, relação-conjugal e no desenvolvimento neurológico, cognitivo, psicológico e motor da criança.<sup>(7)</sup>

Desta forma, a criança apresenta maior risco de desenvolver problemas comportamentais<sup>(8)</sup> e, no extremo, pode ocorrer suicídio ou infanticídio no pós-parto.<sup>(9)</sup>

No entanto, apesar da elevada prevalência e das graves consequências associadas, a DPN é uma condição que não é diagnosticada frequentemente.<sup>(10)</sup> Este subdiagnóstico pode ser explicado pelo facto das puérperas apresentarem dificuldade no reconhecimento, procura e aceitação de auxílio para o seu problema devido à falta de informação sobre o tema, que as torna incapazes de reconhecer os sintomas de depressão ou até mesmo por constrangimento e sentimento de vergonha.<sup>(11)</sup> Outra das razões pode ser a (in)capacidade do médico reconhecer a DPN e de a diferenciar de outros sintomas que aparecem no pós-parto. Face a esta dificuldade de diagnóstico e suas consequências, surge a necessidade de realizar rastreio desta patologia.

O rastreio identifica um grupo de puérperas com risco de desenvolver esta patologia e, após a deteção de um resultado positivo é necessário submeter a puérpera a estratégias clínicas de diagnóstico que permitam confirmar ou refutar o diagnóstico.<sup>(12)</sup>

Em Portugal estão disponíveis várias escalas validadas para rastreio da DPN, nomeadamente a Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) e a Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale (EPDS), sendo a utilização desta última sugerida pelo “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco”.<sup>(13)</sup>

Ao se ter em consideração que a DPN apresenta uma elevada prevalência,<sup>(1)</sup> e que é uma condição subdiagnosticada<sup>(10)</sup> com graves consequências<sup>(7-9)</sup>, esta torna-se um problema

de saúde pública com grande impacto psicossocial e faz com que seja necessário desenvolver mecanismos que aumentem a atenção e preocupação dos médicos para com esta situação, nomeadamente, dos Médicos de Família (MF) já que estes possuem um maior contacto regular com a puérpera. De facto, a proximidade da relação entre o MF e a paciente, a maior frequência e consistência do contacto e a maior janela de oportunidades no período gestacional e pós-parto tornam os Cuidados de Saúde Primários (CSP) o local ideal para rastreio, diagnóstico, tratamento e seguimento destas mulheres.<sup>(6)</sup>

No estudo referido anteriormente<sup>(3)</sup> apenas 13 em 30 casos foram diagnosticados mesmo com o uso de escalas (EPDS). Sem recurso a essas mesmas escalas o número diminuiu ainda mais. Ainda assim, nesse estudo, os MF foram os que maior número de diagnósticos estabeleceram. Existe ainda outra problemática, pois apesar de algumas mulheres serem corretamente diagnosticadas, não são alvo de tratamento concordante ou eficaz. Uma abordagem padronizada pode ajudar a melhorar as práticas de reconhecimento e gestão da DPN nos CSP.

## **1.1. Objetivos do trabalho**

### **1.1.1. Objetivo Geral**

Este trabalho tem como principal objetivo aferir a perceção que os MF, da região da Covilhã, Guarda e Castelo Branco, têm da presença ou não de DPN e ansiedade nas mulheres, em consulta de revisão de puerpério. Com efeito, pretende-se comparar a avaliação do risco da DPN e da ansiedade na consulta de revisão de puerpério pelo MF e o resultado obtido nas escalas de risco, bem como, avaliar o modo de atuação perante uma mulher com o diagnóstico destas patologias.

### **1.1.2. Objetivos Específicos**

- Identificar a prevalência da DPN e ansiedade percecionadas pelo médico nas puérperas estudadas;
- Identificar a prevalência de risco de DPN e ansiedade aferido por escala nas mesmas mulheres;
- Comparar estas prevalências;
- Avaliar a orientação farmacológica e psicológica da mulher com diagnóstico de DPN ou ansiedade.

## Capítulo 2

### 2. Materiais e métodos

#### 2.1. Tipo de estudo, população alvo e critérios de inclusão

Realizou-se um estudo observacional, multicêntrico e descritivo entre Fevereiro e Julho de 2019.

Foram inquiridas 50 puérperas e os seus MF, aplicando as escalas Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) e Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS).

A amostra de conveniência foi composta por todas as puérperas que recorreram à consulta de revisão do puerpério no período em análise nas unidades de saúde da Covilhã (UCSP Covilhã), Castelo Branco (USF Beira Saúde) e Guarda (USF A Ribeirinha) e que aceitaram participar no estudo de forma voluntária, excluindo as puérperas com iliteracia ou dificuldade na compreensão da língua portuguesa.

#### 2.2. Autorizações

O protocolo deste estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e tinha já sido anteriormente objeto de um estudo piloto em Coimbra e Viseu. (Anexo 1)

Aos coordenadores dos centros de saúde e/ou diretores da instituição foi apresentado o plano de investigação e solicitado a aprovação para a recolha de dados. (Anexo 2)

#### 2.3. Método de recolha de dados

Os questionários (Anexo 3 e 4) e os consentimentos informados (Anexo 5) foram deixados ao cuidado das secretárias clínicas ou enfermeiras que tinham a função de os distribuir às puérperas e aos seus respetivos médicos. Estes questionários foram codificados de forma a permitir a associação entre o médico e a paciente, mas mantendo o anonimato dos participantes. A recolha de dados não interferiu com o normal funcionamento das consultas. O questionário da puérpera consistia nas escalas PDSS e PASS e uma breve caracterização sociodemográfica onde se questionava a idade, estado civil, residência e o número de pessoas com quem habita.

A versão portuguesa da escala PDSS é atualmente considerada um instrumento de rastreio adequado para a Depressão Pós-Parto (DPP).<sup>(4)</sup> A versão reduzida desta escala é composta por 21 itens, cada item com uma pontuação possível entre 1 e 5, fazendo com que a pontuação mínima seja 21 e a máxima 105.<sup>(14)</sup> Esta escala possui uma sensibilidade e especificidade de aproximadamente 80%.<sup>(14)</sup> Para a classificação de “depressão major/DSM-

IV”, de acordo com a prevalência a pontuação mínima/ ponto de corte é de 43, para “patologia depressiva/ICD-10” é 41, e para “depressão ligeira/moderada com síndrome somática ou depressão grave sem sintomas psicóticos / ICD-10” é de 49.<sup>(14)</sup>

A escala PASS é formada por 31 questões de autopreenchimento e cada item é pontuado de 0 a 3. Esta escala está baseada na deteção de sintomas como ansiedade aguda, perfeccionismo, trauma, ansiedade social, preocupações comuns e medos exclusivos da situação e tem como objetivo a deteção de ansiedade patológica no período pré e pós-natal.<sup>(15)</sup> A sua utilização apresenta como vantagem a combinação dos critérios diagnósticos internacionais da patologia (Internacional Classification of Diseases (ICD) e Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM), com os sintomas de ansiedade mais específicos da população perinatal.<sup>(15)</sup> O cut-off utilizado é 26 pontos com uma sensibilidade de 0,7 e uma especificidade de 0,3.<sup>(15)</sup> Esta escala permite avaliar a severidade sintomática através da utilização de outros intervalos, nomeadamente, sintomas mínimos de ansiedade de 0 a 20, sintomas ligeiros a moderados de 21 a 41 e sintomas graves a partir de 42.<sup>(16)</sup>

O questionário para o MF teve como objetivo avaliar a sua percepção dos sintomas depressivos da puérpera através da resposta às seguintes questões: “A mulher parece deprimida?”, “A mulher parece ansiosa?”, “Se sim, com sintomas mínimos, ligeiros a moderados ou severos?” e “A mulher parece calma/serena?”. Este questionário possuía também uma breve caracterização da puérpera: número de gestações e partos, via do parto, prematuridade e medicação habitual. Caso o MF tivesse realizado o diagnóstico de DPP/ansiedade devia indicar se a sua atuação tinha sido farmacológica, psicológica ou ambas.

Após preenchimento do questionário com a sua percepção, o médico não foi impedido de recorrer às escalas de rastreio preenchidas pela puérpera.

## **2.4. Análise estatística**

Os resultados recolhidos foram inseridos na plataforma Google Forms e organizados através de uma base de dados do Microsoft Excel, onde foram analisados.

Neste estudo as variáveis qualitativas medidas correspondem ao estado civil, residência (rural vs urbana), com/sem risco de DPP e ansiedade consoante as escalas, a percepção do médico sobre o estado depressivo, ansioso e calmo da puérpera, a prematuridade, medicação habitual e atuação em caso de DPP. Estas foram descritas utilizando a sua frequência e percentagem. As variáveis quantitativas, nomeadamente, idade, número de pessoas com quem habita, o número de gestações, partos e os valores obtidos nas escalas foram descritos através da variação, média e desvio padrão.

## Capítulo 3

### 3. Resultados

Obtiveram-se 47 questionários válidos, tendo sido necessário anular 3 questionários incorretamente preenchidos.

#### 3.1. Caracterização Sociodemográfica

Relativamente à idade, este parâmetro variou entre os 22 e os 43 anos, com um valor médio de 32,7 anos e um desvio padrão de 5,25.

O número de pessoas com quem habitavam variou entre 1 e até 3 pessoas no máximo, com uma média de 1,8 e um desvio padrão de 0,81.

Relativamente ao estado civil o mais frequente era serem casadas, 42,5% (n=20).

No que diz respeito à residência, 57,4% (n=27) viviam em área rural. (Tabela 1)

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variáveis		Frequência relativa	Frequência absoluta
Número de pessoas com quem habita	1	46,8%	22
	2	29,8%	14
	3	23,4%	11
Estado civil	Casada	42,5%	20
	União de facto	14,9%	7
	Solteira	23,4%	11
	Divorciada	6,4%	3
	Ausência de resposta	12,8%	6
Residência	Rural	57,4%	27
	Urbana	38,3%	18
	Ausência de resposta	4,3%	2

### 3.2. Caracterização obstétrica

Quanto ao número de gestações, 55,3% (n=26) tiveram apenas 1 gestação, 34,1% (n=16) tiveram 2 gestações e 10,6% (n=5) tiveram 3 gestações.

Das puérperas, 63,8% (n=30) tiveram 1 parto, 31,9% (n=15) tiveram 2 e 4,3% (n=2) tiveram 3 partos.

A maior parte decorreu por via eutócica, em 78,7% (n=37) das puérperas.

Os recém-nascidos eram de termo em 80,9% (n=38) dos casos. (Tabela 2)

Em relação à medicação das puérperas, 2,1% (n=1) tomavam suplemento de iodeto de potássio e contraceptivo oral, 2,1% (n=1) apenas suplemento de iodeto de potássio, 2,1% (n=1) fração flavonóica purificada e micronizada, 2,1% (n=1) insulina, 2,1% (n=1) ferro, 12,8% (n=6) contraceptivo oral e a maioria 76,6% (n=36) não apresentava consumo medicamentoso. Desta forma, é possível concluir que nenhuma puérpera tomava medicação antidepressiva ou ansiolítica.

Tabela 2. Caracterização obstétrica das puérperas.

Variáveis		Frequência relativa	Frequência absoluta
Número de gestações	1	55,3%	26
	2	34,1%	16
	3	10,6%	5
Número de partos	1	63,8%	30
	2	31,9%	15
	3	4,3%	2
Tipo de parto	Eutócico	78,7%	37
	Distócico	21,3%	10
Prematuridade	Sim	19,1%	9
	Não	80,9%	38

### 3.3. Análise da escala PDSS e abordagem

A classificação obtida nesta escala variou entre 21 e 85, com um valor médio de 42,8 e um desvio padrão de 15,2.

Através da análise da classificação obtida 44,7% (n=21) das puérperas apresentavam risco de DPP e as restantes 55,3% (n=26) não.

Quanto à percepção do médico, 19,1% (n=9) foram consideradas deprimidas por oposição a 80,9% (n=38) que não apresentariam humor deprimido. (Tabela 3)

Tabela 3. Comparação entre a frequência relativa e absoluta de depressão pós-parto de acordo com a escala e com a avaliação do médico.

	Escala		Percepção do Médico	
	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta
Depressão pós-parto	44,7%	21	19,1%	9
Ausência de depressão pós-parto	55,3%	26	80,9%	38

Verifica-se que o médico identificou a presença ou ausência de diagnóstico de depressão de forma coincidente com a escala em 61,7% (n=29) dos casos, sendo que deste grupo com identificação coincidente, 48,9% (n=23) não apresentavam a patologia e 12,8% (n=6) foram diagnosticadas com DPP.

Em 31,9% (n=15) dos casos a depressão não foi diagnosticada pelo médico e foi identificado o risco pela escala e em 6,4% (n=3) das situações o médico diagnosticou a patologia na ausência de risco identificado pela escala. (Tabela 4)

Tabela 4. Comparação da frequência de casos de diagnóstico correto de depressão pós-parto, subdiagnóstico e diagnóstico na ausência da patologia.

Variáveis		Frequência relativa	Frequência absoluta
Identificação coincidente 61,7% (n=29)	Diagnóstico coincidente de depressão pós-parto	12,8%	6
	Ausência coincidente de depressão pós-parto	48,9%	23
Possível subdiagnóstico/ falsos positivos da escala		31,9%	15
Possível sobrediagnóstico/ falsos negativos da escala		6,4%	3

Os 9 casos identificados pelos médicos como tendo DPP foram todos alvo de atuação. A abordagem psicológica isoladamente foi utilizada em 33,3% (n=3) dos casos e a abordagem farmacológica isoladamente correspondeu a 44,4% (n=4). A atuação psicológica e farmacológica simultânea foi utilizada em 22,2% (n=2).

### 3.4. Análise da escala PASS

No que diz respeito à classificação, esta variou entre 2 e 65, com um valor médio de 24,7 e um desvio padrão de 13,25.

Após análise da classificação obtida, 42,6% (n=20) apresentavam risco de diagnóstico de ansiedade, por oposição a 57,4% (n=27) que não apresentavam este risco.

A gravidade avaliada pela escala variou entre 51,1% (n=24) das puérperas com sintomas mínimos, 40,4% (n=19) com sintomas ligeiros a moderados e 8,5% (n=4) com sintomas graves.

Verificou-se que o médico teve percepção de que 40,4% (n=19) das puérperas apresentavam diagnóstico de ansiedade ao contrário de 59,6% (n=28) que não apresentavam a patologia. O médico concluiu que 83% (n=39) das puérperas pareciam calmas. (Tabela 5)

Tabela 5. Comparação entre a frequência relativa e absoluta de ansiedade de acordo com a escala e com a avaliação do médico.

	Escala		Percepção do Médico	
	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta
<b>Ansiedade</b>	42,6%	20	40,4%	19
<b>Ausência de ansiedade</b>	57,4%	27	59,6%	28

Efetivamente, o médico identificou a presença ou ausência de diagnóstico de ansiedade de forma coincidente com a escala em 72,3% (n=34) dos casos, sendo que deste grupo com identificação coincidente 44,7% (n=21) não apresentavam ansiedade e 27,6% (n=13) foram diagnosticadas com ansiedade. Em 14,9% (n=7) dos casos, esta situação não foi diagnosticada pelo médico, mas foi detetada pela escala e em 12,8% (n=6) das situações o médico diagnosticou a patologia na ausência de risco pela escala.

Tabela 6. Comparação da frequência de casos de diagnóstico correto de ansiedade, subdiagnóstico e diagnóstico na ausência da patologia.

Variáveis		Frequência relativa	Frequência absoluta
<b>Identificação coincidente</b> 72,3% (n=34)	<b>Diagnóstico coincidente de ansiedade</b>	27,6%	13
	<b>Ausência coincidente de ansiedade</b>	44,7%	21
<b>Possível subdiagnóstico/ falsos positivos da escala</b>		14,9%	7
<b>Possível sobrediagnóstico/ falsos negativos da escala</b>		12,8%	6

De entre as puérperas que o médico reconheceu como ansiosas (diagnóstico correto e sobrediagnóstico, n= 19), este classificou os sintomas apresentados como sintomas mínimos de ansiedade em 63,2% (n=12) dos casos, sintomas ligeiros a moderados em 36,8% (n=7) e nenhuma com sintomas graves.

A comparação entre as frequências da severidade sintomática da ansiedade de acordo com a escala e de acordo com o médico, nos casos em que o médico considerou a paciente ansiosa e, desta forma, classificou os sintomas apresentados, está representada na tabela 7.

Tabela 7. Comparação entre as frequências da severidade sintomática da ansiedade, de acordo com a escala e de acordo com o médico.

Severidade sintomática da ansiedade	Escala		Percepção do Médico	
	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta
Ansiedade com sintomas mínimos	15,8%	3	63,2%	12
Ansiedade com sintomas ligeiros a moderados	73,7%	14	36,8%	7
Ansiedade com sintomas graves	10,5%	2	0	0

Deste grupo em que o médico reconheceu como apresentando ansiedade (diagnóstico coincidente com a escala e sobrediagnóstico, n= 19), em 42,1% (n=8) o médico identificou a gravidade dos sintomas de ansiedade de forma coincidente com a escala e em 57,9% (n=11) subvalorizou a gravidade dos sintomas, em comparação com a escala.

Tabela 8. Comparação da frequência de casos de diagnóstico correto da gravidade da ansiedade, subdiagnóstico e diagnóstico na ausência da mesma.

Gravidade Sintomática		Frequência relativa	Frequência absoluta
		Diagnóstico correto	42,1%
Gravidade Sintomática	Subdiagnóstico/ falsos positivos da escala	57,9%	11
	Sobrediagnóstico/ falsos negativos da escala	0	0



## Capítulo 4

### 4. Discussão

A prevalência de DPP neste estudo, segundo a escala utilizada, foi de 44,7% e segundo a impressão médica foi 19,1%. De acordo com estudos realizados em Portugal, a prevalência de sintomas depressivos no pós-parto com base na PDSS-21 pode atingir 19,6% às 6 semanas.<sup>(17)</sup>

Relativamente ao parâmetro de ansiedade perinatal a prevalência obtida neste estudo pela pontuação da escala foi de 42,6% e pela impressão médica foi 40,4%. Com base numa meta-análise sobre todas as patologias ansiosas no pós-parto, estima-se que 8,5% das puérperas sofrem de pelo menos uma destas condições.<sup>(18)</sup>

Existe assim uma diferença considerável entre as taxas de prevalência de DPP e de ansiedade perinatal no presente estudo comparativamente como os estudos anteriormente referidos. Estas desigualdades podem dever-se ao reduzido tamanho amostral, à diferença da população-alvo tida em conta nos estudos referidos ou ao facto dos instrumentos utilizados para obtenção do valor serem distintos nos vários estudos e por isso nem sempre comparáveis. Todavia, o valor de prevalência de DPP referido na literatura é muito semelhante à percentagem de puérperas que os MF deste estudo percecionam como deprimidas, 19,6% e 19,1%, respetivamente. Esta conformidade de valores pode ser explicada pelo facto de os diagnósticos serem clínicos em ambas as situações.

A maioria das puérperas, 61,7%, foi corretamente identificada como tendo ou não patologia depressiva, mas, no entanto, existe uma percentagem bastante significativa, 31,9%, de casos em que a escala aponta para DPP e o médico não a identifica como tal. Os 6,4% dos casos em falta correspondem a situações em que o médico diagnostica a patologia na sua ausência.

Relativamente à patologia ansiosa, em 72,3% dos casos as puérperas foram corretamente identificadas como tendo ou não esta patologia. Todavia, em 14,9% dos casos a escala aponta para presença de patologia ansiosa e o médico não deteta esta situação e em 12,8% o médico diagnostica a patologia na sua ausência.

É importante reconhecer que em ambas as patologias, este estudo obteve percentagens elevadas de identificação coincidente, relativamente à ausência ou presença destas situações, por parte do médico.

Quanto às percentagens de subdiagnóstico, em ambas as patologias, é necessário reforçar que, como referido anteriormente, as escalas não são diagnósticas e é necessário ter em consideração a vertente clínica da paciente, considerando os possíveis falsos positivos. No entanto, como as duas escalas apresentam sensibilidades e especificidades favoráveis<sup>(15,19)</sup> é importante que o clínico as tenha em consideração para tentar reduzir ao máximo o número

de casos em que não deteta a patologia e, conseqüentemente, contrariar os dados disponíveis pela literatura, em que o rastreio da DPP não é generalizado e existe um subdiagnóstico desta condição.<sup>(10,20)</sup>

Dado o reduzido número de estudos que avaliam a perceção diagnóstica dos médicos,<sup>(21-24)</sup> nomeadamente dos MF, é difícil conseguir comparar os resultados obtidos com outros dados publicados. Apesar disso, se tivermos em consideração uma revisão de alguns trabalhos baseados na capacidade de diagnóstico de DPN por parte de vários profissionais de saúde e utilizando diferentes metodologias (EPDS, entrevista telefónica, entrevista clínica, entre outros), consegue-se verificar que a percentagem em que o diagnóstico não é efetuado varia na literatura entre 50 a 70% dos casos,<sup>(25)</sup> o que é sensivelmente superior ao resultado encontrado no presente estudo, 31,9%. Esta redução da percentagem de subdiagnóstico poderá estar diretamente relacionada com o facto de os MF em Portugal seguirem as mulheres antes e depois da gravidez e conhecerem também as suas famílias e contextos, já que seguem geralmente as famílias de apenas uma área geográfica específica. Este seguimento longitudinal e abrangência dos CSP comparado com a intervenção maioritária em episódios agudos das restantes especialidades faz com que haja uma relação de maior proximidade que permite existir maior confiança e conforto na abordagem e identificação desta situação.

Apesar da menor percentagem de subdiagnóstico de depressão é necessário analisar as suas causas para tentar minimizar as suas conseqüências. Pelo lado do médico os possíveis fatores causais para o subdiagnóstico englobam fatores clínicos e fatores da puerpera. A literatura descreve algumas causas que podem justificar esta situação, nomeadamente, elevadas exigências a nível profissional e limitações de tempo ou conhecimentos.<sup>(7)</sup> Em Portugal, a separação entre os CSP e os cuidados de saúde secundários, nomeadamente a área da Psiquiatria pode também agravar esta questão,<sup>(7)</sup> já que nem sempre é fácil e atempado o encaminhamento da paciente. Por parte da paciente pode existir relutância em solicitar auxílio perante sintomas depressivos no pós-parto devido a desconhecimento acerca da patologia, dificuldades económicas e a indisponibilidade para recorrer a consultas do foro psicológico/psiquiátrico.<sup>(17)</sup>

Neste estudo a percentagem de possível subdiagnóstico de ansiedade perinatal foi de 14,9% o que permite concluir que esta situação será mais facilmente diagnosticada do que a DPP.

Também se verificaram situações de possível sobrediagnóstico nas duas patologias tendo a DPP um valor menor que a ansiedade perinatal, 6,4% e 12,8%, respetivamente. Estas percentagens de sobrediagnóstico podem, em parte, ter sido devido ao facto da sensibilidade das escalas não ser total.

A escala PASS permitiu também classificar a gravidade dos sintomas de ansiedade apresentados, sendo que 51,1% das puerperas apresentavam-se com sintomas mínimos, 40,4% com sintomas ligeiros a moderados e 8,5% com sintomas graves.

No que diz respeito a este parâmetro existe também uma percentagem elevada de subvalorização da gravidade em relação à escala (57,9%) e consegue-se concluir que, nesta amostra, os médicos mais facilmente identificaram os sintomas de ansiedade (72,3%) do que classificaram a sua gravidade (42,1%), podendo, no entanto, haver alguma margem para o desfasamento na validade da escala em relação à qualidade.

No parâmetro da atuação médica, pode-se verificar que neste estudo todos os casos identificados pelos médicos como DPP foram alvo de ação. Esta intervenção da totalidade dos casos não está de acordo com a literatura, já que esta indica que apenas 15,8% das puérperas diagnosticadas foram alvo de intervenção.<sup>(25)</sup> Esta situação de grande número de casos de DPP em que o médico recorre ao tratamento ter sido influenciada pelo facto de o médico estar sob estudo sobre esta patologia e, logo, estar mais alerta e, consequentemente, com uma atitude mais intervencionista.

Estes resultados corroboram os dados publicados no estudo piloto realizado na Universidade de Coimbra<sup>(26)</sup> já que ambos os estudos apresentam resultados semelhantes.

Na escala de PDSS este estudo apresentou um valor de prevalência de DPP segundo a escala de 44,7% e o estudo piloto um valor de 46,7%. Relativamente à perceção do médico os valores foram de 19,1% e 10%, respetivamente. Denota-se, assim, um melhor diagnóstico coincidente e também menor possível subdiagnóstico já que se obteve uma percentagem de, 31,9% e 40%, respetivamente. Por fim, a percentagem de possível sobrediagnóstico deste estudo é superior ao estudo piloto, 6,4% e 3,3%, respetivamente.<sup>(26)</sup>

Na escala PASS verifica-se que os valores de prevalência de ansiedade obtidos pela escala são muito semelhantes nos 2 estudos, 42,6% no estudo atual e 41,4% no estudo piloto. Neste estudo, obteve-se uma maior percentagem de casos em que o médico percecionou a patologia, 40,4% e 30%, respetivamente. A percentagem de possível subdiagnóstico foi menor neste estudo, 14,9% e 24,1%, respetivamente, mas a percentagem de possível sobrediagnóstico aumentou, 12,8% e 10,3%, respetivamente.<sup>(26)</sup>

#### **4.1. Limitações e pontos fracos do estudo**

O presente estudo apresenta como limitações o facto de se basear numa amostra pequena e de apenas terem sido selecionadas algumas instituições da região onde o mesmo decorreu. Consequentemente, a amostra considerada no estudo não é representativa da população considerada, limitando a validade externa. Não se aconselha a extrapolação dos dados obtidos para o panorama nacional, mas sim a leitura cautelosa e crítica do que foi conseguido.

O número reduzido de participantes do estudo está diretamente relacionado com o pequeno número de consultas de revisão do puerpério programadas nos centros de saúde e com a indisponibilidade para responder aos questionários por parte de algumas pessoas dos dois grupos estudados.

Outra limitação, foram as escalas utilizadas, que apesar de nos parecerem as melhores disponíveis, não são diagnósticas desta patologia o que faz com que não se possa inferir diretamente sub ou sobrediagnósticos, pelo que tivemos de os inferir a partir dos dados de validação das escalas na sua sensibilidade e especificidade reportadas. Além disso, o ponto de corte dos resultados obtidos na escala PDSS -21 foi baseado na classificação DSM-IV e se tivessem sido utilizados diferentes sistemas de diagnóstico estes gerariam diferentes taxas de prevalência e incidência<sup>(5)</sup> e de possível sub e sobrediagnóstico.

Contudo, crê-se que se deveria prestar mais atenção a esta temática através de estudos com populações mais representativas da realidade nacional em termos sociodemográficos e com um maior número de participantes e nomeadamente perceber a diferença no diagnóstico e prognóstico após a utilização de escalas como apoio ao rastreio destas patologias.

## Capítulo 5

### 5. Conclusão

Finalizado o estudo, pode-se concluir que os objetivos propostos inicialmente foram cumpridos, proporcionando resultados que nos permitem perceber melhor a perceção dos MF da DPN e a dificuldade de conseguir rastrear corretamente todas as pacientes.

Por conseguinte, detetou-se nesta amostra que existiu possível subdiagnóstico em 31,9% das puérperas em relação à DPN e em 14,9% das puérperas em relação à ansiedade. Dado todas as implicações anteriormente referidas desta patologia, torna-se crucial reforçar junto dos MF que a análise subjetiva e não apoiada desta situação pode ser falível e uma associação da utilização das escalas de risco poderá ser benéfica. Seria interessante fazer um estudo comparando a utilização de escalas previamente à consulta médica, para perceber as diferenças encontradas.

Os resultados semelhantes obtidos entre este estudo e o estudo piloto da Universidade de Coimbra feito em outras regiões geográficas, corroboram os dados apresentados e, apesar da reduzida amostra dos mesmos, permitem realçar a necessidade de sensibilizar e formar os clínicos nesta temática e poderão servir de base para estudos com amostras maiores e comparação das várias realidades estudadas.



## Bibliografia

1. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005 Feb; (119):1-8. DOI: 10.1037/e439372005-001.
2. Santoro K, Peabody H. Identifying and Treating Maternal Depression: Strategies & Considerations for Health Plans. *NICHM Issue Brief*. [Internet]. 2010 Jun; 1-28. [cited 2019 Sep 15]. Available from: [https://www.nihcm.org/pdf/FINAL\\_MaternalDepression6-7.pdf](https://www.nihcm.org/pdf/FINAL_MaternalDepression6-7.pdf).
3. Ford E, Shakespeare J, Elias F, Ayers S. Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners: A systematic review. *Fam Pract*. 2017;34(1):11-9. DOI: 10.1093/fampra/cmw101.
4. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, et al. The Portuguese version of the postpartum depression screening scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010 Jun; 31(2):90-100. DOI: 10.3109/0167482X.2010.481736.
5. Maia BR, Marques M, Bos S, Pereira AT, Soares MJ, Valente J, et al. Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Med Port*. 2011 Dec; 24 Suppl 2:443-8.
6. Fernandes DFJ, Caetano IRS, Alves SFF. Depressão Perinatal. Seguimento e Impacto Pessoal e Familiar [dissertação]. Coimbra (Portugal): Universidade de Coimbra; 2019.
7. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: Importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med*. 2007 May-Jun; 20(3):280-8. DOI: 10.3122/jabfm.2007.03.060171.
8. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2003 Nov; 6(4):263-74. DOI: 10.1007/s00737-003-0024-6.
9. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Jun; 8(2):77-87. DOI: 10.1007/s00737-005-0080-1.
10. Seehusen DA, Baldwin LM, Runkle GP, Clark G. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression? *J Am Board Fam Pract*. 2005 Mar-Apr; 18(2):104-12. DOI: 10.3122/jabfm.18.2.104.
11. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*. 2006 Dec; 33(4):323-31. DOI: 10.1111/j.1523536X.2006.00130.x.
12. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan; 28(1):13-23. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014.

13. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de alto Risco. Direcção Geral de Saúde [Internet]. 2015. 23-96 p. 2010 Jun; 1-28. [cited 2019 Sep 15]. Available from: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-uploaddiversos/pnvgbr-pdf.aspx>.
14. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: As accurate as the original form. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Feb; 16(1):67-77. DOI: 10.1007/s00737-012-0319-6.
15. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wetzinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2014 Oct; 17(5):443-54. DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8.
16. Somerville S, Byrne SL, Dedman K, Hagan R, Coe S, Oxnam E, et al. Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *J Affect Disord*. 2015 Nov; 186:18-25. DOI: 10.1016/j.jad.2015.07.012.
17. Pereira AT, Marques M, Marques C, Bento E, Azevedo J, Xavier S, et al. Perinatal depression screening, prevention and early intervention: recent advances in Portugal. *Int J Clin Neurosci Ment Heal*. 2016;(3):2. DOI: 10.21035/ijcnmh.2016.3.2.
18. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;203:292-331. DOI: 10.1016/j.jad.2016.05.033.
19. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: As accurate as the original form. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Feb;16(1):67-77. DOI: 10.1007/s00737-012-0319-6.
20. Leiferman JA, Dauber SE, Heisler K, Paulson JF. Primary care physicians' beliefs and practices toward maternal depression. *J Women's Heal*. 2008;17(7):1143-50. DOI: 10.1089/jwh.2007.0543.
21. Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P, et al. Postnatal depression in the community. *Br J Gen Pract*. 1998;48(428):1064-6.
22. Burton A, Patel S, Kaminsky L, Rosario G Del, Young R, Fitzsimmons A, et al. Depression in pregnancy: Time of screening and access to psychiatric care. *J Matern Neonatal Med*. 2011;24(11):1321-4. DOI: 10.3109/14767058.2010.547234.
23. Coates AO, Schaefer CA, Alexander JL. Detection of Postpartum Depression and Anxiety in a Large Health Plan. *J Behav Heal Serv Res*. 2004;31(2):117-33.
24. Goodman JH, Tyler-Viola L. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J Women's Heal*. 2010;19(3):477-90. DOI: 10.1089/jwh.2008.1352.
25. Cox EQ, Sowa NA, Meltzer-Brody SE, Gaynes BN. The perinatal depression treatment cascade: Baby steps toward improving outcomes. Vol. 77, *Journal of Clinical Psychiatry*. Physicians Postgraduate Press Inc.; 2016. p. 1189-200. DOI: 10.4088/JCP.15r10174.

26. Balseiro JCS, Figueiredo IJ, Caetano IRS. Depressão Pós-Parto nos Cuidados de Saúde Primários: Realidades e Perceções dos Médicos de Família Depressão Pós-Parto nos Cuidados de Saúde Primários: Realidades e Perceções dos Médicos de Família [dissertação]. Coimbra (Portugal): Universidade de Coimbra; 2018.



# Anexos

## Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro

 	
<b>COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE</b>	
<b>PARER FINAL:</b> FAVORÁVEL.	<b>DESPACHO:</b>  Homologado  21.07.2017  <i>Dr. José Manuel Azenha Torresc</i> Presidente do Conselho Directivo da A.R.S. Centro, I.P.
<b>ASSUNTO:</b>	"" Depressão pós-parto nos Cuidados de Saúde Primários: realidades e percepções dos Médicos de Família". Processo 51/2017.
<p>A investigadora Joana Carolina Simões Balseiro Observacional, propõe-se realizar estudo multicêntrico, descritivo e transversal, a decorrer entre Junho de 2017 e Janeiro de 2018.</p> <p>Objetivo avaliar a percepção que os Médicos de Família, da região de Viseu e Coimbra, têm durante a consulta de revisão do pós-parto, na correta avaliação do risco de depressão pós-parto.</p> <p>Pretende-se também perceber qual a atuação dos médicos perante a mesma, quer seja abordagem farmacológica ou psicológica.</p> <p>Estão salvaguardados todos os pressupostos éticos, bem como entregues todos os documentos requeridos por esta Comissão de Ética.</p> <p>Deve, para que este parecer seja efectivo e definitivo, entregar cópia do trabalho a esta Comissão.</p> <p>Coimbra, 19 de julho 2017</p> <p>O Relator: <i>Luis Miguel Santiago</i> Luis Miguel Santiago</p> <p style="text-align: right;">O Presidente da Comissão de Ética da ARS do Centro <i>Prof. Doutor Fontes Ribeiro</i> Professor Doutor Fontes Ribeiro</p>	



## **Anexo 2 - Autorização dos coordenadores dos centros de saúde**

**Autorização do Diretor Executivo da ULS**

**Autorização do Diretor da Instituição/ Coordenador da Unidade**

**Investigador Principal:** Inês Filipa Silva

**Co-Investigador:** Dr. José Augusto Simões

**Co-Investigador:** Dra. Inês Rosendo

**Título do Estudo:** Percepção do Médico de Família da Depressão Pós-Parto nos Cuidados de Saúde Primários

**Instituição:** USF

**Objectivo:** Avaliar a percepção que os Médicos de Família têm, durante a consulta de revisão do pós-parto, na correta avaliação do risco de depressão pós-parto.

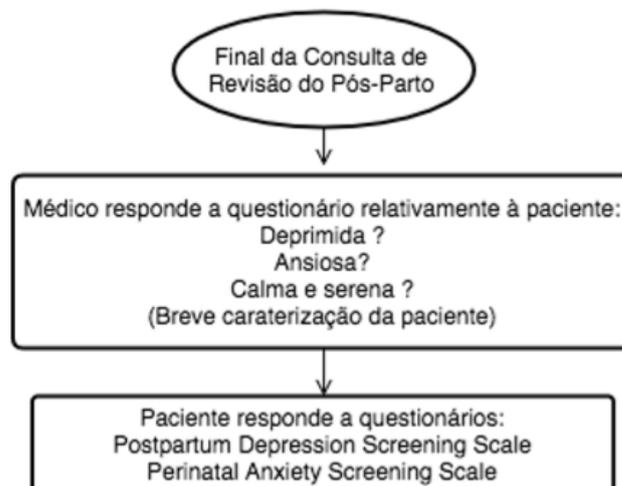
**Recrutamento de doentes:** Puérperas que recorram à consulta de revisão do pós-parto entre Janeiro de 2019 e Julho de 2019.

**Critérios de Inclusão:** Puérperas que assinem o consentimento informado e respondam aos inquéritos de forma válida.

**Critérios de Exclusão:** Analfabetas e pessoas com dificuldades de compreensão.

## Plano de Investigação

No final da consulta de revisão do pós-parto, o médico de família entrega às puérperas um consentimento informado e o questionário delas (que inclui outro consentimento informado, a escala Postpartum Depression Screening Scale e Perinatal Anxiety Screening Scale). Deverá dar a indicação para que a puérpera assine o consentimento informado e preencha o questionário, entregando estes documentos ao enfermeiro ou na secretaria. O outro consentimento informado fica na posse da doente. O médico de família terá um questionário (com o mesmo número do que entregou à puérpera) que deve preencher com a perceção de sintomas depressivos a puérpera (“A mulher parece deprimida? / A mulher parece ansiosa? / A mulher parece calma/serena?”) e com uma breve caracterização da mulher. Não deve haver identificação da paciente nem comunicação à mesma destas respostas.



**Riscos e Potenciais Inconvenientes para o Doente:** Não Aplicável.

**Potenciais Benefícios:** Não Aplicável.

**Participação/ Abandono Voluntário:** O doente pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências.

**Confidencialidade:** As informações recolhidas serão confidenciais e não partilhadas com terceiros.

**Compensação:** Potencial aumento do nível de alerta para a psicopatologia da puérpera.

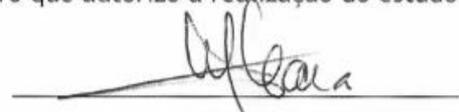
Na qualidade de Diretor Executivo do ACeS, declaro que autorizo a realização do estudo:

Guarda, 28/11/2019

**Dr.ª Isabel Coelho**  
Presidente do Conselho de Administração  
ULS de Guarda, IRRF ULS  
Diretor Executivo ULS

Na qualidade de Diretor da Instituição, declaro que autorizo a realização do estudo:

Guarda, 18/02/19

  
Diretor da Instituição  
Conceição de JSF

**Riscos e Potenciais Inconvenientes para o Doente:** Não Aplicável.

**Potenciais Benefícios:** Não Aplicável.

**Participação/ Abandono Voluntário:** O doente pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências.

**Confidencialidade:** As informações recolhidas serão confidenciais e não partilhadas com terceiros.

**Compensação:** Potencial aumento do nível de alerta para a psicopatologia da puérpera

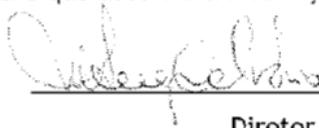
Na qualidade de Diretor Executivo do ACeS, declaro que autorizo a realização do estudo:

Covilhã, 15/2/2019

ACES Cova da Beira  
Presidente do Conselho  
Clínico e de Saúde  
(Prof. Doutor António José S. Silva)  
Diretor Executivo do ACeS

Na qualidade de Diretor da Instituição, declaro que autorizo a realização do estudo:

Covilhã, 15/2/2019

  
Diretor da Instituição

**Riscos e Potenciais Inconvenientes para o Doente:** Não Aplicável.

**Potenciais Benefícios:** Não Aplicável.

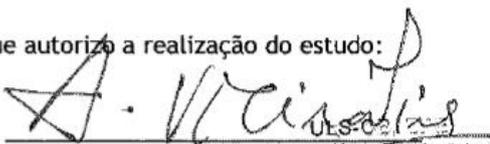
**Participação/ Abandono Voluntário:** O doente pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências.

**Confidencialidade:** As informações recolhidas serão confidenciais e não partilhadas com terceiros.

**Compensação:** Potencial aumento do nível de alerta para a psicopatologia da puérpera

Na qualidade de Diretor Executivo da ULS, declaro que autorizo a realização do estudo:

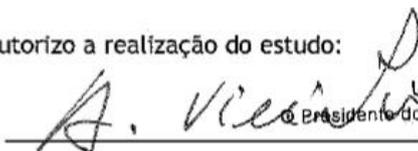
Castelo Branco, 25, 3, 2019

  
U.L.S. - G.B. - E.P.E.  
O Presidente do Conselho de Administração  
Diretor Executivo da ULS Castelo Branco

Dr. Vieira Pires

Na qualidade de Diretor da Instituição, declaro que autorizo a realização do estudo:

Castelo Branco, 25, 3, 2019

  
U.L.S. - G.B. - E.P.E.  
O Presidente do Conselho de Administração  
Diretor da Instituição

Dr. Vieira Pires



## Anexo 3 - Questionário da puérpera

### Questionário da Paciente

- Idade: \_\_\_\_\_

- Estado civil: \_\_\_\_\_

- Reside em área: Rural  Urbana  (assinale com um X a sua resposta)

- Vive com: \_\_\_\_\_

### PDSS-21 - Versão PÓS-PARTO (Pereira et al., 2011)

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter **DEPOIS DO NASCIMENTO** do seu bebé.

Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada afirmação.

Ao completar o questionário coloque um círculo na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.

Nas últimas duas semanas, EU	1	2	3	4	5
1) tive dificuldades em dormir mesmo quando o meu bebé dormia	1	2	3	4	5
2) já não sabia quem eu era	1	2	3	4	5
3) senti-me um fracasso como mãe	1	2	3	4	5
4) senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida)	1	2	3	4	5
5) tive medo de nunca mais voltar a ser feliz	1	2	3	4	5
6) senti que estava a perder o juízo	1	2	3	4	5
7) senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria	1	2	3	4	5
8) pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo	1	2	3	4	5
9) acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer	1	2	3	4	5
10) senti altos e baixos nas minhas emoções	1	2	3	4	5
11) pensei que estava a enlouquecer	1	2	3	4	5
12) tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa	1	2	3	4	5
13) quis fazer mal a mim própria	1	2	3	4	5
14) dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite)	1	2	3	4	5
15) senti-me nervosa pela mínima coisa relacionada com o meu bebé	1	2	3	4	5
16) tenho andado muito irritável	1	2	3	4	5
17) tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples	1	2	3	4	5
18) senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo meu bebé	1	2	3	4	5
19) senti que o meu bebé estaria melhor sem mim	1	2	3	4	5
20) tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa	1	2	3	4	5
21) só queria deixar este mundo	1	2	3	4	5

4- Concordo

3- Nem concordo nem discordo

2 - Discordo

1-Discordo muito

5- Concordo muito

## Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal

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

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

	0- Nunca	1- Algumas Vezes	2- Muitas Vezes	3- 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, do parto, 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. Precisar de ter as coisas sob controlo	0	1	2	3
14. 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 porque posso 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 afecta 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 4 - Questionário do médico

### Questionário do médico

(Assinale com um X a sua resposta)

- Perceção de sintomas depressivos da puérpera:

- A mulher parece deprimida?

Sim  Não

- A mulher parece ansiosa?

Sim  Não

- Se sim, sublinhar a resposta mais adequada:

- com sintomas mínimos
- com sintomas ligeiros a moderados
- com sintomas severos

- A mulher parece calma/serena?

Sim  Não

- Caracterização da puérpera:

- Gesta\_\_\_\_/ Para\_\_\_\_

- Via do parto: \_\_\_\_\_

- Prematuridade: Sim  Não

- Medicação: \_\_\_\_\_

- Em caso de diagnóstico de depressão pós-parto, qual a atuação?

Farmacológica  Psicológica



## Anexo 5 - Consentimento informado

### Formulário de Consentimento Informado

Autora: Inês Filipa Silva  
(Aluna da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior)

O atual trabalho de investigação, intitulado “Percepção do Médico de Família da Depressão Pós-Parto nos Cuidados de Saúde Primários” decorre no âmbito de Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Tem como principal objetivo determinar a percepção que os Médicos de Família têm, durante a consulta de revisão do pós-parto, na correta avaliação do risco de depressão pós-parto.

Pretendo contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de puérperas que recorram à consulta de revisão do pós-parto. Por isso, a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação será apresentado em 2020 podendo, se desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de questionários, anónimos, escritos. Esta informação é confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de informada e esclarecida, declaro que aceito participar voluntariamente neste estudo de investigação.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_