



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Inês Sofia Russo Correia Ribeiro

**IMPACTO ECONÓMICO DA DEPRESSÃO
PERIPARTO**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da
Saúde orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra.**

Outubro de 2021



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Inês Sofia Russo Correia Ribeiro

**IMPACTO ECONÓMICO DA DEPRESSÃO
PERIPARTO**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde
orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e apresentada
à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.**

Outubro de 2021

Agradecimentos

A presente dissertação, conducente à obtenção do grau de mestre, não teria sido possível de realizar sem a presença de todos aqueles que, direta ou indiretamente, me inspiraram, ensinaram e apoiaram nesta etapa. Por isto e por muito mais, não poderia deixar de prestar o meu mais sincero agradecimento.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, meu orientador, por toda a sabedoria, disponibilidade, orientação e dedicação demonstradas e que tornou esta dissertação possível de ser realizada.

Aos meus avós, aos meus pais e ao meu tio, os meus grandes pilares que tudo fizeram e fazem para que nada me falte. A minha mais profunda gratidão pelo esforço que fizeram para que eu chegasse aqui, por toda a atenção, carinho e apoio incondicionais. Por todos os ensinamentos que me transmitem, por me tornarem numa pessoa melhor e por me mostrarem, todos os dias, o significado da palavra família, esta dissertação é dedicada a eles.

À minha irmã, Andreia, não podia estar mais agradecida por todos conselhos e paciência. É, para mim, um exemplo a seguir e o meu porto de abrigo, sempre presente nos melhores e piores momentos, com a palavra certa no momento certo.

Ao meu namorado, Eurico, que nunca me deixou desistir e que sempre me encorajou nas fases mais difíceis. Não tenho palavras para agradecer toda paciência e apoio incansáveis, por estar sempre presente quando preciso e me mostrar que Coimbra ainda é capital do amor em Portugal.

À Jéssica, por ser a minha melhor amiga, conselheira e confidente. Não podia estar mais agradecida à irmã que Coimbra me deu, por me ouvir a qualquer hora, por me apoiar nos momentos mais complicados, por festejar comigo as minhas conquistas como se fossem dela e por me acompanhar ao longo de cinco anos, prá vida.

À Carol, a minha companheira de todas as horas, que sempre me acompanhou e apoiou com uma disponibilidade diária, especialmente nesta etapa importante da minha vida.

À Gabriela, à Mariana, ao Dinis, ao Rodrigo, ao José e ao João por terem tornado a minha experiência na cidade dos estudantes ainda mais especial.

À Carla, à Joana, à Lili, ao Gabriel e ao Alex, os meus conterrâneos e melhores amigos, que nunca me falharam e que tenho a certeza de que me acompanharão no meu futuro.

Resumo

A depressão periparto (DPP) é um problema de saúde pública mundial, com consequências graves na mãe e na criança, tendo associados vários impactos económicos e sociais. Este tipo de depressão ocorre durante a gravidez e no período pós-parto, com uma prevalência global que ronda os 12%. De modo a prevenir ou reduzir as consequências e os impactos desta doença, é fundamental o seu rastreio. Para que tal seja possível, é necessária a existência de instrumentos de medição em saúde fiáveis e válidos para a identificação de mulheres com DPP ou de mulheres em risco de a desenvolver. O aumento no rastreio vai conduzir ao aumento do número de casos diagnosticados e, posteriormente, possibilita o tratamento precoce. Existem diversas intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, que podem contribuir para prevenir e/ou tratar a DPP.

Neste sentido, procedeu-se a uma revisão da literatura para perceber que instrumentos de medição são utilizados para identificar mulheres com DPP ou em risco de desenvolver esta doença, e quais as suas propriedades psicométricas. Também foram realizadas duas revisões sistemáticas, uma com a finalidade de analisar o impacto económico da DPP a nível do setor da saúde, público e social; e outra com o objetivo de perceber quais são as intervenções mais custo-efetivas na prevenção, rastreio e tratamento deste tipo de depressão.

Segundo a pesquisa realizada, apenas dois instrumentos de medição específicos para a medição da depressão pós-parto se encontram validados em Portugal (*Edinburgh Postpartum Depression Scale* e *Postpartum Depression Screening Scale*), apresentando boa a excelente consistência interna e boa validade. A revisão sobre o impacto económico da DPP revelou que esta doença apresenta consequências para mãe, criança e agregado familiar e conduz a elevados encargos financeiros no setor da saúde, social e público. Relativamente à revisão destinada às avaliações económicas de intervenções para prevenção, rastreio e tratamento da DPP, foram encontrados quatro estudos com intervenções não farmacológicas para o tratamento da DPP, todas consideradas prováveis ou muito prováveis serem custo-efetivas: auxílio na resolução de problemas e na gestão de fatores de *stress*, intervenção baseada na terapia cognitivo-comportamental e sessões de terapia interpessoal.

É evidente o forte impacto que a depressão durante a gravidez e no pós-parto apresenta em todos os setores de uma sociedade, sendo necessário aumentar o seu rastreio e adotar medidas preventivas. É essencial a existência de instrumentos de medição fiáveis e adequados à medição da depressão nesta população, assim como de intervenções custo-efetivas de serem utilizadas.

Palavras-chave: Depressão periparto; Instrumentos de medição; Impacto económico; Avaliação económica.

Abstract

Peripartum depression (PPD) is a worldwide public health problem that has serious consequences for mothers and children, with several economic and social impacts. This type of depression occurs during pregnancy and postpartum period, and it has a global prevalence of 12%. Screening is essential to prevent or reduce its consequences and its impact. To make these possible, reliable and valid health measurement instruments are needed to identify women with PPD or women at risk of developing this disease. Improved screening will increase the number of cases diagnosed with this type of depression and it will subsequently allow an earlier treatment. There are various interventions, pharmacological and non-pharmacological, that can contribute to prevent and/or treat PPD.

Therefore, a literature review was conducted to understand which measurement instruments are used to identify women with PPD or at risk of developing this disease, and their psychometric properties. Two systematic reviews were also performed, one of them with the purpose of analyzing the economic burden of PPD in the health, public and social sectors; and the other one to find which are the most cost-effective interventions in the prevention, screening, and treatment of this type of depression.

According to the research, only two specific measurement instruments for postpartum depression are validated in Portugal (Edinburgh Postpartum Depression Scale and Postpartum Depression Screening Scale), that showed good to excellent internal consistency and good validity. The review about the economic burden of PPD revealed that this disease has consequences for mothers, children, and household, leading to a high financial burden in the health, social and public sectors. Regarding the review about economic evaluations of interventions for the prevention, screening, and treatment of PPD, four studies were found with non-pharmacological interventions for the treatment of PPD, all considered likely or very likely to be cost-effective: problem-solving and *stress* management support, interventions based on cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy sessions.

The high impact that depression during pregnancy, and in the postpartum period, has on all sectors of a society is evident. It is necessary to increase its screening and adopt preventive actions. It is essential to have reliable and valid measurement instruments that are

suitable to measure depression in this population, as well as cost-effective interventions that can be used in clinical practice.

Keywords: Peripartum depression; Measurement instruments; Economic burden; Economic evaluation.

Lista de Siglas e Abreviaturas

A\$ – Dólares australianos

ACC – Abordagem Cognitivo-Comportamental

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

AD-SUS – *Adult Service Use Schedule*

ANRQ – *Antenatal Risk Questionnaire*

AUC – *Area Under the Curve*

BAI – *Beck Anxiety Scale*

BDI – *Beck Depression Inventory*

BDI-II – *Beck Depression Inventory II*

BDT – *Bangladesh Taka*

BPDS – *Bromley Postnatal Depression Scale*

BSI – *Brief Symptom Inventory*

C\$ – Dólares canadianos

CES-D – *Center of Epidemiological Studies Depression Scale*

CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*

CPRS – *Comprehensive Psychopathological Rating Scale*

CSMI – Centros de Saúde Materna e Infantil

DGS – Direção Geral de Saúde

DIF – *Differential Item Functioning*

DM e PSPT MOMCare – Doentes com depressão *major* e perturbação de *stress* pós-traumático tratadas com MOMCare

DM e PSPT MSS-Plus – Doentes com depressão *major* e perturbação de *stress* pós-traumático tratadas com MSS-Plus

DM MOMCare – Doentes com depressão *major* tratadas com MOMCare

DM MSS-Plus – Doentes com depressão *major* tratadas com MSS-Plus

DPP – Depressão Periparto

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ECD – Especialistas de cuidados de depressão

ECS – *Expectancy Confirmation Scale*

EDT – Escala de Desajuste de Treino

EPDS – *Edinburgh Postpartum Depression Scale*

EPI – *Eysenck Personality Inventory*

EPS – Escala de Provisões Sociais

EQ-5D – *EuroQol five-dimensional instrument*

EQ-5D-3L – *Three level EuroQol five-dimensional instrument*

et al. - e outros [autores]

EUA – Estados Unidos da América

EVPI – *Expected Value of Perfect Information*

EVPPPI – *Expected Value of Perfect Partial Information*

FDA – *Food and Drug Administration*

GAD-7 – *Generalised Anxiety Disorder-7*

GHQ – *General Health Questionnaire*

GHQ-12 – *General Health Questionnaire 12-item*

GSH – *Modified Guided Self-Help*

HADS – *Hospital Anxiety Depression Scale*

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

HDRS – *Hamilton Depression Rating Scale*

HDRS₁₇ – *Hamilton Depression Rating Scale 17-item*

HDRS₂₁ – *Hamilton Depression Rating Scale 21-item*

HIT – *High-Intensity Treatment*

HSCL – *Hopkins Symptom Checklist*

IAPT – *Improving Access to Psychological Therapies*

ICD-10 – *International Classification of Diseases (10th revision)*

ICER – *Incremental Cost-Effectiveness Ratio*

ICUR – *Incremental Cost-Utility Ratio*

IDAS – *Inventory of Depression and Anxiety Symptoms*

IDAS-GD – *Subescala de depressão geral do Inventory of Depression and Anxiety Symptoms*

IDS – *Inventory of Depressive Symptomatology*

IDS-C – *Inventory of Depressive Symptomatology, versão respondida pelo médico*

IDS-SR – *Inventory of Depressive Symptomatology, versão respondida pelo utente*

IESS – *Instrumental-Expressive Social Support Scale*

IPC – *Inventário de Pensamento Construtivo*

IPQ – *Illness Perception Questionnaire*

IPQ-R – *Illness Perception Questionnaire -Revised*

ISRS – *Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

K-10 – *Kessler Psychological Distress Scale*

LIT – *Low-Intensity Treatment*

MADRS – *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*

MeSH – *Medical Subject Heading*

mhGAP-IG – *World Health Organization Mental Health Gap Action Programme - Intervention Guide*

MINI – *Mini International Neuropsychiatric Interview*

MINI-CR – *Mini International Neuropsychiatric Interview, versão aplicada por médicos*

MINI-PR – *Mini International Neuropsychiatric Interview*, versão respondida pelos utentes

MSS – *Maternal Support Services*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

NPDI – *Australian National Perinatal Depression Initiative*

OPCRIT – *Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness*

OR – *Odds Ratio*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PA – *Psychosocial Assessment*

PBDU – *Parent and Baby Day Unit*

PBQ – *Postpartum Bonding Questionnaire*

PDSS – *Postpartum Depression Screening Scale*

PDSS-SF – *Postpartum Depression Screening Scale – Short Form*

PHQ-2 – *Patient Health Questionnaire 2-item*

PHQ-8 – *Patient Health Questionnaire 8-item*

PHQ-9 – *Patient Health Questionnaire 9-item*

PMCP – *Primary Maternal Care Provider*

PNRQ – *Postnatal Risk Questionnaire*

POMS – *Profile of Mood States*

POMS-SF – *Profile of Mood States -short form*

PRIME-MD – *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*

PRQ – *Pregnancy Risk Questionnaire*

PSE – *Present State Examination*

PSPT – *Perturbação de stress pós-traumático*

PST – *Problem Solving Treatment*

PTSD checklist – *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version*

PWPs – *Psychological Wellbeing Practitioners*

QALYs – *Quality-Adjusted Life Years*

QR – Questionário sobre Relações

QVRS – qualidade de vida relacionada com a saúde

RDC – *Research Diagnostic Criteria*

ROC – *Receiver Operating Characteristic curve*

ROSE – *Reach Out, Stay Strong, Essentials*

RRS – *Rasch Rating Scale*

SAADS – *Social Avoidance And Distress Scale*

SADS – *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*

SCAN – *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*

SCID – *Structured Clinical Interview for DSM diagnoses*

SCID-II – *Structured Clinical Interview for DSM IV diagnoses*

SCID-P – *Structured Clinical Interview for DSM III revised diagnoses*

SCL-20 – *Hopkins Symptom Checklist 20-item*

SCL-90 – *Symptom Checklist*

SDA – *Spanier Dyadic Adjustment Scale*

SF-12 – *Short Form Health Survey 12-item*

SF-36 – *Short Form Health Survey 36-item*

SF-6D – *Short Form Six Dimension Health Survey*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSS – *Sarason Social Support Scale*

SSS-N – Subescala “*number score*” do *Sarason Social Support Scale*

SSS-S – Subescala “*satisfaction score*” do *Sarason Social Support Scale*

STAI – *State-Trait Anxiety Inventory*

TCC – *Terapia Cognitivo-Comportamental*

THP – *Thinking Healthy Programme*

THPP – *Thinking Healthy Programme peer-delivered*

TIP – *Terapia Interpessoal*

USPSTF – *United States Preventive Services Task Force*

WSAS – *Work and Social Adjustment Scale*

WWWT – *What Were We Thinking*

ZAS – *Zung Anxiety Scale*

Zung SDS – *Zung Self-Rating Depression Scale*

Lista de Figuras

Figura 1. Prevalência da depressão pós-parto em vários países.....	29
Figura 2. Políticas da <i>Medicaid</i> no rastreio da depressão materna durante as consultas de bem-estar infantil.....	44
Figura 3. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos na revisão da literatura sobre os instrumentos de medição utilizados para identificação da DPP.....	50
Figura 4. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos na revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP.....	99
Figura 5. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos na revisão sistemática sobre avaliações económicas de intervenções na DPP.....	130

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estratégia de pesquisa na <i>PubMed</i> da revisão da literatura sobre instrumentos de medição utilizados na DPP.....	49
Tabela 2. Instrumentos de medição encontrados em cada estudo e o tipo de depressão em que foram utilizados.....	54
Tabela 3. Instrumentos de medição genéricos utilizados na medição da depressão pré-parto e/ou pós-parto.....	55
Tabela 4. Instrumentos de medição específicos utilizados na medição da depressão pré-parto e/ou pós-parto.....	56
Tabela 5A. Tabela resumo das propriedades psicométricas das versões portuguesas dos instrumentos de medição encontrados na revisão da literatura.....	88
Tabela 5B. Tabela resumo das propriedades psicométricas das versões portuguesas dos instrumentos de medição encontrados na revisão da literatura (Continuação).....	89
Tabela 6. Estratégia de pesquisa na <i>PubMed</i> da revisão sistemática sobre o impacto da DPP.....	96

Tabela 7. Descrição do item e da questão correspondente, resultante da adaptação da <i>JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluation</i>	98
Tabela 8. Correspondência entre o tópico e o autor e título de cada estudo da revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP.....	100
Tabela 9. Custos por mãe e criança derivado da DPP (£).....	101
Tabela 10A. Tabela resumo das características dos estudos inseridos na revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP.....	112
Tabela 10B. Tabela resumo das características dos estudos inseridos na revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP (Continuação).....	113
Tabela 11. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP, de acordo com a <i>JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluation</i> adaptada.....	114
Tabela 12. Características dos tipos de avaliações económicas.....	123
Tabela 13. Medição de custos e consequências nas avaliações económicas completas.	124
Tabela 14. Tipos de incerteza associados a métodos analíticos.....	125
Tabela 15. Estratégia de pesquisa na <i>PubMed</i> da revisão sistemática sobre avaliações económicas de intervenções na DPP.....	127
Tabela 16. Descrição do item e da questão correspondente da <i>JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations</i>	128
Tabela 17. Correspondência entre o tópico e o autor e título de cada estudo inserido na revisão sistemática de avaliações económicas de intervenções na DPP.....	132
Tabela 18A. Tabela resumo das características e desenho dos estudos de avaliação económica encontrados.....	164
Tabela 18B. Tabela resumo das características e desenho dos estudos de avaliação económica encontrados (Continuação).....	165
Tabela 19. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos de avaliação económica incluídos na revisão sistemática, de acordo com a <i>JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations</i>	167
Tabela 20A. Resultados de custo-efetividade dos estudos inseridos na revisão sistemática.....	170

Tabela 20B. Resultados de custo-efetividade dos estudos inseridos na revisão sistemática (Continuação).....	171
Tabela 21. Conversão da moeda original dos estudos para euro (€, 2020) e taxa de inflação média de cada estudo da revisão sistemática sobre impacto económico da DPP.....	209
Tabela 22A. Conversão da moeda original para euro (€, 2020) e taxa de inflação média de cada estudo da revisão sistemática sobre avaliações económicas de intervenções na DPP.....	210
Tabela 22B. Conversão da moeda original para euro (€, 2020) e taxa de inflação média de cada estudo da revisão sistemática sobre avaliações económicas de intervenções na DPP (Continuação).....	211

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Lista de Siglas e Abreviaturas	ix
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xv
Capítulo I.....	21
1. Introdução.....	23
Capítulo II.....	25
2. Enquadramento Geral.....	27
2.1. Definição e Prevalência da Depressão Periparto	27
2.2. Sinais e sintomas da Depressão Periparto.....	30
2.3. Determinantes e Fatores de risco da Depressão Periparto	30
Capítulo III	33
3. Gestão da Depressão Periparto.....	35
3.1. Prevenção.....	35
3.2. Rastreio	37
3.3. Diagnóstico	39
3.4. Tratamento	40
3.5. Visão de outros países.....	43
3.6. Implicações	47
3.7. Medição da Depressão Periparto	48
3.7.1. Propriedades psicométricas de instrumentos de medição	51
3.7.2. Instrumentos de medição genéricos	56

3.7.3. Instrumentos de medição específicos.....	82
3.7.4. Discussão	87
Capítulo IV	93
4. Impacto económico da Depressão Periparto.....	95
4.1. Métodos	95
4.2. Resultados.....	98
4.3. Discussão	115
Capítulo V	119
5. Avaliações económicas na Depressão Periparto.....	121
5.1. Breve Introdução à Avaliação Económica	121
5.2. Revisão sistemática de Avaliações Económicas na DPP	126
5.2.1. Métodos.....	126
5.2.2. Resultados	129
5.2.3. Discussão	172
Capítulo VI.....	177
6. Considerações Finais	177
6.1. Conclusão	177
6.2. Limitações	178
Referências Bibliográficas	181
Apêndice.....	207

Capítulo I

Introdução

1. Introdução

A gravidez e o pós-parto são fases de constantes mudanças físicas e psicológicas na mãe. Tal pode conduzir ao aparecimento de doenças mentais com consequências para a mãe e para o seio familiar (Biaggi *et al.*, 2016; Fisher *et al.*, 2012). A diminuição dessas consequências centra-se em formas de prevenir a doença e aumentar o seu rastreio a fim de possibilitar o seu tratamento precoce.

A depressão periparto (DPP) é uma doença mental que pode aparecer durante a gravidez e/ou durante o pós-parto. O seu tratamento pode ser farmacológico (com utilização de antidepressivos) (Sousa, 2019), não farmacológico (através de psicoterapias, por exemplo) (Langan e Goodbred, 2016) e terapias complementares (como a prática de exercício físico, yoga ou acupuntura) (Nillni *et al.*, 2018).

É estimado que em metade dos casos de mães diagnosticadas com depressão pós-parto, a depressão terá começado durante a gravidez (Casanova *et al.*, 2019), salientando a importância da prevenção e do rastreio da depressão desde a gestação. Os instrumentos de medição são amplamente utilizados na prática clínica, uma vez que auxiliam na decisão aquando da prestação de cuidados de saúde, de tratamentos e/ou intervenções e na criação de programas em saúde e de políticas institucionais (Cano e Hobart, 2011; Marx *et al.*, 1999). Estes instrumentos podem constituir uma mais-valia na prevenção e rastreio de uma doença, permitindo avaliar o risco de um indivíduo desenvolver uma condição, ajudar no diagnóstico ou, ainda, detetar um aumento ou diminuição da gravidade da doença.

A ausência de intervenções preventivas ou a falta de rastreio da DPP pode levar ao seu subdiagnóstico ou ao seu diagnóstico tardio. Consequentemente, vão surgir várias implicações na mãe, criança e agregado familiar, acarretando impactos económicos em vários setores da sociedade que devem ser medidos e reduzidos.

A avaliação de tecnologias em saúde permite a comparação de custos e consequências (benefícios esperados) entre intervenções, sendo essencial para a tomada de decisão entre as alternativas em estudo (Drummond *et al.*, 2015). A existência de várias intervenções destinadas à prevenção, rastreio e tratamento da DPP, torna fundamental a comparação entre estas, com a finalidade de avaliar quais são as mais custo-efetivas de serem adotadas.

Neste sentido, a presente dissertação é composta por seis capítulos. Um primeiro capítulo introdutório, seguido do segundo capítulo relativo ao enquadramento geral do tema deste trabalho, onde está apresentada a definição da DPP, a sua prevalência, os seus sinais e sintomas, assim como os determinantes e fatores de risco associados. O terceiro capítulo diz respeito à gestão da DPP, onde está descrita a sua prevenção, rastreio, diagnóstico, tratamento e implicações, bem como a visão de outros países acerca desta doença e uma revisão da literatura sobre a medição da mesma. No quarto capítulo encontra-se uma revisão sistemática cujo objetivo foi averiguar o impacto económico que este tipo de depressão provoca no setor social, público e da saúde. O quinto capítulo consiste na descrição de uma revisão sistemática sobre intervenções utilizadas na prevenção, rastreio e tratamento da DPP. Por último, no sexto capítulo encontram-se apresentadas as conclusões fundamentais deste trabalho, assim como as suas principais limitações.

Capítulo II

Enquadramento Geral

2. Enquadramento Geral

Este capítulo tem como objetivo a apresentação do enquadramento geral do tema desta dissertação, sendo apresentada a definição da DPP, a sua prevalência, os seus sinais e sintomas, assim como os seus principais determinantes e fatores de risco associados.

2.1. Definição e Prevalência da Depressão Periparto

Durante a gravidez e após o parto verificam-se mudanças físicas, hormonais e emocionais significativas na mulher, que podem resultar no desenvolvimento de doenças mentais com consequências graves para a saúde da mãe, criança e família (Biaggi *et al.*, 2016; Fisher *et al.*, 2012).

De acordo com o *National Institute of Mental Health*, “perinatal” engloba o tempo antes e depois do nascimento da criança, ou seja, a DPP inclui a depressão que tem início durante a gravidez (depressão pré-parto) e a que tem início depois do parto (depressão pós-parto) (National Institute of Mental Health, 2021).

A DPP é definida, de forma geral, como um episódio depressivo de leve a alta gravidade que ocorre durante a gravidez ou até um ano após o parto (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018). Contudo, a *American Psychiatric Association* refere, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V*, que a DPP ocorre durante a gravidez até quatro semanas após o parto (Langan e Goodbred, 2016).

Na literatura, a informação sobre a comparação da prevalência da DPP e da depressão pré-parto entre vários países é escassa, havendo apenas alguns dados referentes a continentes ou, de forma global, sem especificação dos países.

É estimado que em metade dos casos diagnosticados com depressão pós-parto, a depressão terá começado durante a gravidez (Casanova *et al.*, 2019), no entanto, sabe-se que a prevalência da DPP varia durante a gravidez. Isto é, a sua prevalência no primeiro trimestre de gravidez é cerca de 7,4% e aumenta para 12% e 12,8% no segundo e terceiro trimestre, respetivamente (Lin *et al.*, 2019). Noutro estudo, também de 2019, a prevalência da depressão pré-parto no primeiro trimestre de gravidez é de 10,35%, no segundo trimestre é

de 6,58%, e no último trimestre de gestação a prevalência sobe até aos 26,70%. A prevalência global em todos os trimestres é de 15,05% (Okagbue *et al.*, 2019).

Um estudo de 2017 revela que as mulheres de países em desenvolvimento apresentam uma prevalência maior de depressão pré-parto (19,2%) e de depressão pós-parto (18,7%) quando comparadas com mulheres de países desenvolvidos (9,2% e 9,5%, respetivamente) (Woody *et al.*, 2017). Mais recentemente, Dadi *et al.* (2020) estimaram uma prevalência de depressão pré-parto de 15% a 65% para os países em desenvolvimento, e de 17% para os países desenvolvidos, sendo que para os países asiáticos foi estimada uma prevalência de 20% (Dadi *et al.*, 2020). Segundo Woody *et al.* (2017), a prevalência global de DPP, tendo em conta o período pós-parto até um ano após o nascimento da criança, encontra-se na ordem dos 11,9% (Woody *et al.*, 2017). Ao considerar que a DPP ocorre até um mês após o parto, Gavin *et al.* (2005) estimaram que a prevalência desta doença ronda os 5,7% (Gavin *et al.*, 2005), ou seja, uma diferença de 6,2% a menos que a prevalência deste tipo de depressão quando consideramos o período perinatal até um ano do pós-parto.

Nos Estados Unidos da América (EUA), 10% a 14% das mulheres grávidas e 13% a 20% das mulheres no período pós-parto, desenvolvem depressão. Estes dados são equivalentes a 11,5%, ou seja, meio milhão de mulheres por ano sofrem de depressão no período perinatal (Ko *et al.*, 2017).

Uma revisão realizada por Arifin *et al.* (2018) teve como objetivo estudar a prevalência da depressão pós-parto, até 12 meses após o parto, em diferentes países e culturas. A prevalência da depressão pós-parto variou de 4% a 63,9%. Dos vários estudos revistos pelos autores, a prevalência deste tipo de depressão variou de 4% a 48,3% na Ásia, 5% a 63,9% na América, 4,4% a 22,8% na Europa, 7,2% a 50,3% na África, 6% a 32,8% na Austrália, e 7,6% a 30,9% na Nova Zelândia (Arifin, Cheyne e Maxwell, 2018).

Uma meta-análise para estimar a prevalência global e nacional da depressão pós-parto, foi conduzida por Hahn-Holbrook *et al.* (2018), e os resultados encontram-se apresentados na figura 1 (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs e Anaya, 2018).

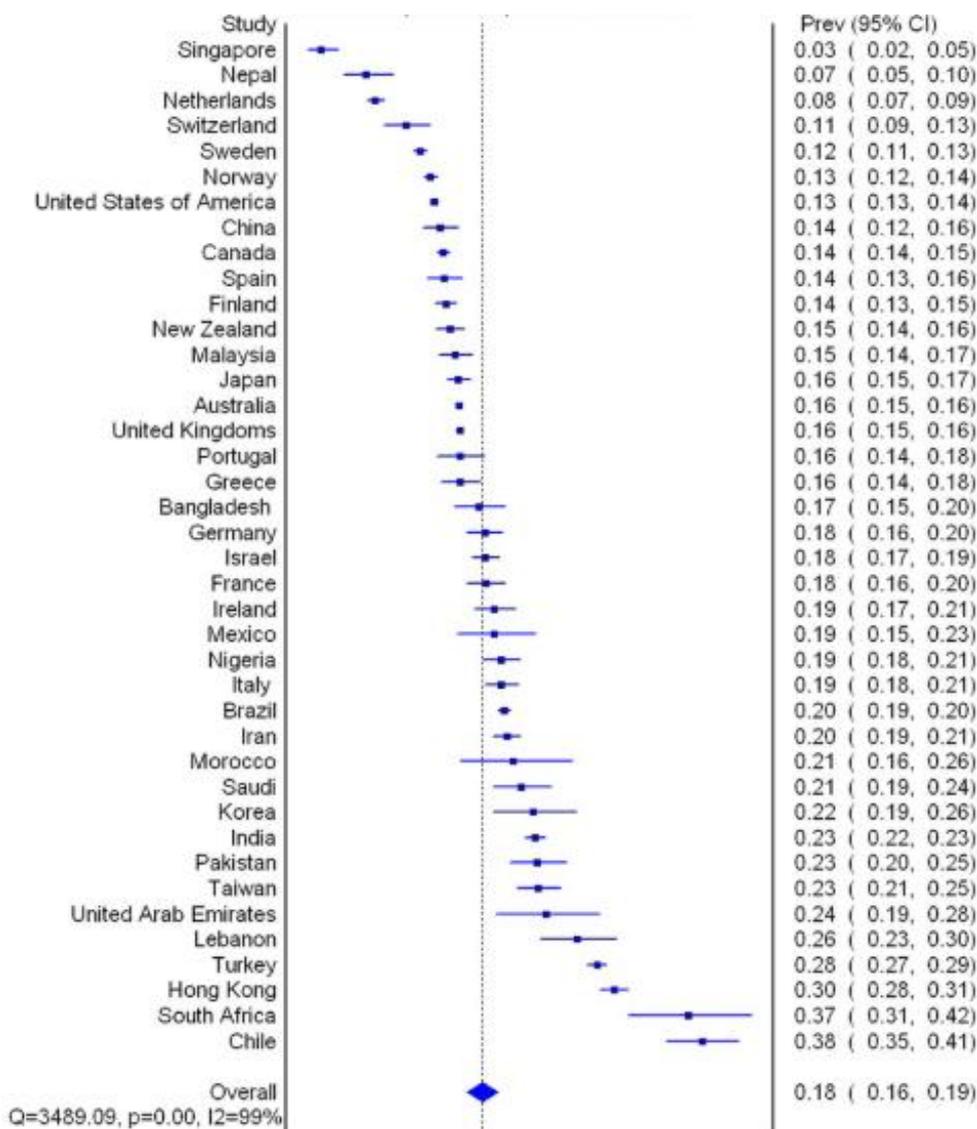


Figura 1. Prevalência da depressão pós-parto em vários países. Retirado de (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs e Anaya, 2018).

Pela análise do gráfico, o menor valor de prevalência encontrado foi de 3% (Singapura) e o maior valor foi 38% (Chile), sendo que a média foi de 18%. Portugal tem uma prevalência de depressão pós-parto de 16%, pouco abaixo da média global. O estudo também teve como finalidade a identificação de fatores políticos, sociais, económicos e de saúde, que poderiam estar associados com a prevalência nacional relatada. Assim, concluiu-se que países com maior taxa de iniquidade nos rendimentos, de mulheres que trabalham mais de 40 horas por semana ou de mortalidade infantil, apresentam maior prevalência de depressão pós-parto (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs e Anaya, 2018).

2.2. Sinais e sintomas da Depressão Periparto

De acordo com uma publicação do *National Institute of Mental Health*, existem alguns sinais e sintomas associados à DPP (National Institute of Mental Health, 2021):

- Sentimento de tristeza e/ou ansiedade persistente;
- Irritabilidade;
- Sentimentos de desespero, desamparo, inutilidade ou de culpa;
- Falta de interesse ou vontade em fazer atividades ou *hobbies*;
- Falta de energia ou fadiga;
- Sensação de inquietação;
- Esquecimentos, dificuldade em se concentrar e na tomada de decisões;
- Perturbação do sono (dificuldade em adormecer, acordar cedo ou dormir demais);
- Alteração de apetite e/ou alteração do peso;
- Dores de cabeça, cólicas ou problemas digestivos que não diminuem com tratamento ou não apresentam uma etiologia física clara;
- Dificuldade em criar ligações emocionais com o bebé;
- Duvidar, de forma persistente, da sua capacidade em cuidar do bebé;
- Pensamentos sobre a morte, suicídio, comportamentos autolesivos ou lesivos para o bebé.

É fundamental a atenção para os sinais e sintomas referidos por parte da mãe, daqueles que fazem parte do seu seio familiar e também pelos profissionais de saúde que a acompanham.

2.3. Determinantes e Fatores de risco da Depressão Periparto

A DPP não tem uma causa única e pode estar presente em qualquer mulher independentemente da raça, idade, educação, cultura ou rendimentos. A etiologia desta doença não está definida, porém há várias teorias: anormalidades nos neurotransmissores da mãe, diminuição dos níveis de estrogénio, disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, disfunção da tiróide e predisposição genética (Langan e Goodbred, 2016).

Apesar de não haver uma causa definida, sabe-se que há vários fatores ambientais e genéticos que podem contribuir para o desenvolvimento desta doença, como por exemplo

o *stress* do dia-a-dia, as exigências físicas e emocionais de cuidar de uma criança, as alterações hormonais durante a gravidez e após o parto (National Institute of Mental Health, 2021). Um historial (pessoal ou familiar) de depressão, doença bipolar ou DPP numa gravidez anterior (National Institute of Mental Health, 2021), a qualidade da relação com o parceiro (Hübner-Liebermann, Hausner e Wittmann, 2012), a ausência de apoio familiar, uma história anterior de doença mental ou de violência doméstica, alcoolismo, complicações durante a gravidez (Biaggi *et al.*, 2016), as mudanças dos níveis de progesterona e estradiol (Schiller, Meltzer-Brody e Rubinow, 2015) e a ingestão abusiva de alimentos processados com excesso de açúcar e gordura (Baskin *et al.*, 2015; Pina-Camacho *et al.*, 2015), são também fatores que podem aumentar o risco de uma mulher grávida desenvolver esta doença.

Capítulo III

Gestão da Depressão Periparto

3. Gestão da Depressão Periparto

No presente capítulo encontram-se informações relevantes sobre prevenção, rastreio, diagnóstico e tratamento da DPP, bem como as suas implicações e a visão de outros países sobre este tipo de depressão. No final deste capítulo, é apresentada uma revisão da literatura acerca de instrumentos de medição utilizados na identificação de depressão pré e/ou pós-parto. Posteriormente à revisão referida, foi realizada uma pesquisa adicional com a finalidade de perceber que instrumentos se encontram validados em Portugal e quais as suas propriedades psicométricas na população portuguesa.

3.1. Prevenção

De facto, o diagnóstico precoce da DPP é necessário para que seja possível uma intervenção rápida e uma diminuição dos impactos negativos na mãe e na criança. Porém, ainda existem vários obstáculos que dificultam a rápida identificação da DPP que, consequentemente, atrasam o seu tratamento. Assim sendo, torna-se relevante prevenir esta doença.

Vários países da União Europeia, como Portugal, Espanha, Bélgica, República Checa, entre outros, têm planos ou políticas dedicadas à promoção ou prevenção da saúde mental. Essas ações, em escolas e entidades empregadoras, assumem um papel importante na consciencialização da população ao diminuir o estigma existente em torno destas doenças, aumentando a procura de ajuda profissional por parte dos doentes e, consequentemente, permitindo a deteção precoce de doença mental. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, em 2018, apenas 18 dos 31 países pertencentes à União Europeia e à Associação Europeia de Comércio Livre tiveram ações dirigidas ao período perinatal até aos dois anos de idade da criança (OECD, 2018).

De acordo com os programas “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância” e “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco”, ambos da Direção Geral de Saúde (DGS), a intervenção preventiva relativamente à DPP é baseada no apoio à grávida ou puérpera que se encontra em situação de risco, através da referenciação para consultas de psicologia/saúde mental e da colaboração com um Hospital

de Apoio Perinatal (HAP) ou com um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) (Direção Geral da Saúde, 2005, 2015).

Para um hospital obter a designação de HAP tem de possuir várias competências estipuladas pelo Ministério da Saúde como uma equipa de urgência mínima em presença física 24/24h, bloco de partos com acessos e recursos específicos, recursos humanos e materiais que permitam a reanimação do recém-nascido a qualquer momento, uma unidade de cuidados intermédios, pediatras com competências em neonatologia, consultas diferenciadas (Consulta de Alto Risco, Pré concecional e de planeamento familiar para casos referenciados pelos cuidados de saúde primários) e colaborar na formação de profissionais de saúde locais e dos Médicos de Medicina Geral e Familiar da sua área de abrangência. Dado o elevado consumo de recursos humanos e materiais exigidos para preencher todos os requisitos referidos, é necessário os HAP realizarem, no mínimo, 1500 partos por ano, salvo exceções derivadas de determinantes geodemográficos. Os HAPD, para além das competências anteriormente referidas, têm ainda que conter um serviço de Cirurgia Neonatal e outras subespecialidades mais diferenciadas, assistência multidisciplinar a todas as patologias em associação ou coexistência com a gravidez, uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais com Neonatologistas em presença física 24/24h, coordenação ou integração de equipas de transporte neonatal, garantia de articulação protocolada com os HAP e maior responsabilidade na formação e avaliação de profissionais de saúde da própria instituição e da sua zona abrangente (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006).

A *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) recomenda a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Interpessoal (TIP) na prevenção da DPP (Curry *et al.*, 2019). A TCC é uma forma de psicoterapia que tem como princípio-base o sofrimento emocional e padrões inadequados de comportamento, com o objetivo de auxiliar os doentes na identificação, avaliação e alteração de convicções e comportamentos negativos, tendo sido mostrada evidências de melhoria dos sintomas depressivos na mãe e nas consequências que estes têm na criança (Sockol, 2015). A TIP também é considerada uma psicoterapia, inicialmente desenvolvida para o tratamento da depressão. Os seus principais objetivos são a diminuição dos sintomas, apoio social, resolução de conflitos interpessoais (Sockol, 2018) e melhoria de competências de comunicação (National Institute of Mental Health, 2021).

Apesar de existir menor evidência da sua eficácia, e por isso serem menos utilizados, há outras formas de prevenir a DPP como a atividade física (Poyatos-León *et al.*, 2017), suplementação nutricional de ácidos gordos ricos em ómega-3 (Hsu, Tung e Chen, 2018), sessões de educação pré e pós-parto, farmacoterapia, visitas ao domicílio de apoio à mãe e para cuidados neonatais, intervenções de apoio psicossocial (Curry *et al.*, 2019; O'Connor *et al.*, 2019; Werner *et al.*, 2015). Dada a variedade de intervenções preventivas existentes para a DPP, é importante uma revisão da literatura para avaliar a eficácia das mesmas (Fonseca *et al.*, 2020).

Para que se possa prevenir a DPP, é fundamental identificar a população em risco de desenvolver sintomas depressivos. Esta identificação é complexa, uma vez que na literatura não se encontra descrito um método que permita saber qual a população em risco que possa beneficiar de intervenções preventivas. Apesar de serem comumente utilizados dois instrumentos de medição (*Edinburgh Postpartum Depression Scale* e *Center of Epidemiological Studies Depression Scale*) com o objetivo de prever o aparecimento desta doença, o valor de *cut-off* que permite afirmar que uma mulher apresenta um risco de desenvolver DPP não é consensual entre autores (Curry *et al.*, 2019; O'Connor *et al.*, 2019).

Promover a procura de ajuda profissional e aumentar a consciencialização dos profissionais de saúde para a DPP, são algumas intervenções que podem ser feitas de modo a contribuir para a prevenção desta doença (Fonseca *et al.*, 2020).

3.2. Rastreio

Pereira *et al.* (2014) consideraram dez razões que apoiam o começo do rastreio da DPP desde a gravidez (Pereira *et al.*, 2014b), sendo estas:

1. A alta prevalência durante e após a gravidez (Casanova *et al.*, 2019; Eberhard-Gran *et al.*, 2002; Lin *et al.*, 2019; Woody *et al.*, 2017)
2. Os impactos negativos na mãe, criança e família. Estes impactos têm consequências no bem-estar físico e psicológico da mãe (Slomian *et al.*, 2019), no sono, amamentação e crescimento da criança (Hübner-Liebermann, Hausner e Wittmann, 2012). Tudo isto pode afetar alguns sistemas do setor público, tendo implicações financeiras e em toda a sociedade (Sontag-Padilla *et al.*, 2013).

3. Por se tratar de uma doença subdiagnosticada e subtratada, em que cerca de 75% dos casos não são identificados pelos profissionais de saúde (Johnson *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2014b) e apenas 10% das mulheres são tratadas devido à inexistência de programas de rastreio (Navarro *et al.*, 2007).
4. A maioria das mulheres com sintomas de DPP não procuram ajuda (Buist, 2006), o que se pode dever a fatores como o reconhecimento da doença, os recursos e o estigma (Liberto, 2012; Pereira *et al.*, 2014b).
5. Perceções erradas dos sintomas por parte das mulheres (Whitton, Warner e Appleby, 1996) e pelos profissionais de saúde (Olson *et al.*, 2002), uma vez que os sintomas da DPP podem ser associados ao facto de se tratar de uma mulher grávida ou em período pós-parto (Pereira *et al.*, 2014a).
6. A falta de instrumentos de medição válidos, fiáveis e económicos para o rastreio desta doença (Pereira *et al.*, 2014b).
7. A aceitabilidade de rastrear, através de instrumentos de medição preenchidos pela própria mulher ou pelo profissional de saúde, durante a gestação e no período pós-parto (Hewitt *et al.*, 2009).
8. Ao aumentar a taxa de deteção, aumenta a taxa de diagnóstico e de tratamento em comparação com a prática de rotina durante a gravidez (Elliott *et al.*, 2000; Jiang *et al.*, 2016) e no pós-parto (Evins, Theofrastous e Galvin, 2000; Fergerson, Jamieson e Lindsay, 2002).
9. A existência de várias oportunidades que podem permitir a aplicação de instrumentos de medição para um rastreio de rotina da DPP, dado o elevado acompanhamento que estas mulheres têm por parte dos profissionais de saúde (Gjerdingen e Yawn, 2007). Em Portugal, grande parte das queixas referentes aos serviços de saúde prendem-se com a falta de tempo no atendimento ou atrasos nas consultas (Ordem dos Médicos, 2019). O tempo estipulado para uma consulta de medicina geral e familiar, ou de obstetrícia, é um obstáculo ao rastreio desta doença.
10. A evidência de que o rastreio através de questionários auto-preenchidos é custo-efetivo (Hewitt e Gilbody, 2009).

Na literatura encontram-se descritas três abordagens que permitem a identificação precoce da DPP:

- Rastrear as mulheres grávidas ou que se encontrem no período pós-parto, em intervalos de tempo definidos durante a gravidez (*screening* universal). No caso de

o rastreio ser positivo, deve proceder-se à avaliação do diagnóstico para confirmar ou não o diagnóstico de depressão (Williams, Cadario e Li, 2014).

- Rastrear as mulheres grávidas ou que se encontrem no período pós-parto, que apresentem fatores de risco conhecidos ou evidências clínicas de depressão, em períodos definidos durante a gestação e após o parto (*targeted screening*). Se o rastreio for positivo, também se deve proceder à avaliação do diagnóstico para confirmar ou não a presença de DPP (Williams, Cadario e Li, 2014).
- Não rastrear todas as mulheres grávidas ou aquelas que se encontrem no período pós-parto, mas realizar a avaliação do diagnóstico de depressão àquelas que apresentem sintomas característicos desta doença (Williams, Cadario e Li, 2014).

Segundo o “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco” da DGS, apenas se encontra indicada a avaliação de sinais de ansiedade e do risco de depressão na gravidez na segunda consulta que deve ser realizada entre as 14 e as 16 semanas de gestação. De acordo com o programa nacional referido anteriormente, só na consulta do puerpério (isto é, entre a quarta e a sexta semana do pós-parto) volta a ser indicada uma avaliação do estado emocional da puérpera através de uma avaliação clínica e também da aplicação do instrumento de medição *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) (Direção Geral da Saúde, 2015).

Existem vários instrumentos de medição que podem ser utilizados na identificação de doentes com depressão pré-parto e/ou pós-parto. Posteriormente foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de perceber que instrumentos de medição específicos para a deteção de depressão durante a gravidez e/ou após o parto são utilizados, e que instrumentos de medição genéricos, desenvolvidos para medir a depressão de forma geral, e que também podem ser utilizados para identificar estes tipos de depressão.

3.3. Diagnóstico

A falta de consenso relativamente ao período designado por periparto cria dificuldades aquando do diagnóstico da DPP (Langan e Goodbred, 2016). Alguns sintomas da DPP, como por exemplo a perda de energia, alterações no sono, apetite e peso, também são sintomas comuns relacionados com a gravidez ou com o pós-parto, o que dificulta o processo de reconhecimento de depressão por parte da mulher (Boyd *et al.*, 2011; Fonseca

et al., 2020; Ford *et al.*, 2017). Também o facto de algumas mulheres terem receio em expressar o que pensam, ou o que sentem, com o seu médico, amigos ou família, devido ao estigma da doença mental, pode atrasar a identificação desta doença. De forma a combater este problema, é essencial a criação de um ambiente seguro e livre de estigmas, para que a mulher se sinta confortável e comunique sem constrangimento (Mahmood *et al.*, 2016).

No puerpério ocorrem alterações psicológicas adaptativas, sendo possível identificar três situações distintas relativamente à saúde mental da mãe:

- *Baby blues*: perturbação emocional caracterizada por humor depressivo, ansiedade, crises de choro, irritabilidade e dificuldades de concentração (Casanova *et al.*, 2019). Estes sintomas, geralmente, aparecem poucos dias após o parto e não possuem um impacto funcional significativo na mulher dada a sua transitoriedade (Sousa, 2019). Tem uma prevalência de 40% a 60% e tende a desaparecer, sem tratamento, dentro de 10 a 14 dias (Direção Geral da Saúde, 2015).
- Depressão pós-parto: apresenta os mesmos sintomas que o *baby blues*, mas com maior duração (3 a 12 meses), e necessidade de tratamento (Casanova *et al.*, 2019). Tem uma prevalência de 10% a 15%, devendo ser diagnosticada e tratada precocemente, de modo a evitar ou diminuir os impactos negativos na mãe e na criança (Direção Geral da Saúde, 2015).
- Psicose pós-parto: apresenta sintomas como confusão, distração, défice de atenção (Casanova *et al.*, 2019), paranoia, agitação, alucinações/delírios e ideação suicida/infanticida (Sousa, 2019). Normalmente surge nas duas primeiras semanas após o parto, tem uma baixa prevalência (0,2%) e, dada a sua gravidade, constitui uma urgência médica que requer tratamento intensivo (Direção Geral da Saúde, 2015).

3.4. Tratamento

Os vários tratamentos conhecidos para a DPP fazem parte de três grandes grupos: tratamentos não farmacológicos, tratamentos farmacológicos e terapias complementares.

- ***Tratamento não farmacológico***

As terapias não farmacológicas são designadas de tratamentos de primeira linha para DPP leve a moderada, enquanto que para mulheres grávidas que apresentem sintomas

graves de DPP é aconselhada a combinação deste tipo de terapia com medicação (Langan e Goodbred, 2016).

As psicoterapias TCC e TIP são as mais utilizadas quer para a prevenção da DPP, quer para o seu tratamento. Alguns problemas surgiram relativamente a estas terapias como por exemplo, o facto de serem em horários incompatíveis para a mãe e as dificuldades no transporte, o que levou à criação de soluções (Ashford, Olander e Ayers, 2016). Uma delas são os programas de intervenção psicológica via internet, baseados na TCC (Sousa, 2019). Em Portugal, um grupo de investigadores da Universidade de Coimbra desenvolveu o programa *online Be a Mom*, com a finalidade de prevenir sintomas persistentes de depressão pós-parto. Este programa demonstrou promover a melhoria da capacidade de autorregulação das emoções e, conseqüentemente, a diminuição dos sintomas depressivos (Fonseca *et al.*, 2019).

Outras terapias não farmacológicas menos utilizadas são a terapia psicodinâmica, intervenções educativas e aconselhamento psicológico para melhorar a relação mãe-filho (Fonseca *et al.*, 2020).

- ***Tratamento farmacológico***

O uso de medicamentos psicotrópicos (antidepressivos) no tratamento da DPP é aconselhado para mulheres grávidas que apresentem sintomas leves a moderados nas quais os tratamentos não farmacológicos não resultaram, ou para mulheres grávidas com sintomas moderados a graves de depressão (Sousa, 2019).

Existem três gerações de medicamentos antidepressivos, mas a segunda geração é aquela que se encontra indicada para o tratamento da DPP. Estes medicamentos incluem os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), que estão indicados como tratamento de primeira linha nesta doença, uma vez que são considerados seguros em mulheres grávidas ou em mulheres que amamentam. Alguns exemplos de ISRS são a fluoxetina, a sertralina, a paroxetina, a fluvoxamina, o escitalopram e o citalopram (Latendresse, Elmore e Deneris, 2017).

Contudo, há fármacos mais adequados para o pós-parto e outros para durante a gestação. Por exemplo, a paroxetina não se encontra indicada para a mulher durante a gravidez, dado que possivelmente está associada ao desenvolvimento de mal formações cardíacas no feto (Hübner-Liebermann, Hausner e Wittmann, 2012; Sousa, 2019). A sertralina, o citalopram e o escitalopram são os ISRS mais recomendados para mulheres

durante a gravidez. Para a fase de amamentação, os mais aconselhados são a sertralina e a paroxetina (Latendresse, Elmore e Deneris, 2017).

Apesar dos fármacos referidos serem considerados os mais seguros, sabe-se que atravessam a placenta e se encontram presentes no leite materno, mesmo que em pequenas concentrações (Latendresse, Elmore e Deneris, 2017). O uso de antidepressivos pode estar associado a um aumento do risco de malformações cardiovasculares (Grigoriadis *et al.*, 2013), hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido (Kielar *et al.*, 2012), parto prematuro e baixo peso à nascença (Ross *et al.*, 2013). Foram realizados vários estudos com o objetivo de identificar qual o efeito destes antidepressivos no feto, mas as conclusões são controversas. Relativamente à presença destes fármacos no leite materno, não há evidência científica suficiente para se poder concluir que provocam consequências negativas na criança (Latendresse, Elmore e Deneris, 2017).

Um estudo demonstrou que a baixa adesão a fármacos psicotrópicos por parte das mulheres grávidas encontra-se associada com a perceção de risco elevado na toma de antidepressivos, sintomas depressivos durante a gestação e fumar durante a gravidez (Lupattelli *et al.*, 2015). Na fase pós-parto, apesar de adesão a estes fármacos ser maior, a taxa de amamentação diminui (Leggett *et al.*, 2017).

São necessários estudos futuros na área da segurança materna e neonatal para que seja possível, por parte do médico e da doente, a avaliação do risco na toma de antidepressivos *versus* a não adoção de tratamento farmacológico na população com DPP (Fonseca *et al.*, 2020).

A *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou, em março de 2019, um fármaco específico para o tratamento da depressão pós-parto em mulheres com sintomas moderados a graves. O fármaco designado por Zulresso (brexanolona), é uma formulação intravenosa e um modulador do recetor GABA-A. A sua eficácia já foi demonstrada em dois ensaios clínicos em que o placebo e a brexanolona foram administrados, no grupo controlo e no grupo experimental respetivamente, de forma contínua durante 60 horas. Em ambos os estudos, o novo fármaco foi superior em relação ao placebo, melhorando os sintomas depressivos dos doentes ao fim das 60 horas. Os principais efeitos adversos demonstrados foram sonolência, rubor e boca seca. A brexanolona parece ser uma forte opção para o tratamento moderado a grave de depressão pós-parto (Kanes *et al.*, 2017), porém são

necessários mais estudos que comparem este fármaco com as alternativas terapêuticas mais utilizadas na prática clínica (Food and Drug Administration, 2019).

Uma revisão feita por Molenaar *et al.* revelou que, em 2018, existiam 12 países (EUA, Canadá, Austrália, Dinamarca, Alemanha, Noruega, Espanha, Reino Unido, Holanda, China, Nova Zelândia e Singapura) com orientações clínicas para o tratamento dos sintomas da DPP e sobre o uso de antidepressivos no período perinatal. No entanto, outros países europeus como Portugal, Áustria, Bélgica, Luxemburgo, França, Suécia e Suíça não têm orientações nacionais para a gestão do uso de antidepressivos nesta doença e, segundo os autores, Índia e Israel encontravam-se a construir estas orientações (Molenaar *et al.*, 2018).

- ***Terapias alternativas e complementares***

Uma revisão sistemática sobre tratamentos para a DPP, salientou várias terapias alternativas e complementares que podem ser implementadas juntamente com os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Algumas destas terapias, como a prática de exercício físico, yoga, acupuntura, massagens, ácidos gordos ricos em ómega-3, terapia de luz e terapias de estimulação cerebral, parecem ter alguma eficácia na diminuição dos sintomas depressivos (Nillni *et al.*, 2018). A estimulação cerebral, como a terapia electroconvulsiva, é recomendada quando o tratamento farmacológico não faz efeito ou quando o uso de antidepressivos não é aconselhado (Langan e Goodbred, 2016; National Institute of Mental Health, 2021).

3.5. Visão de outros países

Segundo a *guideline* clínica “*Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*” do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), na primeira consulta em cuidados de saúde primários da mulher grávida ou em período pós-parto, é recomendada a identificação da DPP através da aplicação das duas *Whooley questions*. Se a resposta a ambas as questões for “sim”, a mulher encontra-se em risco de desenvolver DPP, sendo aconselhado a aplicação do EPDS ou do *Patient Health Questionnaire 9-item* (PHQ-9). No caso de ser uma suspeita de um problema mental grave, deve ser encaminhada para um profissional de saúde mental (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018).

A mesma *guideline* refere o apoio às mulheres, aos seus parceiros, família e prestadores de cuidados, e uma prestação de cuidados planeada, como princípios de cuidado a seguir durante a gravidez e no pós-parto. Além disso, a mulher deve ser aconselhada e devidamente informada sobre quais os tratamentos existentes para o seu caso, e as implicações que o tratamento e o não tratamento podem ter para si e para o seu bebé (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018).

A *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda o diagnóstico de todas as mulheres grávidas para sintomas de ansiedade e/ou depressão, pelo menos uma vez antes do parto e através de um instrumento de medição *standard* e válido (Casanova *et al.*, 2019).

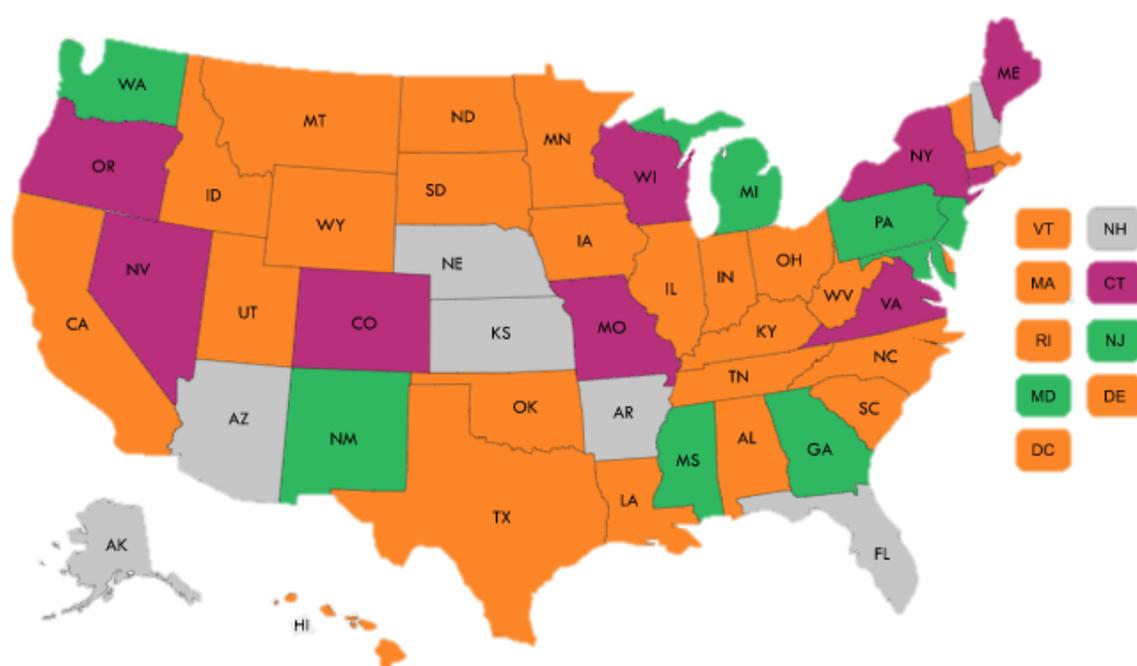


Figura 2. Políticas da *Medicaid* para o rastreio da depressão materna durante as consultas de bem-estar infantil. Retirado de (National Academy for State Health Policy, 2019).

A verde estão representados os estados que exigem o rastreio da depressão materna, a laranja estão os estados que recomendam esse rastreio, a roxo estão os estados que não o exigem nem recomendam e a cinzento estão os estados dos quais não há informação disponível.

De acordo com o *National Academy for State Health Policy*, nos EUA, oito estados (*Georgia, Maryland, Michigan, Mississippi, New Jersey, New Mexico, Pennsylvania e Washington*) exigem o rastreio da depressão materna durante as consultas de bem-estar infantil, 27 estados (*Alabama, California, Delaware, District of Columbia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Montana, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Rhode Island, South Carolina, South Dakota,*

Tennessee, Texas, Utah, Vermont, West Virginia e Wyoming) recomendam esse rastreio e nove estados (*Colorado, Connecticut, Maine, Missouri, Oregon, Nevada, New York, Virginia e Wisconsin*) não o exigem nem recomendam. No que diz respeito à recomendação e requisitos para aplicação de instrumentos de medição, 19 estados (*Alabama, California, Connecticut, Delaware, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Maine, Massachusetts, Mississippi, Montana, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Pennsylvania, South Dakota, Texas e Vermont*) exigem instrumentos de medição específicos, 21 estados (*Colorado, District of Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Michigan, Minnesota, Nevada, New York, Ohio, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Utah, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin e Wyoming*) recomendam instrumentos específicos e três estados (*Kentucky, Louisiana e Missouri*) não os exigem nem recomendam (National Academy for State Health Policy, 2019).

Em 2019, a USPSTF aconselhou a implementação de dois programas com o objetivo de prevenir a DPP em mulheres que apresentem fatores de risco. Um dos programas designa-se ROSE (*Reach Out, Stay Strong, Essentials*) e é constituído por quatro aulas com vários cenários que podem ocorrer no período pré-parto. Alguns estudos mostram que este programa está associado à diminuição do risco de desenvolver DPP em mulheres com menos condições financeiras. Por isso, a intervenção ROSE encontra-se a ser estudada em vários setores da saúde e em várias condições, para perceber quais são as exigências económicas e sociais necessárias para implementar este programa a longo prazo. Também foi recomendado o programa *Mother and Babies*, que é baseado nos princípios da TCC, com o objetivo de promover o desenvolvimento da criança e fortalecer a ligação entre esta e a mãe. Este programa tem mostrado a sua eficácia em vários estudos, e consiste em seis a 12 sessões de grupo, uma a duas horas por semana durante a gravidez, e duas a cinco sessões após o parto. Ambos os programas podem ser fornecidos por enfermeiros ou outros profissionais de saúde (Lewis Johnson *et al.*, 2020).

Segundo a *Australian Clinical Practice Guideline sobre Mental Health Care in the Perinatal Period*, existem evidências de quatro instrumentos de medição para o rastreio da depressão no período pré-parto: EPDS, PHQ-9, *Whooley questions* e *Kessler Psychological Distress Scale* (K-10). Os instrumentos de medição para o rastreio no período pós-parto, segundo a evidência científica, são: EPDS, PHQ-9, *Patient Health Questionnaire 2-item* (PHQ-2), *Whooley questions* e K-10. Relativamente ao *timing* do rastreio da depressão durante a gravidez, este deve ser feito na primeira consulta pré-parto, apesar do tempo

disponível que permite avaliar a saúde mental da mulher ser limitado. Já para o período pós-parto, a avaliação da saúde mental deve coincidir com as consultas de rotina da mãe e da criança. Assim, as recomendações são completar o primeiro rastreio pré-parto o mais cedo possível na gravidez, e repeti-lo mais tarde antes do parto, assim como concluir o rastreio pós-parto seis a 12 semanas depois do nascimento da criança, e repeti-lo pelo menos outra vez durante o primeiro ano do pós-parto. Também é aconselhado que uma mulher com uma pontuação entre 10 e 12 no EPDS, seja monitorizada e repita o questionário no intervalo de duas a quatro semanas (Austin e Highet, 2017).

O governo australiano desenvolveu uma iniciativa designada por *Australian National Perinatal Depression Initiative* (NPDI), que consiste numa avaliação de rotina e universal de mulheres na fase perinatal com a utilização do EPDS. Nesta iniciativa, era garantido o acompanhamento, o apoio e os cuidados necessários às mulheres com DPP e àquelas que foram consideradas em risco de desenvolverem esta doença. Foram introduzidas, também, sessões de aconselhamento gratuitas para mulheres em fase perinatal, com menos possibilidades financeiras e que se encontrem diagnosticadas com uma doença psiquiátrica leve a moderada (Austin *et al.*, 2010; Lee *et al.*, 2019). Num estudo que pretendeu avaliar o impacto da NPDI, através dos internamentos na ala psiquiátrica de mulheres no período pós-parto, foi demonstrado que esta iniciativa pode estar associada à diminuição de internamentos por doença psiquiátrica em mulheres durante o pós-parto. Ou seja, há vantagens em rastrear mulheres em risco de desenvolver DPP e na antecipação do tratamento para aquelas que são diagnosticadas precocemente (Lee *et al.*, 2019).

Em Itália, vários estudos e diversas iniciativas foram realizadas com o objetivo de antecipar o diagnóstico e melhorar a gestão de doenças mentais no período perinatal. Em 2017, uma diretiva do ministro da saúde italiano estabeleceu, pela primeira vez, a consciência clínica para o problema que é a saúde mental nas mulheres grávidas. Esta diretiva refere que devem ser realizadas avaliações psicológicas gratuitas nos Centros de Cuidados de Saúde Familiar a todas as mulheres, durante a gravidez e após o parto (Grussu *et al.*, 2020).

3.6. Implicações

A saúde mental da mãe deve ser alvo de constante preocupação e avaliação, dado que a perturbação depressiva de uma mulher grávida pode significar impactos negativos nela própria e nas pessoas que a rodeiam (Sousa, 2019).

Estes impactos não só se encontram na mãe e no filho de forma individual, mas também na ligação entre ambos. A relação mãe-filho pode ficar afetada, tornando-se suscetível a:

- Falta de empatia e sensibilidade;
- Ansiedade e hostilidade;
- Desapego emocional e físico;
- Diminuição do interesse e da interação para atividades de lazer e didáticas com a criança;
- Menor prontidão para responder às necessidades da criança;
- Diminuição do tempo destinado à amamentação;
- Mudanças comportamentais (ora intrusivo e controlador, ora distante e indiferente) (Sousa, 2019).

Um estudo que avaliou a associação entre a depressão materna e algumas variáveis biológicas cardiovasculares, inflamatórias e de envelhecimento celular, concluiu que mães com depressão e os seus filhos têm maior risco de desenvolver doenças a nível físico e psicológico precocemente, quando comparados com mães sem sintomas depressivos e respetivos filhos (Nelson *et al.*, 2020).

A falta de diagnóstico e, conseqüentemente, o não tratamento da DPP, pode ter várias conseqüências no bem-estar físico e psicológico da mãe (Slomian *et al.*, 2019), estando associado a taxas maiores de suicídio (Orsolini *et al.*, 2016) e maior suscetibilidade a comportamentos de risco como o consumo exagerado de álcool, medicamentos, tabaco e até à falta de comparência aos cuidados de obstetrícia (Becker *et al.*, 2016). A depressão materna encontra-se também associada a um maior risco de comportamentos inadequados com a criança como negligência e maus-tratos físicos e psicológicos, que levam a uma relação conflituosa entre mãe e filho. Tudo isto conduz a um aumento da taxa de mães e crianças que entram no sistema de apoio social (Kohl, Kagotho e Dixon, 2011). Existe uma maior probabilidade de mães com depressão se encontrarem desempregadas, por terem

dificuldades em arranjar e manter um emprego e, por isso, têm menos rendimentos. Estas doentes apresentam, assim, uma maior necessidade de apoios sociais (Ertel, Rich-Edwards e Koenen, 2011).

As crianças de mães com DPP, podem manifestar problemas no sono, amamentação, comportamento e crescimento. Até à adolescência, as crianças apresentam alguma insegurança, dificuldade no controlo das emoções e redução de capacidades cognitivas, emocionais e sociais (Hübner-Liebermann, Hausner e Wittmann, 2012). Há evidências de que crianças com mães com depressão apresentam, também, menor aproveitamento a nível escolar (Rouse *et al.*, 2020).

Assim, a DPP pode ter influências negativas em vários sistemas do setor público como a segurança social, o serviço nacional de saúde (SNS), o sistema de intervenção precoce, o sistema de educação e o sistema de apoio social. Tudo isto gera implicações e encargos financeiros em toda a sociedade, que podem ser evitados ou diminuídos com a prevenção e/ou o diagnóstico e tratamento precoce deste tipo de depressão (Sontag-Padilla *et al.*, 2013).

3.7. Medição da Depressão Periparto

Pretendeu-se realizar um levantamento dos instrumentos de medição utilizados para a identificação da DPP, quais se encontram validados em Portugal e as suas propriedades psicométricas.

Procedeu-se a uma revisão da literatura na base de dados da *PubMed* com as palavras-chave descritas na tabela 1, cujo processo de seleção dos estudos está representado na figura 3. Foram obtidos 3787 artigos, e dada a quantidade de artigos encontrados, restringiu-se a pesquisa a revisões com texto completo disponível e redigidos na língua inglesa ou portuguesa, o que gerou um total de 189 estudos. Através da leitura de título e resumo e pela exclusão de revisões cuja finalidade não foi a identificação de instrumentos de medição para o rastreio e diagnóstico da DPP, depressão pré-parto ou depressão pós-parto, foram selecionados 8 artigos. Note-se que foram excluídas revisões de instrumentos de medição aplicados em condições sociodemográficas específicas, ou que referissem à aplicação de apenas um instrumento.

Tabela 1. Estratégia de pesquisa na *PubMed* da revisão da literatura sobre instrumentos de medição utilizados na DPP (agosto de 2021).

Estratégia de pesquisa
<p><i>Search:</i> (((((((("perinatal depression"[Title/Abstract]) OR ("peripartum depression"[Title/Abstract])) OR ("prepartum depression"[Title/Abstract])) OR ("prenatal depression"[Title/Abstract])) OR ("antepartum depression"[Title/Abstract])) OR ("antenatal depression"[Title/Abstract])) OR (depression, postpartum[MeSH Terms])) AND (((("measurement instrument*"[Title/Abstract]) OR (test*[Title/Abstract])) OR (scale*[Title/Abstract])) OR (questionnaire*[Title/Abstract]))</p>

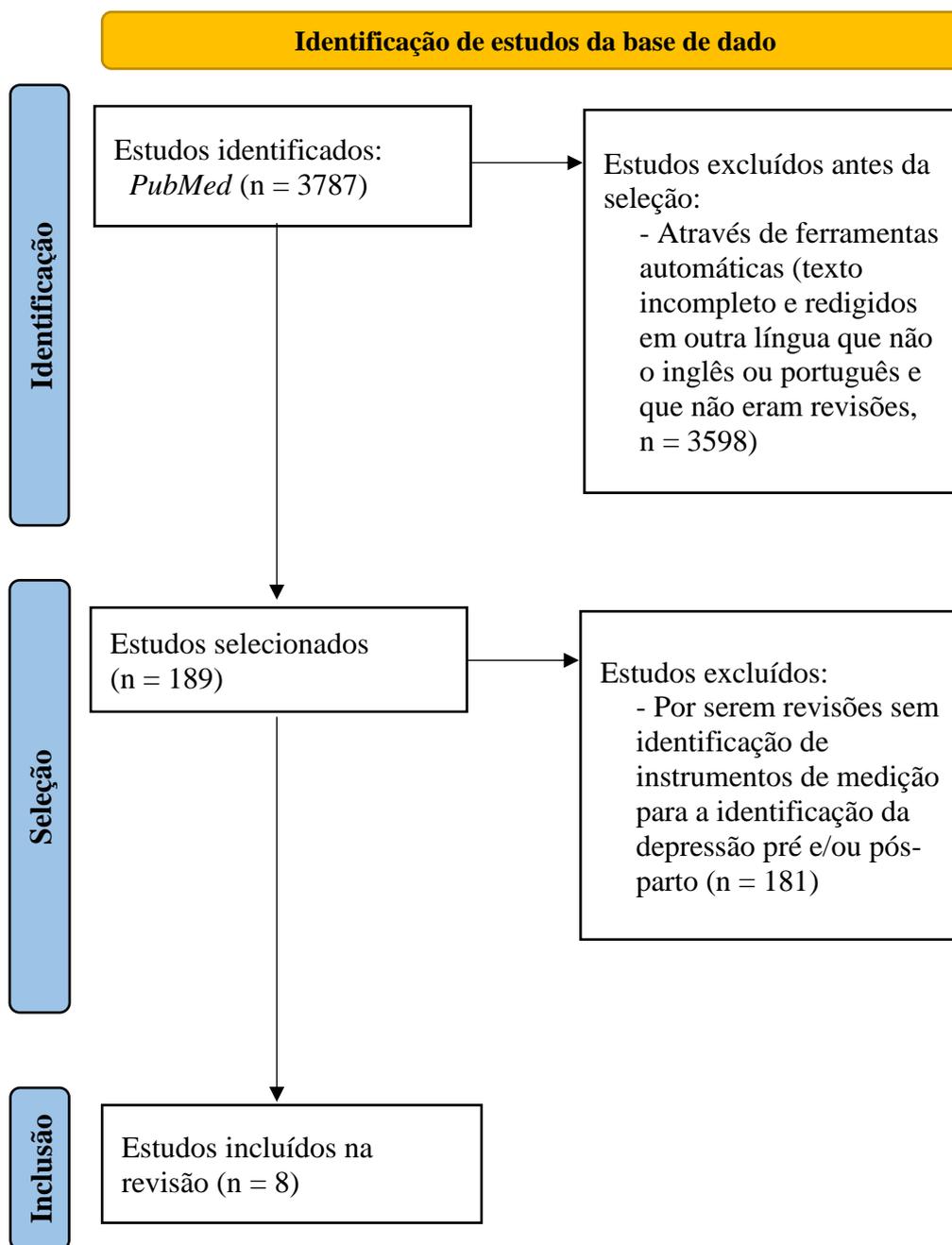


Figura 3. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos na revisão da literatura sobre os instrumentos de medição utilizados para identificação da DPP, de acordo com indicações PRISMA (2020) (Page *et al.*, 2021).

Posteriormente a esta revisão da literatura, levou-se a cabo uma pesquisa adicional para perceber como é constituído cada instrumento de medição encontrado. Pretendeu-se também saber quais destes instrumentos se encontram validados em Portugal e quais as suas propriedades psicométricas na população portuguesa. Estas pesquisas foram realizadas através da análise das referências bibliográficas das revisões sistemáticas referidas, *PubMed* e *Google scholar*.

3.7.1. Propriedades psicométricas de instrumentos de medição

A avaliação da qualidade de instrumentos de medição assume um papel de grande importância aquando da decisão de qual o melhor instrumento a ser utilizado, uma vez que fornece informação acerca de como foi realizada a medição das suas propriedades. A fiabilidade e a validade são consideradas as principais propriedades de medida de um instrumento.

A fiabilidade é considerada um dos principais critérios na avaliação de um instrumento de medição e é dependente da população, circunstâncias e contexto em que o instrumento é aplicado, assim como da função do mesmo (Keszei, Novak e Streiner, 2010). A fiabilidade é a capacidade que o instrumento tem em produzir a mesma resposta, de forma consistente, independentemente do tempo e do espaço (Terwee *et al.*, 2007). Os três componentes da fiabilidade considerados de maior interesse são: estabilidade, consistência interna e equivalência.

A estabilidade ou reprodutibilidade, é o grau com que respostas semelhantes são obtidas em momentos diferentes. A forma mais comum de avaliação da reprodutibilidade é através do método teste-reteste, onde o mesmo instrumento é aplicado duas vezes, em tempos diferentes (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017). O coeficiente de correlação intraclasse também é bastante utilizado para fornecer uma estimativa da reprodutibilidade de variáveis contínuas (Vet, de *et al.*, 2006). Os valores de reprodutibilidade obtidos são considerados elevados se forem maiores que 0,75, moderados se estiverem entre 0,50 e 0,75 e baixos se se encontrarem abaixo de 0,50 (Sousa, 2015).

A consistência interna pretende descobrir se as subpartes que constituem um instrumento de medição, medem a mesma característica. Ou seja, se os itens relativos a uma determinada dimensão realmente medem o constructo que é suposto medir e não um constructo diferente (David L. Streiner, 2003). Ao verificar-se que um instrumento apresenta valores baixos de consistência interna, significa que os itens medem constructos distintos, ou até que as respostas são inconsistentes (Keszei, Novak e Streiner, 2010). Por norma, a avaliação da consistência interna é feita pelo cálculo do alfa de *Cronbach*, que reflete a covariância entre os itens da escala. Isto é, quanto menor a covariância entre os itens, maior é o valor do alfa de *Cronbach* e mais consistente é considerado o instrumento. Os valores de alfa de *Cronbach* são considerados ideais se forem superiores a 0,70 (Terwee *et al.*, 2007).

Quando se trata de uma escala com variáveis dicotómicas, o teste mais adequado para avaliar a consistência interna é o *Kuder-Richardson* (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017).

A equivalência, também designada por concordância entre observadores, é relativa à concordância entre dois ou mais observadores na pontuação de um instrumento de medição (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017). Este critério é possível medir quando o instrumento é preenchido por avaliadores e envolve a participação de dois ou mais avaliadores independentes e treinados (Keszei, Novak e Streiner, 2010). A equivalência só é alcançada quando, após o preenchimento da escala, a pontuação obtida pelos avaliadores for igual. O coeficiente de *Kappa* é amplamente utilizado como medida da concordância entre observadores, onde valores mais próximos de um indicam maior concordância entre estes (Salmond, 2008).

A validade tem como finalidade averiguar se o instrumento mede aquilo que é suposto medir (Roberts e Priest, 2006). Existem três tipos de validade considerados principais: conteúdo, constructo e critério.

A validade de conteúdo é o grau segundo o qual o conteúdo de um instrumento de medição inclui, de forma adequada, o constructo a ser medido. Tal significa que a validade de conteúdo é a avaliação da representatividade dos itens em relação a um determinado domínio ou dimensão definida (Polit, 2015). A validade de conteúdo é medida de forma qualitativa, através da opinião de um conjunto de peritos (que podem ser profissionais de saúde, doentes, entre outros).

A validade de constructo pretende verificar se as pontuações de um instrumento de medição são coerentes com outras medidas ou hipóteses teoricamente definidas *a priori*. Este tipo de validade subdivide-se em: teste de hipóteses, validade fatorial ou estrutural e validade transcultural (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017).

- Teste de hipóteses

O instrumento de medição é aplicado em grupos diferentes e conhecidos de indivíduos, e os resultados são comparados posteriormente (Kimberlin e Winterstein, 2008). A validade de constructo pode, ainda, ser avaliada através da validade convergente (correlação entre as pontuações do instrumento de interesse, com as pontuações de outro instrumento que meça o mesmo constructo) ou da validade divergente (demonstração da divergência entre dois instrumentos com constructos diferentes) (Polit, 2015). A correlação entre dois questionários é considerada boa se o coeficiente de correlação for

maior ou igual que 0,50, ou menor ou igual que -0,50; adequada se o coeficiente de correlação estiver entre 0,30 e 0,50, ou entre -0,50 e -0,30; fraca se o coeficiente de correlação estiver entre 0,10 e 0,30, ou entre -0,30 e -0,10; e muito fraca se o coeficiente de correlação for menor que 0,10, ou maior que -0,10 (Sousa, 2015).

- Validade fatorial ou estrutural

A validade de constructo estrutural é conseguida através da análise fatorial, onde são verificadas correlações entre várias variáveis, com definição de fatores. Estes fatores são formados pelas variáveis que mais se correlacionam entre si (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017).

- Validade transcultural

A validade transcultural é a demonstração de que a adaptação cultural de um instrumento de medição é equivalente ao original (Polit, 2015). O *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* definiu uma lista de itens que devem ser averiguados, e como, de modo a conseguir avaliar a validade transcultural de um instrumento (Mokkink *et al.*, 2016).

Por fim, a validade de critério tem como finalidade testar se as medições de um instrumento se assemelham às medidas obtidas por um critério externo (Kimberlin e Winterstein, 2008). Esse critério externo deve ser uma medida comumente aceite, ou seja, um método de referência com as mesmas características que o instrumento em avaliação (Keszei, Novak e Streiner, 2010). Este tipo de validade é verificado quando os resultados do instrumento de medição estão em concordância com o método de referência (Roach, 2006).

É essencial a medição da fiabilidade e da validade, uma vez que um instrumento fiável em determinadas circunstâncias não significa que o seja noutras situações (Keszei, Novak e Streiner, 2010)

Encontram-se apresentados, na tabela 2, os instrumentos de medição encontrados em cada estudo analisado na revisão de literatura realizada.

Tabela 2. Instrumentos de medição encontrados em cada estudo e o tipo de depressão em que foram utilizados.

Estudo	Tipo de depressão	Instrumentos de medição
(Austin e Lumley, 2003)	D. pós-parto	BDI, EPDS, EPI, GHQ-12, GHQ-12, DSM III, SADS, STAI, SCID, SCAN, SDA, SSS
(Boyd, Le e Somborg, 2005)	D. pós-parto	BAI, BDI, BDI-II, BPDS, BSI, CES-D, DACL, EPDS, GHQ-12, HADS, IDS, MADRS, MINI, PDSS, POMS, SADS, SCL-90, STAI, Zung SDS
(El-Den, O' Reilly e Chen, 2015)	DPP	ANRQ, EPDS, GHQ-12, PA (versão 1 e 2), PNRQ, Zung SDS
(Hewitt <i>et al.</i> , 2009)	D. pós-parto	BDI, EPDS, GHQ-12, HADS, HSCL, PDSS, PRQ, Zung SDS
(Learman, 2018)	DPP	BDI, BDI-II, CES-D, EPDS, PDSS, PHQ-9, Zung SDS
(Moraes <i>et al.</i> , 2017)	D. pós-parto	BAI, BDI-II, CES-D, DSM IV, EPDS, GHQ, IDAS-GD, IPQ, MADRS, PDSS, PHQ-9, SCID
(Smith <i>et al.</i> , 2016)	D. pós-parto	BDI, BDI-II, CES-D, CIDI, EPDS, GHQ-12, HDRS, PDSS, PDSS-SF, PHQ-2, PHQ-9, SCID, Zung SDS
(Ukatu, Clare e Brulja, 2018)	D. pós-parto	BDI-II, CES-D, EPDS, GHQ-12, PDSS, PHQ-2, PHQ-8, PHQ-9, PRQ

ANRQ: *Antenatal Risk Questionnaire*; BAI: *Beck Anxiety Scale*; BDI: *Beck Depression Inventory*; BDI-II: *Beck Depression Inventory II*; BPDS: *Bromley Postnatal Depression Scale*; BSI: *Brief Symptom Inventory*; CES-D: *Center of Epidemiological Studies Depression Scale*; CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*; D.: *depressão*; DPP: *depressão periparto*; DSM III: *Diagnostic Statistical Manual III*; DSM IV: *Diagnostic Statistical Manual IV*; EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Scale*; EPI: *Eysenck Personality Inventory*; GHQ: *General Health Questionnaire*; GHQ-12: *General Health Questionnaire 12-item*; HADS: *Hospital Anxiety Depression Scale*; HDRS: *Hamilton Depression Rating Scale*; HSCL: *Hopkins Symptom Checklist*; ICD-10: *International Classification of Diseases (10th revision)*; IDAS-GD: *Inventory of Depression and Anxiety Symptoms*; IDS: *Inventory of Depressive Symptomatology*; IPQ: *Illness Perception Questionnaire*; MADRS: *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*; MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview*; PA: *Psychosocial Assessment (versão 1 e 2)*; PDSS: *Postpartum Depression*

Screening Scale; PDSS-SF: *Postpartum Depression Screening Scale – Short Form*; PHQ-2: *Patient Health Questionnaire 2-item*; PHQ-8: *Patient Health Questionnaire 8-item*; PHQ-9: *Patient Health Questionnaire 9-item*; PNRQ: *Postnatal Risk Questionnaire*; POMS: *Profile of Mood States*; PRQ: *Pregnancy Risk Questionnaire*; SADS: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; SCAN: *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*; SCID: *Structured Clinical Interview for DSM diagnoses*; SCL-90: *Symptom Checklist*; SDA: *Spanier Dyadic Adjustment Scale – short form*; SSS: *Sarason Social Support Scale*; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*; Zung SDS: *Zung Self-Rating Depression Scale*.

Nas tabelas 3 e 4, estão descritos todos os instrumentos encontrados e que foram posteriormente analisados. Para além dos instrumentos de medição encontrados, foram também incluídos os instrumentos de medição *Whooley questions* e *K-10*, uma vez que são referidos no *Australian Clinical Practice Guideline* e no “*Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*” do NICE.

Tabela 3. Instrumentos de medição genéricos utilizados na medição da depressão pré-parto e/ou pós-parto.

Instrumentos de medição Genéricos	
<i>Beck Anxiety Scale</i>	<i>Kessler Psychological Distress Scale</i>
<i>Beck Depression Inventory, Beck Depression Inventory II</i>	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
<i>Brief Symptom Inventory</i>	<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>
<i>Center for Epidemiological Studies Depression</i>	<i>Patient Health Questionnaire 2-item, Patient Health Questionnaire 8-item, Patient Health Questionnaire 9-item</i>
<i>Composite International Diagnostic Interview</i>	<i>Profile of Mood States</i>
<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>	<i>Sarason Social Support Scale</i>
<i>Eysenck Personality Inventory</i>	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>
<i>General Health Questionnaire, General Health Questionnaire 12</i>	<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i>
<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>	<i>Spanier Dyadic Adjustment Scale</i>
<i>Hospital Anxiety Depression Scale</i>	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
<i>Hopkins Symptom Checklist</i>	<i>Structured Clinical Interview for DSM diagnoses</i>
<i>Illness Perception Questionnaire</i>	<i>Symptom Checklist 90</i>
<i>Inventory of Depression and Anxiety Symptoms</i>	<i>Zung Self-rating Depression Scale</i>
<i>Inventory of Depressive Symptomatology</i>	<i>Whooley questions</i>

Tabela 4. Instrumentos de medição específicos utilizados na medição da depressão pré-parto e/ou pós-parto.

Instrumentos de medição Específicos
<i>Antenatal Risk Questionnaire</i>
<i>Bromley Postnatal Depression Scale</i>
<i>Edinburg Postpartum Depression Scale</i>
<i>Psychosocial Assessment</i>
<i>Postpartum Depression Screening Scale</i>
<i>Postnatal Risk Questionnaire</i>
<i>Pregnancy Risk Questionnaire</i>

3.7.2. Instrumentos de medição genéricos

- *Beck Anxiety Scale*

O *Beck Anxiety Scale* (BAI) é um instrumento de medição criado para medir ansiedade em adultos e jovens, desenvolvido por Beck *et al.* e constituído por 21 itens. Esta escala demora cerca de 10 minutos a ser respondida, pelo próprio utente, onde em cada item se encontram descritos vários sintomas relativos à ansiedade. As respostas aos itens podem ser “nunca” (zero), “suavemente” (um), “moderadamente” (dois) e “muito” (três), dando um intervalo de pontuação total possível obter de zero a 63, onde pontuações mais elevadas correspondem a maior gravidade de sintomas (Beck *et al.*, 1988).

No que diz respeito às propriedades psicométricas, esta escala apresentou elevada consistência interna (0,90) e fiabilidade pelo teste-reteste (0,75), com uma semana de intervalo. Também demonstrou uma correlação boa com o *Hamilton Anxiety Rating Scale* (0,51) e correlação adequada com o *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (0,25) (Beck *et al.*, 1988).

Beck *et al.* (1988) referem que esta escala foi desenvolvida com a finalidade de diferenciar utentes com ansiedade e depressão, e que a sua utilização com outros instrumentos de medição (por exemplo o *Hamilton Anxiety Rating Scale*, *Hamilton Depression Rating Scale* ou o *Beck Depression Inventory*) permite uma melhor distinção entre estas doenças (Beck *et al.*, 1988).

Quintão *et al.* (2013) realizaram a validação do BAI, em Portugal, de acordo com o modelo *Rasch Rating Scale* (RRS). O BAI foi, também, comparado com outros instrumentos de medição utilizados na população portuguesa, o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) e o *Zung Anxiety Scale* (ZAS). Deste estudo fizeram parte 1160 adultos (733 mulheres e 427 homens), com uma média de idades de 34 anos (Canavarro, 2013).

O RRS é um modelo utilizado para medir as propriedades psicométricas de um instrumento, que se baseia no equilíbrio entre a capacidade, habilidade ou traços de personalidade do indivíduo e a dificuldade do item. Este modelo matemático é utilizado para instrumentos de medição cuja pontuação é feita pelo método *Likert*, uma vez que apresenta sempre as mesmas categorias ordenadas como resposta aos itens do instrumento. Para avaliar a validade, os autores analisaram o *model fit* (que consiste na aceitação ou rejeição de parâmetros tendo em conta a sua compatibilidade com os dados) e a unidimensionalidade da pontuação total (*Rasch dimension* - fator com variância superior a 20% e sem nenhum segundo fator dominante); e analisaram o *Differential Item Functioning* (DIF) no sexo e idade, onde a falta de validade é demonstrada se a probabilidade de uma resposta for dada por outros fatores que não o suposto. Foi, ainda, realizada uma análise fatorial ANOVA no sentido de averiguar o impacto do sexo e idade no modelo RRS (Canavarro, 2013).

Os resultados mostram que o BAI apresenta um *Rasch dimension* com uma variância de 41,2%, com valores semelhantes para o STAI e o ZAS (46,9% e 38,9%, respetivamente), concluindo-se que o BAI apresenta unidimensionalidade na pontuação total. O *model fit* revelou que, no geral, a adequação entre cada item e o modelo foi boa. O BAI apresentou uma fiabilidade relativa aos itens muito elevada (0,99) e uma fiabilidade relacionada com o indivíduo considerada boa (0,79), sendo semelhantes aos valores do alfa de *Cronbach* da teoria clássica. Porém, estes valores de consistência interna são inferiores ao apresentado por Beck *et al.* (1988) (0,90) (Beck *et al.*, 1988). Através da análise DIF, nenhum item do BAI mostrou relacionar-se com o género ou idade. Da análise fatorial ANOVA, concluiu-se que, em todas as escalas, os homens apresentam menos ansiedade, assim como os participantes com idade superior a 30 anos. Por último, os autores calcularam as correlações do BAI com as restantes escalas: 0,42 com o ZAS e 0,57 com o STAI (Canavarro, 2013).

- *Beck Depression Inventory* e *Beck Depression Inventory II*

O *Beck Depression Inventory* (BDI) é formado por 21 categorias, em que cada uma descreve uma atitude ou sintoma característicos da depressão. As categorias abordadas são: humor, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sentimento de culpa, sentimento de castigo, ódio de si próprio, acusações sobre si próprio, desejos de comportamentos autolesivos, crises de choro, irritabilidade, afastamento social, sentimento de indecisão constante, imagem corporal, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda de libido. As respostas fornecidas variam de quatro a cinco

afirmações, nas quais o utente se revê. Estas afirmações têm como objetivo avaliar a gravidade dos sintomas, de zero (nenhuma gravidade) a três (gravidade máxima). Segundo Beck *et al.* (1961), o BDI e a avaliação médica de diagnóstico de depressão *major*, demonstraram correlação significativa. Isto é, os utentes diagnosticados com depressão *major* através de uma avaliação médica, também apresentaram pontuações mais elevadas no BDI. Este questionário também revelou elevada consistência interna (0,86) (Beck *et al.*, 1961).

O *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) é composto por 21 itens que correspondem a 21 sintomas característicos da depressão e tem sido amplamente utilizado na depressão pós-parto. As dimensões abordadas por este instrumento de medição são: sono, perturbações alimentares, aptidão emocional, incapacidade cognitiva, culpa/vergonha e comportamentos autolesivos. Os itens referem-se ao período de tempo de duas semanas, e as possíveis respostas podem ir de zero a três. O *cut-off* de 14 é indicado para identificar depressão pós-parto *minor* e *major*, com uma sensibilidade de 0,57 e especificidade de 0,97. Este questionário apresenta melhor correlação com o HDRS (0,71) do que com o *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (0,47) (validade de constructo convergente e divergente, respetivamente) e ainda elevada consistência interna (0,91) (Beck e Gable, 2001).

A diferença do BDI para o BDI-II é que os itens sobre perda de peso, imagem corporal e preocupação somática que estão presentes no BDI foram substituídos por agitação, sensação de inutilidade, dificuldades de concentração e perda de energia no BDI-II. A substituição teve como finalidade a avaliação de sintomas típicos da depressão grave (Campos e Gonçalves, 2011).

O estudo de Campos e Gonçalves (2011) teve como objetivo desenvolver a versão portuguesa do BDI-II e realizar uma avaliação inicial das suas propriedades psicométricas. Os autores realizaram dois estudos, um em que participaram 547 estudantes e outro onde participaram cerca de 200 pessoas (não estudantes). No primeiro estudo, os participantes (estudantes) apenas preencheram o BDI-II e no segundo estudo os participantes (não estudantes) preencheram o BDI-II e o *Center of Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) (Campos e Gonçalves, 2011).

No primeiro estudo, o BDI-II demonstrou um alfa de *Cronbach* de 0,91 e uma correlação item-total da escala superior a 0,30 em todos os itens. Foi realizada uma análise fatorial, na qual resultaram dois fatores, com uma correlação de 0,69 entre eles, designados

por cognitivo-afetivo (Fator I) e somático (Fator II) (Campos e Gonçalves, 2011). No segundo estudo, o CES-D apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,88 e o BDI-II de 0,91. No que diz respeito à validade do BDI-II, os fatores I e II correlacionam-se em 0,65 e 0,60 com CES-D, respetivamente. A validade convergente da versão portuguesa deste questionário com o CES-D, revelou uma correlação de 0,71 (Campos e Gonçalves, 2011).

- *Brief Symptom Inventory*

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) foi criado para ser a versão curta do *Symptom Checklist 90* (SCL-90) e com o intuito de identificar sintomas psicológicos relevantes em adolescentes e adultos. É formado por 53 itens correspondentes a nove domínios: somatização, comportamentos obsessivo-compulsivos, depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal, inquietação, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicose, bem como três pontuações globais de *stress* que medem os sintomas presentes ou passados (*Global Severity Index*), a intensidade dos mesmos (*Positive Symptom Distress Index*) e a quantidade de sintomas relatados (*Positive Symptom Total*). Este questionário demora entre oito e 12 minutos a ser preenchido, as perguntas são relativas aos sete dias anteriores e as respostas variam de zero (nunca) a quatro (muitíssimas vezes). A pontuação total é posteriormente convertida em *T scores*, de acordo com o manual BSI (Wideman *et al.*, 2013).

Este questionário apresenta boa consistência interna, sendo que os valores variaram de 0,71 a 0,85 nas nove dimensões. A fiabilidade através do teste-reteste também foi considerada moderada a elevada, variando de 0,68 a 0,91. Relativamente à validade, o BSI mostrou apresentar grande correlação com o SCL-90 (0,92 a 0,99) (Wideman *et al.*, 2013).

Canavarro (1999) é o autor da versão portuguesa do BSI e avaliou as suas propriedades psicométricas. O alfa de *Cronbach* variou de 0,70 a 0,80 em sete dimensões da escala, sendo que as dimensões relativas à ansiedade fóbica e à psicose apresentaram valores ligeiramente abaixo deste valor. A análise da reprodutibilidade foi realizada, com três e seis semanas de intervalo, e revelou valores de coeficientes de correlação compreendidos entre 0,63 e 0,81 nas nove dimensões. A validade de conteúdo deste instrumento de medição foi avaliada e considerada estatisticamente significativa em todas as suas dimensões e pontuações. Por fim e no que toca à validade de constructo, foi demonstrado que o BSI tem capacidade em distinguir indivíduos com algum tipo de perturbação emocional da população em geral (Canavarro, 1999).

- *Center of Epidemiological Studies Depression Scale*

O CES-D é uma escala que foi criada para medir os sintomas depressivos na população em geral, sendo constituída por 20 itens. Este instrumento foi construído para ser aplicado em inquéritos gerais à população, de modo a ser possível ser respondido pelo próprio utente. Os itens são relativos à sensação de humor deprimido, sentimentos de culpa ou inutilidade, desespero, incapacidade psicomotora, perda de apetite e problemas do sono, sendo avaliados de zero a três, de acordo com a frequência dos sintomas sentidos durante a última semana. As pontuações finais podem variar de zero a 60, sendo que pontuações mais elevadas indicam mais sintomas (Roadolff, 1977).

De acordo com Roadolff (1977), o CES-D tem uma alta consistência interna, assim como uma boa correlação inter-item e item-escala. Os autores também referem que este instrumento é capaz de detetar depressão e distinguir, moderadamente, os níveis de depressão. Da análise fatorial resultaram quatro fatores que os autores interpretaram como: efeito depressivo (sentimento de solidão, depressão), efeito positivo (alegria, esperança), atividade somática e retardada (apetite, sono, incómodo) e pessoal (pouco amigável, antipatia). Em relação à validade, o CES-D demonstrou evidências razoáveis de validade divergente quando comparado com outros instrumentos como, por exemplo, *Bradburn Negative Affect* ou *Bradburn Positive Affect* (Roadolff, 1977).

Gonçalves e Fagulha (2004) realizaram três estudos em que utilizaram a versão portuguesa do CES-D, para analisar a fiabilidade e validade desta escala. No estudo A, aplicaram o CES-D e o BDI-II a 195 estudantes universitários (média de 21 anos de idade). No estudo B aplicaram o CES-D e uma entrevista clinicamente estruturada, de acordo com o DSM IV, a uma população de 260 doentes de um centro de saúde (média de 52 anos de idade). O estudo C envolveu 135 participantes de duas empresas (média de 47 anos de idade).

No que diz respeito à consistência interna, a versão portuguesa do CES-D apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,92 (estudo A), 0,89 (estudo B) e 0,87 (estudo C). A correlação inter-itens foi superior a 0,30 em 67,4% dos itens no estudo A, 43,2% no estudo B e 34,7% no estudo C; e inferior a 0,10 em 1,6% dos itens no estudo A, 2,1% no estudo B e 13,2% no estudo C. Uma estruturação fatorial foi realizada, resultando em três fatores: efeito positivo, interpessoal e outro que combina o efeito depressivo e somático. A correlação do CES-D com o BDI-II foi de 0,8, e de 0,71 com a entrevista clinicamente estruturada. Os *cut-offs* calculados foram de 20 para distímia, depressão *major* e *minor* (com

sensibilidade de 0,83 e especificidade de 0,78) e de 26 para episódio de depressão *major* (com sensibilidade de 0,96 e especificidade de 0,80) (Gonçalves e Fagulha, 2004).

- *Composite International Diagnostic Interview*

O *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) é um instrumento de avaliação psiquiátrica, construído a pedido da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da *US Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Task Force*. Encontra-se estruturado de forma a ser aplicado por entrevistadores em que a pontuação obtida correspondente ao diagnóstico é realizado por computador (Robins *et al.*, 1988). O CIDI foi desenvolvido de forma a estar em concordância com as definições e critérios do *International Classification of Diseases - 10th revision* (ICD-10) e o DSM IV, para ser utilizado em estudos epidemiológicos em contexto clínico e de investigação (World Health Organisation, 1993).

Este questionário encontra-se dividido em 15 secções: características demográficas, doenças associadas ao tabagismo, perturbações dissociativas, fobias e ansiedade, depressão, doença maníaca ou bipolar, esquizofrenia ou outras doenças psicóticas, perturbação do comportamento alimentar, doenças associadas ao alcoolismo, doença obsessivo-compulsiva, doenças resultantes do consumo de substâncias psicóticas, doenças mentais sintomáticas, disfunções sexuais, observação do entrevistador e pontuação do entrevistador. No total, o CIDI é constituído por 300 questões sobre sintomas, em que os entrevistados não respondem a todas, devido a regras pré-definidas pelos autores. Este instrumento também engloba questões sobre a frequência e duração dos sintomas. As possíveis respostas são “sim” ou “não” e, dada a sua extensão, o CIDI demora cerca de 75 minutos a ser preenchido. Em termos de propriedades psicométricas, o CIDI revelou ter elevada fiabilidade teste-reteste (World Health Organisation, 1993).

Não foi encontrado nenhum estudo sobre a validação do CIDI em Portugal, contudo Xavier *et al.* (2013) referem que este instrumento se encontra adaptado para a língua portuguesa. Esta adaptação foi feita por 10 especialistas dos dois idiomas (inglês e português) e com experiência clínica, orientados pelos autores originais deste instrumento, em contacto permanente com o *World Mental Health Survey Initiative Data Collection Coordination Centre*. O processo referido seguiu cinco pontos principais de equivalência: semântica (parecência no significado de cada item), de conteúdo (importância cultural de cada item), técnica (medição feita com mesmas técnicas), conceptual (relação entre a teoria

e o critério definida) e de critério (resultados de medida idênticos nas duas culturas) (Xavier *et al.*, 2013). As doenças que constituem a versão portuguesa do CIDI, são doenças de ansiedade (agorafobia, ansiedade no geral, doença obsessivo-compulsivo, pânico, *stress* pós-traumático, fobia social e outras fobias), doenças relacionadas com controlo de impulsos (bulimia, distúrbio de défice de atenção, hiperatividade, perturbação de conduta, perturbação explosivo-intermitente e perturbação de oposição e desafio) e dependência e abuso de álcool. Módulos sobre várias áreas da vida (trabalho, casamento, entre outras), doenças funcionais e físicas e sobre o tratamento, também estão incluídos neste instrumento de medição (Xavier *et al.*, 2013).

- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

O DSM facilita a avaliação de sintomas em contexto hospitalar ou cuidados de saúde primários, e consiste em três componentes: classificação de diagnóstico, conjuntos de critérios de diagnóstico e textos descritivos. A classificação de diagnósticos é composta por uma lista de doenças mentais capazes de serem identificadas pela aplicação do DSM. Os conjuntos de critérios de diagnóstico indicam quais os sintomas, e durante quanto tempo, têm de estar presentes para o diagnóstico de uma determinada doença, assim como outros sintomas e doenças que devem ser descartadas antes do diagnóstico final. Os textos descritivos dizem respeito a informação útil sobre cada doença encontrada neste manual, como a prevalência, desenvolvimento e curso natural da doença, consequências funcionais, diagnóstico diferencial, entre outras. O DSM tem sido atualizado várias vezes, sendo que, desde 2013, está em vigor a quinta edição (DSM V) (American Psychiatric Association, 2021). Segundo Sena *et al.* (2014), o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em português) é útil para vários profissionais da saúde mental como psiquiatras, psicólogos, enfermeiro, assistentes sociais, entre outros, e tem a sua quinta edição traduzida para português desde 2013 (Sena, 2014).

- *Eysenck Personality Inventory – neuroticism scale*

O *Eysenck Personality Inventory* (EPI) foi baseado no *Maudsley Personality Inventory* e tem como objetivo a medição das duas maiores dimensões da personalidade, a extroversão e o neuroticismo. Este instrumento de medição é constituído por dois formulários, relativos às duas dimensões da personalidade referidas anteriormente. O EPI é composto por 57 itens, respondidos pelo próprio utente, com resposta “sim” ou “não”, e pode ser aplicado em grupo ou individualmente. No que respeita à pontuação, o manual do EPI,

descreve um programa informático próprio para a atribuição de pontuação a cada questionário. Posteriormente, o utente é classificado com “elevado” ou “baixo” grau nas duas dimensões. Uma pessoa com elevado grau de extroversão é considerada sociável, otimista e despreocupada; e com baixo grau é sinónimo de uma pessoa calma, introspetiva e reservada. Indivíduos com elevado grau de neuroticismo encontram-se mais propensos a apresentar instabilidade emocional, enquanto aqueles com baixo grau são mais calmos e com maior estabilidade emocional (Eysenck e Eysenck, 1963).

A fiabilidade teste-reteste, mesmo depois de nove meses, foi superior a 0,85. A consistência interna, avaliada pelo *split-half reliability*, mostrou ser elevada (variou de 0,85 a 0,95) (Eysenck e Eysenck, 1963).

- *General Health Questionnaire e General Health Questionnaire 12*

A versão original do *General Health Questionnaire* (GHQ) é constituída por 60 questões, respondidas através de uma escala de quatro pontos. A pontuação final deste instrumento de medição é indicativa do estado mental atual, em comparação com o estado mental normal. O objetivo do GHQ é a identificação de doença mental leve, e não a deteção de doença mental grave. Os autores referem que este questionário pode ser útil aos profissionais de saúde no rastreio de doença mental leve dos seus utentes, e para investigadores em estudos epidemiológicos ou sociais (Growth e Sinclair, 1973).

Existem outras versões do GHQ, mais curtas, como é o caso do GHQ-12 que possui apenas 12 questões e é amplamente documentado na literatura. Esta escala pretende avaliar se o indivíduo experienciou sintomas ou comportamentos específicos recentemente. São apresentadas quatro opções de resposta: “menos do que o habitual”, “não mais do que o habitual”, “mais do que o habitual” e “muito mais do que o habitual”. A pontuação final depende do método de contagem. Se o método for bimodal (0-0-1-1), a pontuação varia de zero a 12; se o método for *Likert* (0-1-2-3), a pontuação varia de zero a 36 (Laranjeira, 2008).

O estudo de Laranjeira (2008) teve como objetivo avaliar a validade e a fiabilidade do GHQ-12 na população portuguesa. Participaram 790 estudantes, com idade média de 26 anos. A consistência interna deste instrumento de medição foi medida pelo alfa de *Cronbach* e obteve um valor de 0,91. Os participantes, além de preencherem a versão portuguesa do GHQ-12, preencheram também a versão portuguesa validada do *Instrumental-Expressive Social Support Scale* (IESS - contém questões demográficas e é considerado uma medida de apoio social). Assim, a validade de constructo convergente entre estas duas escalas foi

significativa e negativa (-0,54) como era expectável, uma vez que aqueles que estariam mais perturbados, apresentavam níveis mais baixos de apoio social. Relativamente à estrutura fatorial do questionário, todos os itens foram agrupados em dois fatores: perturbação psicológica e apoio social. O autor concluiu que o GHQ-12 é um instrumento fiável que permite medir perturbações psicológicas *minor* em estudantes (Laranjeira, 2008).

- *Hamilton Depression Rating Scale*

O propósito do HDRS é a avaliação da gravidade de sintomas depressivos, ou identificar mudanças dos mesmos. Esta escala foi inicialmente desenvolvida para ser aplicada em doentes internados no hospital, mas atualmente é aplicada por médicos à população adulta. É composta por 17 itens, relativos à presença de sintomas sentidos na última semana, e demora cerca de 20 a 30 minutos a ser respondida. Há itens em que as respostas possíveis variam de zero a quatro ou de zero a dois, outros em que as respostas possíveis podem ser qualitativas (de acordo com a intensidade dos sintomas sentidos), ou quantitativas (por exemplo, a quantidade de vezes que acorda de noite) (Hamilton, 1960). A versão original do HDRS tem 17 itens (HDRS₁₇), porém existe uma versão com 21 (HDRS₂₁) e, assim sendo, os limites de pontuação variam consoante o número de itens que este instrumento apresenta. Para o HDRS₁₇, é considerado que uma pontuação igual ou superior a 20 indica gravidade moderada de sintomas depressivos (Williams, 1988).

A correlação entre os itens do HDRS e a avaliação psiquiátrica realizada por um médico (comumente utilizada) mostrou ser elevada. Além disso, também revelou ter capacidade em distinguir pessoas com depressão de pessoas sem depressão, bem como uma consistência interna adequada (0,76). No que diz respeito à fiabilidade, o total obtido foi de 0,84, com variação de 0,37 (para o item relativo à perda de percepção) a 0,88 (no item relativo a ansiedade somática) (Rehm e O'Hara, 1985).

- *Hospital Anxiety Depression Scale*

O *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) foi desenvolvido para detetar depressão e ansiedade em consultas de ambulatório. Esta escala é constituída por duas subescalas, uma para a depressão e outra para ansiedade. A subescala da depressão é composta por sete itens baseados no estado de anedonia, e a subescala da ansiedade por outros sete itens baseados em manifestações psíquicas da ansiedade. No total a escala engloba 14 itens, demora cerca de 20 minutos a ser preenchida e as respostas possíveis variam de zero a três, sendo que uma pontuação final maior indica ansiedade ou depressão

mais grave. Os autores referem que para a identificação de pessoas com alto risco de desenvolver alguma destas doenças, é necessário a utilização de um *cut-off* de 10/11 em cada uma das subescalas. As subescalas do HADS e a avaliação da gravidade de depressão e ansiedade realizada por um psiquiatra (onde de uma escala de zero a quatro, “zero” e “um” indicam a não existência de depressão e/ou ansiedade, “dois” é dada a casos em dúvida, e “três” e “quatro” significam casos de depressão e/ou ansiedade) apresentaram boa correlação, 0,70 e 0,74 para depressão e ansiedade, respetivamente (Zigmond e Snaith, 1983).

Pais-Ribeiro *et al.* (2007) desenvolveram a versão portuguesa do HADS e avaliaram as suas propriedades psicométricas. O estudo envolveu 1322 participantes diagnosticados com várias doenças (cancro, obesidade, diabetes, epilepsia, acidente vascular cerebral, doença coronária, distrofia miotónica, apneia obstrutiva do sono e depressão) e, também, pessoas sem doença, com uma média de idades de 50 anos. Os autores referem que, aquando da tradução da escala, recorreram a dois tradutores de Inglês-Português e a um grupo para discutir e alcançar um consenso relativamente à equivalência cultural e lexical (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

A consistência interna foi medida através do alfa de *Cronbach*, apresentando valores de 0,81 para a subescala da depressão e de 0,76 para a subescala da ansiedade. A fiabilidade teste-reteste foi analisada no grupo de doentes com diabetes e no grupo de doentes com doença coronária. O grupo de doentes com diabetes demonstrou correlação de *Pearson*, relativa ao teste-reteste, de 0,75 em ambas as subescalas, com uma semana de intervalo. Já o grupo de doentes com doença coronária, o teste-reteste revelou valores de correlação de *Pearson* de 0,46 para a subescala de ansiedade e de 0,43 para a subescala de depressão, com três meses de intervalo (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

A validade de conteúdo foi demonstrada, tendo sido avaliada por dois psicólogos. Uma análise fatorial foi conduzida e foram encontrados dois fatores que apresentam 46,63% da variância total, um fator relativo à depressão e outro relativo à ansiedade. Foi utilizada a análise ANOVA para comparar o grupo de doentes e o grupo de participantes não doentes. Os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, em ambas as escalas: a subescala de depressão teve maiores valores no grupo de doentes com depressão, com acidente vascular cerebral e obesidade, e menores valores para o grupo de participantes não doentes e no grupo de doentes com epilepsia e apneia obstrutiva do sono; a subescala de ansiedade teve maiores valores no grupo de doentes com cancro e obesidade,

e menores valores para o grupo de participantes não doentes e no grupo de doentes com apneia obstrutiva do sono e distrofia miotónica. Ambas as subescalas que constituem o HADS mostraram boa correlação (0,58) (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

- *Hopkins Symptom Checklist*

O *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL) é um instrumento de medição composto por 58 itens sobre cinco dimensões de sintomas: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, ansiedade e depressão. Os itens são direcionados para sintomas sentidos na última semana e apresenta quatro possíveis respostas, de um (nunca) a quatro (extremamente) (Derogatis *et al.*, 1974).

Em termos de fiabilidade, a consistência interna apresentou valores de coeficientes de alfa entre 0,84 e 0,87, e a correlação item-total da escala valores acima de 0,50 (até aos 0,70) em todas as dimensões que constituem este questionário. A fiabilidade pelo teste-reteste também foi analisada, com uma semana de intervalo, e foi considerada elevada. Foi calculado o coeficiente de correlação intraclasse para cada uma das dimensões deste instrumento, tendo variado de 0,64 para depressão e 0,80 para sensibilidade interpessoal (Derogatis *et al.*, 1974).

Deste questionário foram desenvolvidas outras versões como o HSCL-25, SCL-90 e o BSI (Mapi Research Trust, 2019).

- *Illness Perception Questionnaire*

O *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) é constituído por cinco escalas consoante as cinco dimensões inerentes à representação cognitiva de uma doença: identidade – sintomas associados à doença; causa – julgamento pessoal sobre a etiologia da doença; linha temporal – duração apercebida da doença; consequências – efeitos e resultados que são esperados da doença; e controlo da doença – como recuperar ou controlar a doença (Weinman *et al.*, 1996). A escala sobre a identidade é formada por 12 itens sobre a frequência e duração de sintomas sentidos pelo utente, com quatro respostas que vão desde “nunca” a “sempre”. A pontuação total é dada pela soma dos itens em que a resposta foi “ocasionalmente” ou mais, podendo variar de zero a 12. Os itens das restantes quatro escalas são apresentados de forma aleatória, em que o utente classifica a pergunta de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). A pontuação é feita através da soma da classificação de cada item, a dividir pelo número de itens. Para além dos itens que fazem originalmente parte deste questionário, é permitida a alteração da palavra “doença” dos itens para uma doença

específica, ou a adição de outras questões para uma doença específica ou um grupo de doentes em particular (Weinman *et al.*, 1996).

Este instrumento apresenta boa consistência interna, com valores de alfa de *Cronbach* entre 0,73 na escala “linha temporal” e 0,82 nas escalas “identidade” e “consequências”. Na medição da fiabilidade pelo teste-reteste, com um mês de intervalo, os valores variaram de 0,49 a 0,84, sendo a escala da linha temporal a que apresentou o valor mais baixo. Weinman *et al.* (1996) avaliaram, também, as correlações entre as escalas do IPQ, e notaram que os doentes que sentiam mais sintomas são mais prováveis de se aperceberem da maior duração da doença e relatam o aparecimento de consequências mais graves. Indivíduos com maior pontuação na escala da linha temporal têm menor perceção de controlo sobre a doença, e também revelam consequências pessoais mais graves (Weinman *et al.*, 1996).

O IPQ não se encontra validado em Portugal, contudo Laranjeira *et al.* (2021) avaliaram as propriedades psicométricas do IPQ-*Revised* (IPQ-R), desenvolvido por Moss-Morris *et al.* (Moss-Morris *et al.*, 2002), numa população de 304 doentes com abuso de álcool em Portugal (Laranjeira, Querido e Valentim, 2021).

O IPQ-R distingue-se do IPQ original, no sentido em que é constituído por mais três dimensões relativas à duração cíclica da doença (perceção da doença ser cíclica ou periódica), coerência da doença (compreensão que o indivíduo tem sobre a doença) e reações emocionais (presença e prevalência de emoções negativas devidas à doença). O IPQ-R também divide a dimensão controlo da doença em controlo do tratamento (confiança no tratamento e na sua eficácia) e controlo pessoal (adoção de medidas para uma gestão eficaz da doença) (Moss-Morris *et al.*, 2002).

A validade do IPQ-R foi avaliada e mostrou diferenças significativas entre os sintomas sentidos pelo doente e os sintomas que associam à doença (diferença entre as dimensões “identidade” e “causa”), assim como a maioria dos sintomas da dimensão “identidade” foram escolhidos por mais de 50% dos doentes, confirmando a validade dos sintomas incluídos no IPQ-R. Uma análise fatorial foi realizada, através do *Principal Components Analyses*, e teve como resultado sete fatores (reações emocionais, consequências, linha temporal, controlo pessoal, controlo do tratamento, duração cíclica da doença e coerência da doença) com 68,56% da variância total. A fiabilidade das dimensões deste instrumento, medida pelo alfa de *Cronbach*, variou de 0,57 (na dimensão “controlo do

tratamento”) a 0,78 (na dimensão “reações emocionais”) (Laranjeira, Querido e Valentim, 2021).

- *Inventory of Depression and Anxiety Symptoms*

O *Inventory of Depression and Anxiety Symptoms* (IDAS) foi construído para avaliar dimensões relativas a sintomas específicos de depressão *major* e ansiedade (Watson *et al.*, 2007). Este questionário é composto por 64 itens, que podem ser divididos em 10 subescalas consoante os sintomas: suicídio (seis itens), fraqueza (seis itens), insónia (seis itens), perda de apetite (três itens), ganho de apetite (três itens), perturbações de personalidade (cinco itens), bem-estar (oito itens), pânico (oito itens), ansiedade social (cinco itens) e perturbações traumáticas (quatro itens). Tem ainda duas subescalas mais gerais sobre: disforia (10 itens) e depressão geral (constituído por 20 itens: 10 itens da subescala disforia, dois da subescala suicídio, fraqueza, insónia, perda de apetite e bem-estar). As questões são referentes à presença de sintomas depressivos sentidos nas últimas duas semanas, com cinco possíveis respostas que vão de “nunca” a “extremamente” (Watson *et al.*, 2008).

No que diz respeito à validade da subescala da depressão geral, esta apresentou uma boa correlação com o BDI-II (0,83), com o EPDS (0,83) e com o HRSD (0,67). Relativamente ao teste-reteste, com uma semana de intervalo, esta subescala mostrou uma correlação de 0,84 (Watson *et al.*, 2007).

- *Inventory of Depressive Symptomatology*

O *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS) mede os sinais e sintomas da depressão e existem duas versões: uma em que é o próprio utente a responder (IDS-SR) e outra em que a avaliação é feita pelo médico (IDS-C). É constituído por 28 itens, cujas respostas variam de zero a três e a pontuação total encontra-se no intervalo de zero a 78, em que níveis mais elevados indicam maior gravidade nos sintomas (John Rush *et al.*, 1986).

Em relação à fiabilidade do IDS-SR, o valor do alfa *de Cronbach* foi de 0,85 e os valores da correlação item-total da escala variaram entre 0,15, no item relativo à qualidade do humor, e 0,72, no item referente ao envolvimento da pessoa a nível pessoal e/ou profissional. No que toca à validade de critério, o IDS-SR correlacionou-se de forma positiva com o BDI (0,78) e com o HRSD (0,67). Na validade de constructo, o IDS-SR mostrou apresentar pontuações significativamente mais elevadas em doentes com depressão do que

em doentes com outras doenças ou saudáveis, assim como o BDI e o HRSD (John Rush *et al.*, 1986).

Na avaliação da fiabilidade do IDS-C, o alfa *de Cronbach* foi de 0,88 e a correlação item-total da escala variou de -0,13 (não estatisticamente significativo), no item relativo a insónias, a 0,79, no item referente a satisfação em atividades pessoais e/ou profissionais. A análise da validade de critério revelou que esta versão do IDS tem uma correlação boa com o HRSD (0,83) e uma correlação fraca com o BDI (0,13). A validade de constructo também foi analisada, de modo a perceber se o IDS-C é capaz de distinguir depressão endógena (derivada de causas internas, como a genética) de depressão exógena (derivada de causas externas, como um evento traumático). Os autores concluíram que este questionário, em comparação com o HRSD e o BDI, é mais capaz de distinguir estes dois tipos de depressão (tendo em conta os critérios do *Research Diagnostic Criteria* (RDC)) (John Rush *et al.*, 1986).

- *Kessler Psychological Distress Scale*

O K-10 é utilizado para vários estudos populacionais na Austrália com o objetivo de detetar as condições de saúde mental da população. Este questionário é constituído por 10 questões sobre perturbações psicológicas não específicas, níveis de ansiedade e sintomas depressivos que a pessoa pode ter experienciado nas últimas quatro semanas. As opções de resposta vão de um (sempre) a cinco (nunca). As pontuações são realizadas somando os números das opções de resposta, sendo que uma pontuação de 10 a 15 indica baixo ou nenhum risco de desenvolver depressão ou ansiedade, de 16 a 29 indica risco médio e de 30 a 50 é compatível com alto risco de desenvolver ansiedade ou depressão (Department of Health, 2002).

Um estudo de Andrews e Slade (2001) compararam o K-10 com o GHQ, *Short Form Survey 12-item* (SF-12) e o método de diagnóstico utilizado na prática clínica, tendo mostrado forte associação (Andrews e Slade, 2001). Relativamente à fiabilidade deste instrumento de medição, os valores do *kappa* e do *weighted kappa* variaram entre 0,42 e 0,74, o que indica fiabilidade moderada (Department of Health, 2002).

- *Mini International Neuropsychiatric Interview*

Psiquiatras e médicos de clínica geral dos EUA e da Europa desenvolveram o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), uma entrevista estruturada para o diagnóstico de doenças psiquiátricas descritas no DSM IV e no ICD-10. Este instrumento

surge para ser aplicado em ensaios clínicos multicêntricos, estudos epidemiológicos e em contextos de clínica não direcionada para a investigação, e demora cerca de 15 minutos a ser aplicado (Sheehan *et al.*, 1998).

Sheehan *et al.* (1998) estudaram a validação desta escala, respondida pelos próprios utentes (MINI-PR) e aplicada por médicos (MINI-CR), em termos de concordância com a *Structured Clinical Interview for DSM III revised diagnoses* (SCID-P). Neste sentido, a análise estatística presente no estudo apresenta os valores de sensibilidade, especificidade e de *Cohen's kappa*, para cada uma das doenças descritas no *Axis I* do DSM IV (depressão *major*, distímia, episódios maníacos atuais, episódios maníacos anteriores, ataque de pânico atual, ataque de pânico anterior, agorafobia atual, agorafobia anterior, fobia social atual, fobia social anterior, fobia simples atual, fobia simples anterior, doença obsessivo-compulsiva, psicose atual, psicose anterior, dependência de drogas atual, dependência de drogas anterior, anorexia, bulimia e doença de *stress* pós-traumático), do MINI em concordância com o SCID-P (Sheehan *et al.*, 1998). O MINI-CR, em concordância com o SCID-P, apresentou valores de *Cohen's kappa* entre 0,43 (para dependência de drogas atual) e 0,90 (para anorexia), sensibilidade igual ou superior a 0,70 (menos para distímia, doença obsessivo-compulsiva e dependência de drogas atual) e a especificidade foi igual ou superior a 0,85 para todas as doenças. O MINI-PR em concordância com o SCID-P revelou valores de *Cohen's kappa* a variar de 0,11 para distímia a 0,66 para anorexia; a sensibilidade variou de 0,17 para distímia a 0,89 para dependência alcoólica; e, por fim, a especificidade foi igual ou superior a 0,73 para todas as doenças (Sheehan *et al.*, 1998).

A avaliação da fiabilidade foi realizada através do cálculo de *Cohen's kappa* entre avaliadores e do teste-reteste (com um avaliador diferente e com um ou dois dias de intervalo). Este instrumento apresentou muito boa fiabilidade entre avaliadores e no teste-reteste. Nenhum dos valores de *kappa* se situou abaixo dos 0,75, sendo que 90% se situaram acima dos 0,90; e para o teste-reteste 61% dos valores encontram-se acima dos 0,75, sendo que apenas o valor referente a episódios maníacos atuais encontra-se abaixo dos 0,45 (Sheehan *et al.*, 1998).

- *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*

O instrumento de medição *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) foi especificamente desenvolvido para ser sensível aos efeitos do tratamento da depressão. Para a sua criação, os autores aplicaram o *Comprehensive Psychopathological*

Rating Scale (CPRS), um questionário com 65 itens sobre sintomas psiquiátricos, numa população de 106 doentes com depressão e foram selecionados 17 itens como sendo os sintomas mais comuns da depressão. Foram analisadas as mudanças médias na pontuação dos 17 itens do CPRS depois de quatro semanas de tratamento, e foram calculadas as correlações entre a mudança de cada item e a média de mudança destes itens, no fim desse período. Posteriormente, foram identificados os 10 itens mais sensíveis, ou seja, aqueles que apresentaram mais mudanças nas quatro semanas, para a construção do MADRS: tristeza aparente, tristeza relatada, diminuição do sono, perda de apetite, tensão interior, dificuldades de concentração, anedonia, fraqueza, pensamentos negativos e ideação suicida (Montgomery e Asberg, 1979).

Os autores analisaram a correlação entre o MADRS e o HRDS (ambos aplicados por médicos) com a finalidade de averiguar a fiabilidade entre avaliadores, que mostrou ser elevada (0,90 para o MARS e 0,91 para o HRDS). Também foi avaliada a validade da escala, através do cálculo das correlações entre a escala inicial de 17 itens, a escala final de 10 itens e a escala HRDS, de modo a verificar a sua capacidade em identificar doentes que respondem ao tratamento de doentes que não respondem. Os resultados apresentados demonstram que a escala final de 10 itens é a que melhor distingue os grupos de doentes referidos anteriormente (0,70), seguida da escala de 17 itens (0,67) e do HRDS (0,59) (Montgomery e Asberg, 1979).

- *Patient Health Questionnaire 2-item, Patient Health Questionnaire 8-item e Patient Health Questionnaire 9-item*

O PHQ-9 é uma versão de auto-preenchimento do instrumento *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) que avalia doenças mentais comuns. O PHQ-9 é um questionário que avalia a ocorrência de sintomas depressivos nas duas últimas semanas. É composto por nove itens, cujas respostas podem ir de “zero” (nunca) a “três” (quase todos os dias). A pontuação final do questionário pode variar de zero a 27. O diagnóstico de depressão *major* é dado quando pelo menos cinco dos nove sintomas de depressão se encontram presentes em mais de metade dos dias nas duas últimas semanas, e se um dos sintomas for humor deprimido ou anedonia. O sintoma “pensamentos de que estaria melhor morto ou a magoar-me de alguma forma” deve ser considerado independentemente da frequência que o entrevistado responde. Foi adicionado, ao final do questionário, a questão “Quão difícil foi para si lidar com estes problemas quando ia

trabalhar, fazer lidas domésticas, ou socializar com outras pessoas?” (Kroenke, Spitzer e Williams, 2001).

A validade e fiabilidade do PHQ-9 foram avaliadas por Kroenke *et al.* (2001) num estudo com 3000 doentes em ambiente de cuidados de saúde primários. No que diz respeito à fiabilidade, este questionário apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,89. Também foi avaliado o teste-reteste com um intervalo de 48 horas que apresentou uma correlação de 0,84. A validade de critério foi demonstrada através de uma entrevista independente conduzida por um profissional de saúde mental e realizada a 580 doentes dos cuidados de saúde primários. A validade de constructo também foi alvo de avaliação, apresentando forte associação com o SF-20, dias de incapacidade e dificuldades sentidas devido aos sintomas. A análise da curva ROC (do inglês “*Receiver Operating Characteristic Curve*”) foi realizada, sendo que quanto maior for a área sob a curva (AUC - do inglês “*Area Under the Curve*”), mais preciso é o instrumento de rastreio. A AUC verificada foi de 0,96 para depressão *major*, salientado que o PHQ-9 é capaz de distinguir doentes com depressão *major* de doentes sem este tipo de depressão. O *cut-off* ótimo calculado foi ≥ 10 , com uma sensibilidade e especificidade de 0,88 (Kroenke, Spitzer e Williams, 2001).

O estudo de Ferreira *et al.* (2019) teve como finalidade analisar a validade fatorial da versão portuguesa deste instrumento de medição, assim como as suas propriedades psicométricas, em dois contextos diferentes: nas unidades de cuidados de saúde primárias (estudo A) e numa clínica universitária (estudo B). Com o estudo da estrutura fatorial, os autores concluíram que houve diferenças de acordo com o contexto do estudo. No estudo A foram identificados três fatores: humor depressivo e anedonia (13,45% da variância); desvalorização e ideação suicida (13,63% da variância); e perturbações do sono, de apetite e dificuldade na concentração (15,28% da variância). No estudo B também foram identificados três fatores, mas diferentes: perturbações do sono e fadiga (8,42% da variância); mudanças no apetite e dificuldade na concentração, agitação/retardação motoras e ideação suicida (20,76% da variância); e humor depressivo, anedonia e desvalorização (26,10% da variância). Quanto à validade de constructo, no estudo A, o PHQ-9 e o *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS) apresentaram uma associação moderada a forte (0,67). No estudo B, o PHQ-9 mostrou ter uma forte associação com o BDI-II (0,79) e moderada com o STAI (0,66). A análise da curva ROC demonstrou uma AUC de 0,92. O *cut-off* ótimo calculado foi nove, com uma sensibilidade de 0,89 e especificidade de 0,90 (Ferreira *et al.*, 2019).

O PHQ-9 é a versão original do questionário, porém também são utilizadas duas versões mais pequenas: *Patient Health Questionnaire 8-item* (PHQ-8) e *Patient Health Questionnaire 2-item* (PHQ-2).

O PHQ-8, em comparação ao PHQ-9, não apresenta a questão relativa ao suicídio ou pensamentos sobre comportamentos autolesivos. As respostas possíveis são as mesmas que as do PHQ-9, porém a pontuação final pode variar de zero a 24. De forma semelhante ao que acontece no PHQ-9, a depressão *major* é diagnosticada se um dos itens sobre humor deprimido ou anedonia estiver presente mais do que metade dos dias das duas últimas semanas, ou se pelo menos cinco dos oito sintomas estiverem também presentes. Uma pontuação final ≥ 10 também pode ser indicativa de depressão *major*. Outros graus de depressão mais leves são diagnosticados se dois a quatro dos sintomas, incluindo humor depressivo ou anedonia, estiver presente em mais de metade dos dias das duas últimas semanas (Kroenke *et al.*, 2009).

O PHQ-2 consiste nos dois primeiros itens do PHQ-9. Assim, o PHQ-2 questiona sobre a presença de humor deprimido e anedonia no último mês. Sintomas como fadiga, náuseas, perturbações do sono ou alimentares podem ocorrer e persistir por algum tempo numa mulher grávida. Tal pode ter influência no humor (referente à primeira questão) e no estado emocional (referente à segunda questão) (Vlenterie *et al.*, 2017). A resposta às questões podem ir de “zero” (nunca) a “três” (quase todos os dias) (Kroenke *et al.*, 2003). Segundo o DSM IV, o diagnóstico de depressão acontece quando os sintomas de anedonia ou humor deprimido estão presentes. Contudo, a correlação destes sintomas com as características que a população grávida apresenta, não se encontram devidamente estudadas. Um estudo realizado por Vlenterie *et al.* (2017) refere que o instrumento PHQ-2 pode ser utilizado como rastreio de sintomas depressivos nos cuidados de saúde de obstetrícia, mas que não é suficiente para estabelecer um diagnóstico final de depressão. Isto é, se o PHQ-2 tiver respostas positivas devem ser posteriormente utilizados instrumentos de medição mais extensos e completos para ser diagnosticado depressão e decidir as opções de tratamento (Vlenterie *et al.*, 2017).

- *Profile of Mood States*

O *Profile of Mood States* (POMS) é uma escala de auto-preenchimento, com classificações psicológicas, que avalia seis dimensões de humor: tensão ou ansiedade, raiva ou hostilidade, vigor ou atividade, fadiga ou inércia, depressão ou desânimo e confusão ou

perplexidade. É composta por 65 itens, constituídos por palavras ou expressões que descrevem sentimentos, com respostas a variar de zero (nunca) a quatro (muitíssimo). Assim, pede-se ao utente que responda ao item consoante a forma como se revê na questão, demorando entre cinco a 15 minutos a preencher este instrumento (Statistics Solutions, 2003).

Este questionário apresentou valores de alfa *de Cronbach* a variar de 0,63 a 0,96, mostrando boa consistência interna. O POMS também apresenta boa correlação item-total da escala (0,84) e mostrou correlacionar-se negativamente (-0,64) com o *Psychological Well-Being Scale* (que mede seis aspetos relacionados com o bem-estar e felicidade) (Statistics Solutions, 2003).

O POMS-*short form* (POMS-SF) é composto por 37 itens e avalia as mesmas dimensões que o POMS original. Este instrumento de medição também demonstra boa consistência interna (alfa *de Cronbach* de 0,76 a 0,95) e boa correlação item-total da escala (0,84) (Statistics Solutions, 2003).

Faro *et al.* (2012) estudaram a adaptação da versão portuguesa do POMS, em 373 participantes desportistas, com uma média de idade de 25 anos. A versão do POMS utilizada no estudo referido, era uma versão reduzida com 36 itens (seis por dimensão) mais seis adicionais correspondentes à Escala de Desajuste de Treino (EDT - instrumento de medição complementar desenvolvido por Raglin *et al.* (1989)) (Faro Viana, Almeida e Santos, 2012).

Foi levada a cabo uma análise fatorial exploratória, que resultou em oito fatores correspondentes às dimensões “fadiga” (variância total de 63,5%), “vigor” (variância total de 9,4%), “hostilidade” (variância total de 6,6%), “depressão” (variância total de 5,6%), “tensão” (variância total de 2,8%), aos itens negativos da dimensão “confusão” (variância total de 3,2%) e aos itens positivos da dimensão “confusão” (variância total de 2,5%), assim como à EDT (variância total de 3,9%). No que diz respeito à fiabilidade do POMS (sem os itens adicionais da EDT), o alfa *de Cronbach* variou de 0,72 na dimensão “confusão” a 0,91 na dimensão “fadiga”, revelando excelente consistência interna. A análise de intercorrelações mostrou que a dimensão “vigor” correlaciona-se negativamente com as restantes dimensões. As dimensões com itens negativos do POMS, todas com exceção da dimensão “vigor”, apresentam intercorrelações acima de 0,60. Relativamente à correlação entre o POMS e a idade e o nível de educação, não foi estatisticamente significativa. Na avaliação da correlação deste instrumento de medição com o género, os resultados

demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas, isto é, as mulheres apresentaram média mais elevada em todas as dimensões (Faro Viana, Almeida e Santos, 2012).

- *Sarason Social Support Scale*

O *Sarason Social Support Scale* (SSS) ou *Social Support Questionnaire* pretende medir o apoio social e a satisfação com o mesmo, sendo composto por 27 questões. Assim, este instrumento consiste em duas partes: uma primeira parte, designada por “*number score*” (SSS-N), em que o entrevistado avalia a quantidade de pessoas a quem pode pedir apoio em caso de necessidade e em várias situações (de acordo com critérios definidos); e uma segunda parte, denominada por “*satisfaction score*” (SSS-S) onde o indivíduo avalia o grau de satisfação com cada uma das pessoas que mencionou na primeira parte. Nesta última parte, o grau de satisfação é medido numa escala de um (muito insatisfeito) a seis (muito satisfeito) (Sarason *et al.*, 1983).

Este instrumento de medição demora cerca de 15 a 18 minutos a ser aplicado e apresenta elevada fiabilidade pelo teste-reteste (0,90 para o SSS-N e 0,83 para o SSS-S, com quatro semanas de intervalo) (Sarason *et al.*, 1983). A correlação entre o SSS-N e o SSS-S foi analisada e considerada adequada, com valores entre 0,30 e os 0,40. A pontuação do SSS está relacionada negativamente com a depressão e a ansiedade, a pontuação do SSS-N encontra-se positivamente relacionada com extroversão e a pontuação do SSS-S está inversamente relacionada com o neuroticismo (tendo como medida o EPI) (Sarason *et al.*, 1987).

Moreira *et al.* (2002) pretenderam estudar a validade da versão portuguesa do SSS. Para tal, realizaram três estudos:

- Estudo A: participaram 231 estudantes de duas escolas de enfermagem de Lisboa com média de idades de 21 anos, que preencheram o SSS, BSI e o Questionário sobre Relações (QR, que mede a vinculação no adulto);
- Estudo B: participaram 90 estudantes de psicologia ou ciências da educação da universidade de Lisboa, com média de idades de 26 anos, que responderam ao Inventário de Pensamento Construtivo (IPC) e ao SSS;
- Estudo C: participaram 74 estudantes de psicologia ou ciências da educação da universidade de Lisboa, que preencheram a versão reduzida do SSS (SSS-R)

composta apenas por seis itens do SSS original, a Escala de Provisões Sociais (EPS) e o Inventário de Estados Afetivos (Moreira *et al.*, 2002).

Os autores avaliaram os valores do alfa de *Cronbach*, correlação item-total da escala e correlações entre as escalas, das duas partes que compõem o SSS (SSS-N e SSS-S) para os três estudos referidos anteriormente (Moreira *et al.*, 2002).

O SSS-N revelou valores de alfa de *Cronbach* de 0,95 (estudo A e B) e 0,89 (estudo C), e a correlação item-total da escala variou de 0,48 a 0,71 (estudo A), de 0,44 a 0,72 (estudo B) e de 0,67 a 0,74 (estudo C). O SSS-S apresentou valores de alfa de *Cronbach* de 0,94 (estudo A), 0,95 (estudo B) e 0,86 (estudo C), e os valores da correlação item-total da escala variaram de 0,42 a 0,71 (estudo A), de 0,42 a 0,80 (estudo B) e de 0,56 a 0,74 (estudo C) (Moreira *et al.*, 2002).

No estudo A, o SSS-S correlacionou-se de forma negativa com BSI (-0,27) e apesar de o mesmo acontecer para o SSS-N (-0,12), este resultado não foi estatisticamente significativo. No estudo B, a correlação entre o SSS-N e o IPC variou de -0,39 (na dimensão “pensamento categorial” do IPC) a 0,25 (na dimensão “pensamento construtivo global” do IPC). A correlação entre o SSS-S e o IPC variou de -0,38 (na dimensão “pensamento categorial” do IPC) a 0,29 (nas dimensões “pensamento construtivo global” e “*coping* emocional” do IPC). No estudo C, a correlação do SSS com o EPS obteve valores de 0,34 e de 0,47 para o SSS-N e SSS-S, respetivamente (Moreira *et al.*, 2002).

- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*

O *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) é um conjunto de critérios de diagnósticos psiquiátricos e escalas de classificação de sintomas, criado com a finalidade de diminuir a variância na avaliação diagnóstica e descritiva do indivíduo. Este instrumento de medição é capaz de fornecer uma descrição do estado atual da doença, uma descrição do nível de gravidade dos sintomas psicopatológicos referentes à semana anterior, informações para realizar o diagnóstico e uma descrição com detalhes da psicopatologia anterior para permitir a avaliação do diagnóstico, prognóstico e gravidade da doença (Endicott e Spitzer, 1987).

O SADS encontra-se organizado sob a forma de uma entrevista semiestruturada, para ser aplicada por um profissional de saúde da área da saúde mental, onde os itens, as questões e os critérios aparecem sistematicamente de modo a incluir e/ou excluir diagnósticos específicos definidos no RDC. É constituído por duas partes, uma desenvolvida

especificamente para avaliar a condição atual do utente na semana anterior à entrevista, assim como para medir mudanças na doença; e outra direcionada para a descrição de doença psiquiátrica anterior, sintomas, duração da doença ou gravidade da incapacidade. Na primeira parte, os itens são classificados, de acordo com a gravidade da questão, em “leve”, “moderado” ou “grave”. A duração da entrevista pode demorar de meia hora a duas horas, dependendo da gravidade da doença, com a finalidade de permitir a avaliação completa do utente (Endicott e Spitzer, 1987).

Este questionário apresenta oito subescalas: humor depressivo, características endógenas (como perda de apetite, insónias, entre outras), características associadas à depressão, comportamento ou ideação suicida, ansiedade, episódio maníaco, delusões ou alucinações e perturbação do pensamento formal (Endicott e Spitzer, 1987).

A fiabilidade foi analisada entre avaliadores, pelo alfa de *Cronbach* e pelo teste-reteste. A consistência interna variou de 0,47 (na subescala de perturbação do pensamento formal) a 0,97 (na subescala de episódio maníaco). Neste sentido, a consistência interna deste questionário foi considerada boa com seis subescalas a apresentar valores de alfa de *Cronbach* superiores a 0,75. No teste-reteste, o SADS também mostrou bons valores, de 0,49 (na subescala de perturbação do pensamento formal) a 0,93 (na subescala de episódio maníaco), sendo que as restantes seis subescalas tiveram valores a cima de 0,75. A fiabilidade entre avaliadores revelou valores muito bons, com todas as subescalas a apresentar valores acima de 0,80 (Endicott e Spitzer, 1987).

- *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*

O *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) foi criado pela OMS com a finalidade de medir e diagnosticar doenças mentais na população adulta, podendo ser utilizado para diagnósticos de doenças descritas no ICD-10 e no DSM III. O SCAN é baseado no *Present State Examination* (PSE) e constituído por uma entrevista clínica semiestruturada aplicada por profissionais de saúde treinados, permitindo identificar os sintomas sentidos e a sua gravidade (Wing *et al.*, 1990).

Esta entrevista é constituída por um conjunto de instrumentos de medição: PSE-10, *Clinical Information Schedule*, e dois questionários suplementares com itens adicionais sobre o curso da doença, necessários para o diagnóstico pelo ICD-10 e DSM III. A avaliação pode ser feita em dois períodos de tempo no caso de ser necessário para a definição do diagnóstico final. O primeiro período pode englobar o estado atual, um episódio atual ou

durante toda a vida. O segundo período é necessário quando o profissional de saúde precisa de esclarecer um episódio anterior ou todo o historial clínico do utente. Posteriormente, as respostas dos utentes são codificadas segundo o programa CATEGO-5, que fornece uma descrição das pontuações, agrupa os itens e categoriza os episódios de acordo com o ICD-10 e o DSM III (Wing *et al.*, 1990).

- *Spanier Dyadic Adjustment Scale*

O *Spanier Dyadic Adjustment Scale* (SDA) é uma escala auto preenchida de 32 itens, com o objetivo de avaliar a qualidade do casamento ou outras relações semelhantes. Os 32 itens fazem parte de quatro dimensões gerais: consenso (13 itens), satisfação (10 itens), coesão (cinco itens) e expressão afetiva (quatro itens). O SDA pode ser adaptado para entrevista e, se necessário, o entrevistador pode avaliar apenas uma dimensão, fornecendo apenas os itens correspondentes à dimensão de interesse. A pontuação total da escala pode variar de zero a 151, sendo que valores mais elevados indicam maior satisfação e valores mais baixos significam conflitos entre o casal (Spanier, 1976).

A validade de conteúdo deste instrumento foi considerada boa, tendo sido avaliada por um conjunto de três peritos. A validade de critério apresentou bons resultados e mostrou que o SDA se correlaciona significativamente com o estado matrimonial do casal, com pontuações maiores (114,8) para casais e menores (70,7) para pessoas divorciadas. Para avaliar a validade de constructo, os autores compararam esta escala com outra comumente utilizada para medir a qualidade de relações conjugais, o *Locke-Wallace Marital Adjustment Scale*. A correlação entre as duas escalas foi considerada boa entre os casais e entre os divorciados (0,86 e 0,88, respetivamente). A fiabilidade entre cada item e o total da escala também mostrou valores adequados, onde o alfa de *Cronbach* foi de 0,73 na dimensão “expressão afetiva”, 0,86 na dimensão “coesão”, 0,90 na dimensão “consenso” e 0,94 na dimensão “satisfação” (Spanier, 1976).

De modo a averiguar as propriedades psicométricas deste instrumento, foi realizado um estudo em 104 casais heterossexuais, com média de idades de 31 anos, a quem se aplicou a versão portuguesa do SDA, o BDI, a Forma Y do STAI e o *Expectancy Confirmation Scale* (ECS) (Gomez e Leal, 2012).

A análise fatorial efetuada revelou a existência de quatro fatores, em concordância com as quatro dimensões originais da escala (consenso, satisfação, coesão e expressão afetiva). Ao calcular o alfa de *Cronbach* da escala, foram obtidos valores de 0,66 (dimensão

“expressão afetiva”), 0,72 (dimensão “coesão”), 0,83 (dimensão “satisfação”), 0,85 (dimensão “consenso”) e 0,90 (escala total). A correlação pelo teste-reteste variou de 0,54 (na dimensão “coesão”) a 0,80 (na dimensão “satisfação”). Ao nível da correlação do SDA com as restantes escalas utilizadas no estudo, foi possível observar associações negativas com os níveis de sintomas depressivos e de ansiedade, e associações positivas com o nível de envolvimento paterno no pós-parto, com variações na força destas associações consoante o género (Gomez e Leal, 2012).

- *State-Trait Anxiety Inventory*

O *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) é uma escala direcionada para o diagnóstico da ansiedade, assim como para a distinção entre ansiedade e depressão, em contexto clínico. O STAI avalia dois tipos de ansiedade: ansiedade-estado (forma como uma pessoa se sente num momento esporádico e temporário) e ansiedade-traço (forma como uma pessoa se sente em situações específicas, diariamente). Este questionário é respondido pelo próprio utente e é constituído por 20 itens que medem a ansiedade-estado e outros 20 itens que medem a ansiedade-traço, sendo que existem quatro possíveis repostas (de “quase nunca” a “quase sempre”). A pontuação máxima total pode variar de 20 a 80, com maiores pontuações a indicarem maior nível de ansiedade (American Psychological Association, 2011).

Existem duas formas deste instrumento de medição: Forma X e Forma Y. A Forma X foi desenvolvida do STAI original, com alteração de algumas questões, para melhorar a medição de ansiedade-estado e de ansiedade-traço e permitir distinguir facilmente entre o diagnóstico de depressão e o de ansiedade. A Forma Y é a mais utilizada atualmente, foi criada com substituição de algumas questões da Forma X e apresenta uma estrutura mais simplificada com fatores de ansiedade mais diferenciados (Wikipedia, 2021a).

O STAI apresenta coeficientes de consistência interna a variar de 0,86 a 0,95 e coeficientes relativos ao teste-reteste, com dois meses de intervalo, entre 0,65 e 0,72. Assim, este instrumento tem muito boa consistência interna e moderada reprodutibilidade, assim como boa validade de constructo e de critério (American Psychological Association, 2011).

Em 1997, Santos e Silva estudaram as propriedades psicométricas da versão portuguesa da Forma Y do STAI, em estudantes do ensino secundário (n=214) com uma média idades de 18 anos (Santos e Silva, 1997).

As escalas ansiedade-estado e ansiedade-traço deste instrumento de medição apresentaram valores de alfa de *Cronbach* de 0,89 e 0,85, respetivamente. A correlação item-

total da escala variou de 0,32 a 0,66 na escala ansiedade-estado, e de 0,31 a 0,65 na escala ansiedade-traço. A análise da validade de constructo indicou que a escala ansiedade-estado obteve valores estatisticamente significativos mais elevados quando aplicada em situações de *stress*, do que quando aplicada numa situação comum (46,65 e 38,63, respetivamente). Tal não se verificou na escala ansiedade-traço, apresentando valores semelhantes em ambas as situações (39,09 e 38,23, respetivamente), como seria de esperar.

- *Structured Clinical Interview for DSM diagnoses*

O *Structured Clinical Interview for DSM diagnoses* (SCID) é uma entrevista clínica semiestruturada que pretende diagnosticar as doenças do *Axis I* do DSM-III-R. Esta entrevista é feita por um profissional de saúde e inclui uma breve introdução e nove módulos, sendo que sete deles são representativos do *Axis I* do DSM-III-R (Spitzer *et al.*, 1993).

As questões desta entrevista estão agrupadas por diagnóstico e por critérios, sendo que cada vez que um critério estabelecido não é cumprido, é indicado ao entrevistador que salte os restantes critérios relativos ao diagnóstico correspondente. O entrevistador realiza as questões e assinala as respostas dadas pelo utente, porém pode, em alguns casos, comentar a resposta ou até assinalar uma diferente. As possíveis respostas são: “um” que indica que o sintoma está ausente ou que a afirmação é falsa; “dois” assinalado quando o utente quase satisfaz a condição descrita no critério; “três” quando o critério é cumprido ou a afirmação é verdadeira; e “?” que deve ser escolhido quando a informação disponível é considerada inadequada para o critério em análise. Por fim, o entrevistador transcreve as respostas para a folha de pontuação, que regista o diagnóstico segundo a classificação do DSM-III-R (Spitzer *et al.*, 1993).

- *Symptom Checklist 90*

O *Symptom Checklist 90* (SCL-90) é um questionário de auto-preenchimento, desenvolvido a partir do HSCL e constituído por nove dimensões de sintomas e três índices globais de *stress*. Estas dimensões são somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranoica, ansiedade associada a fobia e psicose, e pretendem avaliar os sintomas psicopatológicos do utente. O SCL-90 é formado por 90 itens com cinco respostas possíveis que variam de zero (nunca) a quatro (extremamente), de acordo com a intensidade dos sintomas sentidos pelo utente, e demora cerca de 15 minutos a ser preenchido (Derogatis e Cleary, 1977).

Este instrumento de medição foi avaliado na população portuguesa por Baptista (1993) e apresentou elevada consistência interna (alfa de *Cronbach* variou de 0,74 a 0,97 nas nove dimensões), assim como correlação teste-reteste entre 0,78 e 0,90 (Lagareiro, 2015).

- *Zung Self-Rating Depression Scale*

A *Zung Self-rating Depression Scale* (Zung SDS) é um questionário composto por 20 itens, correspondentes a descrições sobre a frequência de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Existem quatro opções de resposta: “nunca/raramente”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo” e “a maior parte do tempo/sempre”. Dez dos 20 itens são descritos na forma positiva, por exemplo “Eu como mais do que é habitual”. Por isso, aquando da soma das pontuações, estas questões são contadas na direção oposta. A pontuação final é obtida multiplicando o valor por 1,25 e arredondando às décimas. A pontuação final dá indicação sobre a gravidade da depressão: sem depressão (pontuação <50), depressão leve (pontuação entre 50 e 59), depressão moderada (pontuação entre 60 e 69) e depressão grave (pontuação ≥ 70) (Zung, 1964).

- *Whooley Questions*

O *Whooley questions* é a versão resumida do PRIME-MD e incluem dois critérios principais para o diagnóstico de depressão *major*, segundo o DSM V (Navarrete *et al.*, 2019). Arroll *et al.* (2003) sugeriram a adição de uma terceira questão, com a finalidade de aumentar a especificidade deste instrumento de medição (Arroll, Khin e Kerse, 2003).

O *Whooley questions* é utilizado na identificação da DPP e a sua utilização nas populações dos cuidados de saúde primários é recomendada pelo NICE. As duas questões são: “Durante o último mês, sentiu-se incomodada com frequência por se sentir deprimida ou sem esperança?” e “Durante o último mês, sentiu-se incomodada com frequência por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?”. Se a resposta for “sim” a ambas as questões, a mulher é diagnosticada com DPP e torna-se necessário fazer uma terceira pergunta: “Isto é algo em que sente que precisa ou quer ajuda?” (Littlewood *et al.*, 2016; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018).

Segundo Whooley *et al.* (1997), este instrumento de medição apresenta uma sensibilidade de 96%, uma especificidade de 57% e uma AUC de 0,82 (Whooley *et al.*, 1997).

3.7.3. Instrumentos de medição específicos

- *Antenatal Risk Questionnaire*

O *Antenatal Risk Questionnaire* (ANRQ) foi desenvolvido com o objetivo de prever depressão pós-parto em mulheres grávidas. Este instrumento de medição foi desenvolvido por Austin *et al.* (2013) e baseado no *Pregnancy Risk Questionnaire* (PRQ), tendo sido avaliada a sua aceitabilidade por parte de mulheres grávidas e de profissionais de saúde, em contexto pré-parto (Austin *et al.*, 2013).

O ANRQ é formado por 12 itens com os seguintes domínios: apoio emocional materno durante a infância; historial de depressão ou outra doença mental, e tratamento; perceção de apoio no pós-parto; apoio emocional do parceiro; *stress* sentido no último ano; personalidade (traços de ansiedade ou perfeccionismo); e historial de abuso emocional, físico e/ou sexual. Os itens são pontuados em dois sistemas diferentes, com perguntas pontuadas de um a cinco, um a seis ou “sim” ou “não” (correspondente a zero e cinco de pontuação, respetivamente). Assim, a pontuação mínima que pode ser obtida é de cinco e a pontuação máxima de 62. Este questionário demora cerca de cinco minutos a ser preenchido sob a forma escrita ou verbal. Nove itens do ANRQ pertencem ao PRQ e os restantes três foram considerados equivalentes (Austin *et al.*, 2013).

Este instrumento de medição apresentou uma AUC de 0,69 e o *cut-off* mais clinicamente relevante foi de 23, com uma sensibilidade de 0,62 e uma especificidade de 0,64. Segundo os autores, o ANRQ mostrou ser capaz de prever depressão pós-parto, sendo que pode ser útil na identificação precoce do risco de morbilidades no período perinatal quando aplicado juntamente com outros questionários (por exemplo o EPDS) (Austin *et al.*, 2013).

- *Bromley Postnatal Depression Scale*

O questionário *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS) é formado por 10 questões e foi desenvolvido, por Stein *et al.* (1992), para identificar a existência de episódios passados ou presentes de depressão pós-parto. As perguntas são relativas ao humor e comportamentos durante a gravidez atual ou outra(s) anteriores, apresentando respostas de “sim” ou “não” e de resposta aberta. Esta escala não apresenta nenhum valor de *cut-off* recomendado, uma vez que a possibilidade de depressão pós-parto é feita pelo relato da mulher relativo à duração e gravidade dos sintomas, assim como a necessidade de apoio. Em

termos de propriedades psicométricas, o BPDS demonstrou ter uma fiabilidade teste-reteste moderada, um *Cohen's kappa* de 0,80 para episódios de depressão pós-parto anteriores, e de 0,36 para sintomas durante uma gravidez anterior. A sensibilidade e especificidade deste instrumento é de 0,62 e 94, respetivamente (Stein e Akker, Van den, 1992).

- *Edinburgh Postpartum Depression Scale*

O EPDS é constituído por 10 itens com a finalidade de rastrear sintomas de depressão pós-parto, é de fácil compreensão e demora cerca de cinco minutos a ser preenchido. As 10 questões que o compõe referem-se aos sete dias anteriores e as possíveis respostas variam de zero a três, sendo que a pontuação total máxima que pode ser atingida é 30 (Cox, Holden e Sagovsky, 1987).

Na validação deste instrumento, os seus autores aplicaram-no em cerca de 84 mulheres no período pós-parto. A média de idades das mães era 26 anos e dos seus bebés era de seis meses. O diagnóstico de depressão era dado tendo em conta o RDC. A sensibilidade e a especificidade foram de 0,86 e 0,78, respetivamente. A validade do EPDS foi avaliada através de uma análise fatorial. Dessa análise, os 13 itens iniciais foram reduzidos a apenas 10, uma vez que foi demonstrado que dois itens referentes à irritabilidade, e um item relativo ao aproveitamento da maternidade, não eram considerados incluídos no estado depressivo ou ansioso. Este estudo mostrou que o EPDS tem validade e fiabilidade (através do *split-half reliability*) satisfatórias, e é sensível às alterações relativas à depressão ao longo do tempo. Os autores sugerem que um *cut-off* de 12/13 é capaz de identificar as mulheres com maior probabilidade de desenvolver depressão pós-parto. Porém, um *cut-off* de nove ou 10 pode ser apropriado para utilização desta escala ao nível dos cuidados de saúde primários (Cox, Holden e Sagovsky, 1987).

O EPDS foi validado em Portugal, por Areias *et al.*, em 1996. O estudo pretendeu avaliar qual o impacto que as reações ao parto, das mulheres e dos seus parceiros, têm na sua saúde mental. No estudo participaram 54 mulheres grávidas e 42 homens. Todos os participantes responderam a uma entrevista clínica semiestruturada (*Social Avoidance And Distress Scale - SAADS*) seis meses antes do parto e 12 meses após o parto, sendo que alguns subgrupos foram também entrevistados três meses após o parto. Juntamente com a entrevista, os pais e as mães completaram a versão portuguesa do EPDS. Segundo este estudo, três meses após o parto, quase um quarto das mulheres estariam em risco de desenvolver depressão contra apenas 5% dos homens. Os resultados mostram que este

instrumento de medição foi validado de forma satisfatória contra a entrevista de diagnóstico SAADS, com uma correlação de 0,86. Para a versão portuguesa do EPDS, foi observada uma sensibilidade de 0,65 e uma especificidade de 0,96 para um *cut-off* de 10 (Areias *et al.*, 1996).

A versão portuguesa deste instrumento de medição apresenta boa consistência interna (com um alfa de *Cronbach* de 0,85) e uma elevada fiabilidade avaliada pelo teste-reteste (0,75) (Figueiredo, Pacheco e Costa, 2007).

- *Psychosocial Assessment*

O *Psychosocial Assessment* (PA), versão um e dois, consiste numa entrevista semiestruturada fornecida por profissionais de saúde, telefonicamente, que avalia o estado psicossocial de rotina da mãe numa clínica pré-parto. A versão um do PA era composta por 31 questões psicossociais mais os itens do EPDS e era fornecida durante a primeira visita à clínica. Para a versão dois, os 31 itens foram revistos com vista a formar uma versão reduzida, resultando em 12 itens, mais as questões do EPDS. Os itens são relativos ao apoio emocional, à capacidade em cuidar do bebé, confiança pessoal, preocupações, sentimentos de ansiedade ou depressão, tratamentos de problemas emocionais, abuso físico, emocional ou sexual em criança e maus tratos em criança (Matthey *et al.*, 2005).

- *Postpartum Depression Screening Scale e Postpartum Depression Screening Scale – Short Form*

O *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) é amplamente utilizado no rastreio da depressão pós-parto. É constituído por 35 itens, divididos em sete dimensões: perturbações do sono/alimentares, ansiedade/insegurança, instabilidade emocional, incapacidade cognitiva, perda do Eu, culpa/vergonha e comportamentos autolesivos. Há cinco opções de resposta que refletem a concordância, ou não, em relação à pergunta. As respostas podem variar de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). Este questionário encontra-se dividido em duas partes: a primeira é relativa a questões demográficas (género, idade, educação, entre outras), e a segunda é sobre os sintomas sentidos, permitindo o diagnóstico (Cai *et al.*, 2019).

A validade de conteúdo foi avaliada segundo um painel de cinco especialistas. Relativamente à fiabilidade, o alfa da consistência interna variou de 0,83 a 0,94 (Beck e Gable, 2000). Em 2001, Beck e Gable (2001) comparam o PDSS com o BDI-II e o EPDS, tendo em conta uma amostra de 150 mulheres entre as duas e as 12 semanas do pós-parto,

tendo sido demonstrado uma boa correlação do PDSS com ambos os questionários. De modo a avaliar a sensibilidade e especificidade, os autores construíram duas curvas ROC, uma para o rastreio da depressão *major* e outra para a depressão *major* ou *minor*. Para a depressão *major* e para a depressão *major* ou *minor*, a AUC foi excelente (0,98 e 0,93 respetivamente). A conclusão do estudo foi que um *cut-off* de 80 é recomendado para o rastreio da depressão pós-parto *major* (sensibilidade de 0,94 e especificidade de 0,98), e um *cut-off* de 60 (sensibilidade de 0,91 e especificidade de 0,72) é indicado para o rastreio de depressão pós-parto *major* ou *minor* (Beck e Gable, 2001).

Também existe o PDSS-*short form*, composto apenas por sete itens. Cada item é referente a uma das sete dimensões que compõe o PDSS original e as respostas possíveis são as mesmas. Uma pontuação de 13 ou menos é considerada normal e uma pontuação de 14 ou mais, é aconselhado que a mulher responda às restantes 28 questões da versão original do PDSS (Mitchell, Mittelstaedt e Schott-Baer, 2006).

O estudo de Pereira *et al.* (2010), consistiu em analisar se a versão portuguesa do PDSS é um instrumento válido que permitia o rastreio da depressão pós-parto. Assim, neste estudo participaram 486 mulheres que se encontravam no terceiro mês do pós-parto, e que preencheram a versão portuguesa do PDSS e do BDI-II. A versão portuguesa do *Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness* (OPCRIT) foi utilizada para obter o diagnóstico de depressão, de acordo com o DSM IV e o ICD-10. Os resultados da avaliação da fiabilidade do PDSS, mostram elevada consistência interna (com um alfa de *Cronbach* de 0,96). Os coeficientes da correlação de *Pearson* para avaliação da correlação item-total da escala variou de 0,38 (no item sobre comportamentos autolesivos) a 0,81 (no item sobre sentir-se sobrecarregado). Relativamente à validade, o coeficiente da correlação de *Spearman* entre o PDSS e o BDI-II foi de 0,63, significando que as escalas têm boa correlação. Foram obtidos vários valores da AUC para o PDSS, consoante a gravidade da depressão. Para a depressão *major*, de acordo com a definição do DSM IV, o valor da AUC foi de 0,93; para depressão moderada ou leve com sintomas ou para depressão grave sem sintomas psicóticos segundo o ICD-10, a AUC foi de 0,98; e para depressão, segundo o ICD-10, o valor da AUC foi 0,92. Os *cut-offs* ótimos também foram calculados para as três variantes da depressão referidas anteriormente. Assim, os *cut-offs* apresentados são 64 (com sensibilidade de 0,89 e especificidade de 0,83), 97 (com sensibilidade de 0,92 e especificidade de 0,99) e 63 (com sensibilidade de 0,85 e especificidade de 0,83), respetivamente (Pereira *et al.*, 2010).

- *Postnatal Risk Questionnaire*

O *Postnatal Risk Questionnaire* (PNRQ) foi baseado no ANRQ (Austin *et al.*, 2013) e tem como objetivo a avaliação da presença de fatores de risco psicossociais associados à depressão e à ansiedade em mulheres no pós-parto. Este questionário é composto por 12 itens relativos a doença mental anterior; abuso sexual, físico ou psicológico anterior; apoios atuais; relação com a família e parceiro; traços de personalidade ansiosa ou perfeccionista; fatores ou acontecimentos causadores de *stress* (por exemplo luto ou separação); experiência de parto negativa ou dececionante; experiência paternal negativa; e complicações na amamentação e na resolução de problemas infantis. A diferença entre o PNRQ e o ANRQ é a inclusão dos três últimos itens referidos. Os itens têm como possíveis respostas “sim” ou “não”, ou resposta variável de um a cinco ou de um a seis, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior intensidade do fator de risco em causa (Christl *et al.*, 2013).

- *Pregnancy Risk Questionnaire*

O PRQ consiste num total de 18 itens que avaliam fatores psicossociais para o desenvolvimento de depressão durante a gravidez, sendo usado com o objetivo de prever depressão pré e pós-parto. Assim, este instrumento avalia a atitude da mãe perante a gravidez, experiência parental na sua infância, historial de abusos físicos ou psicológicos, historial de depressão e o seu impacto, apoio familiar ou social, *stress* e ansiedade durante a gravidez, obsessões e, ainda, autoestima. As respostas aos itens desta escala variam de zero a cinco, sendo que para as questões que apenas possuem “não” e “sim” como possíveis respostas, é atribuída uma pontuação de um a “não” e de cinco a “sim”. Assim, a pontuação final pode variar entre 18 e 90 (Austin *et al.*, 2005).

Com o objetivo de avaliar o valor preditivo do PQR, Austin *et al.* (2005) aplicaram este instrumento de medição e o EPDS a mulheres grávidas com, em média, 32,2 semanas de gestação. Segundo os autores, a validade de conteúdo foi avaliada por um pequeno painel de peritos especializados em depressão pós-parto. De acordo com a curva ROC apresentada no estudo, o PQR apresentou uma AUC de 0,79, enquanto a do EPDS foi de 0,66. O *cut-off* ótimo calculado é ≥ 46 , com sensibilidade e especificidade de 0,44 e 0,92, respetivamente. Os autores concluíram que o PQR permite a identificação de grupos de baixo e alto risco de desenvolver depressão pós-parto e, por isso, pode ser utilizado quer na prática clínica, quer em contexto de investigação (Austin *et al.*, 2005).

3.7.4. Discussão

De acordo com Casanova *et al.* (2019), os instrumentos de medição EPDS, PDSS, PHQ-9, GHQ-12, BDI, BDI-II, CES-D e Zung SDS encontram-se validados para a DPP (Casanova *et al.*, 2019).

Contudo, quando nos referimos à validação de instrumentos de medição que não foram inicialmente desenvolvidos para o rastreio da DPP, podem surgir vários problemas. O BDI-II e o PHQ-9, instrumentos genéricos posteriormente validados para a DPP, apresentam questões referentes a alterações no apetite e no sono, comuns durante a gravidez e no pós-parto, independentemente da existência de depressão. O EPDS e o PDSS foram inicialmente desenvolvidos para o período pós-parto, não tendo havido consideração do período de gestação. O EPDS, o PDSS e o BDI-II não têm em conta a duração dos sintomas ou o facto de estes serem oriundos de outra condição médica para além da depressão, focando-se apenas na gravidade dos sintomas (Fonseca *et al.*, 2020). Por estes motivos, surgem dúvidas quanto à adequação da utilização de alguns destes instrumentos na identificação acertada da DPP.

Nas tabelas 5A e 5B encontram-se representadas as propriedades psicométricas das versões portuguesas dos instrumentos de medição usados na DPP, de acordo com a revisão da literatura realizada. Pela análise das tabelas referidas conclui-se que, dos 15 instrumentos de medição, apenas dois questionários específicos para a medição da depressão pós-parto se encontram validados em Portugal (Areias *et al.*, 1996; Figueiredo, Pacheco e Costa, 2007; Pereira *et al.*, 2010).

Tabela 5A. Tabela resumo das propriedades psicométricas das versões portuguesas dos instrumentos de medição encontrados na revisão da literatura.

Estudo	Instrumento de medição	Fiabilidade		Validade		
		Consistência Interna	Reprodutibilidade	Conteúdo	Constructo	Critério
(Canavarro, 2013)	BAI	Cor. II: 0,99	-	-	Análise fatorial STAI: 0,57 ZAS: 0,42	-
(Campos e Gonçalves, 2011)	BDI-II	α Cr.: 0,91 Cor. IT: >0,30	-	-	Análise fatorial Cor. AF: 0,69 CES-D: 0,60 a 0,65	-
(Canavarro, 1999)	BSI	α Cr.: 0,70 a 0,80	0,63 a 0,81	Demonstrada	Demonstrada	-
(Gonçalves e Fagulha, 2004)	CES-D	α Cr.: 0,87 a 0,92 Cor. II: >0,30	-	-	Análise fatorial BDI-II: 0,80	EC: 0,71
(Laranjeira, 2008)	GHQ-12	α Cr.: 0,91	-	-	IESS: -0,54	-
(Pais-Ribeiro <i>et al.</i> , 2007)	HADS	α Cr.: 0,76 a 0,81 Cor. IC: 0,58	0,46 a 0,75	Demonstrada	-	-
(Laranjeira, Querido e Valentim, 2021)	IPQ-R	α Cr.: 0,57 a 0,78	-	Demonstrada	Análise fatorial	-
(Ferreira <i>et al.</i> , 2019)	PHQ-9	-	-	-	Análise fatorial WSAS: 0,67 BDI-II: 0,79 STAI: 0,66	-

α Cr.: alfa de Cronbach; BAI: *Beck Anxiety Scale*; BDI-II: *Beck Depression Inventory II*; BSI: *Brief Symptom Inventory*; CES-D: *Center of Epidemiological Studies Depression Scale*; Cor. II: correlação inter-itens; Cor. IT: correlação inter-total da escala; Cor. AF: correlação entre fatores da análise fatorial; Cor. IC: correlação intraclasse; EC: entrevista clínica; GHQ-12: *General Health Questionnaire 12-item*; HADS: *Hospital Anxiety*

Depression Scale; IESS: *Instrumental-Expressive Social Support Scale*; IPQ-R: *Illness Perception Questionnaire -Revised*; PHQ-9: *Patient Health Questionnaire 9-item*; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*; ZAS: *Zung Anxiety Scale*; WSAS: *Work and Social Adjustment Scale*; - : não descrito.

Tabela 5B. Tabela resumo das propriedades psicométricas das versões portuguesas dos instrumentos de medição encontrados na revisão da literatura (Continuação).

Estudo	Instrumento de medição	Fiabilidade		Validade		
		Consistência Interna	Reprodutibilidade	Construto	Construído	Critério
(Faro Viana, Almeida e Santos, 2012)	POMS	α Cr.: 0,72 a 0,91 Cor. II: 0,60	-	Análise fatorial	-	-
(Lagareiro, 2015)	SCL-90	α Cr.: 0,74 a 0,97	0,78 a 0,90	-	-	-
(Gomez e Leal, 2012)	SDA	α Cr.: 0,66 a 0,90	0,54 a 0,80	BDI: -0,41 a -0,22 STAI: -0,46 a 0,31 ECS: 0,38 a 0,60	-	-
(Moreira <i>et al.</i> , 2002)	SSS	α Cr.: 0,86 a 0,95 Cor. IT: 0,42 a 0,80	-	BSI: 0,27 IPC: -0,38 a 0,20 EPS: 0,34 a 0,47	-	-
(Santos e Silva, 1997)	STAI	α Cr.: 0,85 a 0,89 Cor. IT: 0,31 a 0,66	-	Demonstrada	-	-
(Areias <i>et al.</i> , 1996; Figueiredo, Pacheco e Costa, 2007)	EPDS	α Cr.: 0,85	0,75	SAADS: 0,86	-	-
(Pereira <i>et al.</i> , 2010)	PDSS	α Cr.: 0,96 Cor. IT: 0,38 a 0,81	-	BDI-II: 0,63	-	-

α Cr.: alfa de Cronbach; BDI: *Beck Depression Inventory*; BDI-II: *Beck Depression Inventory II*; Cor. II: correlação inter-itens; Cor. IT: correlação inter-total da escala; ECS: *Expectancy Confirmation Scale*; EPDS: *Postpartum Depression Screening Scale*; EPS: Escala de Provisões Sociais; IPC: Inventário de Pensamento Construtivo; PDSS: *Postpartum Depression Screening Scale*; POMS: *Profile of Mood States*; SAADS: *Social*

Avoidance And Distress Scale; SCL-90: *Symptom Checklist*; SDA: *Spanier Dyadic Adjustment Scale*; SSS: *Sarason Social Support Scale*; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*; - : não descrito.

As versões portuguesas do BDI-II (Campos e Gonçalves, 2011), BSI (Canavarro, 1999), CES-D (Gonçalves e Fagulha, 2004), GHQ-12 (Laranjeira, 2008), HADS (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007), POMS (Faro Viana, Almeida e Santos, 2012), STAI (Santos e Silva, 1997), SCL-90 (Lagareiro, 2015) e SSS (Moreira *et al.*, 2002) apresentaram intervalos de valores de consistência interna acima de 0,70, valor de alfa de *Cronbach* considerado o ideal (Terwee *et al.*, 2007). A versão portuguesa do BAI (Canavarro, 2013) e do PHQ-9 (Ferreira *et al.*, 2019) não avaliaram esta componente da fiabilidade, e os questionários IPQ-R (Laranjeira, Querido e Valentim, 2021) e SDA (Gomez e Leal, 2012) apresentam valores de alfa de *Cronbach* abaixo de 0,70.

No que diz respeito à medição da reprodutibilidade, apenas quatro dos 13 estudos a realizaram (Canavarro, 1999; Gomez e Leal, 2012; Lagareiro, 2015; Pais-Ribeiro *et al.*, 2007). O SCL-90 foi o único que obteve o intervalo de valores de correlação considerada elevada (Lagareiro, 2015). O BSI (Canavarro, 1999), o HADS (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007) e o SDA (Gomez e Leal, 2012) obtiveram intervalos de valores a começar abaixo de 0,75 e a terminar acima deste valor, indicando intensidade moderada e elevada no que respeita à reprodutibilidade.

A validade de conteúdo foi demonstrada na versão portuguesa do BSI (Canavarro, 1999), do HADS (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007) e do IPQ-R (Laranjeira, Querido e Valentim, 2021).

A validade de critério apenas foi avaliada no estudo de Gonçalves e Fagulha (2004), onde o CES-D mostrou apresentar uma correlação de 0,71 com uma entrevista clínica semiestruturada (baseada no DSM IV) (Gonçalves e Fagulha, 2004). O facto de mais nenhum estudo ter apresentado resultados sobre a validade de critério pode dever-se à falta de uma medida considerada como método de referência ou outro critério externo amplamente aceite (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017).

Relativamente à avaliação da validade de constructo, esta foi realizada em todas as versões portuguesas dos instrumentos analisados, à exceção do SCL-90 (Lagareiro, 2015) e do HADS (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007). Nos questionários BAI (Canavarro, 2013), BDI-II (Campos e Gonçalves, 2011), CES-D (Gonçalves e Fagulha, 2004), IPQ-R (Laranjeira, Querido e Valentim, 2021), PHQ-9 (Ferreira *et al.*, 2019) e POMS (Faro Viana, Almeida e Santos, 2012), foi realizada uma análise fatorial onde foram verificadas as correlações entre

as variáveis. Apenas o estudo de Campos e Gonçalves (2011) apresenta a correlação entre os dois fatores obtidos na análise fatorial (0,69). Seis estudos estudaram a validade de constructo convergente (Campos e Gonçalves, 2011; Canavarro, 2013; Ferreira *et al.*, 2019; Gonçalves e Fagulha, 2004; Laranjeira, 2008; Moreira *et al.*, 2002). O BDI-II (Campos e Gonçalves, 2011), o CES-D (Gonçalves e Fagulha, 2004), GHQ-12 (Laranjeira, 2008) e o PHQ-9 (Ferreira *et al.*, 2019) são os únicos que revelaram validade de constructo convergente superior a 0,50, ou inferior a -0,50, e por isso foi considerada boa. O BAI apresentou boa correlação com o STAI e correlação adequada com o ZAS (Canavarro, 2013). O SDA mostrou ter correlação fraca a adequada com o BDI, e adequada com o STAI-Y e o ECS (Gomez e Leal, 2012). O SSS revelou correlação fraca com o BSI, fraca a adequada com o IPC e adequada com o EPS (Moreira *et al.*, 2002). De forma geral, conclui-se que a maior parte das versões portuguesas dos questionários genéricos encontrados na revisão da literatura possuem itens que medem o mesmo constructo.

Os dois questionários específicos validados em Portugal são o EPDS e o PDSS. A versão portuguesa do EPDS apresenta boa consistência interna e reprodutibilidade, assim como uma correlação considerada boa com o SAADS (Areias *et al.*, 1996; Figueiredo, Pacheco e Costa, 2007). A versão portuguesa do PDSS revelou excelente consistência interna e a correlação item-total da escala foi considerada de intensidade moderada a elevada. Ao nível da validade convergente, o PDSS demonstrou boa correlação com o BDI-II (Pereira *et al.*, 2010). Estes resultados indicam que os itens de cada questionário estão em concordância, medindo o mesmo constructo, e que a validade convergente foi verificada também em ambos os questionários. Além disso, o EPDS mostrou ser capaz de obter respostas idênticas, em momentos diferentes.

Apesar de não haver nenhum instrumento de medição da depressão durante a gravidez em Portugal, há evidência científica que comprova que o EPDS e o PDSS podem ser utilizados para detetar este tipo de depressão, ou até preverem depressão pós-parto (Figueiredo, Pacheco e Costa, 2007; Pereira *et al.*, 2011).

É evidente a necessidade da criação de um instrumento de medição pensado e desenvolvido, desde o seu início, especificamente para a população em risco de desenvolver DPP.

Capítulo IV

Impacto da Depressão Periparto

4. Impacto económico da Depressão Periparto

Este capítulo apresenta uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de averiguar o impacto económico que a DPP tem no setor da saúde, social e público. Assim, encontra-se descrita informação sobre a metodologia seguida, uma descrição de cada estudo incluído na revisão, os resultados obtidos e sua discussão.

4.1. Métodos

A metodologia desta revisão sistemática seguiu as indicações do “*Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2014: The Systematic Review of Economic Evaluation Evidence*”, que pretende fornecer orientação metodológica para a realização de revisões sistemáticas de avaliações económicas (Joanna Briggs Institute, 2014), uma vez que não foi encontrada nenhuma orientação metodológica específica para revisões sistemáticas sobre o impacto económico de uma doença.

Questão de revisão

O objetivo desta revisão é analisar o impacto económico que a DPP tem a nível do setor da saúde, público e social.

Critérios de inclusão

Segundo o *Joanna Briggs Institute (JBI) Reviewers’ Manual 2014*, os critérios de inclusão dos estudos devem seguir a estrutura da mnemónica “P (*population*) I (*intervention and comparator*) C (*context/setting*) O (*outcomes*) S (*study design*)” (Joanna Briggs Institute, 2014). Como referido anteriormente, não foi encontrada nenhuma orientação metodológica específica para revisões sistemáticas sobre o impacto económico de uma doença e, assim, a mnemónica “PICOS” aconselhada para a definição dos critérios de inclusão em revisões sistemáticas de avaliações económicas foi adaptada para “PiCOS”, uma vez que não faz sentido a inclusão de nenhum tipo de intervenções em específico.

- População: os estudos têm de avaliar o impacto económico da DPP, depressão pré-parto ou depressão pós-parto, em mães e/ou nas suas crianças, ou no agregado familiar.

- Contexto: é relevante a inclusão de estudos que avaliem o impacto económico da DPP no setor da saúde, social e público.
- Resultados: apresentação de uma estimativa do impacto económico da DPP no horizonte temporal do estudo.
- Desenho do estudo: pretende-se a inclusão de estudos com medição de custos a nível social, público ou da saúde de mulheres com DPP, dos seus filhos ou do seu agregado familiar. Isto é, não foi relevante a inclusão de estudos que avaliassem outro tipo de depressão ou outras doenças, relativos à efetividade de intervenções, avaliações económicas, avaliação de custos de uma intervenção, estudos epidemiológicos ou estudos demográficos.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas bases de dados, *PubMed* e *Web of Science*, tendo sido procedida segundo as palavras-chave representadas na tabela 6. Na *PubMed*, as palavras-chave foram pesquisadas consoante o seu termo *MeSH* (do inglês “*Medical Subject Heading*”), aquando da sua existência. Não foi utilizada nenhuma restrição temporal, porém os estudos foram restritos no que diz respeito ao idioma (inglês ou português) e à disponibilidade de texto completo.

Tabela 6. Estratégia de pesquisa na *PubMed* da revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP (dia 10 de dezembro de 2020).

Estratégia de pesquisa
<p><i>Search:</i> (((((((("perinatal depression"[Title/Abstract]) OR ("peripartum depression"[Title/Abstract])) OR ("prepartum depression"[Title/Abstract])) OR ("prenatal depression"[Title/Abstract])) OR ("anteartum depression"[Title/Abstract])) OR ("antenatal depression"[Title/Abstract])) OR (depression, postpartum[MeSH Terms]))) AND (("Costs and Cost Analysis"[Mesh]) OR ("economics" [Subheading]))</p>

Numa primeira análise dos estudos identificados, procedeu-se à leitura de título e resumo, sendo que os que preencheram os critérios de inclusão definidos foram analisados pelo texto completo. Após leitura do texto integral, e posterior confirmação do preenchimento dos critérios de inclusão, os estudos considerados elegíveis foram inseridos nesta revisão. A identificação, seleção e inclusão dos estudos foram realizados pela autora desta dissertação.

Avaliação da qualidade metodológica

Todas as revisões sistemáticas englobam um processo de crítica e avaliação da evidência encontrada e, por isso, torna-se necessário a utilização de instrumentos que permitam a avaliação da qualidade metodológica de qualquer revisão.

Como não foi encontrado nenhum instrumento para avaliação da qualidade metodológica de estudos incluídos em revisões sistemáticas sobre o impacto económico de uma doença, nesta revisão adaptou-se a “*JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations*”, específica para avaliação de estudos inseridos em revisões sistemáticas de avaliações económicas (Joanna Briggs Institute, 2017).

A adaptação procedida consistiu, essencialmente, na alteração:

- Do termo “alternativas” para “população e/ou subgrupos” no item dois;
- Do termo “consequências” para “parâmetros” nos itens três, cinco, sete e nove;
- Da questão do item quatro “foi estabelecida efetividade clínica” para “foi relatado o ano dos custos, assim como o seu contexto (localização)?”;
- Da junção das questões do item cinco “Os custos e consequências foram medidos de forma apropriada?” e seis “Os custos e consequências foram valorizados de forma apropriada?” para “Os parâmetros e respetivos custos, foram medidos e valorizados de forma apropriada?” no item cinco, tendo sido acrescentada a questão “Encontrase definido o horizonte temporal do estudo?” no item seis da *checklist* adaptada;
- Do termo “análise incremental” para “estimativa do impacto económico”, no item oito;
- Da questão do item 11 “Os resultados foram generalizados ao contexto de interesse da revisão?” para “Os resultados foram comparados com resultados de outros estudos?”, no item 10 da *checklist* adaptada;
- Da questão do item 10 “Os resultados do estudo respondem a todas as questões relevantes para os utentes?” para “Os autores referiram a inexistência de conflito de interesses?” no item 11 da *checklist* adaptada.

Assim, a *checklist* adaptada manteve 11 itens (tabela 7), assim como as quatro possíveis opções de resposta “sim”, “não”, “pouco claro” e “não aplicável”.

A avaliação da qualidade metodológica foi efetuada pela autora desta dissertação, não tendo sido excluído nenhum estudo consoante a qualidade apresentada.

Tabela 7. Descrição do item e da questão correspondente, resultante da adaptação da *JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluation*. Adaptado de (Joanna Briggs Institute, 2017).

Item	Questão
Item 1	A questão em estudo encontra-se bem definida?
Item 2	A população e/ou subgrupos estão descritos de forma compreensível?
Item 3	Foram identificados todos os parâmetros e custos importantes?
Item 4	Foi relatado o ano dos custos, assim como o seu contexto (localização)?
Item 5	Os parâmetros e respetivos custos, foram medidos e valorizados de forma apropriada?
Item 6	Encontra-se definido o horizonte temporal do estudo?
Item 7	Os parâmetros e respetivos custos, foram ajustados a outros períodos temporais?
Item 8	Foi realizada uma estimativa do impacto económico?
Item 9	Procedeu-se a uma análise de sensibilidade nos parâmetros e nos custos, de modo a avaliar o efeito da incerteza?
Item 10	Os resultados foram comparados com resultados de outros estudos?
Item 11	Os autores referiram a inexistência de conflito de interesses?

Extração e síntese de dados

A extração de dados foi feita pela autora desta dissertação, sendo apresentados sob a forma narrativa e em tabelas.

4.2. Resultados

Resultados da pesquisa

Da pesquisa realizada, resultaram 104 artigos na *PubMed* e 284 na *Web of Science*, dando um total de 388 artigos. Foram excluídos 13 estudos antes da seleção, através da utilização de ferramentas automáticas (texto incompleto ou redigidos em outra língua que não o inglês ou português). Dos 375 artigos, 42 eram repetidos, dando um total de 333 artigos para serem analisados por título e resumo. Desta análise, 325 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão (244 não englobavam a população definida, 80 não apresentavam o desenho de estudo pretendido e um não se encontrava disponível).

Na figura 4 encontra-se representado o diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos, conforme as indicações PRISMA em 2020 (Page *et al.*, 2021).

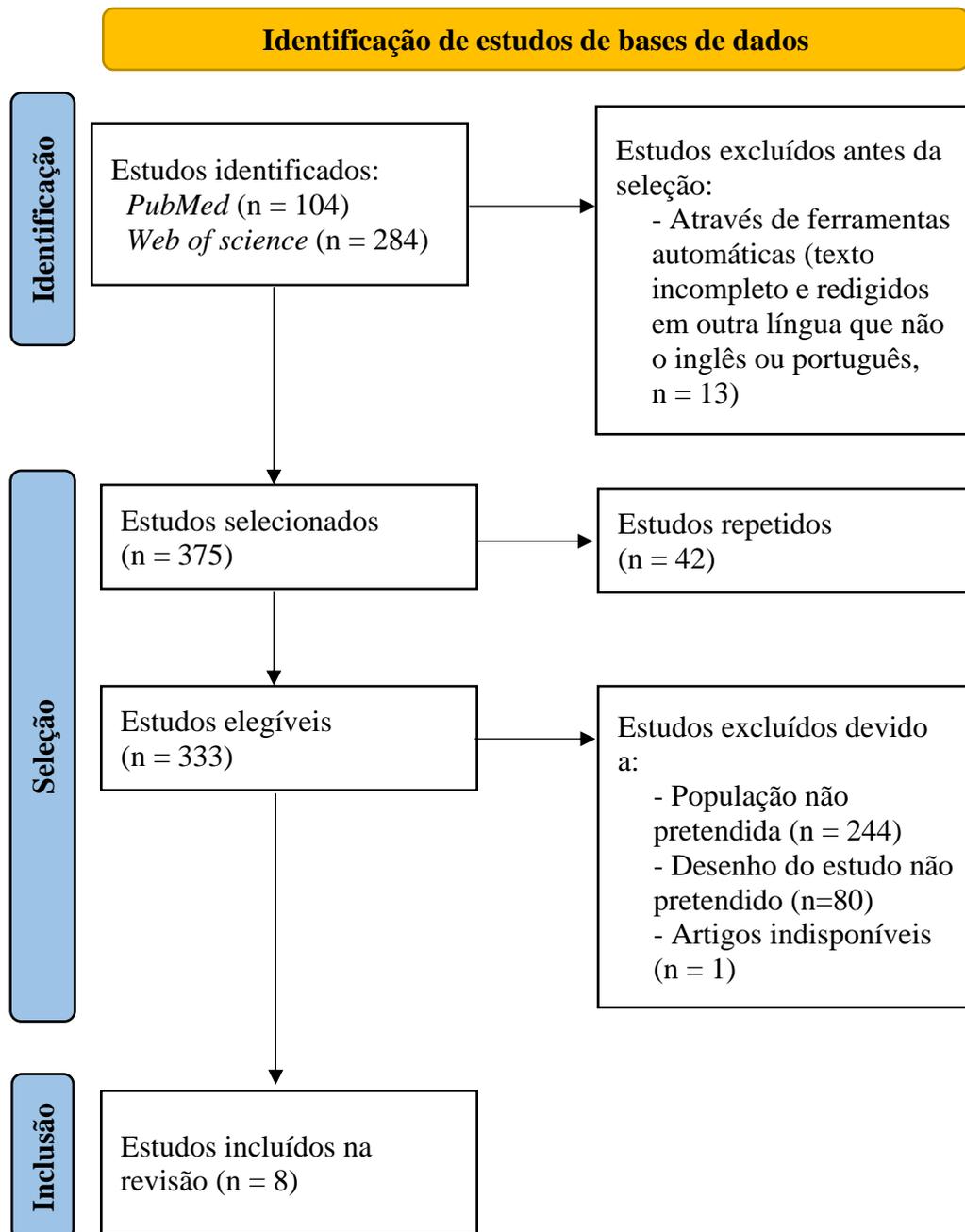


Figura 4. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos na revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP, de acordo com indicações PRISMA (2020) (Page *et al.*, 2021).

Descrição dos estudos

A descrição de cada estudo incluído na revisão sistemática realizada, presente nesta secção, foi retirada única e exclusivamente dos próprios estudos. Assim, de forma a facilitar a leitura, procedeu-se à definição de tópicos constituídos pela palavra “estudo”, seguido do

número definido pela ordem em que aparece na descrição e da citação do estudo. Na tabela seguinte, encontra-se apresentado o autor e o título a que cada tópico se refere (tabela 8).

Tabela 8. Correspondência entre o tópico e o autor e título de cada estudo da revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP.

Estudo	Autor e título do estudo
1	Bauer, Knapp e Parsonage (2015) – “ <i>Lifetime costs of perinatal anxiety and depression</i> ”
2	Bauer <i>et al.</i> (2015) – “ <i>Perinatal depression and child development: exploring the economic consequences from a South London cohort</i> ”
3	Dagher <i>et al.</i> (2012) – “ <i>Postpartum depression and health services expenditures among employed women</i> ”
4	Epperson <i>et al.</i> (2020) – “ <i>Healthcare resource utilization and costs associated with postpartum depression among commercially insured households</i> ”
5	Hossain <i>et al.</i> (2020) – “ <i>Prevalence of maternal postpartum depression, health-seeking behavior and out of pocket payment for physical illness and cost coping mechanism of the poor families in Bangladesh: A rural community-based study</i> ”
6	Simas <i>et al.</i> (2020) – “ <i>Matched cohort study of healthcare resource utilization and costs in young children of mothers with postpartum depression in the United States</i> ”
7	Petrou <i>et al.</i> (2002) – “ <i>Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort</i> ”
8	Cleary <i>et al.</i> (2020) – “ <i>Economic burden of maternal depression among women with a low income in Cape Town, South Africa</i> ”

- Estudo 1 (Bauer, Knapp e Parsonage, 2015)

Como referido anteriormente, a DPP tem impacto negativo não só nas mães, mas também nas crianças. Um estudo estimou os custos totais e as perdas de qualidade de vida relacionada com a saúde das mães com DPP e dos seus filhos, durante toda a vida, no Reino Unido.

Os autores realizaram uma pesquisa bibliográfica, de modo a estimar o impacto que a DPP apresenta nas mães e respetivas crianças, e os seus custos. Nas mães, foram tidos em consideração os seguintes parâmetros: prevalência e duração da DPP e risco de suicídio, custos incrementais anuais, do setor público, derivados da DPP; probabilidades de emprego (a tempo inteiro ou parcial) para as mulheres após o parto; semanas de trabalho incrementais perdidas devido à DPP, por ano; e utilidades em saúde incrementais relativas à DPP. Os parâmetros utilizados para estimar o impacto da DPP nas crianças foram os necessários para permitir o cálculo de custos incrementais de nascimentos pré-termo, morte infantil,

necessidade de educação especial e abandono escolar, e problemas emocionais e de conduta das crianças.

Os resultados apresentados no estudo estão divididos em custos do sector público e de uma perspetiva mais ampla da sociedade, e ajustados ao ano 2012/2013.

Tabela 9. Custos por mãe e criança derivado da DPP (£). Adaptado de (Bauer, Knapp e Parsonage, 2015).

		Mãe	Criança	Total
Setor público	Cuidados de saúde e sociais	1.688	2.831	10.237
	Educação	-	3.744	
	Justiça	-	1.974	
Sociedade em geral	Perdas de produtividade	3.028	5.661	65.491
	Perda de QALYs	18.158	8.750	
	Vida perdida	277	22.157	
	Pagamentos <i>out-of-pocket</i>	-	14	
	Custos por vítima de crime	-	7.446	
Total		23.151	52.577	75.728

QALYs: *quality-adjusted life years*

De acordo com os dados apresentados na tabela 9, cada mulher com DPP apresenta um custo total de 23.151£ para o setor público e para a sociedade em geral, sendo que uma criança de uma mãe com DPP apresenta um custo de 52.577£. Cada par de mãe e respetiva criança, apresentam um gasto de 10.237£ e 65.491£ para o setor público e para a sociedade em geral, respetivamente, dando um encargo económico total de 75.728£ nestes setores, durante toda a vida.

- Estudo 2 (Bauer *et al.*, 2015)

Bauer *et al.* (2015) analisaram, também, o impacto económico de filhos de mães com DPP podem ter no setor público. Para tal, utilizaram dados de um estudo de desenvolvimento infantil no sul de Londres, em que participaram crianças dos 11 aos 16 anos de idade. Os impactos económicos estudados tiveram por base estudos epidemiológicos, qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), custos relacionados com o setor público e emprego, com uma perspetiva do setor público, social e do próprio indivíduo. Os autores selecionaram as seguintes variáveis: problemas emocionais e éticos,

incapacidade cognitiva, necessidade de educação especial e se, aos 16 anos, as crianças deixaram a escola com ou sem qualificações.

Os resultados demonstram que o risco adicional de uma criança, cuja mãe sofreu DPP, desenvolver consequências negativas variou de 5% (problemas emocionais) a 24% (necessidade de educação especial). Através de estimativas de parâmetros relacionados com as variáveis descritas anteriormente, foram calculados o custo por criança exposta à DPP:

- O custo derivado do risco adicional da criança desenvolver problemas emocionais acarreta um gasto de 260£ ao setor público, 490£ inerente à perda de produtividade e 1.250£ relativos à diminuição da qualidade de vida;
- O custo derivado do risco adicional da criança desenvolver problemas comportamentais apresentou um gasto de 2.660£ no setor público, 890£ derivado da perda de produtividade e 1.040£ referente à diminuição da qualidade de vida;
- O custo derivado do risco adicional da criança desenvolver incapacidade cognitiva, apresentou uma despesa de 3.030£ ao setor público devido à necessidade de educação especial; de 1.400£ relativos à perda de produtividade associada ao facto da criança não ter qualificações; e de 3.760£ relativos à diminuição da qualidade de vida relacionada com a criança apresentar um quociente de inteligência inferior a 81.

No total, os custos por criança exposta à DPP rondam os 5.950£ para o setor público, 2.780£ relacionada com a perda de produtividade e 6.050£ devidos da diminuição da qualidade de vida.

- Estudo 3 (Dagher *et al.*, 2012)

Dagher *et al.* (2012) estudaram a associação da depressão pós-parto e os gastos dos serviços de saúde, em mulheres empregadas. A medição da utilização de serviços de saúde foi realizada desde a alta hospitalar devida ao parto, até às 11 semanas do pós-parto. A associação foi entre a variável “depressão pós-parto às cinco semanas do pós-parto” e a variável “custos dos serviços de saúde até às 11 semanas após o parto”.

No estudo, foram incluídos dados de 638 mulheres em período pós-parto, pertencentes a um estudo de coorte prospetiva, entrevistadas telefonicamente às cinco e 11 semanas a seguir ao parto. Às cinco semanas do pós-parto foram realizadas várias medições: depressão pós-parto identificada através da aplicação do EPDS, saúde física e mental medida pela utilização do SF-12, os sintomas maternos pela aplicação da *checklist* de Gjerdingen *et al.* (Gjerdingen *et al.*, 1993), seguro de saúde e licença de trabalho. Também foram medidos

o apoio social, através de uma escala de cinco itens de Sherbourne e Stewart (Sherbourne e Stewart, 1991), complicações no parto e presença de doenças crónicas (retiradas dos registos), assim como as características demográficas e socioeconómicas das participantes.

Os custos medidos foram os referentes a idas ao serviço de urgências, aos dias de internamento, a cirurgias em ambulatório, a idas a consultas médicas ou a centros de saúde e a idas a consultas de saúde mental. De acordo com os resultados apresentados neste estudo, a depressão pós-parto parece estar associada com a maior utilização dos serviços de saúde, e consequente aumento de despesas nestes serviços (1.046,3\$ do grupo de mulheres com depressão *versus* 365,2\$ do grupo de mulheres sem depressão). Esta diferença de custos no grupo de mulheres identificadas com depressão pós-parto, deve-se essencialmente ao aumento de idas ao serviço de urgências e a consultas de saúde mental.

- Estudo 4 (Epperson *et al.*, 2020)

Epperson *et al.* (2020) pretenderam quantificar o impacto económico da depressão pós-parto no agregado familiar de mulheres identificadas com este tipo de depressão, no primeiro ano após o parto. Os dados sobre agregados familiares de mulheres com depressão pós-parto foram retirados de uma base de dados e comparados com agregados familiares de mulheres sem esta doença.

Para se proceder ao estudo do impacto económico da depressão pós-parto, foi necessário a identificação de custos médicos diretos, utilização e custos farmacêuticos, visitas hospitalares ou em ambulatório, as características demográficas da doente (como a idade e o estado de saúde), e o tamanho e composição do agregado familiar.

A depressão pós-parto nas mulheres foi identificada se estas apresentassem um dos seguintes pontos nos 12 meses após o parto:

- Um ou mais internamentos, ou uma ou mais idas às urgências, com depressão ou perturbação de humor;
- Duas ou mais visitas de ambulatório com diagnóstico de depressão ou perturbação de humor;
- Uma ou mais visitas de ambulatório com depressão ou perturbação de humor, com queixa que apresente indicação para terapia de estimulação cerebral ou psicoterapia;
- Uma ou mais visitas de ambulatório com depressão ou perturbação de humor, e uma visita de ambulatório adicional com diagnóstico de ansiedade;

- Uma ou mais queixas cujo tratamento é terapia de estimulação cerebral, e uma visita de ambulatório com diagnóstico de ansiedade;
- Uma ou mais visitas de ambulatório com diagnóstico de depressão, perturbação de humor ou ansiedade, com prescrição médica de ISRS.

Os resultados indicam que os agregados familiares de mulheres com depressão pós-parto apresentam maior despesa no primeiro ano do pós-parto do que os agregados familiares de mulheres sem depressão (36.049\$ e 29.448\$, respetivamente). A diferença de custos deve-se 89% a despesas médicas e 11% a despesas farmacêuticas. Cerca de 21% da totalidade das despesas médicas e farmacêuticas deve-se a custos diretamente relacionados com a depressão pós-parto. Verificou-se, ainda, que o aumento total de custos dos agregados familiares de mulheres com depressão pós-parto é devido ao maior número de visitas em ambulatório por qualquer causa (não apenas por causa desta doença), em comparação com os agregados familiares de mulheres sem depressão pós-parto (57 e 41, respetivamente).

Em termos de custos relacionados unicamente com as mulheres com este tipo de depressão, o estudo indica que estas apresentaram um gasto total de 19.611\$, em comparação com 15.410\$ verificado nas mulheres sem esta doença. Aproximadamente 31% da diferença é da responsabilidade de despesas médicas e farmacêuticas relacionadas com a depressão pós-parto. Relativamente às despesas dos parceiros das mulheres com depressão pós-parto, os resultados mostram que estes apresentam gastos de 3.483\$, enquanto os parceiros de mulheres sem este tipo de depressão apresentam gastos de 2.663\$. Cerca de 30% do total de custos despendido pela seguradora, foi associado aos parceiros das mulheres com depressão pós-parto. No que diz respeito às despesas dos filhos pertencentes ao agregado familiar, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Assim, os autores do estudo concluíram que a depressão pós-parto requer custos no setor da saúde por parte da mãe, mas também por parte do seu agregado familiar.

- Estudo 5 (Hossain *et al.*, 2020)

Hossain *et al.* (2020) estudaram a prevalência dos sintomas da depressão pós-parto em mães com depressão, e de mães sem depressão, com filhos entre os seis e os 16 meses de idade. Os autores compararam o comportamento e procura por cuidados de saúde por parte dos membros da família, pagamentos de cuidados de saúde *out-of-pocket* e os métodos utilizados para suportar os custos. Foram incluídos os dados do início de um ensaio clínico, pertencentes a 591 famílias rurais com baixo rendimento, no Bangladeche.

Para a medição da depressão materna, foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Este instrumento de medição, usado noutros estudos realizados no Bangladesh, é constituído por 20 questões de resposta “sim” ou “não” referentes à presença de sintomas depressivos nos 30 dias anteriores. Foi utilizado um *cut-off* de sete (de zero a 20) como indicador de depressão, com sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. O comportamento e a procura de cuidados de saúde, assim como os custos relacionados, foram recolhidos por entrevista e tiveram em conta o mês anterior. Os pagamentos *out-of-pocket* também foram reunidos com base no pagamento de taxas inerentes a serviços de aconselhamento, custos de transporte, diagnóstico, tratamento e alojamento.

Os resultados demonstram que a prevalência de sintomas de depressão nas participantes do estudo rondou os 52%. Relativamente ao comportamento e à procura por cuidados de saúde, os autores estudaram as seguintes variáveis: doença (sim ou não), visita a um prestador de cuidados de saúde (sim ou não), escolha do prestador de cuidados de saúde (formal ou informal) e a preferência de instalações de cuidados de saúde (pertencentes ao governo, privadas ou outras). Apenas a variável “doença” mostrou ter resultados estatisticamente significativos, indicando que em 83,6% das famílias com mulheres com depressão, pelo menos uma pessoa ficou doente nos últimos 30 dias, em comparação com 74,6% das famílias com mãe sem depressão. Famílias com mulheres com depressão apresentaram um gasto maior e estatisticamente significativo em pagamentos *out-of-pocket* relacionados com a sua saúde em comparação com as famílias de mulheres sem depressão (320 *Bangladesh Taka* (BDT) e 210 BDT, respetivamente). O estudo demonstrou que 70% das famílias com ou sem mulheres com depressão pedem dinheiro a familiares, de forma a poder cobrir as despesas em saúde. Cerca de 76% das famílias com mulheres com depressão contraem empréstimos ou vendem bens pessoais, para poderem suportar os encargos exigidos pelos pagamentos *out-of-pocket*, sendo que tal acontece em 24% das famílias sem mulheres com depressão.

A necessidade de utilizar métodos para suportar os custos, como pedir um empréstimo ou vender bens pessoais, é duas vezes maior em famílias com mulheres com depressão, do que em famílias de mulheres sem depressão. Assim sendo, os autores alertam para a criação de opções de financiamento em saúde para mulheres que apresentem sintomas de depressão.

- Estudo 6 (Simas *et al.*, 2020)

Com o objetivo de avaliar a diferença na utilização de recursos em cuidados de saúde e os custos de crianças, de mães com depressão pós-parto e mães sem esta doença, Simas *et al.* (2020) desenvolveram um estudo nos Estados Unidos.

Foram recolhidos dados de uma base de dados, em que os pares mãe-filho foram divididos em dois grupos, grupo exposto a depressão pós-parto e grupo não exposto a depressão pós-parto, tendo em conta manifestações de depressão, ansiedade ou perturbações de humor demonstrados pela mãe entre 15 dias e até um ano após o parto. No total, 135678 pares de mãe-filho foram incluídos neste estudo, sendo que as crianças foram seguidas durante um período de 24 meses após o nascimento. Apenas se procedeu ao diagnóstico da depressão pós-parto posteriormente aos 15 dias do pós-parto, uma vez que era possível as mães sentirem ansiedade, sintomas depressivos ou humor depressivo devido à presença de *baby blues* ou até derivado das mudanças hormonais naturais do pós-parto.

O grupo exposto a depressão pós-parto foi constituído por 33314 pares mãe-filho, e o grupo não-exposto por 102364 pares mãe-filho. De um modo geral, a medição da utilização de recursos em cuidados saúde, e os respetivos custos, foram relativas a idas às urgências, serviços de ambulatório, idas a consultórios médicos, outros serviços de ambulatório e farmácia de ambulatório. As idas a consultórios médicos englobam rastreios precoces relacionados com atrasos no desenvolvimento da criança como perturbações mentais, de comportamento, neurológicas, da fala, linguagem, audição ou visão, e metabólicas.

Segundo os resultados deste estudo, as crianças de mães com depressão pós-parto em comparação com as crianças de mães sem esta doença apresentaram mais idas às urgências (48,4% vs 41,7%) e a farmácias (92,2% vs 89%), assim como maior necessidade de serviços médicos de ambulatório especializados (67,9% vs 64%) e de rastreio precoce (39,9% vs 37,1%). Durante o período de acompanhamento de 24 meses, verificou-se que as crianças de mães com depressão pós-parto apresentaram um gasto total 12% superior ao nível dos cuidados de saúde, que crianças de mães sem este tipo de depressão (24.572\$ e 21.946\$, respetivamente).

Foi realizada uma análise de sensibilidade, em que foram retiradas, de forma separada e posteriormente conjunta, mães que tiveram parto pré-termo e aquelas que tinham algum tipo de diagnóstico relativo à saúde mental no início no estudo. Quando foram

retirados os subgrupos anteriormente referidos, foi demonstrado que a proporção de crianças com idas às urgências, a farmácias e necessidade de serviços médicos de ambulatório especializados continuou significativamente maior no grupo de crianças de mães com depressão pós-parto, do que no grupo de crianças de mães sem esta doença. Quando apenas foram retiradas mães que apresentaram algum tipo de diagnóstico relativo à saúde mental no início no estudo, a média de custos referentes aos cuidados de saúde, no grupo de crianças de mães com depressão pós-parto, também mostrou ser significativamente maior do que no outro grupo. Já quando foram excluídas as mães que tiveram parto pré-termo, a média de custos referentes aos cuidados de saúde entre os dois grupos não revelou ser estatisticamente significativa.

Em conclusão, os autores referem que a depressão pós-parto está associada a um maior gasto de recursos e, conseqüentemente, encargo financeiro, ao nível dos cuidados de saúde, desde os primeiros meses de vida da criança.

- Estudo 7 (Petrou *et al.*, 2002)

Em 2002, Petrou *et al.* (2002) estimaram os custos associados à depressão pós-parto numa coorte de mulheres em risco de desenvolver esta doença. O estudo seguiu a perspetiva do setor público, no Reino Unido, onde foram calculados os custos associados à utilização de recursos de cuidados de saúde e sociais inerentes a mulheres em elevado risco de desenvolver depressão pós-parto, e dos seus filhos, desde o parto até 18 meses posteriores ao parto.

As mulheres com 26 e as 28 semanas de gestação que foram a clínicas pré-natais na cidade de Reading, foram rastreadas (através de um questionário desenvolvido por Cooper *et al.* em 1996) para a possibilidade de desenvolver depressão pós-parto. Aquelas que tiveram uma pontuação ≥ 24 foram identificadas como sendo de alto risco de desenvolver esta doença (Petrou *et al.*, 2002).

No total, 206 participantes foram incluídas no estudo, sendo que o seu estado de saúde mental foi avaliado às oito semanas, 18 semanas, 12 meses e 18 meses com a utilização do SCID-P. Às 18 semanas, 12 meses e 18 meses, as participantes também foram entrevistadas, com o objetivo de registar a utilização de recursos dos serviços de saúde e sociais. Assim, foram recolhidas informações relativas à entidade e ao profissional que prestou o serviço, a frequência e duração da utilização do serviço, assim como a localização do mesmo.

Relativamente aos recursos utilizados e respetivos custos, estes foram divididos em cinco pontos globais: cuidados de saúde e apoios sociais da mãe, subdivididos em cuidados de saúde mental e outros apoios sociais; cuidados de assistência para a mãe; cuidados hospitalares de ambulatório relativos à mãe; internamentos hospitalares da mãe; e cuidados pediátricos. Os autores fazem uma descrição mais pormenorizada dos recursos utilizados em cada um dos pontos referidos, e referem que todos os custos foram retirados de diretrizes sobre os custos sociais e em saúde, em vigor aquando da realização do estudo.

Os resultados indicam que das 206 participantes identificadas, 70 foram diagnosticadas com depressão pós-parto no decorrer do estudo. O grupo de mulheres com depressão pós-parto e os seus filhos apresentaram maior custo médio total (2.419\$) do que o grupo de mulheres não diagnosticadas com depressão pós-parto e os seus filhos (2.026,9\$). Porém, a diferença verificada (392,10\$) não foi estatisticamente significativa. O único resultado estatisticamente significativo foi relativo aos cuidados de saúde e apoios sociais da mãe, com uma diferença de 280,5\$, sendo o grupo de mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto aquele que mostrou maior custos.

Os autores também realizaram uma análise de sensibilidade, em que foram variados vários parâmetros como: a utilização de serviços sociais, aumentada em 10%, 20% e 30% relativamente ao valor da análise principal; os custos de internamento hospitalar, variados 20% a mais e a menos que o valor admitido inicialmente; a quantidade de visitas a profissionais de saúde, com utilização dos valores mínimo e máximo do desvio-padrão calculado na análise principal; e as taxas de desconto dos custos, variadas em 0%, 1,5%, 3% e 10%. Esta análise de sensibilidade demonstrou que nenhuma das variações efetuadas afetou significativamente os resultados da análise principal.

De acordo com este estudo, a depressão pós-parto encontra-se associada a um aumento nos custos de cuidados de saúde e apoios sociais, revelando o seu impacto económico no setor público e da saúde.

- Estudo 8 (Cleary *et al.*, 2020)

Cleary *et al.* (2020) pretenderam avaliar o impacto social e económico de mulheres com depressão materna, desde a gravidez até aos 12 meses do pós-parto, em comparação com mulheres sem depressão, seguindo uma perspetiva social.

Os dados deste estudo foram retirados de um ensaio clínico, cujo objetivo foi avaliar uma intervenção em mulheres com sintomas de depressão materna. Assim, foram incluídos

dados de 419 mulheres com depressão, com baixos rendimentos, recrutadas durante a primeira consulta pré-parto, em cuidados de saúde primários na África do Sul. Estas mulheres pertenciam a bairros pobres, sem água potável, com problemas de eletricidade, elevadas taxas de desemprego e criminalidade. As participantes foram identificadas como tendo depressão ao apresentarem uma pontuação superior ou igual a oito no questionário HRSD. Ao nível dos custos, foram recolhidas informações sobre os custos dos serviços de saúde, taxas de utilização, custos de oportunidade relativos ao acesso de cuidados de saúde e despesas de viagem da mãe e da criança.

No total, as mulheres foram entrevistadas quatro vezes: no início do estudo (durante a primeira consulta pré-parto), um mês antes do parto e aos três e 12 meses após o parto. A cada entrevista, as mulheres responderam ao HRSD e foram questionadas sobre a situação laboral, situação conjugal, rendimento mensal do agregado familiar, o acesso a bens e serviços, taxas de utilização de serviços de saúde públicos ou privados, uma estimativa de consultas pré-natais e de saúde infantil após o parto, bem com a utilização dos serviços de saúde (ambulatório e urgência) por parte da mãe e/ou da criança, antes e depois do parto. As participantes também relataram a duração e despesas de viagens, tempos de espera e a duração das consultas, no período pré-parto e no primeiro ano do pós-parto, de modo a medir o custo de oportunidade e os pagamentos *out-of-pocket*.

Foi utilizado o modelo de *Markov* para estimar e comparar o impacto económico de mulheres com depressão materna e de mulheres sem depressão. O modelo apresentou ciclos com duração de três meses, em que as respostas às quatro entrevistas foram utilizadas para preencher o “estado com depressão” ou o “estado sem depressão”, em cada ciclo, através da pontuação no HRSD. Os autores referem que o modelo foi corrido 10000 vezes, de modo a lidar com a incerteza associada aos parâmetros inseridos, sendo que os resultados apresentados foram obtidos com intervalos de incerteza de 90% em relação à média de cada valor.

Os resultados do estudo mostram que, um mês antes do parto, 56% das mulheres do grupo com depressão estava desempregada em comparação com 41% das mulheres do grupo sem depressão, sendo que 12 meses após o parto os valores foram de 51% e 35%, respetivamente. Os resultados não mostram a existência de correlação entre a presença de depressão e a situação conjugal, e a presença de depressão com a quantidade de consultas pré-natais e de saúde infantil após o parto.

Ao comparar os custos de serviços públicos entre os grupos, desde a gravidez até aos 12 meses depois do parto, verificou-se que o grupo de mulheres com depressão e os seus filhos apresentaram mais gastos (1.303\$) do que o grupo de mulheres sem depressão e respetivos filhos (805\$). No grupo de mulheres com depressão, as mães apresentaram uma despesa de 659\$ e as crianças de 644\$, enquanto no grupo de mulheres sem depressão as mães gastaram cerca de 372\$ e as crianças 433\$. Estas diferenças nos custos referidos devem-se, principalmente, à utilização de cuidados hospitalares (maiores no grupo de mulheres com depressão, por parte da mãe e da criança) e pelo local onde o parto ocorreu, unidades de obstetrícia (*Midwife Obstetric Units*) ou hospitais (sendo que mais mulheres do grupo de mulheres com depressão tiveram o parto no hospital, comparando com o grupo de mulheres sem depressão). Os custos de oportunidade e os pagamentos *out-of-pocket* foram maiores nas mães e nas crianças do grupo de mulheres com depressão (77\$), em comparação com as mães e crianças do grupo de mulheres sem depressão (54\$), porém este aumento não foi estatisticamente significativo.

Verificou-se que, aos 12 meses do pós-parto, é mais provável as mulheres sem DPP se encontrarem empregadas e com mais rendimentos, que as mulheres com este tipo de depressão. Além disso, os resultados indicam que mulheres com DPP apresentam mais despesas ao nível do setor da saúde, social e público.

Características dos estudos

Através da pesquisa efetuada, foram incluídos oito estudos nesta revisão sistemática. Foram encontrados três estudos referentes à DPP (Bauer *et al.*, 2015; Bauer, Knapp e Parsonage, 2015; Cleary *et al.*, 2020) e cinco estudos referentes à depressão pós-parto (Dagher *et al.*, 2012; Epperson *et al.*, 2020; Hossain *et al.*, 2020; Petrou *et al.*, 2002; Simas *et al.*, 2020), não tendo sido encontrados estudos relativos apenas à depressão durante o período de gestação.

Relativamente à medição de custos, um estudo avaliou os encargos da DPP no setor público e social (Bauer, Knapp e Parsonage, 2015); outro analisou o impacto da DPP no setor da saúde, social e público (Cleary *et al.*, 2020); um estudo avaliou as despesas inerentes à DPP no setor público, social e do próprio indivíduo (Bauer *et al.*, 2015); três estudos estudaram os custos associados à depressão pós-parto ao nível dos cuidados de saúde (Dagher *et al.*, 2012; Epperson *et al.*, 2020; Simas *et al.*, 2020); um analisou o encargo financeiro da depressão pós-parto nos cuidados de saúde e no setor social (Petrou *et al.*,

2002); e, por fim, outro estudou os gastos referentes aos cuidados de saúde e pagamentos *out-of-pocket* derivados da depressão pós-parto (Hossain *et al.*, 2020).

A medição dos custos foi realizada relativamente à mãe num estudo (Dagher *et al.*, 2012), às crianças em dois estudos (Bauer *et al.*, 2015; Simas *et al.*, 2020), à mãe e à criança em três estudos (Bauer, Knapp e Parsonage, 2015; Cleary *et al.*, 2020; Petrou *et al.*, 2002) e no agregado familiar em dois estudos (Epperson *et al.*, 2020; Hossain *et al.*, 2020).

O horizonte temporal utilizado para estimar os custos, foi diferente em todos os estudos, tendo variado desde durante a gravidez até um ano após o parto (Cleary *et al.*, 2020) e toda a vida nos estudos direcionados para a DPP (Bauer, Knapp e Parsonage, 2015); e durante um mês do pós-parto (Hossain *et al.*, 2020) e dos 15 dias após o parto até aos dois anos de idade nos estudos relativos à depressão pós-parto (Simas *et al.*, 2020).

Dos estudos inseridos na presente revisão, apenas dois realizaram a análise em contexto de países em desenvolvimento (Cleary *et al.*, 2020; Hossain *et al.*, 2020) e seis em contexto de países desenvolvidos (Bauer *et al.*, 2015; Bauer, Knapp e Parsonage, 2015; Dagher *et al.*, 2012; Epperson *et al.*, 2020; Petrou *et al.*, 2002; Simas *et al.*, 2020).

Tabela 10A. Tabela resumo das características dos estudos inseridos na revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP.

Estudo	Tipo de depressão	País	Medição de custos	Medição dos custos	Horizonte temporal	Custos identificados
(Bauer, Knapp e Parsonage, 2015)	DPP	Reino Unido	Setor público e social	Mãe e criança	Toda a vida	Setor público: 11.340,67€ Setor social: 72.551,73€
(Bauer <i>et al.</i> , 2015)	DPP	Reino Unido	Setor público, social e do próprio indivíduo	Criança	Dos 11 aos 16 anos de idade	Setor público: 6.591,48€ Perda de produtividade: 3.079,72€ Diminuição da qualidade de vida: 6.702,26€
(Dagher <i>et al.</i> , 2012)	Depressão pós-parto	EUA	Setor da saúde	Mãe	Da alta hospitalar até às 11 semanas do pós-parto	Mulheres com depressão +848,09€
(Epperson <i>et al.</i> , 2020)	Depressão pós-parto	EUA	Setor da saúde	Agregado familiar	Primeiro ano do pós-parto	Agregado familiar de mulheres com depressão +6.061,63€
(Hossain <i>et al.</i> , 2020)	Depressão pós-parto	Bangladesh	Setor da saúde; pagamentos <i>out-of-pocket</i>	Agregado familiar	Um mês do pós-parto	Agregado familiar de mulheres com depressão: +1,10€

DPP: depressão periparto; EUA: Estados Unidos da América.

Tabela 10B. Tabela resumo das características dos estudos inseridos na revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP (Continuação).

Estudo	Tipo de depressão	País	Tipo de custos medidos	Medição dos custos	Horizonte temporal	Custos identificados
(Simas <i>et al.</i> , 2020)	Depressão pós-parto	EUA	Setor da saúde	Crianças	Dos 15 dias até aos dois anos de idade	Crianças de mães com depressão: +2.411,43€
(Petrou <i>et al.</i> , 2002)	Depressão pós-parto	Reino Unido	Setor da saúde e social	Mãe e criança	Do parto aos 18 meses do pós-parto	Mães e criança: +501,84€ (ns) Mãe: +359,01€
(Cleary <i>et al.</i> , 2020)	DPP	África do Sul	Setor da saúde, social e público	Mãe e crianças	Da gravidez até um ano após o parto	Mães com depressão e criança: +463,63€

DPP: depressão periparto; EUA: Estados Unidos da América; ns: não estatisticamente significativo.

Avaliação da qualidade metodológica

Como referido anteriormente, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos inseridos na presente revisão, foi realizada pela adaptação da “*JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations*” (Joanna Briggs Institute, 2017).

A resposta à questão do item sete (“Os custos e consequências foram ajustados a outros períodos temporais?”) foi considerada “não aplicável” nos estudos em que o horizonte temporal do estudo foi igual ou inferior a um ano.

Após a análise feita, verificou-se que a quantidade de respostas negativas em cada artigo variou de uma (Cleary *et al.*, 2020; Petrou *et al.*, 2002) a quatro (Epperson *et al.*, 2020; Simas *et al.*, 2020), tendo sido considerado que todos os artigos foram considerados de muito boa qualidade metodológica (tabela 11).

Tabela 11. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre o impacto económico da DPP, de acordo com a *JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluation* (Joanna Briggs Institute, 2017) adaptada.

Estudos	Item										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
(Bauer, Knapp e Parsonage, 2015)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	⊗	⊗	✗
(Bauer <i>et al.</i> , 2015)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	PC	✓
(Dagher <i>et al.</i> , 2012)	✓	✓	✗	✓	✓	✓	NA	✓	✗	✗	✓
(Epperson <i>et al.</i> , 2020)	✓	✓	✗	✓	✓	✓	NA	✓	✗	⊗	✗
(Hossain <i>et al.</i> , 2020)	✓	✓	✗	✗	✓	✗	NA	✓	✗	✓	✓
(Simas <i>et al.</i> , 2020)	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	⊗	✗
(Petrou <i>et al.</i> , 2002)	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Cleary <i>et al.</i> , 2020)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	✓	✗	✓

NA – Não Aplicável; PC – Pouco Claro; ✓ – Sim; ✗ – Não; ⊗ – apesar da resposta à questão do item ser “não”, os autores do respetivo estudo apresentam uma justificação considerada plausível.

Análise do impacto económico

Para permitir a comparação, os custos encontrados nos estudos foram convertidos em euro (€) no ano de 2020, estando esta conversão, a taxa de inflação média e a taxa de conversão representados na tabela 21 (apêndice).

Um estudo estimou que uma mãe com DPP e o seu filho têm um encargo financeiro de 11.340,67€ no setor público e 72.551,73€ no setor social, durante toda a vida (Bauer, Knapp e Parsonage, 2015). Cleary *et al.* (2020) demonstraram que mães com DPP e as suas crianças apresentam um custo acrescido de 463,63€ no setor da saúde, social e público, quando comparadas com mães sem depressão, da gravidez até um ano após o parto (Cleary *et al.*, 2020). Já outro estudo em crianças dos 11 aos 16 anos, filhas de mães com DPP, mostrou que estas apresentam um gasto de 6.591,48€ no setor público, de 3.079,72€ relativos à perda de produtividade e de 6.702,26€ derivados da diminuição da qualidade de vida (Bauer *et al.*, 2015).

Ao nível dos estudos em que a medição de custos se centrou nos cuidados de saúde, mães com depressão pós-parto mostraram um custo 848,09€ superior, comparadas com mães sem este tipo de depressão, desde a alta hospitalar até às 11 semanas do pós-parto (Dagher *et al.*, 2012); crianças até aos dois anos que tiveram mães com depressão pós-parto, apresentaram um gasto 2.411,43€ maior do que as crianças com mães sem este tipo de depressão (Simas *et al.*, 2020); e agregados familiares de mulheres com depressão pós-parto mostram um aumento de 6.061,63€, no primeiro ano do pós-parto, do que agregados familiares de mulheres sem esta doença (Epperson *et al.*, 2020). Outro estudo revelou que mães com depressão pós-parto e as suas crianças mostram mais encargos financeiros nos cuidados de saúde e sociais (+501,84€) aos 18 meses do pós-parto, porém este aumento não foi estatisticamente significativo (Petrou *et al.*, 2002). Hossain *et al.* (2020) analisaram os custos associados aos cuidados de saúde e pagamentos *out-of-pocket* de agregados familiares de mães com depressão pós-parto, demonstrando um aumento de 1,10€ do que as mães sem depressão (Hossain *et al.*, 2020).

4.3. Discussão

Na presente revisão sistemática foram incluídos oito estudos, com um intervalo de anos de publicação de 2002 a 2020. A maior parte dos estudos são direcionados para a depressão pós-parto (Dagher *et al.*, 2012; Epperson *et al.*, 2020; Hossain *et al.*, 2020; Petrou *et al.*, 2002; Simas *et al.*, 2020), não englobando o período de gestação. Porém, nenhum estudo apresentou a distinção dos custos consoante a severidade da depressão, o que seria interessante por poder, ou não, existir diferenças, como por exemplo: menor impacto financeiro e social em mães com depressão ligeira, nos seus filhos e no agregado familiar,

em comparação com mães, e respetivos filhos ou agregado familiar, com depressão moderada ou grave. Relativamente à qualidade dos estudos analisados, todos eles foram considerados de muito boa qualidade.

A existência de informação sobre os custos que a DPP pode ter em diferentes sujeitos é bastante útil, isto é, estudos que avaliem o impacto que esta doença tem na mãe, mas também que estimem as implicações públicas, sociais, económicas e nos cuidados de saúde das crianças e, até, do agregado familiar, são cada vez mais relevantes. Esta revisão sistemática apenas incluiu dois dos estudos que tiveram em consideração as consequências da DPP nas mães e crianças (Bauer, Knapp e Parsonage, 2015; Cleary *et al.*, 2020), um que teve em conta os efeitos da depressão pós-parto nas mães e nos seus filhos (Petrou *et al.*, 2002), e dois que estudaram a repercussão que a depressão pós-parto apresenta no agregado familiar (Epperson *et al.*, 2020; Hossain *et al.*, 2020). Porém, apenas um estudo estimou as consequências da DPP ao longo de toda a vida útil da mãe e da criança (Bauer, Knapp e Parsonage, 2015). Quanto aos restantes, um deles estimou o impacto durante um ano após o parto (Epperson *et al.*, 2020), outro desde a gravidez até um ano depois do parto (Cleary *et al.*, 2020) e outro durante os 18 meses posteriores ao parto (Petrou *et al.*, 2002).

Há vários tipos de custos: custos diretos (médicos e não médicos), custos indiretos e custos intangíveis. Os custos diretos são os associados, de forma direta, à prestação de cuidados de saúde. Dos custos médicos diretos fazem parte as despesas do SNS (ao nível dos cuidados de saúde primários, internamentos hospitalares, cuidados domiciliários, formações, entre outros), e também os gastos que o utente e/ou família apresentam (por exemplo, em medicação). Os custos não médicos diretos são associados a outros setores que não o da saúde, podendo ser derivados de despesas de deslocação dos utentes até aos serviços de saúde ou apoios sociais, por exemplo. Os custos indiretos são relativos ao encargo financeiro que a doença provoca indiretamente no utente e/ou família. Ou seja, a doença pode implicar uma diminuição de produtividade no utente, por exemplo, por faltas ao trabalho ou tempo despendido em consultas médicas, sendo que tudo isto tem um custo. Por último, os custos intangíveis são os relativos a aspetos subjetivos da doença, como ansiedade, sofrimento ou dor (Cruz, 2014)

Nenhum dos estudos incluídos na revisão apresentou a medição de custos intangíveis e apenas três calcularam custos diretos e indiretos (Bauer *et al.*, 2015; Bauer, Knapp e Parsonage, 2015; Cleary *et al.*, 2020). Isto pode dever-se ao facto de os custos indiretos serem altamente variáveis consoante o tipo de doença (e de intervenção) e, por isso,

dificultar o seu cálculo, tornando pouco frequente a medição destes custos. A inexistência de estudos que apresentem custos intangíveis, centra-se na quase impossibilidade de os medir, uma vez que são referentes a aspetos subjetivos da doença. Os restantes cinco estudos apenas mediram custos diretos (Dagher *et al.*, 2012; Epperson *et al.*, 2020; Hossain *et al.*, 2020; Petrou *et al.*, 2002; Simas *et al.*, 2020).

A comparação entre estudos, neste caso, torna-se difícil uma vez que o seu horizonte temporal é bastante diferente e, também, devido ao contexto onde foram realizados. Por exemplo, de acordo com o estudo de Hossain *et al.* (2020), poderíamos concluir que os pagamentos *out-of-pocket* não constituem uma fatia significativa nos custos totais da depressão pós-parto (Hossain *et al.*, 2020). Também poderíamos referir que, no estudo realizado por Cleary *et al.* (2020), os custos dos serviços de saúde, públicos e sociais não parecem constituir uma despesa relevante da DPP (Cleary *et al.*, 2020). Contudo, é necessário ter em consideração que ambos os estudos tiveram lugar em países em desenvolvimento, Bangladeche (Cleary *et al.*, 2020) e África do Sul (Hossain *et al.*, 2020).

O estudo de Hossain *et al.* (2020) revelou uma diferença de pagamentos *out-of-pocket* de mais 1,10€/mês para mulheres com depressão pós-parto, em comparação com mulheres sem esta doença (Hossain *et al.*, 2020). Já o estudo de Cleary *et al.* (2020) estimou um gasto 463,63€ superior para mulheres com DPP, desde a gravidez até 12 meses depois do parto, quando comparadas com mulheres sem este tipo de depressão (Cleary *et al.*, 2020). Em 2021, o salário mínimo da população do Bangladeche é de 1.500BDT (15,01€) e, na África do Sul, o salário mínimo bruto anual é 27.200,67ZAR (Rande sul africano) (1.576,14€) (Wikipédia, 2021b). Um custo a mais de 1,10€/mês ou de 463,63€/ano, não parecem constituir uma despesa tão relevante em qualquer país da Europa, como para os países onde os estudos foram realizados. Quando se observa o contexto económico desses países, percebe-se que, de facto, estes valores constituem uma parte significativa dos custos associados à DPP ou à depressão pós-parto.

É essencial a avaliação da eficácia de intervenções que possibilitem o aumento dos resultados em saúde de mães com DPP e das suas crianças. A análise custo-efetividade a longo prazo dessas intervenções também assume um papel relevante, de modo a permitir a diminuição do impacto económico que esta doença acarreta sobre o setor público, social e ao nível dos cuidados de saúde, ao longo da vida da mãe e daqueles que a rodeiam.

Capítulo V

Avaliações Económicas na Depressão Periparto

5. Avaliações económicas na Depressão Periparto

Neste capítulo encontra-se uma breve definição do que é a avaliação de tecnologias em saúde, assim como o seu objetivo e importância. Seguidamente, foi levada a cabo uma revisão sistemática de estudos de avaliação económica existentes na literatura, de intervenções para a prevenção, rastreio e tratamento da DPP, tendo por base uma revisão sistemática realizada em 2018, por Camacho *et al.* (Camacho e Shields, 2018). Neste capítulo estão, assim, apresentados os métodos da pesquisa realizada, uma descrição de cada estudo incluído na revisão, os resultados e a sua discussão.

5.1. Breve Introdução à Avaliação Económica

Definição, objetivo e importância

A avaliação económica é a comparação entre os custos (que serão gastos) e as consequências (benefícios esperados) de duas ou mais intervenções, possibilitando a tomada de decisão entre as alternativas em estudo (Drummond *et al.*, 2015).

A escolha é a base da avaliação económica, uma vez que os recursos são escassos e não é possível alcançar todos os resultados pretendidos (Drummond *et al.*, 2015). Ou seja, a avaliação económica mede e avalia custos e consequências de forma explícita e coerente, em concordância com as escolhas individuais e sociais. Têm sempre de existir pelo menos duas opções, as quais devem apresentar informação sobre os seus custos e consequências para permitir a sua comparação e correta avaliação. Para os custos envolvidos, são considerados todos os recursos despendidos inerentes às intervenções. Para as consequências, a sua medição é feita pelos efeitos que as intervenções causam nos indivíduos. Existe sempre um grau de incerteza associado e, por isso, nestas avaliações é sempre realizada uma análise de sensibilidade (Gray *et al.*, 2011).

Os benefícios podem ser divididos em: diretos, como por exemplo ganhos em saúde; e indiretos, como ganhos de produtividade (Cunningham, 2000). Como referido anteriormente, os custos também podem ser vários: médicos diretos, como gastos em consultas, internamentos, exames, medicamentos, entre outros; não-médicos diretos, como

os gastos que a família ou os serviços sociais têm; custos indiretos, associados às perdas de produtividade (faltas ao trabalho, por exemplo); e custos intangíveis derivados aos sintomas da doença (Cruz, 2014). O custo de oportunidade também é importante, uma vez que significa o valor que um recurso apresenta na sua melhor hipótese de utilização. Em avaliação económica há, então, a comparação destes custos com os benefícios em saúde provenientes da utilização da intervenção em estudo (Cunningham, 2000).

A avaliação económica pretende essencialmente responder a duas principais questões:

- O procedimento em saúde que se encontra em avaliação vale mais a pena quando comparado com outros que poderíamos adotar com os mesmos recursos (Cunningham, 2000)?
- Ficamos satisfeitos se os recursos em saúde forem gastos no procedimento em avaliação em vez de serem gastos de outra forma (Cunningham, 2000)?

Assim, a utilidade de uma avaliação económica está dependente de três componentes principais:

- Eficácia da alternativa - A nova alternativa em saúde pode funcionar? (Cunningham, 2000);
- Avaliação da efetividade - A nova alternativa em saúde funciona? (Cunningham, 2000);
- Disponibilidade da alternativa - A nova alternativa está ao alcance de todos aqueles que precisam dela? (Cunningham, 2000).

Outro objetivo deste tipo de avaliação é auxiliar na tomada de decisão, sendo que tem a capacidade de organizar de forma estruturada as evidências clínicas das alternativas disponíveis em saúde, os custos relacionados e outros efeitos que possam ser considerados pertinentes para se efetuar a comparação (Sculpher *et al.*, 2015). É notório que este tipo de avaliação está dependente da qualidade das evidências médicas existentes (Cunningham, 2000). Por isso, a maior parte dessas evidências são retiradas de estudos clínicos (principalmente ensaios clínicos), sendo necessário procurá-las de forma sistemática, interpretá-las corretamente com medição de vieses que possam existir e, por fim, sintetizá-las para se obter estimativas dos parâmetros principais de interesse (Sculpher *et al.*, 2015).

Tipos de Avaliação Económica

Existem vários tipos de avaliação económica, os quais são distinguidos de acordo com a metodologia que usam (Pereira *et al.*, 2009).

De acordo com Drummond *et al.* (2015), as avaliações económicas podem ser designadas por parciais ou completas através da resposta a duas questões, como demonstrado na tabela 12.

Tabela 12. Características dos tipos de avaliações económicas. Baseado em (Drummond *et al.*, 2015).

		Os custos e as consequências foram avaliados?		
		NÃO		SIM
		<i>Avaliados apenas consequências</i>	<i>Avaliados apenas custos</i>	
Há comparação entre duas ou mais alternativas?	NÃO	<i>AE parcial (descrição das consequências)</i>	<i>AE parcial (descrição de custos)</i>	<i>AE parcial (descrição de custos e consequências)</i>
	SIM	<i>AE parcial (avaliação da eficácia ou efetividade)</i>	<i>AE parcial (Análise de custos)</i>	<i>AE completa</i>

AE: avaliação económica

Assim sendo, das avaliações económicas parciais fazem parte os seguintes tipos de estudos: estudos sobre custos de doença, em que comparam apenas os custos diretos e indiretos das próprias doenças (e não de intervenções); estudos de impacto orçamental, onde estimam os custos associados à participação de novos tratamentos num contexto de despesa (orçamento para o SNS), sendo vistos como um complemento às avaliações económicas completas; análise de custos que compara alternativas terapêuticas relativamente aos seus custos, não tendo em conta as consequências; análise de custo-consequência, na qual os custos e as consequências são comparados, mas não recorrem a uma medição única de consequências (não calculam nenhum tipo de razão incremental); e a análise de minimização de custos que é útil na comparação de dois ou mais tratamentos com resultados semelhantes, ou seja, será eficiente a alternativa que apresentar menor custo (Pereira *et al.*, 2009).

As avaliações económicas completas são designadas por: análise custo-benefício, análise custo-efetividade e análise custo-utilidade. A diferença entre as análises referidas anteriormente é a identificação e medição de consequências em saúde das intervenções

(tabela 13) (Drummond et al., 2015). Os resultados deste tipo de análises são apresentados em forma de rácio, obtido através da divisão dos custos incrementais pelas consequências em saúde incrementais. Este rácio é designado por rácio custo-efetividade incremental (ICER – do inglês “*incremental cost-effectiveness ratio*”) para estudos de custo-efetividade e rácio custo-utilidade incremental (ICUR – do inglês “*incremental cost-utility ratio*”).

Tabela 13. Medição de custos e consequências nas avaliações económicas completas. Baseado em (Drummond et al., 2015).

Tipo de estudo	Medição de custos	Identificação de consequências	Medição de consequências
Análise custo-benefício	Unidades monetárias	Efeito(s) comuns ou não em ambas as alternativas	Unidades monetárias
Análise custo-efetividade	Unidades monetárias	Efeito(s) comuns em ambas as alternativas, em diferentes graus	Unidades naturais (por exemplo, anos de vida ganhos, dias de incapacidade evitados, pontos de pressão arterial reduzidos)
Análise custo-utilidade	Unidades monetárias	Efeito(s) comuns ou não em ambas as alternativas	Anos de vida saudável (tipicamente medidos em QALYs)

QALYs: *quality-adjusted life years*

Qualquer modelo de avaliação económica tem em si inerente um grau de incerteza, sendo imprescindível a aplicação de métodos capazes de a tratar. As análises de sensibilidade dão a informação necessária aos decisores, para que estes possam tomar decisões com base na confiança nos resultados do modelo (Gray et al., 2011).

Existem métodos analíticos mais adequados no tratamento da incerteza, consoante o tipo de incerteza que possa estar associado ao modelo de decisão utilizado (tabela 14).

Tabela 14. Tipos de incerteza associados a métodos analíticos. Baseado em (Gray et al., 2011).

Tipo de incerteza	Método analítico
Variabilidade	Micro simulação (por exemplo, micro simulação de Monte Carlo)
Heterogeneidade	Análise de subgrupos
Incerteza de estrutura	<i>One-way sensitivity analysis; Multi-way sensitivity analysis; Scenario analysis; Model averaging; Parameterization; Model discrepancy</i>
Incerteza de parâmetro	Intervalos de confiança; Análise de sensibilidade probabilística
Incerteza metodológica	Análises de sensibilidade / Caso de referência

A variabilidade é caracterizada pela aleatoriedade observada no registo de dados relativos à utilização de recursos ou resultados de uma amostra homogénea. Este tipo de incerteza encontra-se refletida nos desvios-padrão das médias, sendo os métodos de micro simulação as ferramentas mais apropriadas para a tratar (Gray *et al.*, 2011).

A heterogeneidade é verificada nas diferenças entre as características dos doentes da mesma amostra, podendo ser explicada pelo sexo, idade, entre outros. Assim, o método mais adequado para o tratamento deste tipo de incerteza é a análise de subgrupos, em que o modelo é novamente corrido para diferentes subgrupos criados consoante a idade, sexo, gravidade de doença, entre outros (Gray *et al.*, 2011).

A incerteza de estrutura é associada às hipóteses ou decisões assumidas para a construção do modelo, como por exemplo a introdução de intervenções comparadoras relevantes ou a inclusão de resultados em saúde pertinentes. No tratamento desta incerteza, é comumente utilizada a *one-way sensitivity analysis* (ou *scenario analysis*) em que cada parâmetro é variado individualmente, para ser possível a identificação de parâmetros com mais impacto nos resultados do modelo. Para além deste método, também podem ser utilizados o *multi-way sensitivity analysis*, *model averaging*, *parameterization* e *model discrepancy* (Gray *et al.*, 2011).

A incerteza de parâmetro diz respeito à precisão das estimativas dos parâmetros introduzidos no modelo, tal como estimativas de custos, eventos em saúde, utilidades ou probabilidades de transição. A incerteza de parâmetro pode estar presente em informação oriunda da amostra (avaliação económica derivada de ensaios clínicos) ou em informação

obtida através da literatura. No primeiro caso, a incerteza é tratada de acordo com os diferentes intervalos de confiança presentes nos resultados do ensaio clínico em causa. No último caso, em que os dados dos parâmetros utilizados são derivados da literatura, é realizada uma análise de sensibilidade probabilística onde é possível avaliar o impacto de todos os parâmetros na análise realizada (Gray *et al.*, 2011).

Por último, a incerteza metodológica refere-se a determinados métodos analíticos utilizados durante a avaliação económica, por exemplo, taxas de desconto aplicadas ou o horizonte temporal utilizado. Para tratar este tipo incerteza, recorre-se a análises de sensibilidade ou com a utilização de um caso de referência, onde são comparados os resultados (Gray *et al.*, 2011).

5.2. Revisão sistemática de Avaliações Económicas na DPP

O capítulo anterior demonstrou que mulheres com DPP, os seus filhos ou agregado familiar, apresentam um elevado impacto económico no setor da saúde, social e público, sendo essencial análises custo-efetividade de intervenções para a prevenção, rastreio e tratamento desta doença, de modo a permitir a diminuição do impacto económico por ela causado. Na secção seguinte, encontra-se descrita uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de perceber quais são as intervenções mais custo-efetivas na prevenção, rastreio e tratamento da DPP.

5.2.1. Métodos

A metodologia desta revisão sistemática seguiu as indicações do “*JBI Reviewers’ Manual 2014: The Systematic Review of Economic Evaluation Evidence*”, que pretende fornecer orientação metodológica para a realização de revisões sistemáticas de avaliações económicas (Joanna Briggs Institute, 2014).

Questão de revisão

O objetivo desta revisão é identificar as intervenções inerentes à prevenção, ao rastreio e ao tratamento da DPP e analisar a sua custo-efetividade.

Critérios de inclusão

Como referido anteriormente e segundo o *JBI Reviewers' Manual 2014*, os critérios de inclusão dos estudos devem seguir a estrutura da mnemócia PICOS (Joanna Briggs Institute, 2014).

- População: os estudos têm de analisar intervenções em mulheres com DPP.
- Intervenção: é de interesse a inclusão de estudos que contenham intervenções em saúde para a prevenção, rastreio ou tratamento da DPP.
- Contexto: é relevante a inclusão de estudos com diferentes perspetivas (setor social, SNS e terceiro pagador).
- Resultados: os estudos têm de apresentar a medição de custo-efetividade em termos de rácio (ICER ou ICUR) ou o benefício monetário líquido.
- Desenho do estudo: pretende-se a inclusão de estudos de avaliações económicas completas, isto é, que comparem duas ou mais alternativas e que sejam avaliados os seus custos e consequências (medidas em unidades naturais ou em QALYs, do inglês “*quality-adjusted life years*”). Assim, apenas serão incluídas análises de custo-efetividade e análises custo-utilidade.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas bases de dados, *PubMed* e *Web of Science*, com utilização das palavras-chave representadas na tabela 15. Na base de dados da *PubMed*, as palavras-chave foram pesquisadas consoante o seu termo *MeSH*, aquando da sua existência. Não foi utilizada nenhuma restrição temporal, porém os estudos foram restritos consoante a sua linguagem e a disponibilidade de texto completo. Deste modo, apenas foram incluídos estudos redigidos em inglês ou português e que tivessem disponível o texto na íntegra (com auxílio de ferramentas automáticas).

Tabela 15. Estratégia de pesquisa na *PubMed* da revisão sistemática sobre avaliações económicas de intervenções na DPP (fevereiro de 2021).

Estratégia de pesquisa
<p><i>Search:</i> (((((((("perinatal depression"[Title/Abstract]) OR ("peripartum depression"[Title/Abstract])) OR ("prepartum depression"[Title/Abstract])) OR ("prenatal depression"[Title/Abstract])) OR ("antepartum depression"[Title/Abstract])) OR ("antenatal depression"[Title/Abstract])) OR (depression, postpartum[MeSH Terms]))) AND (Cost-Benefit Analysis[MeSH Terms])</p>

Procedeu-se a uma primeira análise dos estudos identificados, através da leitura de título e resumo, sendo que aqueles que preencheram os critérios de inclusão definidos foram analisados pelo texto completo. Após leitura do texto integral, e consequente confirmação do preenchimento dos critérios de inclusão, os estudos elegíveis foram incluídos nesta revisão. A identificação, seleção e inclusão dos estudos foram realizados pela autora desta dissertação.

Avaliação da qualidade metodológica

Como referido no capítulo IV, os estudos incluídos nas revisões sistemáticas necessitam de uma avaliação da sua qualidade metodológica. O JBI e os seus colaboradores, desenvolveram um instrumento para a avaliação da qualidade metodológica de revisões sistemáticas de avaliações económicas, designado por “*JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations*”. Esta *checklist* é constituída por 11 itens com quatro possíveis opções de resposta “sim”, “não”, “pouco claro” e “não aplicável” (tabela 16) (Joanna Briggs Institute, 2017).

A avaliação da qualidade metodológica foi efetuada pela autora desta dissertação, não tendo sido excluído nenhum estudo pela qualidade apresentada.

Tabela 16. Descrição do item e da questão correspondente da *JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations*. Baseado em (Joanna Briggs Institute, 2017).

Item	Questão
Item 1	A questão em estudo encontra-se bem definida?
Item 2	A descrição das alternativas está escrita de forma compreensível?
Item 3	Foram identificados todos os custos e consequências importantes, para ambas as alternativas?
Item 4	Foi estabelecida efetividade clínica?
Item 5	Os custos e consequências foram medidos de forma apropriada?
Item 6	Os custos e consequências foram valorizados de forma credível?
Item 7	Os custos e consequências foram ajustados a outros períodos temporais?
Item 8	Foi realizada uma análise incremental de custos e consequências?
Item 9	Procedeu-se a uma análise de sensibilidade nos custos e consequências, de modo a avaliar o efeito da incerteza?
Item 10	Os resultados do estudo respondem a todas as questões relevantes para os utentes?
Item 11	Os resultados foram generalizados ao contexto de interesse da revisão?

Extração e síntese de dados

A extração de dados foi feita pela autora desta dissertação, sendo apresentados sob a forma narrativa e em tabelas.

5.2.2. Resultados

Resultados da pesquisa

Da pesquisa realizada, resultaram 46 artigos na *PubMed* e 54 na *Web of Science*, dando um total de 100 artigos. Foram excluídos dois estudos antes da seleção, através da utilização das ferramentas automáticas referidas anteriormente. Destes 98 artigos, nove eram repetidos, dando um total de 89 artigos para serem analisados por título e resumo. Desta análise, 74 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão (três não englobavam a população definida, 10 não incluíram a intervenção de interesse, 60 não apresentavam o desenho de estudo pretendido e um não se encontrava disponível).

Na figura 5 encontra-se representado o diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos, conforme as indicações PRISMA em 2020 (Page *et al.*, 2021).

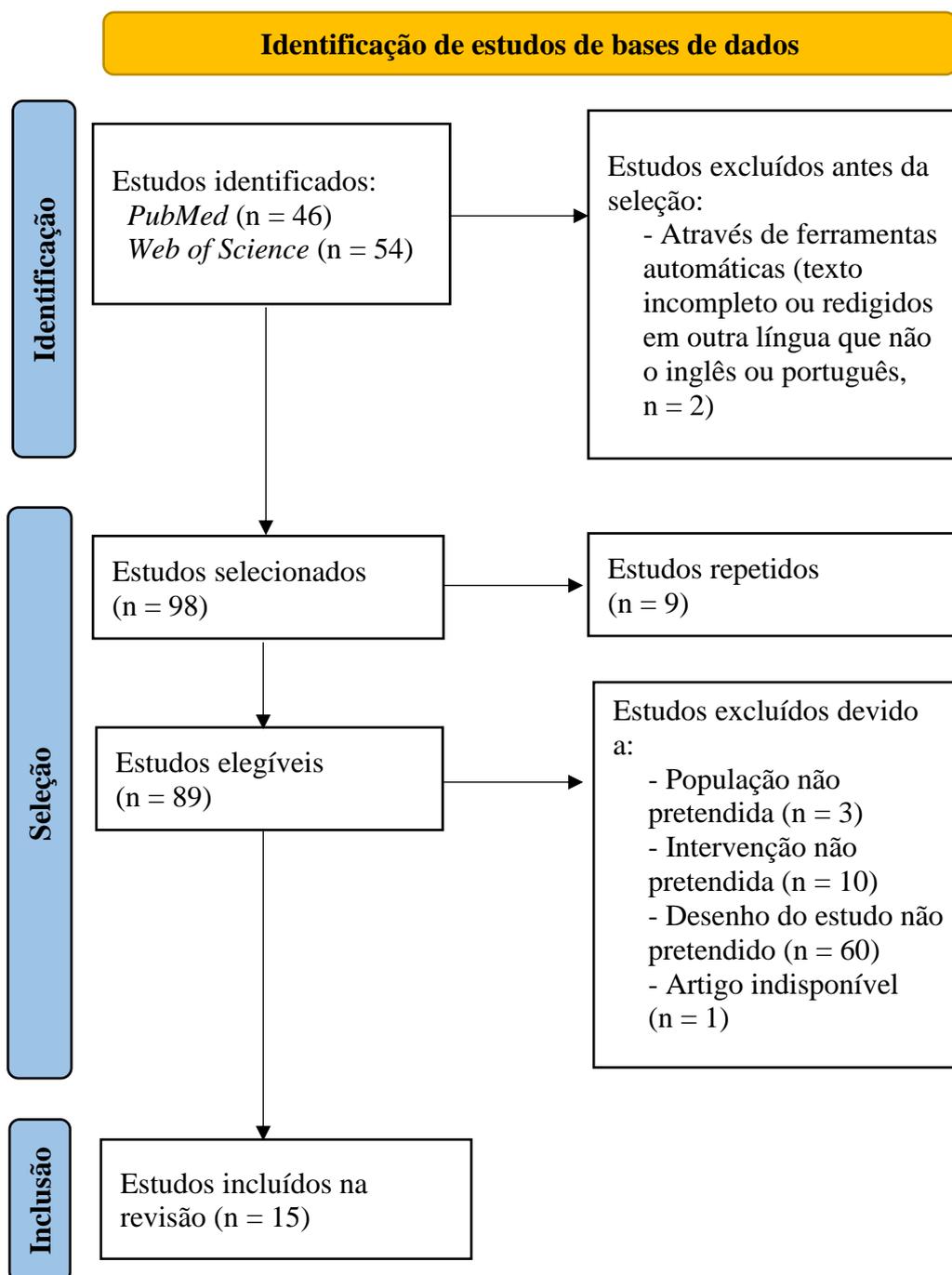


Figura 5. Diagrama de fluxo do processo de seleção dos estudos na revisão sistemática sobre avaliações económicas de intervenções na DPP, de acordo com indicações PRISMA (2020) (Page et al., 2021).

Descrição dos estudos analisados

A descrição de cada estudo incluído na revisão sistemática realizada, presente nesta secção, foi retirada única e exclusivamente dos próprios estudos. Assim, de forma a facilitar a leitura, procedeu-se à definição de tópicos constituídos pela palavra “estudo”, seguido da letra P (prevenção), R (rastreamento) ou T (tratamento) de acordo com a finalidade das intervenções, do número definido pela ordem em que aparece na descrição e da citação do

estudo. Na tabela seguinte, encontra-se apresentado o autor e o título a que cada tópico corresponde (tabela 17).

Tabela 17. Correspondência entre o tópico e o autor e título de cada estudo inserido na revisão sistemática de avaliações económicas de intervenções na DPP.

Estudo	Autor e título do estudo
P1	Petrou <i>et al.</i> (2006) – “ <i>Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression</i> ”
P2	Ride <i>et al.</i> (2016) – “ <i>Preventing postnatal maternal mental health problems using a psychoeducational intervention: the cost-effectiveness of What Were We Thinking</i> ”
P3	Dukhovny <i>et al.</i> (2013) – “ <i>Prospective economic evaluation of a peer support intervention for prevention of postpartum depression among high-risk women in Ontario, Canada</i> ”
P4	Henderson <i>et al.</i> (2019) – “ <i>Cost-effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: findings on prevention of postnatal depression from a cluster-randomised controlled trial</i> ”
R1	Premji <i>et al.</i> (2021) – “ <i>Maximizing maternal health and value for money in postpartum depression screening: a cost-effectiveness analysis using the All Our Families cohort and administrative data in Alberta, Canada</i> ”
R2	Paulden <i>et al.</i> (2009) – “ <i>Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis</i> ”
T1	Trevillion <i>et al.</i> (2020) – “ <i>An exploratory parallel-group randomised controlled trial of antenatal Guided Self-Help (plus usual care) versus usual care alone for pregnant women with depression: DAWN trial</i> ”
T2	Gureje <i>et al.</i> (2019) – “ <i>High- versus low-intensity interventions for perinatal depression delivered by non-specialist primary maternal care providers in Nigeria: cluster randomised controlled trial (the EXPONATE trial)</i> ”
T3 e T4	Fuhr <i>et al.</i> (2019) – “ <i>Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India</i> ” Sikander <i>et al.</i> (2019) – “ <i>Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through volunteer peers: a cluster randomised controlled trial in Pakistan</i> ”
T5	Eldar-Lissai <i>et al.</i> (2020) – “ <i>Cost-Effectiveness of Brexanolone Versus Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for the Treatment of Postpartum Depression in the United States</i> ”
T6	Wilkinson <i>et al.</i> (2017) – “ <i>Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis</i> ”
T7	Stevenson <i>et al.</i> (2010) – “ <i>The Cost-Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy Compared with Routine Primary Care for Women with Postnatal Depression in the UK</i> ”
T8	Boath <i>et al.</i> (2003) – “ <i>When the cradle falls II: the cost-effectiveness of treating postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care</i> ”
T9	Grote <i>et al.</i> (2017) – “ <i>Incremental Benefit-Cost of MOMCare: Collaborative Care for Perinatal Depression Among Economically Disadvantaged Women</i> ”

- Estudo P1 (Petrou *et al.*, 2006)

Um estudo de 2006, teve como objetivo analisar o custo-efetividade de uma intervenção preventiva em mulheres com risco de desenvolver depressão pós-parto. Para participar no estudo, as mulheres teriam de ser primíparas e ter entre 26 e 28 semanas de gestação. As mulheres em risco de ter depressão pós-parto (n=151) tinham uma pontuação ≥ 24 no *index* preditivo desenvolvido por Cooper *et al.* (Cooper *et al.*, 1996), sendo posteriormente distribuídas pela intervenção em estudo e pelos cuidados de rotina em prática. O estudo foi realizado no Reino Unido, segundo uma perspetiva social e do SNS.

A intervenção preventiva em estudo consistia em profissionais de saúde treinados para realizar visitas em saúde ao domicílio nas 35 e 37 semanas de gestação, dando apoio à mãe e identificando áreas vulneráveis, de modo a ser possível auxiliá-la no planeamento e gestão de problemas. As visitas continuaram no terceiro, sétimo e 17º dia do pós-parto e semanalmente até oito semanas, sendo que as mulheres receberam um apoio mais específico e centrado na boa interação da sua relação com o filho. O grupo de mulheres alocado aos cuidados de rotina habituais foi deixado ao critério das equipas dos cuidados de saúde primários. Seguidamente, um investigador independente, avaliou o estado de saúde mental das participantes às oito e 18 semanas, bem como aos 12 e 18 meses do pós-parto, utilizando o *Structured Clinical Interview for DSM IV diagnoses* (SCID-II). A primeira avaliação do SCID-II estimou a duração da depressão pós-parto sentida nas oito semanas do pós-parto e as avaliações seguintes foram utilizadas para estimar períodos mais tardios deste tipo de depressão.

Foi realizada uma análise custo-efetividade incremental, calculando os custos e efeitos incrementais da intervenção preventiva e do cuidado de rotina em prática para obter o ICER. O principal efeito medido foi “mês de depressão pós-parto evitado” e foram incluídos os custos sociais e de cuidados de saúde inerentes à mãe e ao bebé. A análise custo-efetividade mostrou um aumento, não estatisticamente significativo, de meses de depressão pós-parto evitados (+0,49 meses) e de custos (+119,5£) da intervenção preventiva em comparação com a intervenção de rotina, originando um custo incremental de 43£ por mês de depressão pós-parto evitado. Com um limite de disponibilidade para pagar de 1.000£ por mês de depressão pós-parto evitado, a probabilidade de a intervenção preventiva ser custo-efetiva é de 0,71, com um benefício monetário líquido médio de 383,4£.

De forma a avaliar o impacto individual de alguns parâmetros no valor do ICER calculado, os autores realizaram uma análise de sensibilidade multivariada com os seguintes pressupostos: aumentar a utilização dos serviços públicos por parte da mãe e da criança em 10%, 20% e 30%; aumento e redução em 20% dos custos diários de internamento, para mimetizar as variações de preços dos recursos hospitalares; e variação das taxas de desconto nos custos e efeitos em 0%, 1,5%, 3%, 6% e 10%. Os resultados mostram que ao subir 10% a utilização de serviços públicos, há um aumento do custo incremental por mês de depressão pós-parto evitado de 31,6£. O aumento de 20% e 30% tem como consequência uma subida de 63,2£ e 94,8£ no ICER, respetivamente, em comparação com a análise principal realizada. A redução e o aumento em 20% dos custos diários de internamento, levou à descida e subida do custo incremental por mês de depressão pós-parto evitado em 35,6%. A aplicação de taxas de desconto não mostrou fortes impactos, sendo que a aplicação de nenhuma taxa foi a que apresentou maior aumento do custo incremental por mês de depressão pós-parto evitado (19,1£). A análise indica que a variação conjunta dos parâmetros económicos não afetou significativamente os resultados da análise principal.

A conclusão refere que a intervenção preventiva em estudo é possível ser custo-efetiva, mesmo com limites de disponibilidade de pagar baixos para evitar um mês de depressão pós-parto, durante os 18 meses posteriores ao nascimento da criança.

- Estudo P2 (Ride *et al.*, 2016)

Ride *et al.* (2016) desenvolveram um estudo que pretendeu analisar o custo-efetividade e o custo-utilidade de uma intervenção destinada à prevenção da depressão pós-parto. O estudo teve lugar na Austrália, tendo em conta uma perspetiva social e do SNS.

Neste estudo, participaram 359 mãe primíparas que frequentavam Centros de Saúde Materna e Infantil (CSMI) na Austrália. A intervenção psico-educativa em estudo, designada por *What Were We Thinking* (WWWT), era orientada para a relação da mãe com o seu companheiro e na gestão do comportamento infantil, bem como da fadiga parental. Assim, a WWWT consiste num programa de formação de enfermeiras dos CSMI, em que as participantes do grupo da intervenção receberam cuidados baseados nesta intervenção aquando da sua visita a estes centros. As participantes eram convidadas, juntamente com os seus companheiros, a assistir a uma sessão de grupo com outros casais, também pais pela primeira vez, durante seis horas aos sábados e na qual a intervenção era fornecida. As

participantes do grupo controlo receberam os cuidados habitualmente fornecidos pelo seu CSMI.

Para que fosse possível realizar a avaliação económica, foram incluídos os custos inerentes ao setor público, setor da saúde, setor da primeira infância (que financia os serviços CSMI), recursos humanos, custos *out-of-pocket* e da intervenção. Todos os custos foram medidos em dólares australianos (A\$). Na análise custo-efetividade, os efeitos foram a prevalência durante 30 dias de depressão, ansiedade e outras perturbações, de acordo com o DSM IV. Na análise custo-utilidade, as utilidades foram medidas em QALYs com medição da QVRS, utilizando o questionário *Three level EuroQol five-dimensional instrument* (EQ-5D-3L). Os QALYs foram calculados através da mudança da QVRS durante o acompanhamento das participantes.

Durante o estudo, a prevalência durante 30 dias de depressão, ansiedade e outras perturbações, de acordo com o DSM IV, não foi estatisticamente significativa entre os dois grupos (8,57% no grupo de controlo e 8,7% no grupo da intervenção). O custo por percentagem diminuída na prevalência de depressão a 30 dias é de 152 A\$. A média de QALYs acumulados entre os dois grupos também não mostrou ser estatisticamente significativa (0,371 no grupo de controlo e 0,372 no grupo de intervenção). Já em relação aos custos, a intervenção em estudo foi 276,53 A\$ mais dispendiosa que o cuidado habitualmente fornecido pelos CSMI. Assim, para um limite de disponibilidade de pagar de 55.000 A\$ por QALY, a intervenção em estudo apresenta uma probabilidade de ser custo-efetiva de 55%.

A análise de sensibilidade probabilística realizada pelos autores permitiu o cálculo do custo por QALY, em seis cenários alternativos com parâmetros e pressupostos diferentes, de modo a avaliar o impacto da incerteza no estudo. Foram, então, tidos em conta os seguintes cenários: inclusão apenas das variáveis recolhidas no início do estudo, com exclusão das variáveis recolhidas durante o seguimento das participantes; as enfermeiras dos CSMI recebem nova formação ao fim de um ano (em vez de ao fim de três anos como assumido na análise principal); a média do número de famílias na sessão ser cinco ou sete, em vez de seis (assumido na análise principal); limitar os custos apenas ao setor da saúde, ao setor de primeira infância e ao setor público, excluído os custos *out-of-pocket*; assumiu-se o limite superior do intervalo de confiança dos custos incrementais e o limite inferior dos benefícios incrementais, de modo a avaliar o pior cenário possível, e o contrário para analisar o melhor cenário possível; e realizou-se uma regressão linear para verificar a sensibilidade

dos resultados do modelo que incluíram a medição das características das participantes no início do estudo. Os resultados revelam que a perspectiva apenas virada para o setor da saúde, teve o maior ICUR (50.359 A\$/QALY), enquanto a utilização dos custos relativos ao setor de primeira infância e ao setor público (que não engloba os pagamentos *out-of-pocket*) apresentaram ICURs mais baixos (18.466 A\$ e 29.919 A\$, respetivamente).

- Estudo P3 (Dukhovny *et al.*, 2013)

Dukhovny *et al.* (2013) avaliaram o custo-efetividade do apoio telefónico realizado por pares na prevenção da depressão pós-parto. O estudo foi desenvolvido no Canadá, seguindo uma perspectiva social.

Num ensaio clínico, esta intervenção mostrou poder ser efetiva na prevenção de depressão pós-parto em mulheres de alto risco. A intervenção consistia em apoio telefónico oferecido por voluntários, pelo menos quatro chamadas telefónicas, iniciadas nas primeiras 48 a 72 horas após a randomização e até às 12 primeiras semanas do pós-parto. Os voluntários eram pessoas que já tinham sofrido e recuperado de depressão pós-parto, com quatro horas de formação. Participaram 701 mulheres que estavam nas duas primeiras semanas do pós-parto, identificadas como tendo risco elevado de desenvolver depressão pós-parto através da aplicação do EPDS. As participantes foram selecionadas, aleatoriamente, para o grupo de intervenção (ao qual foi fornecido o apoio telefónico por pares) ou para o grupo controlo (ao qual foi fornecido os cuidados de saúde habituais). O principal resultado do estudo foi uma pontuação >12 no EPDS às 12 semanas do pós-parto, tendo sido verificada uma redução do risco em 11% no grupo de intervenção em comparação com o grupo controlo. (Dennis *et al.*, 2009).

Para a realização da análise custo-efetividade, foram utilizados os dados de 610 mulheres que participaram no estudo de Dennis *et al.* (2009). Os custos incluídos foram medidos em dólares canadianos (C\$) e dizem respeito a cuidados infantis, ajuda nas lides domésticas, faltas ao trabalho, custos médicos diretos e de programas do sistema de saúde, custos envolvidos pelos intervenientes (*stakeholders*) e o custo de oportunidade associado ao tempo de voluntariado. Os efeitos foram medidos em termos de pontuação, ≤ 12 no EPDS às 12 semanas do pós-parto, sendo que o ICER foi apresentado em custo por caso de depressão pós-parto evitado.

Em geral, verificou-se que o grupo de intervenção apresentou um custo médio mais elevado em comparação ao grupo de controlo (4.497 C\$ e 3.380 C\$, respetivamente), devido

ao custo requerido pela própria intervenção e ao custo de oportunidade envolvido no tempo de voluntariado. Apesar da intervenção mostrar ser mais efetiva em cerca de 11%, esta também apresentou maior custo (+1.117 C\$), dando um ICER de 10.009 C\$ por caso de depressão pós-parto evitado. A curva de aceitabilidade de custo-efetividade demonstra que existe uma probabilidade de 50% do custo por caso de depressão pós-parto evitado ser inferior à estimativa de ICER calculado.

Posteriormente, os valores de custo dos recursos usados pelos participantes do início do estudo foram variados, em 50% e 200% a 400%. Desta análise de sensibilidade concluiu-se que os parâmetros com maior impacto no ICER são os custos relacionadas com a implementação da intervenção, a inclusão ou exclusão do custo de oportunidade relativo ao tempo de voluntariado e o custo de oportunidade de família/amigos por faltarem ao emprego, por exemplo. Também foi demonstrado que a perspetiva da sociedade apresentou maior ICER, em comparação com outras perspetivas (terceiro pagador, família e setor da saúde). Por fim, os autores analisaram o impacto da variação dos valores de *cut-off* no EPDS, sendo que um *cut-off* ≤ 12 mostrou ser o mais custo-efetivo para qualquer limite de disponibilidade para pagar.

Assim, apesar da intervenção poder ser custo-efetiva, esta possibilidade está dependente dos custos locais e da relevância dada aos custos de oportunidade referidos, quer dos pais quer do voluntário.

- Estudo P4 (Henderson *et al.*, 2019)

Henderson *et al.* (2019) pretenderam calcular o custo-efetividade de visitas em saúde em mulheres com baixo risco de desenvolver depressão pós-parto. Os autores realizaram uma análise custo-efetividade em paralelo a um ensaio clínico (PONDeR HV), realizado na Inglaterra, que estudou a efetividade da formação de profissionais para fornecer visitas em saúde na avaliação e fornecimento de abordagem centrada na pessoa (ACP) e abordagem cognitivo-comportamental (ACC). Esta análise seguiu uma perspetiva social e do SNS.

O ensaio clínico PONDeR HV incluiu 101 médicos de clínica geral destinados a fornecer um de três cuidados: cuidados habitualmente fornecidos nas visitas em saúde; cuidados fornecidos por profissionais treinados na avaliação de sintomas pós-parto e em ACC; e cuidados fornecidos por profissionais treinados na avaliação de sintomas pós-parto e em ACP. Os profissionais de visitas em saúde do grupo ACC receberam formação sobre

os princípios da TCC, e o grupo ACP recebeu formação sobre os princípios de aconselhamento centrado na pessoa. Ambos os grupos receberam formação dedicada à avaliação de sintomas característicos da depressão pós-parto, que consistiu em um dia de competências de avaliação clínica, cinco dias de abordagem psicoterapêutica e quatro dias de prática com supervisão clínica.

A designação de mulheres em risco de desenvolver depressão pós-parto é dada por uma pontuação superior a 12 no EPDS, já as mulheres com baixo risco de desenvolver esta doença apresentam uma pontuação inferior a 12 no EPDS. As respostas ao EPDS foram recolhidas seis semanas depois do parto, e aos seis, 12 e 18 meses do pós-parto.

Relativamente aos custos, foram incluídos os gastos de formação dos profissionais para fornecer as visitas em saúde; contactos de visitas em saúde (quantidade, duração e finalidade da visita); contactos com médicos de clínica geral; prescrições; contactos com assistentes sociais; admissões hospitalares, no serviço de psiquiatria, da mãe e/ou da criança; e outros contactos relativos à saúde mental. O custo médio de formação por profissional foi de 1.398£, ao que acresce cerca de 2£ no custo por hora de visita em saúde (77£ versus 79£).

Neste estudo foram incluídos dados da QVRS, obtidos através do preenchimento do questionário *Short Form Health Survey 36-item* (SF-36) às seis semanas e aos seis e 12 meses após o parto, sendo geradas as preferências em saúde segundo o índice *Short Form Six Dimension Health Survey* (SF-6D). Tal permitiu calcular os ganhos em QALYs entre as seis semanas e os seis meses. Por fim, os autores ainda averiguaram o risco de depressão ao longo do seguimento, sendo que uma pontuação ≥ 12 no EPDS aos seis meses do pós-parto é indicativa de que a mulher encontra-se em risco de desenvolver depressão e uma pontuação < 12 indica que a mulher apresenta baixo risco de desenvolver esta doença.

Os resultados do estudo indicam que o custo de cuidados para as mulheres dos grupos de intervenção foi significativamente menor (72£) quando comparado com o grupo de controlo. Os custos referentes aos seis meses, as intervenções revelaram ser menos dispendiosas em 73£ e 93£ para ACP e ACC, respetivamente, em comparação com o controlo.

Ao comparar os grupos de intervenção com o grupo de controlo, estes apresentaram uma diminuição no número de visitas em saúde efetuadas (menos 68). Em termos de utilidades, todos os grupos apresentaram valores semelhantes nas seis semanas posteriores ao parto, sendo que, aos seis meses, as mulheres dos grupos de intervenção apresentaram

maiores valores de utilidade (+0,004 QALYs). A diferença média de QALYs entre os grupos de intervenção e controlo não foi estatisticamente significativa, porém foi ligeiramente superior no grupo ACC do que no grupo ACP.

A análise custo-utilidade levada a cabo, estimou um ICUR negativo (-50.800£). Isto deve-se ao facto de os resultados em saúde serem idênticos, em todos os grupos, mas os custos serem significativamente reduzidos nos grupos de intervenção. Os autores referem que o custo de estar no grupo de baixo risco aos seis meses em vez de estar no grupo de risco (devido às intervenções em estudo), apresenta um valor baixo (3.500£).

Uma análise de sensibilidade foi realizada, na qual se variaram os valores de *cut-off* definidos para baixo risco de desenvolver depressão pós-parto (para pontuações <10 e <13 no EPDS), de modo a verificar se os resultados seriam robustos à variação do tamanho e das características do grupo considerado de baixo risco. Os custos e QALYs estimados por esta análise foram semelhantes aos da análise principal. Posteriormente e através dos dados introduzidos, não foram encontradas diferenças relevantes nos resultados relativos aos custos e QALYs médios aos seis meses do pós-parto. Ao nível do ICUR, este aumentou de -50.800£ para -16.700£, o que pode significar que a intervenção foi dominante.

Assim, as intervenções não só são custo-efetivas como também permitem a redução de recursos, sendo que para uma disponibilidade para pagar de 20.000£, as intervenções ACC e ACP apresentaram uma probabilidade de serem aceites de 99% e 98%, respetivamente.

- Estudo R1 (Premji et al., 2021)

Com o objetivo de estimar o custo-efetividade de rastrear a depressão pós-parto em comparação com o não rastreio, foi realizado um estudo por Premji *et al.* (2021) no Canadá. Os autores utilizaram o modelo de árvore de decisão, seguindo a perspetiva do pagador de cuidados de saúde públicos, e uma coorte prospetiva de mulheres (n=2698) no segundo trimestre de gravidez. A colheita dos dados foi realizada duas vezes ao longo da gravidez e também aos quatro e 12 meses do pós-parto.

O rastreio foi realizado em clínicas públicas de bem-estar infantil com a utilização do EPDS. No caso das mulheres serem consideradas de alto risco (pontuação do EPDS ≥ 12) de desenvolver depressão pós-parto, estas eram encaminhadas para o seu médico de família, procedendo-se ao seu acompanhamento, diagnóstico e tratamento.

Na avaliação económica realizada, foi necessário incluir os custos relacionados com queixas médicas, internamento, visitas de ambulatório, tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como os custos inerentes ao rastreio, tendo sido medidos em C\$. As utilidades necessárias à construção do modelo, foram obtidas através da utilização do questionário SF-12, tendo como objetivo avaliar a QVRS ao quarto mês do pós-parto. As respostas ao SF-12 foram transformadas de preferências em saúde em utilidades, com a utilização do SF-6D.

Os resultados do modelo revelam que o custo por mulher rastreada foi maior (62 C\$) em comparação com o custo por mulher não rastreada (12 C\$), e que as mulheres rastreadas apresentaram mais QALYs em comparação com as não rastreadas (0,8316 e 0,8295, respetivamente), resultando num ICUR de 23.248 C\$ por QALY ganho. Através da curva de aceitabilidade custo-efetividade, concluiu-se que o rastreio é custo-efetivo para um limite de disponibilidade para pagar ≥ 23.000 C\$ por QALY, significando um aumento de 11% de casos diagnosticados anualmente, em relação ao não rastreio.

Os autores realizaram uma análise de sensibilidade, em que cada parâmetro foi variado individualmente dentro de um determinado intervalo (retirado da literatura ou através de métodos estatísticos). Deste modo, foram definidos três cenários distintos da análise principal: 100% (*versus* 51% verificado na análise principal) das mulheres rastreadas consideradas de alto risco a desenvolver depressão pós-parto, foram à consulta de acompanhamento com o seu médico de família (cenário um); integração dos custos de tratamento (farmacológico e não farmacológico) no modelo, analisando o custo-efetividade dos custos do rastreio serem reembolsados, uma vez que no Canadá estes custos são da responsabilidade total do doente (cenário dois); e, por fim, o último cenário em que se juntaram os dois cenários referidos anteriormente (cenário três). Em comparação com análise principal, o ICUR diminuiu no cenário um e no cenário três (para 18.468 C\$ e 20.640 C\$ por QALY, respetivamente), mas verificou-se um aumento no cenário dois (para 25.430 C\$ por QALY). Esta análise permitiu afirmar que o modelo é custo-efetivo se mais de 30% das mulheres rastreadas receberem tratamento farmacológico e/ou não farmacológico, para um limite de disponibilidade para pagar de 50.000 C\$ por QALY.

Em suma, para o limite comum de disponibilidade de pagar de 50.000 C\$ por QALY, há uma probabilidade de 96% do rastreio ser considerado custo-efetivo quando comparado ao não rastreio.

- Estudo R2 (Paulden *et al.*, 2009)

Paulden *et al.* (2009) analisaram o custo-utilidade do rastreamento em rotina da depressão pós-parto, nos cuidados de saúde primários, com a utilização de métodos formais de identificação (instrumentos de medição específicos ou genéricos validados para esta doença). A análise seguiu a perspetiva do SNS e social.

Para a realização deste estudo, os autores desenvolveram uma árvore de decisão em que consideraram todo o percurso desde a identificação ao tratamento, incluindo a possibilidade de recaída, numa população hipotética de mulheres nas seis semanas do pós-parto.

Na construção do modelo, foram admitidos alguns pressupostos: havia uma proporção de mulheres deprimidas, mas nem todas foram identificadas pelo cuidado de rotina; os instrumentos de medição não são totalmente precisos, ou seja, pode haver mulheres deprimidas não ser identificadas no rastreio, ou mulheres não deprimidas serem incorretamente identificadas como estando deprimidas; as mulheres foram consideradas diagnosticadas com depressão ao serem identificadas positivamente pelo instrumento de medição; mulheres diagnosticadas com depressão tiveram acesso a tratamento e as mulheres não diagnosticadas com esta doença usufruíram do cuidado pós-parto habitual. Foi assumido que toda a população foi seguida durante um ano, e que as mulheres não diagnosticadas com depressão pós-parto às seis semanas após o parto, assim permaneceram até ao fim do modelo.

Sabe-se que o desempenho dos instrumentos de medição é dependente do *cut-off* utilizado que permite afirmar o rastreio positivo ou negativo de uma condição. Assim, foi admitido os valores de sete a 13 pontos no EPDS e de 10 no BDI, para a identificação de depressão *minor* ou *major*. Os dados acerca da prevalência deste tipo de depressão, da probabilidade de uma mulher ser detetada com depressão às seis semanas do pós-parto, da probabilidade de uma mulher não ser diagnosticada com esta doença, mas regressar ao médico durante o período de acompanhamento, e da probabilidade de uma mulher com depressão descontinuar o tratamento, foram obtidos da literatura.

Relativamente à medição dos QALYs, assumiu-se que mulheres com depressão pós-parto teriam a mesma qualidade de vida que pessoas com depressão moderada e que mulheres sem depressão teriam o mesmo peso em QALYs que mulheres em remissão desta doença.

Ao nível dos custos, foram considerados os gastos referentes à administração do método em análise, de qualquer tratamento inerente e aqueles associados ao diagnóstico incorreto. Estes valores foram obtidos quer da literatura, quer da opinião de vários especialistas.

Os resultados do estudo apontam que o rastreio feito através de instrumentos de medição não parece ser custo-efetivo em comparação com o cuidado habitual, para um limite de disponibilidade para pagar de 20.000£ a 30.000£.

A análise revelou que todas as estratégias em estudo (EPDS com *cut-offs* de sete a 16 e BDI com *cut-off* de 10), tiveram valores compreendidos entre 441.103£ e 272.463£ por QALY quando comparados com o cuidado habitual, sendo a utilização do EPDS com *cut-off* de 16 a estratégia mais económica e a utilização do EPDS com *cut-off* de oito a estratégia mais dispendiosa. A estratégia menos dispendiosa em estudo (EPDS com *cut-off* de 16), obteve um ICUR de 41.103£ por QALY adicional, comparado com o cuidado habitual. Os *cut-offs* de 10 no BDI e de sete e 13 no EPDS, foram estratégias consideradas dominantes, isto é, havia uma ou mais estratégias com menor custo e mais efetivas. A alternativa com *cut-off* de 15 no EPDS foi considerada ter dominância alargada, indicando a existência de outras estratégias alternativas que apesar de mais caras, apresentam menor ICUR.

Por fim, foi realizada uma análise de sensibilidade com o objetivo de perceber o impacto de pressupostos alternativos no modelo. Deste modo, foram levados a cabo três cenários diferentes com cada um dos seguintes pressupostos: uma mulher diagnosticada incorretamente com depressão pós-parto é, na consulta seguinte com o seu médico, corretamente diagnosticada (cenário um); utilização de um método complementar de identificação, como o SCID, em mulheres identificadas com depressão (sendo assumido uma sensibilidade e especificidade de 100%) (cenário dois); e a utilização do *Whooley questions* como uma estratégia alternativa na identificação desta doença, com uma sensibilidade de 0,96 e especificidade de 0,89 (cenário três).

Os resultados da análise de sensibilidade demonstram que, no cenário um, houve duas consequências relevantes: os ICUR obtidos foram mais baixos, logo mais favoráveis, e a identificação de estratégias não dominadas mostrou ser menos dependente da especificidade do instrumento de medição utilizado. Para o cenário dois, a utilização do SCID para complementar o diagnóstico mostrou ser mais custo-efetiva do que a sua não utilização. Contudo, a estratégia que apresentou um ICUR menor (33.776£ por QALY) foi

a aplicação do SCID em conjunto com EPDS (*cut-off* 13), ainda assim acima do limite de disponibilidade para pagar de 30.000£. Os resultados relativos ao cenário três indicam que a aplicação do *Whooley questions* não é custo-efetiva (ICUR de 46.538£ por QALY) quando comparado com a estratégia identificada como menos dispendiosa (EPDS com *cut-off* de 16).

- Estudo T1 (Trevillion *et al.*, 2020)

Num estudo paralelo a um ensaio clínico, Trevillion *et al.* (2020) pretenderam comparar o *Modified Guided Self-Help* (GSH) mais o cuidado habitual com apenas o cuidado habitual, de modo obter evidências da eficácia da intervenção em estudo e a sua custo-efetividade. O estudo teve lugar no Reino Unido e seguiu uma perspetiva social e do SNS.

As participantes em estudo (n=53) eram mulheres grávidas que cumpriam os critérios do DSM IV para depressão leve a moderada. O principal resultado medido foi sintomas de depressão no EPDS às 14 semanas após a randomização. Os resultados secundários medidos foram: proporção de mulheres com depressão segundo o PHQ-9 (pontuação ≥ 10) e proporção de mulheres com ansiedade segundo o *Generalised Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (pontuação igual ou superior a oito) 14 semanas após a randomização; e a pontuação do EPDS e *stress* parental utilizando o *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), aos três meses do pós-parto. Assim, os dados relevantes para o estudo foram recolhidos no início, às 14 semanas após a randomização e aos três meses do pós-parto.

O GSH é fornecido como parte do programa “*Improving Access to Psychological Therapies*” (IAPT), e é um manual de instruções organizado em seis capítulos que inclui psico-educação para a depressão pré-parto, gestão da parentalidade, fatores de saúde e estilo de vida. O manual tem ainda atividades para fazer em casa, no final de cada capítulo e ao longo dos mesmos. Quatro profissionais dedicados ao bem-estar psicológico (PWPs – do inglês “*Psychological Wellbeing Practitioners*”) do IAPT foram treinados para aplicar o GSH. Esta intervenção consistiu numa primeira sessão presencial com o PWP, seguida de oito sessões, presenciais ou por telefone, com duração de 30 minutos.

Relativamente à avaliação económica efetuada, a análise custo-utilidade foi conduzida no acompanhamento dos três meses após o parto. Os efeitos foram medidos em termos de QALYs, através da utilização do questionário SF-6D (completado no início do estudo, às 14 semanas após a randomização e três meses depois do parto). Os autores recolheram os dados sobre a utilização dos serviços de saúde e sociais, por parte da mãe e

do seu bebé, através do *Adult Service Use Schedule* (AD-SUS). O AD-SUS foi completado mediante entrevista nos três períodos de acompanhamento referidos anteriormente. Os custos totais foram obtidos através da aplicação dos custos unitários referentes à utilização dos recursos de cada participante.

Os resultados mostram uma diminuição não estatisticamente significativa dos sintomas depressivos, segundo o EPDS, do grupo “GSH mais cuidados habituais” em comparação com o grupo “apenas cuidados habituais” nas 14 semanas posteriores à randomização (9,50 e 12,27, respetivamente) e nos três meses do pós-parto (7,00 e 8,20, respetivamente).

No que diz respeito à proporção de mulheres com depressão, segundo o PHQ-9, e à proporção de mulheres com ansiedade, segundo o GAD-7, do grupo “GSH mais cuidados habituais” em comparação com o grupo “apenas cuidados habituais” nas 14 semanas posteriores à randomização, o *odds ratio* (OR) teve valores menores que um (0,49 e 0,46, respetivamente). Isto significa que o grupo “GSH mais cuidados habituais” apresentou menos mulheres com depressão e ansiedade em relação ao grupo “apenas cuidados habituais”, porém esta diminuição não foi estatisticamente significativa. Já para os três meses após o parto, apesar da comparação do grupo “GSH mais cuidados habituais” com o grupo “apenas cuidados habituais” revelar que a proporção de mulheres com depressão, segundo o PHQ-9, diminuiu (com um OR de 0,37) e que a proporção de mulheres com ansiedade, segundo o GAD-7, aumentou (com um OR de 1,47), os resultados mantêm-se não estatisticamente significativos.

O custo médio envolvido na aplicação da intervenção “GSH mais cuidados habituais” foi de 418£ por participante. O grupo “GSH mais cuidados habituais” apresentou custos totais de 8.251£ e 0,50 QALYs, sendo que o grupo “apenas cuidados habituais” apresentou custos totais de 8.332£ e 0,49 QALYs. Foi calculado um ICUR de 7.200£ por QALY ganho, significando que a intervenção em estudo é mais barata, mas menos eficaz que “apenas cuidados habituais”.

A curva de aceitabilidade custo-efetividade demonstrou que para um limite de disponibilidade para pagar de 20.000£ a 30.000£ por QALY, a intervenção em estudo tem uma probabilidade de 50% de ser custo-efetiva.

Uma análise de sensibilidade foi incluída no estudo, onde foi considerada apenas a perspetiva dos serviços de saúde mental, o tempo indireto (em vez do tempo direto usado na

análise principal) gasto pelos PWPs (estimativas retiradas da literatura), e com exclusão de *outliers*. Os resultados revelaram que o ICUR é sensível à perspetiva tida em conta e aos *outliers*, uma vez que para o limite de disponibilidade para pagar referido, a intervenção apresentou uma probabilidade de ser aceite de 20% quando analisada segundo a perspetiva dos serviços de saúde mental, de 10% quando analisada com remoção de *outliers* e de 50% quando analisada com aplicação do tempo indireto gasto pelos PWPs.

- Estudo T2 (Gureje *et al.*, 2019)

Gureje *et al.* (2019) realizaram um estudo, na Nigéria, no sentido de analisar o custo-efetividade do tratamento de alta intensidade (HIT – do inglês “*high-intensity treatment*”) em comparação com o tratamento de baixa intensidade (LIT – do inglês “*low-intensity treatment*”), no tratamento da DPP. O estudo foi desenvolvido em clínicas de cuidados de saúde materna e infantil, e envolveu 686 mulheres grávidas de 16 a 28 semanas. As participantes responderam ao EPDS e se apresentassem uma pontuação ≥ 12 , respondiam à versão mais resumida do CIDI. Posteriormente, as mulheres informaram o prestador de cuidados de saúde primários maternos (PMCP – do inglês “*primary maternal care provider*”) sobre a sua pontuação do EPDS. Os PMCPs receberam formação inicial sobre a realização da intervenção durante três dias e outra formação complementar de dois dias, um mês depois.

Na intervenção HIT em estudo, os prestadores forneciam um tratamento de cuidados de saúde faseado, utilizando um conjunto de intervenções psicológicas. O elemento essencial destas intervenções psicológicas é o *Problem Solving Treatment* (PST) para os cuidados primários, em que a participante era orientada através de um processo gradual de desagregação de fatores de *stress* psicossocial. Seguidamente, esta analisou e experimentou possíveis soluções para os problemas, que incluíram a utilização de recursos pessoais e apoios sociais disponíveis.

A HIT foi fornecida em três fases determinadas pela pontuação da participante no EPDS, tempo desde a sua entrada no estudo e o tempo gestacional. A primeira fase consistiu em oito sessões de intervenções psicológicas, uma vez por semana no período pré-parto. A segunda fase começou seis semanas depois do parto, durante a visita de rotina da mãe. Dependendo da pontuação no EDPS (< 12 ou ≥ 12), os prestadores forneciam quatro sessões de PST quinzenais ou oito sessões semanais de intervenção. As participantes que tinham uma pontuação ≥ 12 no EPDS passavam à terceira fase. Nesta última fase, as mulheres eram

reavaliadas por um médico com o objetivo de iniciar tratamento farmacológico ou encaminhar a participante para um serviço especializado, em conjunto com as intervenções psicológicas. Cada sessão associada à intervenção psicológica durou entre 30 a 40 minutos. As participantes que fizeram parte do grupo HIT também receberam formação sobre competências parentais, que incluíram informações sobre a relevância das visitas pré-natais, nutrição e repouso, cuidados e nutrição do recém-nascido, assim como formas de estimular e interagir com o bebé.

No caso da intervenção LIT, cuidado de saúde habitualmente fornecido, os PMCPs tiveram um dia e meio de formação sobre a utilização do *World Health Organization Mental Health Gap Action Programme - Intervention Guide* (mhGAP-IG). Para além de receberem uma cópia do mhGAP-IG, também receberam um manual que descrevia a natureza e as abordagens envolvidas no tratamento da DPP. Assim, os prestadores forneceram a intervenção LIT às participantes, tendo em conta as especificações básicas referidas no mhGAP-IG, como a psico-educação e a abordagem aos fatores de *stress* psicossociais. Para a LIT não foram estipuladas sessões estruturadas, nem especificados procedimentos de tratamentos faseados. A quantidade de visitas aos cuidados de saúde e o conteúdo das intervenções psicológicas ficaram ao critério de cada PMCP.

Para a realização da análise custo-efetividade, foram estimados os custos dos serviços utilizados em ambos os grupos do estudo. Esta estimativa foi feita através da aplicação de um questionário, no início do estudo e aos três, seis e 12 meses após o nascimento da criança. Assim, foram considerados os custos das próprias intervenções e os relacionados com a utilização de cuidados de saúde (em regime de ambulatório e de urgência). Os custos apresentados foram convertidos em \$ (2015).

No início do estudo, os custos médios por mês eram semelhantes em ambos os grupos (6,54\$ no grupo HIT e 5,39\$ no grupo LIT). Aos seis meses estes valores diminuíram para 5,25\$ e 3,23\$ nos grupos HIT e LIT, respetivamente. Passado 12 meses, os custos diminuíram tendo valores de 2,53\$ no grupo HIT e 0,95\$ no grupo LIT. Os custos totais correspondentes a um ano de acompanhamento, mostraram que o grupo HIT requereu o dobro dos custos que o grupo LIT (46,85\$ e 24,00\$ por participante, respetivamente). Apesar dos baixos custos de serviços referidos, as alternativas podem impor outros encargos financeiros às famílias que incluem, por exemplo, os pagamentos *out-of-pocket*.

Os resultados demonstram taxas de remissão da doença de 70% com a intervenção HIT e de 66% com a intervenção LIT, aos seis meses, apresentado uma diferença de risco de 4%.

A análise custo-efetividade foi realizada nos períodos de acompanhamento de seis e 12 meses após o parto, tendo em conta as mudanças nos custos dos serviços e na pontuação do EPDS. Os resultados apresentados, embora não estatisticamente significativos, revelam reduções ligeiramente maiores nos custos dos serviços do grupo LIT e mais mudanças favoráveis no EPDS no grupo HIT. Os valores médios da pontuação do EPDS no grupo HIT foram de 3,7 e 3,5 aos seis e 12 meses, respetivamente; enquanto os valores médios da pontuação do EPDS no grupo LIT foram de 4,5 e 4,6 aos seis e 12 meses, respetivamente. O custo adicional por ponto de melhoria no EPDS, do HIT em comparação com o LIT, foi de -4,35\$ aos seis meses e -0,85\$ aos 12 meses.

Foi conduzida uma análise de subgrupos de acordo com a gravidade de depressão, segundo os *cut-offs* de <16 e ≥ 16 no EPDS apresentados pelas participantes no início do estudo. Esta análise revelou que a percentagem de mulheres com pontuação <16 no EDPS no início do estudo, do grupo HIT e LIT, apresentaram uma taxa de remissão da doença aos seis meses de 72% e 76%, respetivamente. A percentagem de mulheres com pontuação ≥ 16 no EDPS no início do estudo, do grupo HIT e LIT, apresentaram uma taxa de remissão da doença aos seis meses de 64% e 48%, respetivamente.

Os autores concluíram que a alternativa HIT é custo-efetiva em relação à alternativa LIT, e que a análise de subgrupos indica que a intervenção HIT pode ser mais efetiva para subgrupos de mulheres que apresentam sintomas mais graves de depressão. Contudo, como ambas as intervenções apresentaram mudanças semelhantes em saúde e nos custos, não há diferença estatisticamente significativa para se adotar uma intervenção mais intensiva, como é o caso da HIT.

- Estudo T3 e T4 (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019)

A intervenção psicológica *Thinking Healthy Programme* (THP) é recomendada para o tratamento da DPP. Porém, quando se avaliou esta intervenção aplicada pelos profissionais de saúde, na prestação de cuidados de saúde de rotina, os resultados foram comprometidos pelas responsabilidades que estes profissionais têm ao longo do seu dia de trabalho. Neste sentido, Fuhr *et al.* (2019) e Sikander *et al.* (2019) avaliaram a eficácia e o custo-efetividade da THP aplicada por pares (*Thinking Healthy Programme peer-delivered*

- THPP) na Índia e no Paquistão, respetivamente. Ambos os estudos seguiram uma perspetiva social e do SNS (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019).

Ao nível das participantes, no estudo de Fuhr *et al.* (2019) estiveram envolvidas 280 mulheres no segundo ou terceiro semestre de gestação (Fuhr *et al.*, 2019) e no estudo de Sikander *et al.* (2019) participaram 570 mulheres no terceiro semestre de gestação (Sikander *et al.*, 2019). Em ambos os estudos as participantes tinham depressão, com uma pontuação de pelo menos 10 no PHQ-9, e foram distribuídas aleatoriamente para o grupo de controlo (em que eram fornecidos os cuidados de saúde habituais) e para o grupo de intervenção (em que eram fornecidos a THPP mais os cuidados de saúde habituais) (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019).

A teoria base por detrás da THP é a TCC, e envolve várias estratégias de ativação comportamental, colaboração com a família, descoberta orientada e tarefas de casa, sendo fornecida por profissionais de saúde. Assim, a THP teve de ser adaptada originando a THPP, uma vez que esta seria fornecida por pares. As adaptações feitas prenderam-se com a restrição do foco da TCC à ativação comportamental e com a redução do número de sessões (Fuhr *et al.*, 2019).

No estudo na Índia, a THPP era fornecida em 14 sessões individuais de 30 a 45 minutos, distribuídas por quatro fases, durante sete a 12 meses dependendo do tempo de gestação em que a participante estava quando iniciou o estudo. A primeira fase (fase pré-parto) consistia em uma a seis sessões, fornecidas no segundo ou terceiro semestre de gravidez; a segunda fase (fase da primeira infância) compreendia duas a quatro sessões, durante os primeiros dois meses do pós-parto; a terceira fase (fase da infância média) em que a THPP era dada em duas sessões nos primeiros três a quatro meses do pós-parto; e a quarta fase (fase da infância tardia) que abrangia duas sessões, no quinto e sexto mês após o parto. O tratamento foi considerado completo se a participante tiver recebido, no mínimo, uma sessão em cada uma das quatro fases (Fuhr *et al.*, 2019).

No estudo de Sikander *et al.* (2019), a THPP consistiu em 10 sessões individuais e quatro sessões de grupo, cada sessão com duração de 30 a 45 minutos, fornecidas desde o terceiro trimestre de gravidez até aos seis meses do pós-parto. Além disso, 10 das 14 sessões teriam de ser fornecidas durante a gravidez e até aos três meses depois do parto. As sessões individuais aconteceram na habitação das participantes, e as sessões de grupo em casas de saúde pertencentes a trabalhadores de saúde comunitários (Sikander *et al.*, 2019).

A escolha das voluntárias que forneceram a THPP foi idêntica nos dois estudos: mães, de meia-idade, com interesse em participar no estudo, sem qualquer formação em saúde mental e com características sociodemográficas semelhantes às participantes, tendo sido escolhidas pela sua boa capacidade de comunicação (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019). No estudo de Fuhr *et al.* (2019), as voluntárias tiveram formação sobre o conteúdo da intervenção e sobre as capacidades em construir uma relação, incluindo sessões de como lidar com situações difíceis e reconhecimento de agravamento de sintomas. Posteriormente, estas realizaram um estágio clínico de dois meses com supervisão (Fuhr *et al.*, 2019). No estudo de Sikander *et al.* (2019), as voluntárias também frequentaram uma formação e tiveram supervisão durante o estudo, tendo sido avaliadas sobre a sua competência (logo após a formação e seis meses depois da mesma) recorrendo a uma *checklist* (*Enhancing Assessment of Common Therapeutic rating scale*). Era necessária uma pontuação de pelo menos 70 para serem consideradas competentes a fornecer a THPP (Sikander *et al.*, 2019).

Os resultados primários avaliados foram a gravidade dos sintomas (medido pela pontuação obtida no PHQ-9) e a remissão da doença (definido com uma pontuação inferior a cinco no PHQ-9), em todas as participantes com dados de acompanhamento disponíveis até aos seis meses do pós-parto (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019).

Em ambos os estudos e no que diz respeito à análise custo-efetividade, foi utilizado o questionário *Client Service Receipt Inventory*, de forma obter a utilização dos serviços de saúde, por parte das participantes nos três e seis meses depois do parto. Assim, tornou-se possível estimar os custos e o custo-efetividade da intervenção. Foram considerados os gastos derivados do sistema de saúde, sociedade, tempo despendido e inerentes à aplicação da THPP, entre o terceiro trimestre de gravidez e os primeiros três meses do pós-parto, entre os três e seis meses do pós-parto e desde o terceiro trimestre de gestação até aos seis meses depois do parto (todo o período de acompanhamento) (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019).

Os resultados de Fuhr *et al.* (2019) mostram que houve um aumento da prevalência de remissão da doença aos seis meses do pós-parto no grupo THPP mais cuidado habitual (73%), em comparação com o grupo de controlo (60%), sendo que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na alteração da gravidade dos sintomas entre os grupos (pontuação média no PHQ-9 de 3,47 e 4,48, respetivamente) (Fuhr *et al.*, 2019). Já no estudo de Sikander *et al.* (2019), nenhum dos resultados primários avaliados mostrou diferenças estatisticamente significativas nos seis meses do pós-parto: a gravidade dos

sintomas, medida pela pontuação no PHQ-9, teve valores médios de 6,02 no grupo de intervenção e 6,81 no grupo de controlo; e a prevalência de remissão da doença apresentou valores na ordem dos 49% e 45%, respetivamente (Sikander *et al.*, 2019).

Relativamente aos custos no estudo de Fuhr *et al.* (2019), os gastos médios de fornecer a THPP foram 1,36\$ por utente e os gastos referentes aos cuidados de saúde, tempo e produtividade não diferiram significativamente entre os grupos, aos três e seis meses depois do parto. A diferença de custos, comparando o grupo de intervenção com o grupo controlo, foi de -53,49\$ nos três meses do pós-parto e de -17,69\$ nos seis meses do pós-parto. O custo incremental por unidade melhorada no PHQ-9 foi de -29,64\$ aos seis meses do pós-parto e -93,53\$ durante todo o período de acompanhamento, revelando que a THPP é uma estratégia que permite poupança de custos. Os autores referem que, nos seis meses após o parto, apesar da intervenção em estudo não apresentar melhores resultados em saúde com menores custos, esta é custo-efetiva com probabilidades de 87% segundo uma perspetiva social, e de 72% segundo uma perspetiva do sistema de saúde, de ser mais eficaz e mais rentável que os cuidados habituais. O ICER mostrou custos de -151,07\$ por caso de recuperação (perspetiva do sistema de saúde) e de -736\$ por caso de recuperação (perspetiva social). Assim, os autores concluíram que a THPP tem um efeito moderado na remissão da DPP durante seis meses do período pós-parto, mostrando poupança de custos a nível dos cuidados de saúde, tempo e produtividade (Fuhr *et al.*, 2019).

Quanto ao estudo de Sikander *et al.* (2019), os custos por participantes inerentes à THPP foi de 133\$. Para os gastos derivados do sistema de saúde, tempo e produtividade não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, nos três e seis meses após o parto. A diferença de custos, comparando o grupo de intervenção com o grupo controlo, foi de 6,56\$ até aos três meses do pós-parto e de 2,32\$ entre os três e os seis meses do pós-parto. O custo médio por unidade melhorada no PHQ-9 foi de 2,65\$ até aos três meses depois do parto, 9,11\$ entre os três e seis meses depois do parto e 15,50\$ ao longo de todo o período de acompanhamento. Segundo os autores, a THPP permite uma melhoria nos resultados em saúde com um baixo custo. A probabilidade da intervenção em estudo ser mais eficaz e mais cara, comparando com os cuidados habituais, é de 75% e 81% segundo uma perspetiva do sistema de saúde e uma perspetiva social, respetivamente. Com um limite de disponibilidade para pagar de 60\$ por unidade melhorada no PHQ-9, a intervenção apresenta 98% de probabilidade de ser custo-efetiva (Sikander *et al.*, 2019).

Em ambos os estudos, a análise de sensibilidade incluiu uma diminuição de meio mês e um aumento de dois meses, no período de acompanhamento. Aos resultados principais, foram ainda incluídos dados aleatórios para substituir os dados em falta e valores alternativos na pontuação do PHQ-9. Deste modo, os autores dos dois estudos concluíram que os resultados são robustos (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019).

- Estudo T5 (Eldar-Lissai *et al.*, 2020)

Como referido anteriormente, em 2019, a FDA aprovou um novo fármaco, designado por brexanolona, para o tratamento da depressão pós-parto em mulheres adultas. Eldar-Lissai *et al.* (2020) compararam o custo-utilidade deste fármaco com os ISRS, antidepressivos comumente utilizados no tratamento desta doença. O estudo foi desenvolvido nos Estados Unidos, segundo a perspetiva do estado.

Os autores construíram um modelo de transição de estados, em que simularam os efeitos clínicos e económicos da brexanolona injetável e dos ISRS nas mães e nos seus filhos, durante um horizonte temporal de 11 anos. Os dados dos efeitos clínicos têm por base ensaios clínicos em que a brexanolona foi avaliada e de outro ensaio clínico em que foram utilizados ISRS, sendo que o tempo de tratamento foi 60 horas, 30 dias e 18 semanas. As distribuições inseridas tiveram por base outro estudo, que pretendeu avaliar os efeitos da depressão pós-parto nas crianças tendo em conta a persistência e gravidade dos sintomas, durante um período de acompanhamento de 11 anos.

O modelo apresenta dois estados para as mães: vivo ou falecido. No estado “vivo”, as mães foram distribuídas pelas pontuações do EPDS de acordo com cinco intervalos de sintomas depressivos, cada um com os seus custos e utilidades em saúde associados. O intervalo um (nenhum) corresponde uma pontuação de zero no EPDS, o intervalo dois (mínimo) corresponde à pontuação de um a seis, o intervalo três (leve) corresponde à pontuação de sete a 13, o intervalo quatro (moderado) corresponde à pontuação de 14 a 18 e o intervalo cinco (grave) corresponde à pontuação de 19 a 30.

O modelo inicia-se no ponto de decisão do tratamento (brexanolona ou ISRS), com a duração do ciclo de uma semana e os resultados em saúde medidos às quatro semanas até aos 18 anos (idade em que é assumido a criança ser independente). O horizonte temporal foi de 11 anos, tempo de acompanhamento mais longo de uma coorte de mães com depressão pós-parto, baseada no EPDS. A população de doentes do modelo é representativa da amostra de ensaios clínicos em que a brexanolona foi avaliada.

Os autores estimaram o estado de distribuição das mulheres, do início do tratamento até às 18 semanas e depois das 18 semanas, de acordo com os intervalos de sintomas depressivos referidos anteriormente e tendo em conta dados relatados em ensaios clínicos. Também tiveram em conta a mortalidade e os dados sobre a criança.

As utilidades em saúde das mães foram estimadas a partir do SF-6D, tendo por base os dados recolhidos do SF-36 dos ensaios clínicos que avaliaram a brexanolona. A perda de utilidade por parte das crianças também foi estimada consoante a sua idade e tendo em conta a presença de depressão moderada a grave na mãe. O último fator compreende duas componentes: o efeito direto da depressão da mãe e o seu comportamento associado, assim como a maior probabilidade de a criança vir a ter depressão ou problemas comportamentais.

Foi assumido que o tratamento com brexanolona injetável tinha um custo de 34.000\$ durante o primeiro ciclo do modelo e, uma vez que este fármaco seria administrado em ambiente hospitalar, acrescentaria um custo de 4.495\$. O custo dos ISRS foi estimado em 25,12\$ (custo da sertralina genérica) durante 26 semanas. A estimativa dos custos diretos médicos das mães durante o primeiro ano do pós-parto foram baseados num estudo que pretendeu avaliar os gastos das mães empregadas e com depressão pós-parto, durante 11 semanas depois do parto. Os custos diretos atribuídos às crianças foram estimados com base na sua idade e em possíveis problemas de depressão ou perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

Os resultados mostram que às quatro semanas, a taxa de remissão da doença das mães tratadas com brexanolona foi de 84,5% em comparação com 16,2% verificada nas mães tratadas com ISRS. As proporções de remissão correspondentes a um e 11 anos foram de 77,4% e 72,5% para as mães tratadas com brexanolona, e de 51,2% e 63,1% nas mães tratadas com ISRS, respetivamente.

Ao nível de custos, a brexanolona teve um maior gasto associado (38.501\$) que os ISRS (25\$). Os custos diretos médicos da mãe, sem ter em conta o tratamento, foram de 65.908\$ e 73.653\$ nas mães tratadas com brexanolona e ISRS, respetivamente. Em relação aos QALYs, as mães tratadas com brexanolona apresentaram valores médios de 6,230 e as mães tratadas com ISRS apresentaram valores médios de 5,969. As crianças com mães tratadas com brexanolona apresentaram um custo direto médico médio de 5.602\$ e 8,142 QALYs. As crianças com mães tratadas com ISRS mostraram um custo direto médico médio de 5.800\$ e 8,106 QALYs. Assim, os ganhos incrementais calculados foram 0,250 QALYs

nas mães e 0,036 QALYs nas crianças. O ICUR resultante foi de 106.662\$ por QALY, ao comparar a brexanolona com os ISRS.

Foi levada a cabo uma análise de sensibilidade determinística e outra probabilística. A análise de sensibilidade determinística teve como finalidade perceber a influência de cada parâmetro no valor de ICUR da análise principal. Desta análise, concluiu-se que os resultados são sensíveis à eficácia dos ISRS. Para a análise de sensibilidade probabilística, foram construídos dois cenários possíveis: um em que foram incluídos os benefícios (QALYs) e custos inerentes aos parceiros das mulheres, e não só da mãe e do bebé como na análise principal; e um segundo em que se analisou as implicações de tratar as mulheres que apresentem uma pontuação no EPDS ≥ 19 (indicativa de depressão grave e representativa de 20% a 30% de todos os casos de depressão pós-parto) com brexanolona, no início do estudo, excluindo mulheres com depressão leve e moderada. Foi estimado um ICUR de 105.109\$ e 68.619\$, para o primeiro e segundo cenário, respetivamente. A diminuição evidente do valor do ICUR no segundo cenário (comparativamente com o ICUR da análise principal) deve-se ao facto do benefício medido nas mulheres ter aumentado para 0,348 QALYs (*versus* 0,250 QALYs na análise principal). Assim, admite-se que os resultados são sensíveis, também, à gravidade da depressão identificada.

A conclusão do estudo refere que a brexanolona tem maior probabilidade de ser custo-efetiva em relação aos ISRS, ao se assumir um custo superior a 120.000\$ por QALY.

- Estudo T6 (Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017)

Wilkinson *et al.* (2017), avaliaram a relação custo-efetividade de médicos que rastreiam e tratam a depressão pós-parto e a psicose pós-parto em conjunto com um psiquiatra. O custo-efetividade e custo-utilidade da intervenção foi medido em custo por remissão atingida e custo por QALY ganho, respetivamente. O estudo teve lugar nos Estados Unidos, segundo uma perspetiva do pagador *Medicaid*.

O estudo baseou-se numa coorte hipotética de 10000 mulheres grávidas com um parto-vivo ao longo de um horizonte temporal de dois anos. Foi utilizado um modelo de árvore de decisão, de forma a obter os resultados de rastrear e tratar a depressão pós-parto e psicose pós-parto com aplicação do EPDS.

As probabilidades inseridas no modelo foram retiradas da literatura, tendo sido assumidas várias hipóteses: o EPDS tem 100% de sensibilidade e especificidade na identificação de psicose pós-parto; a prevalência da psicose pós-parto foi estimada a partir

de duas revisões; 100% das mulheres com psicose pós-parto que procuraram cuidados médicos, receberam esses cuidados; a proporção de mulheres com depressão pós-parto que interromperam o tratamento foi a mesma em ambos as intervenções (rastreamento *versus* cuidados habituais), segundo um estudo de coorte prospetivo; e, por fim, o melhor tratamento para a depressão pós-parto é a medicação antidepressiva e tratamento psicológico (como a TIP).

Relativamente aos custos, também foram tidos em consideração alguns pressupostos: a coorte hipotética de mulheres era abrangida pela *Medicaid* até aos dois anos do pós-parto; o rastreio e o tratamento foram cobrados como cuidados de saúde supervisionados por um psiquiatra certificado; a prescrição para o tratamento da depressão pós-parto foi a fluoxetina; as mulheres envolvidas no grupo que recebeu cuidados habituais, ao procurarem e aceitarem tratamento, receberam TIP com um psiquiatra, numa sessão de 38 a 52 minutos; a duração média dos tempos de espera e da prestação de cuidados foi de um mês para o rastreio, três meses para a procura de cuidados de saúde e um custo correspondente a três meses quando houve descontinuação do tratamento ou suicídio; e, por último, o tratamento bipolar tem um gasto aproximado ao tratamento da psicose pós-parto, bem como a não existência de custos associados a uma mulher que adie os cuidados no grupo que recebe os cuidados habitualmente usados na prática clínica.

No que toca aos resultados primários de interesse, estes foram o número de mulheres com remissão de doença e os QALYs ganhos das mulheres rastreadas e não rastreadas. Outros resultados medidos foram o número de falsos positivos de mulheres não diagnosticadas e de suicídios. Para medir a utilidade de viver com depressão pós-parto, os autores basearam-se em várias estimativas de utilidades, consoante as diferentes gravidades da depressão, segundo o *Tufts Cost-Effectiveness Analysis Registry*. Assim, assumiram uma estimativa de utilidades de acordo com os arquivos do *Medical Expenditure Panel Survey* (preferências da população do Reino Unido) de 79522 indivíduos que completaram o *EuroQol five-dimensional instrument* (EQ-5D). Outro pressuposto foi que uma mulher com psicose pós-parto e depressão pós-parto com ideação suicida, tem a mesma utilidade que uma pessoa com depressão grave.

Os resultados mostram que mais 29 mulheres com depressão pós-parto ou psicose pós-parto, que receberam a intervenção, apresentaram remissão de doença em comparação com as mulheres que receberam o cuidado habitualmente prestado. Esta remissão foi associada com um aumento nos custos, desde 44.703\$ referente aos cuidados em prática clínica para 341.622\$ relativos à intervenção. Deste modo, a intervenção foi 296.919\$ mais

cara, mas com resultados adicionais de 21,43 QALYs e 29 remissões alcançadas, sendo que o ICUR e o ICER calculados foram de 13.857\$ por QALY ganho e 10.182\$ por remissão atingida, respetivamente.

Os autores realizaram duas análises de sensibilidade, uma determinística e outra probabilística. Para a análise de sensibilidade determinística, procedeu-se à variação individual de cerca de 30 parâmetros. Os resultados obtidos revelam que os ICUR calculados variaram entre 11.281\$ e 24.117\$ por QALY ganho, quando se aumentou a taxa de remissão em 10% e se diminuiu a prevalência de depressão pós-parto, respetivamente. Nenhum dos resultados obtidos demonstrou uma dominância da intervenção em estudo, nem a mesma a ser dominada. No que diz respeito à análise de sensibilidade probabilística, tal já não se verifica. Nesta análise, os resultados mostram que a intervenção foi dominante em 2,9% dos 1000 registos realizados (significando que a intervenção apresentou maior custo e menos QALYs ganhos). Apesar do referido, a intervenção foi custo-efetiva em 93% dos registos, para um limite de disponibilidade de pagar de 50.000\$ por QALY ganho.

A conclusão do estudo é que os resultados obtidos são robustos e que, assumindo um limite de disponibilidade para pagar de 50.000\$ por QALY ganho, o rastreio e o tratamento da depressão pós-parto, com apoio de um psiquiatra, é custo-efetivo.

- Estudo T7 (Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010)

Stevenson *et al.* (2010) desenvolveram um estudo, em 2010 no Reino Unido, em que avaliaram a TCC em comparação com o cuidado de rotina primário em prática, no tratamento de mulheres com depressão pós-parto. O estudo foi realizado seguindo a perspectiva do SNS e social.

O estudo teve em conta uma revisão sistemática da literatura sobre o custo-efetividade da TCC comparado com o cuidado de saúde em prática clínica, assim como a opinião de peritos para estimar os custos envolvidos na intervenção em estudo e a duração da vantagem inerente à TCC. Após a revisão sistemática realizada pelos autores, apenas um ensaio clínico continha informação adequada à problemática em estudo. No ensaio clínico participaram mulheres com suspeita de terem depressão pós-parto, segundo o EPDS, e em que compararam o TCC com cuidados de saúde de rotina. A informação para se proceder à análise é relativa ao uso da TCC no grupo de intervenção, pontuação no EPDS aquando da entrada no estudo, no fim do tratamento (oito semanas) e no período de acompanhamento (seis meses). Foi assumido que o ganho comparativo, no EPDS, do grupo TCC relativamente

ao grupo de controlo foi de 3,48 no final das oito semanas, e de 4,48 ao fim dos seis meses. Assim, foi assumido que o ganho demonstrado pelo EPDS, no grupo que recebeu TCC, é linear e crescente até às oito semanas, mantendo-se constante durante os seis meses de acompanhamento. Posteriormente, este ganho decresce até zero num período de 12 meses após a randomização. Para o período de tempo entre as oito semanas e os seis meses, foi estimada uma diferença de 3,98 no EPDS.

Para que a medição da efetividade fosse feita em termos de QALYs, foi necessário o cálculo de utilidades através de dados emparelhados do EPDS e do SF-6D, recolhidos de outro ensaio clínico. De acordo com um grupo de peritos, os recursos inerentes ao fornecimento de cuidados de saúde habituais e TCC apresentaram um custo estimado de 1.317£ e 1.246£, respetivamente. Na análise principal, os resultados mostram um acréscimo de 0,032 QALY com um gasto de 1.500£, ou seja, um custo de 46.462£ por QALY.

Neste estudo também foi realizada uma análise de sensibilidade probabilística. Esta análise compreendeu a variação de vários parâmetros: diminuição e aumento do custo de fornecer a intervenção para 750£ e 2.000£, respetivamente; diminuição e aumento da eficácia da intervenção em estudo até aos limites inferior e superior definidos pelo intervalo de confiança de 95% (diminuição de 3,27 e 4,69 na pontuação do EPDS, respetivamente); e um aumento para 18 meses do benefício em saúde adquirido pela mulher, derivado da TCC. O resultado da análise de sensibilidade completa é de um custo de 36.062£ por QALY.

O valor esperado de informação perfeita (EVPI – do inglês “*expected value of perfect information*”), que indica a despesa máxima que o decisor pagaria se removesse a toda a incerteza associada ao problema em análise, apresentou um valor de 53,50£ por mulher que recebeu TCC. Uma estimativa do número de mulheres que poderiam beneficiar da TCC com o valor de EVPI, indica que o decisor necessitaria de estar disposto a pagar cerca de 64£ milhões para eliminar toda a incerteza.

O valor esperado de informação parcial perfeita (EVPPI – do inglês “*expected value of perfect partial information*”), que indica a despesa máxima que o decisor pagaria se removesse a incerteza associada a um ou vários parâmetros do problema de decisão. Assim, o estudo revelou a existência de dois parâmetros que têm um peso considerável na incerteza da custo-efetividade da TCC comparando com o cuidado de saúde de rotina: o custo de fornecer TCC por mulher tratada e a relação entre os valores do EPDS e os valores do SF-6D. Deste modo, o EVPPI para ambos os parâmetros referidos são superiores a 25£ milhões.

Os autores concluem que a utilização da TCC não parece ser custo-efetiva, contudo a decisão apresenta incerteza. Será necessária mais pesquisa, de modo a haver informação mais robusta sobre os parâmetros que criam incerteza e a formular uma decisão mais precisa sobre a custo-efetividade desta intervenção.

- Estudo T8 (Boath, Major e Cox, 2003)

Um estudo com coorte prospetiva, realizado por Boath *et al.* (2003), pretendeu avaliar o custo efetividade de tratar mulheres com depressão pós-parto num hospital de dia psiquiátrico (PBDU – do inglês “*Parent and Baby Day Unit*”) em comparação com o cuidado de saúde habitualmente fornecido. Este estudo decorreu no Reino Unido, segundo uma perspetiva do serviço de saúde.

O PBDU é constituído por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros psiquiátricos, um terapeuta ocupacional, uma secretária, um assistente e médicos. Esta equipa oferece um serviço adaptado às necessidades individuais de cada doente, de alta intensidade, com tratamento personalizado formado por uma ou mais das seguintes atividades: aconselhamento individual, de casal ou familiar, terapia de grupo, terapia criativa, *hobbies*, gestão de *stress*, yoga e relaxamento, um grupo para pais e crianças mais crescidas, bem como farmacoterapia. Relativamente ao cuidado de rotina, o tratamento foi fornecido por médicos de clínica geral e visitas em saúde, com pouco ou nenhum acompanhamento especializado e com encaminhamento para cuidados especializados.

No presente estudo participaram 60 mulheres com depressão pós-parto (30 pertencentes ao grupo PBDU e 30 ao grupo de controlo). As participantes tiveram em tratamento durante seis meses e foram avaliadas no início do estudo e após três e seis meses. Esta avaliação consistiu numa entrevista feita por um dos autores, para recolha de dados económicos (situação laboral, rendimento familiar, subsídios e custos de oportunidade), e medição de vários resultados, incluindo a aplicação do *Clinical Interview Schedule*. Além dos custos monetários e de oportunidade referidos pela participante (por exemplo os custos associados ao transporte, aos cuidados infantis, à perda de emprego, entre outros), também foram tidos em conta os custos inerentes à medicação, às visitas em saúde e ao contacto com *Community Psychiatric Nurse*, de médicos de clínica geral ou de centros de cuidados de saúde mental, assim como os gastos associados aos dias de internamento numa unidade de cuidados psiquiátricos.

Os resultados revelam que, ao fim de seis meses e de acordo com os critérios RDC, 21 mulheres do grupo PBDU já não se encontravam deprimidas em comparação com sete mulheres do grupo controlo. A mudança de cuidados de saúde usados na prática clínica para cuidados PBDU, das 30 mulheres pertencentes ao grupo PBDU, implicou um custo adicional de 27.238£ mas significou o tratamento de mais 14 mulheres com depressão pós-parto. O custo por mulher tratada no grupo controlo é de 2.710£, enquanto o custo por mulher tratada no grupo PBDU apresenta um acréscimo de 1.945£.

Uma análise de sensibilidade avaliou a robustez dos resultados, para analisar o impacto da exclusão dos custos de medicação, dos contactos com os médicos de clínica geral e das visitas em saúde. Assim, a adoção de PBDU, em vez do cuidado de saúde de rotina, resulta num custo adicional de 2.056£ por mulher tratada.

Os autores concluíram que PBDU é suscetível de ser custo-efetivo em relação aos cuidados habituais, porém este resultado mostra ser sensível à inclusão dos contactos de médicos de clínica geral e das vistas em saúde, assim como os custos da medicação.

- Estudo T9 (Grote et al., 2017)

Grote *et al.* (2017) conduziram um estudo, nos EUA, cujo objetivo foi estimar o custo e o benefício incremental, assim como o benefício líquido da intervenção MOMCare, em mulheres com depressão *major* e perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT). O estudo foi conduzido seguindo a perspetiva de um plano de saúde ou seguradora.

Enfermeiros e assistentes sociais de apoio à maternidade rastrearam mulheres grávidas, através da aplicação do PHQ-9. As mulheres com pontuação ≥ 10 foram encaminhadas para participar no estudo. As participantes estavam com 12 a 32 semanas de gestação, apresentavam um diagnóstico provável de depressão *major* ou de distimia (baseado no MINI), foram aleatoriamente distribuídas entre dois grupos, *Maternal Support Services Plus Usual Care Condition* (MSS-Plus) e *MOMCare Collaborative Care Intervention*, e foram seguidas durante 18 meses.

A intervenção designada por MSS-Plus é definida como uma versão mais intensiva dos serviços de apoio à maternidade. Os MSS são o padrão habitual de cuidados de saúde disponíveis para mulheres grávidas inscritas na *Medicaid* e consiste numa equipa multidisciplinar de assistentes sociais, enfermeiros e nutricionistas que realizam a gestão das utentes e facilitam o contacto com obstetras, promovendo uma gravidez saudável e resultados positivos no parto. Assim, mulheres grávidas com pontuação ≥ 10 no PHQ-9

foram consideradas elegíveis para integrar os cuidados MSS-Plus nos seus centros de saúde, envolvendo mais tempo com a equipa multidisciplinar. Estes cuidados não incluem o tratamento da depressão, mas sim o encaminhamento destes doentes para um profissional de saúde mental ou para um obstetra.

As participantes alocadas para o grupo MOMCare receberam não só os cuidados MSS-Plus, mas também cuidados colaborativos para a depressão. Estes cuidados colaborativos, em conjunto com cuidados obstétricos, constituem uma abordagem para reduzir a gravidade da depressão, que inclui a escolha do tratamento da depressão (psicoterapia, farmacoterapia ou ambos) e a medição ativa e sustentada de resultados, assim como um acompanhamento destas doentes com cuidados faseados. Da intervenção MOMCare fazem parte vários componentes: uma sessão inicial de pré-tratamento para resolução de problemas relacionados com os cuidados de saúde e gestão de casos, de modo a satisfazer necessidades básicas; TIP breve com apenas oito sessões (fase aguda do tratamento); e sessões de manutenção durante o primeiro ano do pós-parto. As participantes foram seguidas por especialistas em cuidados de depressão (ECD) a cada uma ou duas semanas na fase aguda do tratamento (três a quatro meses desde o início do estudo) e mensalmente durante a fase de manutenção (até aos 18 meses desde o início do estudo), em que o ECD, presencialmente ou por telemóvel, monitorizava a resposta ao tratamento com a aplicação do PHQ-9.

As doentes (n=164) foram avaliadas no início do estudo, aos três, seis, 12 e 18 meses. O resultado principal a ser medido foi a gravidade de depressão segundo o *Hopkins Symptom Checklist-20* (SCL-20). A determinação de PSPT provável foi levada a cabo segundo um algoritmo clínico utilizando o *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version* (PTSD checklist). A efetividade foi medida através do número de dias livres de depressão durante 18 meses. Em cada avaliação, a doente foi considerada livre de depressão se a pontuação no SCL for $<0,7$, sendo que uma pontuação de 1,5 indica que a doente se encontra completamente sintomática.

Foram considerados os custos relativos aos recursos de espaço, humanos e de apoio administrativo. Assim sendo, os custos calculados foram de 80\$ por cada visita presencial aos ECD (duração entre 45 e 60 minutos) e de 31\$ por cada contacto telefónico com o ECD (duração entre 20 e 30 minutos). Os custos de intervenção durante o estudo foram fixados em 247\$ por doente para supervisão de casos e apoio informativo. Os autores não incluíram os custos derivados do MSS-Plus, uma vez que este serviço não foi desenvolvido para prestar

cuidados para a depressão e a sua taxa de utilização não variou entre os grupos em estudo. No que diz respeito aos custos incrementais do MOMCare em comparação com o MSS-Plus, foram tidos em conta os custos envolvidos no tratamento da depressão, isto é, os custos da intervenção e os custos de serviços de saúde mental diretamente ligados ao tratamento da depressão (por exemplo, tratamentos especializados e receitas médicas).

Os resultados apresentados estão divididos em doentes com depressão *major* tratadas com MOMCare (DM MOMCare), doentes com depressão *major* tratadas com MSS-Plus (DM MSS-Plus), doentes com depressão *major* e PSPT tratadas com MOMCare (DM e PSPT MOMCare) e doentes com depressão *major* e PSPT tratadas com MSS-Plus (DM e PSPT MSS-Plus).

Ao nível dos custos totais da depressão, o grupo de doentes DM e PSPT MSS-Plus revelaram um gasto de 776\$ em comparação com 2.088\$ do grupo DM e PSPT MOMCare. Para os grupos de doentes com depressão *major*, a intervenção MOMCare apresentou um custo de 1.737\$ e a intervenção MSS-Plus um custo de 570\$. No que diz respeito à efetividade, o grupo DM e PSPT MOMCare mostrou ter mais 68 dias livres de depressão, ao longo dos 18 meses, em relação ao grupo DM e PSPT MSS-Plus. Já o grupo DM MOMCare teve mais 13 dias livres de depressão que o grupo DM MSS-Plus, sendo este valor não estatisticamente significativo. Os autores estimaram que o aumento médio no benefício monetário líquido é de 1.240\$ na intervenção MOMCare (1.167\$ para depressão *major* e 1.312\$ para depressão *major* e PSPT). Através dos dados do estudo, é possível verificar que a intervenção MOMCare é mais efetiva a reduzir a depressão que a MSS-Plus, em mulheres com depressão *major* e PSPT. Nas mulheres apenas com depressão *major*, ambas as intervenções apresentaram resultados semelhantes.

Foi levada a cabo uma análise de sensibilidade com o objetivo de completar dados sobre os custos em falta e analisar o impacto desse enviesamento, ao manter os dados do início do estudo relativos à gravidade da depressão e a utilização dos recursos durante o acompanhamento das doentes. Segundo os autores, os resultados desta análise não mostraram diferenças relevantes em relação aos resultados da análise principal realizada.

Deste modo, a conclusão apresentada no estudo refere que cuidados colaborativos (como é o caso do MOMCare) para a DPP em mulheres com PSPT provável e depressão *major* no periparto, têm um benefício clínico significativo a um custo moderadamente superior nos serviços de saúde.

Características dos estudos

As características dos estudos incluídos na revisão sistemática realizada, encontram-se, de forma resumida, nas tabelas 18A e 18B.

Da pesquisa realizada, foram encontrados quatro artigos relativos a intervenções para prevenção da depressão pós-parto (Dukhovny *et al.*, 2013; Henderson *et al.*, 2019; Petrou *et al.*, 2006; Ride *et al.*, 2016), dois artigos sobre intervenções para o rastreio da depressão pós-parto (Paulden *et al.*, 2009; Premji *et al.*, 2021) e nove artigos à cerca de intervenções para o tratamento da depressão pré e/ou pós-parto (Boath, Major e Cox, 2003; Eldar-Lissai *et al.*, 2020; Fuhr *et al.*, 2019; Grote *et al.*, 2017; Gureje *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010; Trevillion *et al.*, 2020; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017). Destes quinze estudos analisados, um é referente à depressão pré-parto (Trevillion *et al.*, 2020), dez à depressão pós-parto (Boath, Major e Cox, 2003; Dukhovny *et al.*, 2013; Eldar-Lissai *et al.*, 2020; Henderson *et al.*, 2019; Paulden *et al.*, 2009; Petrou *et al.*, 2006; Premji *et al.*, 2021; Ride *et al.*, 2016; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017) e quatro à DPP (Fuhr *et al.*, 2019; Grote *et al.*, 2017; Gureje *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019). Apenas no tratamento se encontram os quatro estudos que especificam a DPP e o que especificou a depressão pré-parto (Fuhr *et al.*, 2019; Grote *et al.*, 2017; Gureje *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019; Trevillion *et al.*, 2020).

Ao nível das intervenções em estudo dos artigos analisados, apenas um analisou uma intervenção farmacológica para o tratamento da depressão pós-parto (Eldar-Lissai *et al.*, 2020), dois analisaram instrumentos de medição (BDI e/ou EPDS) para o rastreio da depressão pós-parto (Paulden *et al.*, 2009; Premji *et al.*, 2021), e os restantes 12 estudos avaliaram intervenções não farmacológicas para a prevenção ou tratamento da depressão pré-parto e/ou pós-parto (Boath, Major e Cox, 2003; Dukhovny *et al.*, 2013; Fuhr *et al.*, 2019; Grote *et al.*, 2017; Gureje *et al.*, 2019; Henderson *et al.*, 2019; Petrou *et al.*, 2006; Ride *et al.*, 2016; Sikander *et al.*, 2019; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010; Trevillion *et al.*, 2020; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017). Relativamente às intervenções não farmacológicas, uma delas era referente a apoio telefónico por pares (Dukhovny *et al.*, 2013) e as restantes tinham por base intervenções psico-educativas baseadas em TCC (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010), formação de profissionais para identificação de sintomas de depressão e fornecimento de cuidados ACC e ACP (Henderson *et al.*, 2019), gestão de *stress* e na resolução de adversidades (Gureje *et al.*, 2019), gestão da parentalidade (Trevillion *et al.*, 2020), gestão do comportamento infantil

(Ride *et al.*, 2016), TIP ou abordagens para a resolução de problemas (Grote *et al.*, 2017), e ainda o tratamento da depressão num hospital de dia psiquiátrico (Boath, Major e Cox, 2003) ou o tratamento da mesma por parte de um médico generalista e de um psiquiatra em conjunto (Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017).

Em termos da intervenção comparativa, 12 estudos compararam a intervenção de interesse com o cuidado de saúde habitualmente fornecido (Boath, Major e Cox, 2003; Dukhovny *et al.*, 2013; Eldar-Lissai *et al.*, 2020; Fuhr *et al.*, 2019; Gureje *et al.*, 2019; Henderson *et al.*, 2019; Paulden *et al.*, 2009; Petrou *et al.*, 2006; Ride *et al.*, 2016; Sikander *et al.*, 2019; Stevenson *et al.*, 2010; Trevillion *et al.*, 2020), dois compararam-na com o não rastreio (Premji *et al.*, 2021; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017) e um comparou-a com uma versão mais intensiva do cuidado de saúde habitualmente fornecido (Grote *et al.*, 2017).

Dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, três deles apresentam dados de análise custo-utilidade e custo-efetividade (Henderson *et al.*, 2019; Ride *et al.*, 2016; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017). Estes três estudos, a medição das utilidades para a análise de custo-utilidade, foi realizada em termos de QALYs, sendo que estes valores foram obtidos através da aplicação SF-6D (Henderson *et al.*, 2019), EQ-5D (Ride *et al.*, 2016) ou retirados da literatura (Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017). Para cada estudo, a medição dos benefícios relativos à análise custo-efetividade, foi realizada através do risco de desenvolver depressão com aplicação do EPDS (Henderson *et al.*, 2019), da prevalência de depressão pós-parto e ansiedade (de acordo com o DSM IV) (Ride *et al.*, 2016) e pontuação no EPDS (Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017).

Sete dos estudos são unicamente análises de custo-efetividade, em que os resultados em saúde foram diferentes em cada estudo, tendo sido medidos sob a forma de meses de depressão pós-parto evitados através do SCID-II (Petrou *et al.*, 2006), severidade de depressão através do SCL-20 e dias livres de depressão (Grote *et al.*, 2017), casos de depressão pós-parto evitados nas 12 semanas seguintes ao parto (Dukhovny *et al.*, 2013), remissão de doença dada pela pontuação obtida no EPDS (Gureje *et al.*, 2019), recuperação da depressão através da ausência de preenchimentos de critérios no RDC (Boath, Major e Cox, 2003) e severidade dos sintomas e remissão de doença dada pela pontuação no PHQ-9 (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019).

Cinco estudos realizaram apenas uma análise custo-utilidade, em que a medida dos QALYs foi obtida através do SF-6D em quatro estudos (Eldar-Lissai *et al.*, 2020; Premji *et*

al., 2021; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010; Trevillion *et al.*, 2020) e retirados de literatura publicada no outro estudo (Paulden *et al.*, 2009).

Tabela 18A. Tabela resumo das características e desenho dos estudos de avaliação económica encontrados.

Estudo	Medição do benefício em saúde	Detalhes da análise				Fonte dos dados
		Ensaio/ modelo	Perspetiva	Horizonte temporal	Moeda e ano da moeda	
(Petrou <i>et al.</i> , 2006)	Meses de depressão pós-parto evitados (SCID-II)	Ensaio	SNS e social	18 meses	£ 2000	Ensaio Clínico
(Ride <i>et al.</i> , 2016)	Prevalência de depressão pós-parto e ansiedade (DSM IV); QALYs (EQ-5D)	Ensaio	SNS e social	20 semanas	A\$ 2013/2014	Ensaio Clínico
(Dukhovny <i>et al.</i> , 2013)	Casos de D. pós-parto evitados nas 12 semanas do pós-parto	Ensaio	Social	12 semanas	C\$ 2011	Ensaio Clínico
(Henderson <i>et al.</i> , 2019)	Risco de desenvolver depressão (EPDS); QALYs (SF-6D)	Ensaio	SNS e social	18 meses	£ 2003/2004	Ensaio Clínico
(Premji <i>et al.</i> , 2021)	QALY (SF-6D)	Modelo	Pagador SSP	2 anos	C\$ 2019	Ensaio Clínico
(Paulden <i>et al.</i> , 2009)	QALYs (retirados da literatura)	Modelo	SNS e social	1 ano	£ 2006/2007	Revisão Sistemática
(Trevillion <i>et al.</i> , 2020)	QALYs (SF-6D)	Ensaio	SNS e social	14 semanas	£ 2016/2017	Ensaio Clínico
(Gureje <i>et al.</i> , 2019)	Remissão de doença (EPDS)	Ensaio	*	12 meses	\$ (EUA) 2015	Ensaio Clínico

A\$: dólar australiano; C\$: dólar canadiano; DSM IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*; EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Scale*; EQ-5D: *EuroQol five-dimensional instrument*; EUA: Estados Unidos da América; Pagador SSP: Pagador dos serviços de saúde públicos; QALY: *Quality-Adjusted*

Life Years; SCID-II: *Structured Clinical Interview for DSM IV diagnoses*; SF-6D: *Short Form Six Dimension Health Survey*; SNS: Serviço Nacional de Saúde; SSP: serviços de saúde públicos; * : não referido.

Tabela 18B. Tabela resumo das características e desenho dos estudos de avaliação económica encontrados (Continuação).

Estudo	Medição do benefício em saúde	Detalhe da análise				Fonte dos dados
		Ensaio/ modelo	Perspetiva	Horizonte temporal	Moeda e ano da moeda	
(Fuhr <i>et al.</i> , 2019)	Severidade dos sintomas e remissão de doença (PHQ-9)	Ensaio	SNS e social	6 meses	\$ (EUA) 2015	Ensaio Clínico
(Sikander <i>et al.</i> , 2019)	Severidade dos sintomas e remissão de doença (PHQ-9)	Ensaio	SNS e social	6 meses	\$ (EUA) 2015	Ensaio Clínico
(Eldar-Lissai <i>et al.</i> , 2020)	QALYs (SF-6D)	Modelo	Pagador EUA	11 anos	\$ (EUA) 2018	Literatura Publicada
(Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017)	QALYs (retirados da literatura); EPDS	Modelo	Medicaid	2 anos	\$ (EUA) 2014	Revisão Sistemática
(Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010)	QALYs (SF-6D)	Modelo	SNS e social	12 meses	£ 2010**	Literatura Publicada
(Boath, Major e Cox, 2003)	Recuperação da depressão pós-parto (incumprimento do RDC)	Ensaio	SNS	6 meses	£ 2002/2003	Estudo Observacional
(Grote <i>et al.</i> , 2017)	Severidade de depressão (SCL-20); dias livres de depressão; PTSD checklist	Ensaio	Seguro de saúde	18 meses	\$ (EUA) 2013	Ensaio Clínico

EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Scale*; EUA: Estados Unidos da América; Pagador EUA: *US payer perspective*; PHQ-9: *Patient Health Questionnaire 9-item*; PTSD checklist: *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist—Civilian Version*; QALY: *Quality-Adjusted Life Years*; RDC: *Research Diagnostic Criteria*; SCL-

20: *Hopkins Symptom Checklist 20-item*; SF-6D: *Short Form Six Dimension Health Survey*; SNS: Serviço Nacional de Saúde; **: ano da moeda não descrito no estudo, tendo sido assumido o ano de publicação do estudo.

Avaliação da qualidade metodológica

Nesta revisão sistemática, a qualidade dos artigos foi avaliada através da *JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations* (Joanna Briggs Institute, 2017).

Em Portugal, a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) recomenda que a medição dos efeitos em saúde seja feita em termos de QALYs, uma vez que incluem a QVRS (que têm em conta a perspetiva do doente e as preferências sociais), permitem comparar várias intervenções para doenças diferentes e são vastamente usadas por agências nacionais no contexto de avaliação de tecnologias em saúde. A QVRS deve ser obtida, de forma preferencial, através da aplicação do questionário EQ-5D-5L com tarifas portuguesas, ou em caso de não haver esses dados, pode ser utilizado o EQ-5D-3L para o cálculo dos QALYs. A aplicação de outros instrumentos deve ser devidamente justificada. Se nos estudos de efetividade da intervenção, não tiver sido obtida a QVRS, a informação do EQ-5D ou de outros instrumentos pode ser obtida através da literatura, de estudos observacionais, ou de inquéritos com esse objetivo (Perelman *et al.*, 2019).

Assim sendo, aquando da avaliação da qualidade dos estudos inseridos nesta revisão sistemática através da aplicação da *checklist* referida anteriormente, os estudos que não avaliaram os efeitos em saúde em termos de QALYs foram considerados não responder afirmativamente ao item seis (“Os custos e consequências foram valorizados de forma credível?”).

Como não é necessário a aplicação de taxas de desconto quando o horizonte temporal do estudo é igual ou inferior a um ano, para os estudos que apresentassem o horizonte temporal neste período, questão do item sete (“Os custos e consequências foram ajustados a outros períodos temporais?”) foi considerada “não aplicável”.

Após a análise feita, todos os artigos foram considerados de muito boa qualidade metodológica (Boath, Major e Cox, 2003; Dukhovny *et al.*, 2013; Eldar-Lissai *et al.*, 2020; Fuhr *et al.*, 2019; Gureje *et al.*, 2019; Henderson *et al.*, 2019; Paulden *et al.*, 2009; Petrou *et al.*, 2006; Premji *et al.*, 2021; Ride *et al.*, 2016; Sikander *et al.*, 2019; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010; Trevillion *et al.*, 2020; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017), com a

exceção de um (Grote *et al.*, 2017) considerado apresentar qualidade mediana, dado que respondeu de modo afirmativo a apenas seis dos 11 itens da *checklist* aplicada (tabela 19).

Tabela 19. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática, de acordo com a *JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations* (Joanna Briggs Institute, 2017).

Estudos	Item															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11					
(Petrou <i>et al.</i> , 2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗
(Ride <i>et al.</i> , 2016)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Dukhovny <i>et al.</i> , 2013)	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Henderson <i>et al.</i> , 2019)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Premji <i>et al.</i> , 2021)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Paulden <i>et al.</i> , 2009)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Trevillion <i>et al.</i> , 2020)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	NA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Gureje <i>et al.</i> , 2019)	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
(Fuhr <i>et al.</i> , 2019)	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
(Sikander <i>et al.</i> , 2019)	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
(Eldar-Lissai <i>et al.</i> , 2020)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
(Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(Boath, Major e Cox, 2003)	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
(Grote <i>et al.</i> , 2017)	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗

✓ - Sim; ✗ - Não; NA: não aplicável

Análise custo-efetividade

Apesar de não existir nenhum intervalo de ICUR definido a partir do qual os decisores políticos consideraram uma intervenção custo-efetiva em Portugal, é habitualmente considerado como aceitável um limiar de 20.000€ a 30.000€ para o financiamento de novas tecnologias em saúde (Costa *et al.*, 2015). De modo a facilitar a comparação e a definição de intervenção custo-efetiva entre os estudos, assumiu-se que se a intervenção em análise apresentar um ICUR <20.000€, esta é considerada “muito provável ser custo-efetiva”; se apresentar um ICUR >20.000€ e <30.000€, esta é considerada “provável ser custo-efetiva”; e se apresentar um ICUR >30.000€, esta é considerada “improvável ser custo-efetiva”. Como não se encontra definido um intervalo de custos para outras medidas em saúde, sem ser para QALYs, nos estudos que apenas apresentam valores de ICER para a intervenção em análise, a atribuição de “muito provável ser custo-efetiva”, “provável ser custo-efetiva” ou “improvável ser custo-efetiva” foi realizada dependendo da conclusão do próprio estudo (tabelas 20A e 20B). Para permitir a comparação, os rácios de custo-efetividade e custo-utilidade encontrados nos estudos, foram também convertidos em euro (€) no ano de 2020, estando esta conversão, a taxa de inflação média e a taxa de conversão representados nas tabelas 22A e 22B (apêndice).

Assim, cinco intervenções foram consideradas muito prováveis de serem custo-efetivas (Fuhr *et al.*, 2019; Gureje *et al.*, 2019; Henderson *et al.*, 2019; Premji *et al.*, 2021; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017), sete intervenções prováveis de serem custo-efetivas (Boath, Major e Cox, 2003; Dukhovny *et al.*, 2013; Grote *et al.*, 2017; Petrou *et al.*, 2006; Ride *et al.*, 2016; Sikander *et al.*, 2019; Trevillion *et al.*, 2020) e três intervenções improváveis de serem custo-efetivas (Eldar-Lissai *et al.*, 2020; Paulden *et al.*, 2009; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010). A intervenção do estudo de Trevillion *et al.* (2020) foi considerada como provável de ser custo-efetiva, uma vez que apesar de apresentar um ICUR <20.000€, revelou ser mais barata e com menos efeitos.

Os estudos sobre a prevenção da depressão pós-parto mostram a existência de intervenções prováveis e muito prováveis de serem custo-efetivas, permitindo a prevenção da doença a um custo relativamente aceitável, de acordo com uma perspetiva social e do SNS. Essas intervenções são apoio telefónico fornecido por pares (Dukhovny *et al.*, 2013), visitas em saúde ao domicílio com intervenção psico-educativa (Petrou *et al.*, 2006), intervenção psico-educativa orientada para a relação da mãe com o seu companheiro e gestão

do comportamento infantil (Ride *et al.*, 2016) e profissionais especializados na identificação sintomas depressivos e no fornecimento de cuidados ACC e ACP (Henderson *et al.*, 2019).

Um dos estudos sobre o rastreio revela que a aplicação do EPDS no rastreio da depressão pós-parto é muito provável ser custo-efetiva (Premji *et al.*, 2021), enquanto outro estudo demonstrou que a aplicação do EPDS e do BDI para o rastreio deste tipo de depressão nos cuidados de saúde primários é improvável ser custo-efetiva (Paulden *et al.*, 2009).

Dos estudos relativos ao tratamento da depressão durante a gravidez e/ou após o parto, sete eram relativos a intervenções consideradas prováveis ou muito prováveis de ser custo-efetivas: intervenção psico-educativa e gestão da parentalidade (Trevillion *et al.*, 2020); auxílio no processo de desagregação de fatores de *stress* psicossocial e na solução de problemas (Gureje *et al.*, 2019); intervenção baseada na TCC e fornecida por pares (Fuhr *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019); tratamento da depressão em conjunto com um psiquiatra (Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017); tratamento da depressão num hospital de dia psiquiátrico (Boath, Major e Cox, 2003); e intervenções que reduzem a gravidade da depressão, abordagens para resolução de problemas e sessões de TIP (Grote *et al.*, 2017). Houve duas intervenções improváveis de serem custo-efetivas, uma não farmacológica que consistia em sessões de TCC (Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010) e outra intervenção farmacológica que consistia na administração de brexanolona (Eldar-Lissai *et al.*, 2020).

Tabela 20B. Resultados de custo-efetividade dos estudos inseridos na revisão sistemática (Continuação).

Estudos	Tipo de AE	Tipo de depressão	Tipo de intervenção	Custo-efetividade
(Trevillion <i>et al.</i> , 2020)	ACU	D. pré-parto	Não farmacológica	ICUR=8.853,95€/QALY P de ser CE (LDP de 24.594,30€ a 36.891,46€)=50% Provável ser CE
(Gureje <i>et al.</i> , 2019)	ACE	DPP	Não farmacológica	ICER=-3,99€/ponto de melhoria no EPDS (6 meses) ICER=-0,78€/ponto de melhoria no EPDS (12 meses) Muito provável ser CE
(Fuhr <i>et al.</i> , 2019)	ACE	DPP	Não farmacológica	<u>SNS</u> : ICER=-140,48€ por caso de recuperação; P ser CE=72% <u>Social</u> : ICER=-684,39€ por caso de recuperação; P ser CE=87% Muito provável ser CE
(Sikander <i>et al.</i> , 2019)	ACE	DPP	Não farmacológica	<u>SNS</u> : ICER=219,56€ por caso de recuperação; P ser CE=75% <u>Social</u> : ICER=200€ por caso de recuperação; P ser CE=81% Provável se CE
(Eldar-Lissai <i>et al.</i> , 2020)	ACU	D. pós-parto	Farmacológica	ICUR=93.616,97€/QALY; Apenas CE para um LDP >105.323,70€/QALY Improvável ser CE
(Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017)	ACE; ACU	D. pós-parto	Não farmacológica	ICER=9.479,21€ por remissão de doença conseguida ICUR=12.900,56€/QALY Muito provável ser CE
(Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010)	ACU	D. pós-parto	Não farmacológica	ICUR=67.228,73€/QALY Improvável de ser CE
(Boath, Major e Cox, 2003)	ACE	D. pós-parto	Não farmacológica	ICER=3.141,15€ por mulher tratada Provável ser CE
(Grote <i>et al.</i> , 2017)	ACE	DPP	Não farmacológica	BML=1.173,14€ (1.104,08€ para depressão <i>major</i>) Provável ser CE

ACE: análise custo-efetividade; ACU: análise custo-utilidade; BML: benefício monetário líquido; CE: custo-efetiva; D.: depressão; DPP: depressão periparto; LDP: limite de disponibilidade para pagar; P: probabilidade;

SNS: serviço nacional de saúde; ICER: rácio de custo-efetividade incremental (do inglês – *incremental cost-effectiveness ratio*); ICUR: rácio de custo-utilidade incremental (do inglês – *incremental cost-utility ratio*); QALY: anos de vida ajustados à qualidade (do inglês - *quality-adjusted life years*).

5.2.3. Discussão

Nesta revisão sistemática foram incluídos 15 estudos, com um intervalo de anos de publicação de 2003 a 2021. A revisão realizada por Camacho *et al.* (2018) (Camacho e Shields, 2018), identificou sete destes 15 estudos (Boath, Major e Cox, 2003; Dukhovny *et al.*, 2013; Grote *et al.*, 2017; Petrou *et al.*, 2006; Ride *et al.*, 2016; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017). A maior parte dos estudos são direcionados para a depressão pós-parto, não contemplando o período de gestação. A maioria das intervenções são dirigidas ao tratamento da depressão, mas também foram encontradas intervenções referentes à prevenção e ao rastreio. Todos os estudos apresentaram intervenções diferentes, sendo que apenas três se revelaram não custo-efetivas (Eldar-Lissai *et al.*, 2020; Paulden *et al.*, 2009; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010).

Relativamente à qualidade dos estudos analisados, 14 dos 15 estudos foram considerados de muito boa qualidade, podendo significar uma maior concordância nos requisitos aquando da elaboração de estudos de avaliação económica em saúde. Segundo Gomersall *et al.* (2015), a *JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations* apresenta duas limitações principais. Um item na *checklist* pretende avaliar a correta identificação dos custos e consequências das intervenções em estudo (item três – “Foram identificados todos os custos e consequências importantes, para ambas as alternativas?”) e poderia ser útil a divisão deste item em dois, uma vez que pode haver casos em que a resposta é distinta para os custos e consequências. A outra limitação é relativa ao item 11 (“Os resultados foram generalizados ao contexto de interesse da revisão?”), sendo que a *checklist* não apresenta um guia de como avaliar a generalização de resultados de uma avaliação económica a outros contextos (Gomersall *et al.*, 2015). Assim, poderá existir algum viés na avaliação da qualidade metodológica dos estudos de avaliação económica.

Em Portugal, é recomendada a utilização de QALYs para avaliação dos efeitos em saúde e que a sua medição seja feita, preferencialmente, através das tarifas portuguesas do EQ-5D-5L. Dos estudos inseridos, oito apresentaram os efeitos em saúde em QALYs, porém apenas num foi utilizado o questionário EQ-5D para a medição dos QALYs (Ride *et al.*, 2016), sendo que em cinco foi aplicado o SF-6D (Eldar-Lissai *et al.*, 2020; Henderson *et al.*,

2019; Premji *et al.*, 2021; Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010; Trevillion *et al.*, 2020) e, nos restantes dois, o valor dos QALYs foram retirados de literatura publicada (Paulden *et al.*, 2009; Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017). A importância da existência de requisitos metodológicos definidos centra-se na possibilidade da comparação direta entre estudos com intervenções diferentes, sendo que a obtenção dos QALYs de diferentes abordagens poderá criar um viés nesta comparação (Brazier *et al.*, 2004).

É de notar que as quatro intervenções destinadas ao tratamento da DPP foram consideradas prováveis ou muito prováveis de serem custo-efetivas (Fuhr *et al.*, 2019; Grote *et al.*, 2017; Gureje *et al.*, 2019; Sikander *et al.*, 2019), apesar de o único estudo classificado com qualidade metodológica mediana ser dirigido a este tipo de depressão (Grote *et al.*, 2017).

Verificou-se heterogeneidade entre os estudos ao nível das intervenções, horizonte temporal e na medição dos efeitos em saúde. Três intervenções consideradas muito prováveis de serem custo-efetivas são relativas ao tratamento da DPP ou pós-parto, mas muito diferentes entre elas: Gureje *et al.* (2019) estudaram uma intervenção com intuito de auxiliar na gestão de *stress* e resolução de adversidades (Gureje *et al.*, 2019), Fuhr *et al.* (2019) analisaram uma intervenção baseada na TCC fornecida por pares (Fuhr *et al.*, 2019) e Wilkinson *et al.* (2017) basearam o seu estudo numa intervenção em que colaboraram médicos de clínica geral e psiquiatras para o tratamento da depressão pós-parto (Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017). O horizonte temporal destes estudo variou de seis meses (Fuhr *et al.*, 2019), um ano (Gureje *et al.*, 2019) e dois anos (Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017), devido à falta de dados disponíveis. Tudo isto dificulta a comparação entre os resultados destes estudos, uma vez que seria de esperar que com um maior período de acompanhamento, seriam alcançados mais efeitos em saúde.

Foram encontrados dois estudos com a finalidade de rastrear de depressão pós-parto: Premji *et al.* (2021) aplicaram o EPDS e a intervenção foi considerada muito provável ser custo-efetiva (Premji *et al.*, 2021), enquanto Paulden *et al.* (2009) utilizaram o EPDS e o BDI, em que ambos foram considerados improváveis serem custo-efetivos (Paulden *et al.*, 2009). As diferenças entre os estudos em questão encontram-se no horizonte temporal da análise efetuada (dois e um ano, respetivamente), na intervenção comparadora (não rastreio e cuidado de saúde habitualmente fornecido, respetivamente) na perspetiva do estudo (pagador de serviços de saúde públicos e do SNS e societal, respetivamente), na obtenção dos QALYs (SF-6D e retirados da literatura, respetivamente) e na fonte dos dados para a

construção do modelo (ensaio clínico e dados retirados de literatura publicada, respetivamente) (Paulden *et al.*, 2009; Premji *et al.*, 2021), podendo todos estes fatores justificar os diferentes resultados na identificação do custo-efetividade das intervenções.

Dos estudos inseridos nesta revisão e que eram relativos a intervenções para prevenção da depressão pós-parto, apenas uma foi considerada muito provável ser custo-efetiva e consistia na formação de profissionais com especialização para identificação de sintomas de depressão e fornecer cuidados ACC e ACP (Henderson *et al.*, 2019). As restantes intervenções foram consideradas prováveis de serem custo-efetivas na prevenção da depressão pós-parto e eram relacionadas com visitas em saúde (Petrou *et al.*, 2006), ações psico-educativas (Ride *et al.*, 2016) e apoio telefónico fornecido por pares (Dukhovny *et al.*, 2013).

Capítulo VI

Considerações Finais

6. Considerações Finais

6.1. Conclusão

Esta dissertação centrou-se, principalmente, em três grandes temas: a gestão da DPP, o seu impacto económico e o custo-efetividade de intervenções para a prevenção, rastreio e tratamento deste tipo de depressão.

No que diz respeito à prevenção da DPP em Portugal, a DGS refere que mulheres grávidas ou no pós-parto em risco de desenvolver depressão devem ser referenciadas para consultas de saúde mental em colaboração com HAP ou HAPD. Já no que concerne ao rastreio deste tipo de depressão em Portugal, é realizada uma avaliação do risco de depressão entre as 14 e 16 semanas de gestação e, através da aplicação do EPDS, entre a quarta e sexta semana após o parto.

Os instrumentos de medição podem ser utilizados no rastreio da DPP, auxiliar no seu diagnóstico ou, até, detetar um aumento ou diminuição da sua gravidade. Através da revisão da literatura realizada, existem apenas dois instrumentos de medição específicos para a medição da depressão pós-parto validados na população portuguesa, o EPDS e o PDSS. Estes instrumentos apresentam boas propriedades psicométricas e existe evidência científica que aponta para a sua utilização na deteção da DPP, ou até para prever depressão no pós-parto, o que pode indicar a sua adequabilidade na medição da depressão ao longo do período perinatal.

Relativamente ao impacto económico da DPP, apesar de a comparação entre os estudos incluídos na revisão sistemática ser difícil, é evidente o elevado impacto económico que mulheres com esta doença, assim como os seus filhos e o restante agregado familiar, apresentam ao nível do setor social, público e da saúde. Tudo isto reforça a importância de intervenções para prevenção, rastreio e tratamento da DPP, de modo a reduzir o seu impacto nestes setores.

Neste sentido, procedeu-se a uma da revisão sistemática da literatura, tendo por base uma revisão de 2018 realizada por Camacho *et al.* (Camacho e Shields, 2018), e encontraram-se descritos quatro estudos com intervenções não farmacológicas para o tratamento da DPP, todas consideradas prováveis ou muito prováveis serem custo-efetivas.

São necessários mais estudos que avaliem o custo-efetividade de intervenções para o rastreio, prevenção e tratamento da DPP, para auxiliar a tomada de decisão entre estas, por parte das entidades competentes, e para que possam ser utilizadas na prática clínica.

6.2. Limitações

Neste trabalho, várias limitações podem ser apontadas e, por isso, serem corrigidas em futuros estudos.

O facto de terem sido utilizadas ferramentas automáticas na pesquisa, como estudos redigidos na língua portuguesa ou inglesa e a disponibilidade de estudo completo, podem ter introduzido algum viés nas revisões efetuadas. No que diz respeito à revisão da literatura de instrumentos de medição utilizados na identificação da DPP ou de mulheres em risco de desenvolver, apenas foi utilizada uma base de dados para a realização da pesquisa. Também a seleção de estudos que fossem revisões, assim como os critérios de exclusão definidos, podem não ter permitido a inclusão da totalidade de instrumentos de medição utilizados na prática clínica.

Ambas as pesquisas relativas às revisões sistemáticas foram realizadas em duas bases de dados (*PubMed* e *Web of Science*) e poderia ter sido alargada a outras bases de dados específicas. Além disso, estas pesquisas foram realizadas em bases de dados referentes a artigos publicados em revistas o que, ao comparar com estudos não publicados por editoras comerciais (literatura cinzenta), pode ser um entrave na inclusão de outros estudos de interesse (Bell *et al.*, 2006). Assim, podem não ter sido encontrados, por exemplo, estudos de avaliação económica com resultados inconclusivos ou não favoráveis/espectáveis de custo-efetividade.

A definição do período perinatal pode ter dificultado a inclusão de todos os estudos relevantes nas pesquisas realizadas. Isto porque, os autores podem ter considerado durações diferentes desse período (da gravidez até quatro semanas (Langan e Goodbred, 2016) ou até 12 meses após o parto (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018)) e tal ter influenciado a descrição da depressão em estudo, por exemplo depressão materna durante a infância dos filhos em vez de DPP ou pós-parto.

O viés introduzido pela utilização de ferramentas automáticas poderá ser reduzido, uma vez que a utilização destas é bastante útil em pesquisas de bases de dados de publicações

internacionais. A opção da inclusão de revisões bibliográficas na revisão da literatura sobre os instrumentos de medição usados na identificação da DPP, deve-se ao facto de já existirem investigações publicadas sobre este tema e realizadas por autores de referência.

A utilização das bases de dados referidas justifica-se pela sua abrangência, considerando-se que a pesquisa incluiu quase a totalidade dos estudos das áreas pretendidas. A base de dados *National Health Service economic evaluation*, específica de avaliações económicas, deixou de ser atualizada desde março de 2018 (Centre for Reviews and Dissemination, 2021). Além disso, a sua informação encontrava-se incluída no artigo utilizado como referência na construção da revisão sistemática de intervenções para a prevenção, rastreio e tratamento da DPP e, por isso, não foi acedida no âmbito da revisão referida.

Por fim, é necessária uma harmonização do conceito de período perinatal, para ser possível a deteção de todos os estudos relevantes relacionados com a DPP, assim como permitir uma melhor comparação entre investigações de várias origens.

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM History** [Em linha], atual. 2021. [Consult. 6 set. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - **The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)** [Em linha], atual. 2011. [Consult. 13 set. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>.

ANDREWS, G.; SLADE, T. - Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). **Australian and New Zealand Journal of Public Health**. . ISSN 13260200. 25:6 (2001) 494–497. doi: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x.

AREIAS, M. E. G. *et al.* - Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. **British Journal of Psychiatry**. . ISSN 00071250. 169:1 (1996) 30–35. doi: 10.1192/bjp.169.1.30.

AREIAS, M. E. G. *et al.* - Comparative Incidence of Depression in Women and Men, During Pregnancy and after Childbirth - Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. **Archives of Women's Mental Health**. . ISSN 1434-1816. 10:3 (1996) 30–35.

ARIFIN, Siti; CHEYNE, Helen; MAXWELL, Margaret - Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. **AIMS Public Health**. . ISSN 2327-8994. 5:3 (2018) 260–295. doi: 10.3934/publichealth.2018.3.260.

ARROLL, Bruce; KHIN, Natalie; KERSE, Ngaire - Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: Cross sectional study. **British Medical Journal**. . ISSN 09598146. 327:7424 (2003) 1144–1146. doi: 10.1136/bmj.327.7424.1144.

ASHFORD, Miriam T.; OLANDER, Ellinor K.; AYERS, Susan - Computer- or web-based interventions for perinatal mental health: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. 197 (2016) 134–146. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.057.

AUSTIN, M. P. *et al.* - Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: Validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. . ISSN 0001690X. 112:4 (2005) 310–317. doi: 10.1111/j.1600-

0447.2005.00594.x.

AUSTIN, M. P.; LUMLEY, J. - Antenatal screening for postnatal depression: A systematic review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. . ISSN 0001690X. 107:1 (2003) 10–17. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.02024.x.

AUSTIN, Marie Paule *et al.* - A national approach to perinatal mental health in Australia: Exercising caution in the roll-out of a public health initiative. **Medical Journal of Australia**. . ISSN 13265377. 192:2 (2010) 111. doi: 10.5694/j.1326-5377.2010.tb03440.x.

AUSTIN, Marie Paule *et al.* - The antenatal risk questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. **Women and Birth**. . ISSN 18715192. 26:1 (2013) 17–25. doi: 10.1016/j.wombi.2011.06.002.

AUSTIN, Marie Paule; HIGHET, Nicole - Mental Health Care in the Perinatal Period. **Australian Clinical Practice Guideline**. October (2017) 1–23.

BASKIN, Rachel *et al.* - The association between diet quality and mental health during the perinatal period. A systematic review. **Appetite**. . ISSN 10958304. 91 (2015) 41–47. doi: 10.1016/j.appet.2015.03.017.

BAUER, Annette *et al.* - Perinatal depression and child development: exploring the economic consequences from a South London cohort. 45:1 (2015) 51–61. doi: 10.1017/S0033291714001044.Perinatal.

BAUER, Annette; KNAPP, Martin; PARSONAGE, Michael - Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. 192 (2015) 83–90. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005.

BECK *et al.* - An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56:6 (1988) 893–897.

BECK, A. T. *et al.* - An Inventory for Measuring Depression. (1961) 561–571.

BECK, Cheryl Tatano; GABLE, Robert K. - Comparative Analysis of the Performance of With Two Other Depression Instruments. **Nursing research**. 50:4 (2001) 242–250.

BECKER, Madeleine *et al.* - Depression During Pregnancy and Postpartum.

Current Psychiatry Reports. . ISSN 15351645. 18:3 (2016) 1–9. doi: 10.1007/s11920-016-0664-7.

BELL, Chaim M. *et al.* - Bias in published cost effectiveness studies: Systematic review. **British Medical Journal.** . ISSN 09598146. 332:7543 (2006) 699–701. doi: 10.1136/bmj.38737.607558.80.

BIAGGI, Alessandra *et al.* - Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. **Journal of Affective Disorders.** . ISSN 15732517. 191 (2016) 62–77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014.

BOATH, Elizabeth; MAJOR, Kirsten; COX, John - When the cradle falls II: the cost-effectiveness of treating postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. **Journal of Affective Disorders.** . ISSN 01650327. 74:2 (2003) 159–166. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00007-1.

BOYD, R. C.; LE, H. N.; SOMBERG, R. - Review of screening instruments for postpartum depression. **Archives of Women’s Mental Health.** . ISSN 14341816. 8:3 (2005) 141–153. doi: 10.1007/s00737-005-0096-6.

BOYD, Rhonda C. *et al.* - Screening and referral for postpartum depression among low-income women: A qualitative perspective from community health workers. **Depression Research and Treatment.** . ISSN 20901321. (2011). doi: 10.1155/2011/320605.

BRAZIER, John *et al.* - A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. **Health Economics.** . ISSN 1057-9230. 13:9 (2004) 873–884. doi: 10.1002/hec.866.

BUIST, Anne - Perinatal depression - Assessment and management. **Nursing for Women’s Health.** . ISSN 1751486X. 15:4 (2006) 277. doi: 10.1111/j.1751-486X.2011.01647.x.

CAMACHO, Elizabeth M.; SHIELDS, Gemma E. - Cost-effectiveness of interventions for perinatal anxiety and/or depression: A systematic review. **BMJ Open.** . ISSN 20446055. 8:8 (2018) 1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022022.

CAMACHO, Elizabeth M.; SHIELDS, Gemma E. - Cost-effectiveness of interventions for perinatal anxiety and/or depression: a systematic review. **BMJ Open.** . ISSN 20446055. 8:8 (2018) 1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022022.

CAMPOS, Rui C.; GONÇALVES, Bruno - The Portuguese Version of the Beck

Depression Inventory-II (BDI-II). **European Journal of Psychological Assessment**. . ISSN 1015-5759. 27:4 (2011) 258–264. doi: 10.1027/1015-5759/a000072.

CANAVARRO, M. C. - Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. Em **Testes e Provas Psicológicas em Portugal**. Braga : SHO/APPORT, 1999. p. 87–109.

CANAVARRO, M. C. - Inventário de sintomas psicopatológicos. Em **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 26. p. 305–310.

CANO, Stefan; HOBART, Jeremy C. - The problem with health measurement. **Patient Preference and Adherence**. . ISSN 1177-889X. 5 (2011) 279. doi: 10.2147/PPA.S14399.

CASANOVA, Robert *et al.* - **Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology**. 8th. ed. [S.l.] : American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION - **NIHR Centre for Reviews and Dissemination - CRD Database** [Em linha], atual. 2021. [Consult. 23 ago. 2021]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>>.

CHRISTL, Bettina *et al.* - The mental health of mothers of unsettled infants: Is there value in routine psychosocial assessment in this context? **Archives of Women's Mental Health**. . ISSN 14341816. 16:5 (2013) 391–399. doi: 10.1007/s00737-013-0360-0.

CLEARY, Susan *et al.* - Economic burden of maternal depression among women with a low income in Cape Town, South Africa. **BJPsych Open**. . ISSN 2056-4724. 6:3 (2020) 1–8. doi: 10.1192/bjo.2020.15.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL - Organização Perinatal Nacional - Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. **Diário da República, 1.^a série**. . ISSN 1098-6596. 53:9 (2006) 6297–6383. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.

COOPER, P. J. *et al.* - The development and validation of a predictive index for postpartum depression. **Psychological Medicine**. . ISSN 0033-2917. 26:3 (1996) 627–634. doi: 10.1017/S0033291700035698.

COSTA, João *et al.* - Cost-effectiveness of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants for atrial fibrillation in Portugal. **Revista portuguesa de cardiologia : orgão oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology : an**

official journal of the Portuguese Society of Cardiology. . ISSN 2174-2030. 34:12 (2015) 723–37. doi: 10.1016/j.repc.2015.07.004.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. - Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. **British Journal of Psychiatry.** . ISSN 00071250. 150:JUNE (1987) 782–786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.

CRUZ, Luís - **Avaliação Económica e Financeira de um Serviço de Saúde - O caso do Serviços Domiciliário de Ortopedia do Centro Hospitalar Cova da Beira.** [S.l.] : Universidade da Beira Interior, 2014

CUNNINGHAM, S. J. - Economic evaluation of healthcare - Is it important to us? **British Dental Journal.** . ISSN 00070610. 188:5 (2000) 250–254. doi: 10.1038/sj.bdj.4800444a.

CURRY, Susan J. *et al.* - Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA - Journal of the American Medical Association.** . ISSN 15383598. 321:6 (2019) 580–587. doi: 10.1001/jama.2019.0007.

DADI, Abel Fekadu *et al.* - Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. **BMC Public Health.** . ISSN 1471-2458. 20:1 (2020) 173. doi: 10.1186/s12889-020-8293-9.

DAGHER, Rada K. *et al.* - Postpartum depression and health services expenditures among employed women. **Journal of Occupational and Environmental Medicine.** . ISSN 10762752. 54:2 (2012) 210–215. doi: 10.1097/JOM.0b013e31823fdf85.

DAVID L. STREINER - Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. **Journal of Personality Assessment.** 80:1 (2003) 99–103.

DENNIS, C. L. *et al.* - Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. **BMJ.** . ISSN 0959-8138. 338:jan15 2 (2009) a3064–a3064. doi: 10.1136/bmj.a3064.

DEPARTMENT OF HEALTH - **The Kessler Psychological Distress Scale.** (2002).

DEROGATIS, Leonard R. *et al.* - The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. **Behavioral Science.** . ISSN 10991743. 19:1 (1974) 1–15.

doi: 10.1002/bs.3830190102.

DEROGATIS, Leonard R.; CLEARY, Patricia A. - Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. (1977).

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Promoção da Saúde Mental na Grávida e Primeira Infância**. ISBN 9726751217. (2005).

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco**. ISBN 9789726752332. (2015).

DRUMMOND, Michael F. *et al.* - **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. Fourth Ed ed. [S.l.] : Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-966587-7.

DUKHOVNY, Dmitry *et al.* - Prospective economic evaluation of a peer support intervention for prevention of postpartum depression among high-risk women in Ontario, Canada. **American Journal of Perinatology**. . ISSN 07351631. 30:8 (2013) 631–642. doi: 10.1055/s-0032-1331029.

EBERHARD-GRAN, M. *et al.* - Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. . ISSN 0001690X. 106:6 (2002) 426–433. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x.

EL-DEN, Sarira; O'REILLY, Claire L.; CHEN, Timothy F. - A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. 188 (2015) 284–303. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.015.

ELDAR-LISSAI, Adi *et al.* - Cost-Effectiveness of Brexanolone Versus Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for the Treatment of Postpartum Depression in the United States. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**. . ISSN 2376-0540. 26:5 (2020) 627–638. doi: 10.18553/jmcp.2020.19306.

ELLIOTT, S. A. *et al.* - Promoting mental health after childbirth: A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. **British Journal of Clinical Psychology**. . ISSN 01446657. 39:3 (2000) 223–241. doi: 10.1348/014466500163248.

ENDICOTT, J.; SPITZER, R. L. - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS). **Acta psychiatrica Belgica**. . ISSN 03008967. 87:4 (1987) 361–516.

EPPERSON, C. Neill *et al.* - Healthcare resource utilization and costs associated with postpartum depression among commercially insured households. **Current Medical Research and Opinion**. . ISSN 14734877. 36:10 (2020) 1707–1716. doi: 10.1080/03007995.2020.1799772.

ERTEL, Karen A.; RICH-EDWARDS, Janet W.; KOENEN, Karestan C. - Maternal depression in the United States: Nationally representative rates and risks. **Journal of Women's Health**. . ISSN 15409996. 20:11 (2011) 1609–1617. doi: 10.1089/jwh.2010.2657.

EVINS, Grace G.; THEOFRASTOUS, James P.; GALVIN, Shelley L. - Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. . ISSN 00029378. 182:5 (2000) 1080–1082. doi: 10.1067/mob.2000.105409.

EYSENCK, H. J.; EYSENCK, Sybil B. G. - Manual of the Eysenck Personality Inventory. (1963) 24 p.

FARO VIANA, Miguel; ALMEIDA, Pedro; SANTOS, Rita C. - Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. **Análise Psicológica**. . ISSN 0870-8231. 19:1 (2012) 77–92. doi: 10.14417/ap.345.

FERGERSON, Sarah Smallwood; JAMIESON, Denise J.; LINDSAY, Michael - Diagnosing postpartum depression: can we do better? **American journal of obstetrics and gynecology**. . ISSN 00029378. 186:5 (2002) 899–902. doi: 10.1067/mob.2002.123404.

FERREIRA, Tiago *et al.* - Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). **The Psychologist: Practice & Research Journal**. . ISSN 2184-3317. 1:2 (2019) 1. doi: 10.33525/pprj.v1i2.36.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; COSTA, R. - Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. **Archives of Women's Mental Health**. . ISSN 14341816. 10:3 (2007) 103–109. doi: 10.1007/s00737-007-0178-8.

FISHER, Jane *et al.* - Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**. . ISSN 15640604. 90:2 (2012) 139–149. doi: 10.2471/BLT.11.091850.

FONSECA, Ana *et al.* - Be a Mom, a web-based intervention to prevent postpartum depression: The enhancement of self-regulatory skills and its association with postpartum depressive symptoms. **Frontiers in Psychology**. . ISSN 16641078. (2019) 1–14. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00265.

FONSECA, Ana *et al.* - Emerging issues and questions on peripartum depression prevention, diagnosis and treatment: a consensus report from the cost action riseup-PPD. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. (2020) 167–173. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.112.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION - **FDA approves first treatment for post-partum depression** [Em linha], atual. 2019. [Consult. 23 set. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-treatment-post-partum-depression>>.

FORD, E. *et al.* - Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: A meta-synthesis of qualitative studies. **British Journal of General Practice**. . ISSN 14785242. 67:661 (2017) e538–e546. doi: 10.3399/bjgp17X691889.

FUHR, Daniela C. *et al.* - Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India. **The Lancet Psychiatry**. . ISSN 22150366. 6:2 (2019) 115–127. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30466-8.

GAVIN, Norma *et al.* - Perinatal depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. **Clinical Cases in Psychiatry: Integrating Translational Neuroscience Approaches**. . ISSN 1105-2333. 106:5 (2005) 155–170. doi: 10.1007/978-3-319-91557-9_9.

GJERDINGEN, DK *et al.* - Changes in women's physical health during the first postpartum year. **Archives of family medicine**. . ISSN 1063-3987. 2:3 (1993) 277–283. doi: 10.1001/ARCHFAMI.2.3.277.

GJERDINGEN, Dwenda K.; YAWN, Barbara P. - Postpartum depression screening: Importance, methods, barriers, and recommendations for practice. **Journal of the American Board of Family Medicine**. . ISSN 15572625. 20:3 (2007) 280–288. doi: 10.3122/jabfm.2007.03.060171.

GOMERSALL, Judith Streak *et al.* - Conducting systematic reviews of economic evaluations. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**. . ISSN 17441609. 13:3

(2015) 170–178. doi: 10.1097/XEB.0000000000000063.

GOMEZ, Rita; LEAL, Isabel - Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. **Análise Psicológica**. . ISSN 0870-8231. 26:4 (2012) 625–638. doi: 10.14417/ap.522.

GONÇALVES, Bruno; FAGULHA, Teresa - The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). **European Journal of Psychological Assessment**. . ISSN 10155759. 20:4 (2004) 339–348. doi: 10.1027/1015-5759.20.4.339.

GRAY, Alastair *et al.* - **Applied Methods of Cost-effectiveness Analysis in Health Care** [Em linha]. [S.l.] : Oxford University Press, 2011 Disponível em WWW:<URL:<http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>>. ISBN 9780199227280.

GRAY, Alastair M. *et al.* - **Applied Methods of Cost-effectiveness Analysis in Health Care**. First Edit ed. [S.l.] : Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-922728-0.

GRIGORIADIS, Sophie *et al.* - Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: Is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. **Journal of Clinical Psychiatry**. . ISSN 01606689. 74:4 (2013). doi: 10.4088/JCP.12r07966.

GROTE, Nancy K. *et al.* - Incremental Benefit-Cost of MOMCare: Collaborative Care for Perinatal Depression Among Economically Disadvantaged Women. **Psychiatric Services**. . ISSN 1075-2730. 68:11 (2017) 1164–1171. doi: 10.1176/appi.ps.201600411.

GROWTH, Human; SINCLAIR, David - Book reviews - The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. 2 (1973).

GRUSSU, Pietro *et al.* - Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Italy. **BJPsych International**. . ISSN 2056-4740. 17:1 (2020) 8–10. doi: 10.1192/bji.2019.31.

GUREJE, Oye *et al.* - High- versus low-intensity interventions for perinatal depression delivered by non-specialist primary maternal care providers in Nigeria: cluster randomised controlled trial (the EXPONATE trial). **British Journal of Psychiatry**. . ISSN 0007-1250. 215:3 (2019) 528–535. doi: 10.1192/bjp.2019.4.

HAHN-HOLBROOK, Jennifer; CORNWELL-HINRICHS, Taylor; ANAYA, Itzel

- Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. **Frontiers in Psychiatry**. . ISSN 16640640. 8:February (2018). doi: 10.3389/fpsyt.2017.00248.

HAMILTON, Max - A Rating Scale for Depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**. . ISSN 0022-3050. 23:1 (1960) 56–62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56.

HENDERSON, Catherine *et al.* - Cost-effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: findings on prevention of postnatal depression from a cluster-randomised controlled trial. **Psychological Medicine**. . ISSN 0033-2917. 49:08 (2019) 1324–1334. doi: 10.1017/S0033291718001940.

HEWITT, C. E. *et al.* - Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. **Health Technology Assessment**. . ISSN 13665278. 13:36 (2009). doi: 10.3310/hta13360.

HEWITT, C. E.; GILBODY, S. M. - Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: A systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**. . ISSN 14700328. 116:8 (2009) 1019–1027. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02148.x.

HOSSAIN, Sheikh Jamal *et al.* - Prevalence of maternal postpartum depression, health-seeking behavior and out of pocket payment for physical illness and cost coping mechanism of the poor families in Bangladesh: A rural community-based study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. . ISSN 16604601. 17:13 (2020) 1–13. doi: 10.3390/ijerph17134727.

HSU, Mei Chi; TUNG, Chia Yi; CHEN, Hsing E. - Omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation in prevention and treatment of maternal depression: Putative mechanism and recommendation. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. 238:September 2017 (2018) 47–61. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.018.

HÜBNER-LIEBERMANN, Bettina; HAUSNER, Helmut; WITTMANN, Markus - Recognizing and Treating Peripartum Depression. **Deutsches Arzteblatt International**. . ISSN 18660452. 109:24 (2012) 419–424. doi: 10.3238/arztebl.2012.0419.

JIANG, Dadi *et al.* - A Preventive Intervention for Pregnant Women on Public

Assistance at Risk for Postpartum Depression Caron. . ISSN 2045-2322. 163:8 (2016) 48–56. doi: 10.1176/appi.ajp.163.8.1443.A.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE - **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: The Systematic Review of Economic Evaluation Evidence** [Em linha] Disponível em WWW:<URL:www.joannabriggs.org>.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE - Checklist for Economic Evaluations. **Economic Evaluation in Education: Cost-Effectiveness and Benefit-Cost Analysis**. (2017) 269–278. doi: 10.4135/9781483396514.n12.

JOHN RUSH, A. *et al.* - The inventory for depressive symptomatology (IDS): Preliminary findings. **Psychiatry Research**. . ISSN 01651781. 18:1 (1986) 65–87. doi: 10.1016/0165-1781(86)90060-0.

JOHNSON, Avita Rose *et al.* - Postnatal depression among women availing maternal health services in a rural hospital in South India. **Pakistan Journal of Medical Sciences**. . ISSN 1682024X. 31:2 (2015) 408–413. doi: 10.12669/pjms.312.6702.

KANES, Stephen *et al.* - Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. **The Lancet**. . ISSN 1474547X. 390:10093 (2017) 480–489. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31264-3.

KESZEI, András P.; NOVAK, Márta; STREINER, David L. - Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**. . ISSN 00223999. 68:4 (2010) 319–323. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.006.

KIELER, Helle *et al.* - Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension in the newborn: Population based cohort study from the five Nordic countries. **BMJ (Online)**. . ISSN 09598146. 344:7842 (2012) 1–9. doi: 10.1136/bmj.d8012.

KIMBERLIN, Carole L.; WINTERSTEIN, Almut G. - Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**. . ISSN 10792082. 65:23 (2008) 2276–2284. doi: 10.2146/ajhp070364.

KO, Jean *et al.* - Trends in Postpartum Depressive Symptoms — 27 States, 2004, 2008, and 2012. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. . ISSN 01589938. 10:2 (2017) 102–106.

KOHL, Patricia L.; KAGOTHU, Jacqueline Njeri; DIXON, David - Parenting practices among depressed mothers in the child welfare system. **Social Work Research**. . ISSN 15456838. 35:4 (2011) 215–225. doi: 10.1093/swr/35.4.215.

KROENKE, Kurt *et al.* - The Patient Health Questionnaire-2 of a Two-Item Screener Validity Depression. **Medical Care**. 41:11 (2003) 1284–1292.

KROENKE, Kurt *et al.* - The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 01650327. 114:1–3 (2009) 163–173. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.026.

KROENKE, Kurt; SPITZER, Robert L.; WILLIAMS, Janet B. W. - The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**. . ISSN 08848734. 16:9 (2001) 606–613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

LAGAREIRO, Miguel Fernando - “**Era Uma Vez ... Adultos**”: **Características ras Respostas de uma amostra pe Pacientes internados em psiquiatria**. [S.l.] : Universidade de Lisboa, 2015

LANGAN, Robert C.; GOODBRED, Andrew J. - Identification and management of peripartum depression. **American Family Physician**. . ISSN 15320650. 93:10 (2016) 852–858.

LARANJEIRA, Carlos António - General Health Questionnaire-12 items: Adaptation study to the Portuguese population. **Epidemiologia e Psiquiatria Sociale**. . ISSN 1121189X. 17:2 (2008) 148–151. doi: 10.1017/s1121189x00002840.

LARANJEIRA, Carlos; QUERIDO, Ana Isabel; VALENTIM, Olga - Psychometric properties of the revised illness perception questionnaire for people with alcohol use disorder in Portugal. **Journal of Substance Use**. . ISSN 14759942. 00:00 (2021) 1–8. doi: 10.1080/14659891.2021.1916848.

LATENDRESSE, Gwen; ELMORE, Christina; DENNERIS, Ann - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors as First-Line Antidepressant Therapy for Perinatal Depression. **Journal of Midwifery and Women’s Health**. . ISSN 15422011. 62:3 (2017) 317–328. doi: 10.1111/jmwh.12607.

LEARMAN, Lee A. - Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period. **Clinical Obstetrics and Gynecology**. . ISSN 15325520. 61:3 (2018) 525–532. doi:

10.1097/GRF.0000000000000359.

LEE, Wang Sheng *et al.* - Policy Impacts of the Australian National Perinatal Depression Initiative: Psychiatric Admission in the First Postnatal Year. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**. . ISSN 15733289. 46:3 (2019) 277–287. doi: 10.1007/s10488-018-0911-9.

LEGGETT, Catherine *et al.* - Antidepressant Use in Late Gestation and Breastfeeding Rates at Discharge from Hospital. **Journal of Human Lactation**. . ISSN 15525732. 33:4 (2017) 701–709. doi: 10.1177/0890334416678209.

LEWIS JOHNSON, Tamara E. *et al.* - Preventing Perinatal Depression Now: A Call to Action. **Journal of Women's Health**. . ISSN 1540-9996. 00:00 (2020) 1–5. doi: 10.1089/jwh.2020.8646.

LIBERTO, Terri L. - Screening for Depression and Help-Seeking in Postpartum Women During Well-Baby Pediatric Visits: An Integrated Review. **Journal of Pediatric Health Care**. . ISSN 08915245. 26:2 (2012) 109–117. doi: 10.1016/j.pedhc.2010.06.012.

LIN, Pan Yen *et al.* - Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**. . ISSN 18760821. 118:11 (2019) 1551–1559. doi: 10.1016/j.jfma.2019.03.003.

LITTLEWOOD, Elizabeth *et al.* - Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale: protocol for the Born and Bred in Yorkshire: PeriNatal Depression Diagnostic Accuracy (BaBY PaNDA) study. **BMJ Open**. . ISSN 2044-6055. 6:6 (2016) 9. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011223.

LUPATTELLI, Angela *et al.* - Patterns and factors associated with low adherence to psychotropic medications during pregnancy - A cross-sectional, multinational web-based study. **Depression and Anxiety**. . ISSN 15206394. 32:6 (2015) 426–436. doi: 10.1002/da.22352.

MAHMOOD, Tahir *et al.* - Perinatal Mental Health: Bridging the Gaps on Policy and Practice. (2016).

MAPI RESEARCH TRUST - **HSCL - Hopkins Symptom Checklist** [Em linha], atual. 2019. [Consult. 7 set. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://eprovide.mapi-

trust.org/instruments/hopkins-symptom-checklist>.

MARX, Robert G. *et al.* - Clinimetric and Psychometric Strategies for Development of a Health Measurement Scale. **Journal of Clinical Epidemiology**. . ISSN 08954356. 52:2 (1999) 105–111. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00148-6.

MATTHEY, S. *et al.* - Acceptability of routine antenatal psychosocial assessments to women from English and non-English speaking backgrounds. **Archives of Women's Mental Health**. . ISSN 14341816. 8:3 (2005) 171–180. doi: 10.1007/s00737-005-0076-x.

MITCHELL, Anne Marie; MITTELSTAEDT, Mary E.; SCHOTT-BAER, Darlene - Postpartum Depression. **MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing**. . ISSN 0361-929X. 31:6 (2006) 382–387. doi: 10.1097/00005721-200611000-00010.

MOKKINK, Lidwine B. *et al.* - The COnsensus-based standards for the selection of health measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. . ISSN 18099246. 20:2 (2016) 105–113. doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0143.

MOLENAAR, Nina M. *et al.* - Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. . ISSN 14401614. 52:4 (2018) 320–327. doi: 10.1177/0004867418762057.

MONTGOMERY, S. A.; ASBERG, M. - A new depression scale designed to be sensitive to change. **British Journal of Psychiatry**. . ISSN 00071250. 134:4 (1979) 382–389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382.

MORAES, Gustavo Paranhos De Albuquerque *et al.* - Triagem e diagnóstico de depressão pós-parto: Quando e como? **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**. . ISSN 22376089. 39:1 (2017) 54–61. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0034.

MOREIRA, João M. *et al.* - Questionário de Apoio Social (versão portuguesa do Social Support Questionnaire): Tradução e estudos de validade. **Ridep**. 13:1 (2002) 55–70.

MOSS-MORRIS, Rona *et al.* - The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). **Psychology and Health**. . ISSN 08870446. 17:1 (2002) 1–16. doi: 10.1080/08870440290001494.

NATIONAL ACADEMY FOR STATE HEALTH POLICY - **Maternal Depression Screening – Healthy Child Development State Resource Center** [Em linha],

atual. 2019. [Consult. 13 jan. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://healthychild.nashp.org/screening/maternal-depression-screening/>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Antenatal And Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance**. [Em linha], atual. 2018. Disponível em WWW:<URL:http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11004/30433/30433.pdf%5Cnguidance.nice.org.uk/cg45>.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH - **Perinatal depression** [Em linha] Disponível em WWW:<URL:https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression>.

NAVARRETE, Laura *et al.* - Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. **Salud Publica de Mexico**. . ISSN 16067916. 61:1 (2019) 27–34. doi: 10.21149/9083.

NAVARRO, Purificación *et al.* - Postnatal psychiatric morbidity: a validation study of the GHQ-12 and the EPDS as screening tools. **General Hospital Psychiatry**. . ISSN 01638343. 29:1 (2007) 1–7. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2006.10.004.

NELSON, Benjamin W. *et al.* - Psychobiological markers of allostatic load in depressed and nondepressed mothers and their adolescent offspring. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**. . ISSN 14697610. 2020). doi: 10.1111/jcpp.13264.

NILLNI, Yael I. *et al.* - Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. **Clinical Psychology Review**. . ISSN 18737811. 66 (2018) 136–148. doi: 10.1016/j.cpr.2018.06.004.

O’CONNOR, Elizabeth *et al.* - Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA - Journal of the American Medical Association**. . ISSN 15383598. 321:6 (2019) 588–601. doi: 10.1001/jama.2018.20865.

OECD - **Health at a Glance: Europe 2018**Health at a Glance: Europe. [Em linha]. [S.l.] : OECD, 2018 [Consult. 24 mai. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en>. ISBN 9789264303348.

OKAGBUE, Hilary I. *et al.* - Systematic review of prevalence of antepartum depression during the trimesters of pregnancy. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**. . ISSN 18579655. 7:9 (2019) 1555–1560. doi: 10.3889/oamjms.2019.270.

OLSON, Ardis L. *et al.* - Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. **Pediatrics**. 110:6 (2002).

ORDEM DOS MÉDICOS - **Regulamento dos Tempos Padrão das Consultas Médicas** [Em linha] Disponível em WWW:<URL:<https://dre.pt/application/conteudo/124750410>>.

ORSOLINI, Laura *et al.* - Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. **Frontiers in Psychiatry**. . ISSN 16640640. 7:AUG (2016) 1–6. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00138.

PAGE, Matthew J. *et al.* - The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**. . ISSN 1756-1833. 372 (2021) n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

PAIS-RIBEIRO, J. *et al.* - Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Psychology, Health and Medicine**. . ISSN 13548506. 12:2 (2007) 225–237. doi: 10.1080/13548500500524088.

PAULDEN, Mike *et al.* - Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. **BMJ**. . ISSN 0959-8138. 339:dec22 1 (2009) b5203–b5203. doi: 10.1136/bmj.b5203.

PEREIRA, A. T. *et al.* - Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: Similar or not? **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. (2014a) 71–78. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.008.

PEREIRA, Ana Telma *et al.* - The Portuguese version of the postpartum depression screening scale. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**. . ISSN 0167482X. 31:2 (2010) 90–100. doi: 10.3109/0167482X.2010.481736.

PEREIRA, Ana Telma *et al.* - The postpartum depression screening scale: is it valid to screen for antenatal depression? **Archives of Women's Mental Health**. . ISSN 1434-

1816. 14:3 (2011) 227–238. doi: 10.1007/s00737-010-0178-y.

PEREIRA, Ana Telma *et al.* - Why should we screen for perinatal depression? Ten reasons to do it. **International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health**. 1 (2014b) 10. doi: 10.21035/ijcnmh.2014.1.10.

PEREIRA, João *et al.* - **Farmacoeconomia: Princípios e Métodos**. [S.l.] : Adis, 2009

PERELMAN, J. *et al.* - **Orientações Metodológicas para Estudos de Avaliação Económica de Tecnologias em Saúde**. (2019).

PETROU, Stavros *et al.* - Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. **British Journal of Psychiatry**. . ISSN 00071250. 181:DEC. (2002) 505–512. doi: 10.1192/bjp.181.6.505.

PETROU, Stavros *et al.* - Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. . ISSN 14716348. 22:4 (2006) 443–453. doi: 10.1017/S0266462306051361.

PINA-CAMACHO, L. *et al.* - Maternal depression symptoms, unhealthy diet and child emotional-behavioural dysregulation. **Psychological Medicine**. . ISSN 14698978. 45:9 (2015) 1851–1860. doi: 10.1017/S0033291714002955.

POLIT, Denise F. - Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. **International Journal of Nursing Studies**. . ISSN 00207489. 52:11 (2015) 1746–1753. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002.

POYATOS-LEÓN, Raquel *et al.* - Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Birth**. . ISSN 1523536X. 44:3 (2017) 200–208. doi: 10.1111/birt.12294.

PREMJI, Shainur *et al.* - Maximizing maternal health and value for money in postpartum depression screening: a cost-effectiveness analysis using the All Our Families cohort and administrative data in Alberta, Canada. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 01650327. 281:November 2020 (2021) 839–846. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.051.

REHM, Lynn P.; O’HARA, Michael W. - Item characteristics of the hamilton rating scale for depression. **Journal of Psychiatric Research**. . ISSN 00223956. 19:1 (1985) 31–41. doi: 10.1016/0022-3956(85)90066-4.

RIDE, Jemimah *et al.* - Preventing postnatal maternal mental health problems using a psychoeducational intervention: the cost-effectiveness of What Were We Thinking. **BMJ Open**. . ISSN 2044-6055. 6:11 (2016) e012086. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012086.

ROACH, Kathryn E. - Measurement of health Outcomes: Reliability, validity and responsiveness. **Journal of Prosthetics and Orthotics**. . ISSN 10408800. 18:6 PROCEEDINGS (2006). doi: 10.1097/00008526-200601001-00003.

ROADOLFF, Lenore S. - The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**. . ISSN 19326203. 1 (1977) 385.

ROBERTS, Paula; PRIEST, Helena - Reliability and validity in research. **Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)**. . ISSN 00296570. 20:44 (2006) 41–45. doi: 10.7748/ns2006.07.20.44.41.c6560.

ROBINS, Lee N. *et al.* - The Composite International Diagnostic Interview. (1988) 250–254. doi: 10.1142/9789814440912_0056.

ROSS, Lori E. *et al.* - Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: A systematic review and meta-analysis. **JAMA Psychiatry**. . ISSN 2168622X. 70:4 (2013) 436–443. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.684.

ROUSE, Heather L. *et al.* - Multiple risks, multiple systems, and academic achievement: A nationally representative birth-to-five investigation. **Children and Youth Services Review**. . ISSN 01907409. 108:September 2019 (2020) 104523. doi: 10.1016/j.chilyouth.2019.104523.

SALMOND, Susan S. - Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthopaedic Nursing**. . ISSN 07446020. 27:1 (2008) 28–30. doi: 10.1097/01.NOR.0000310608.00743.54.

SANTOS, Sofia; SILVA, Danilo - Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Form Y para a população portuguesa: primeiros dados. **Revista Portuguesa de Psicologia**. 32 (1997) 85–98.

SARASON, Irwin G. *et al.* - Assessing social support: The Social Support Questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**. . ISSN 0022-3514. 44:1 (1983) 127–139. doi: 10.1037//0022-3514.44.1.127.

SARASON, Irwin G. *et al.* - A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. **Journal of Social and Personal Relationships**. . ISSN 14603608. 4:4 (1987) 497–510. doi: 10.1177/0265407587044007.

SCHILLER, Crystal Edler; MELTZER-BRODY, Samantha; RUBINOW, David R. - The role of reproductive hormones in postpartum depression. **CNS Spectrums**. . ISSN 10928529. 20:1 (2015) 48–59. doi: 10.1017/S1092852914000480.

SCULPHER, Mark *et al.* - **Methods For The Economic Evaluation Of Health Care Programmes** [Em linha]. Fourth ed. Disponível em WWW:<URL:<http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>>. ISBN 9780199665877.

SENA, Tito - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5. **Interthesis**. 11:2 (2014) 96–117.

SHEEHAN, David V. *et al.* - The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **Journal of Clinical Psychiatry**. . ISSN 01606689. 59:SUPPL. 20 (1998) 22–33.

SHERBOURNE, CD; STEWART, AL - The MOS social support survey. **Social science & medicine** (1982). . ISSN 0277-9536. 32:6 (1991) 705–714. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-B.

SIKANDER, Siham *et al.* - Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through volunteer peers: a cluster randomised controlled trial in Pakistan. **The Lancet Psychiatry**. . ISSN 22150366. 6:2 (2019) 128–139. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30467-X.

SIMAS, Tiffany A. Moore *et al.* - Matched cohort study of healthcare resource utilization and costs in young children of mothers with postpartum depression in the United States. **Journal of Medical Economics**. . ISSN 1941837X. 23:2 (2020) 174–183. doi: 10.1080/13696998.2019.1679157.

SLOMIAN, Justine *et al.* - Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. **Women's Health**. . ISSN 17455065. 15 (2019). doi: 10.1177/1745506519844044.

SMITH, Erin K. *et al.* - Postpartum depression screening: A review for

psychiatrists. **Harvard Review of Psychiatry**. . ISSN 14657309. 24:3 (2016) 173–187. doi: 10.1097/HRP.000000000000103.

SOCKOL, Laura E. - A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. 177 (2015) 7–21. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.052.

SOCKOL, Laura E. - A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. 232:February (2018) 316–328. doi: 10.1016/j.jad.2018.01.018.

SONTAG-PADILLA, Lisa *et al.* - **Maternal Depression: Implications for Systems Serving Mother and Child**. (2013).

SOUSA, Ana - Depressão Periparto. **UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR Ciências da Saúde**. (2019).

SOUSA, Luís Manuel - As propriedades psicométricas dos instrumentos de hetero-avaliação. **Enformação**. (2015) 20–24.

SOUZA, Ana Cláudia De; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis De Brito - Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**. . ISSN 22379622. 26:3 (2017) 649–659. doi: 10.5123/S1679-49742017000300022.

SPANIER, Graham B. - Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. **Journal of Marriage and the Family**. . ISSN 00222445. 38:1 (1976) 15. doi: 10.2307/350547.

SPITZER, Robert L. *et al.* - The Structured Clinical Interview for DSM-III-R. **Computers in Human Services**. . ISSN 0740445X. 10:1 (1993) 65–69. doi: 10.1300/J407v10n01_09.

STATISTICS SOLUTIONS - **Profile of Mood States (POMS)** [Em linha], atual. 2003. [Consult. 14 set. 2021]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.statisticssolutions.com/free-resources/directory-of-survey-instruments/profile-of-mood-states-poms/>>.

STEIN, G.; AKKER, O. VAN DEN - The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. **Journal of Psychosomatic Research**. . ISSN 00223999. 36:1

(1992) 67–75. doi: 10.1016/0022-3999(92)90115-I.

STEVENSON, Matt D.; SCOPE, Alison; SUTCLIFFE, Paul A. - The Cost-Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy Compared with Routine Primary Care for Women with Postnatal Depression in the UK. **Value in Health**. . ISSN 10983015. 13:5 (2010) 580–584. doi: 10.1111/j.1524-4733.2010.00720.x.

STEVENSON, MD *et al.* - Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. **Health Technology Assessment**. . ISSN 1366-5278. 14:44 (2010) 1–152. doi: 10.3310/hta14440.

TERWEE, Caroline B. *et al.* - Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**. . ISSN 08954356. 60:1 (2007) 34–42. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.

TREVILLION, K. *et al.* - An exploratory parallel-group randomised controlled trial of antenatal Guided Self-Help (plus usual care) versus usual care alone for pregnant women with depression: DAWN trial. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. 261:August 2019 (2020) 187–197. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.013.

UKATU, Nneamaka; CLARE, Camille A.; BRULJA, Mary - Postpartum Depression Screening Tools: A Review. **Psychosomatics**. . ISSN 15457206. 59:3 (2018) 211–219. doi: 10.1016/j.psym.2017.11.005.

VET, Henrica C. W. DE *et al.* - When to use agreement versus reliability measures. **Journal of Clinical Epidemiology**. . ISSN 08954356. 59:10 (2006) 1033–1039. doi: 10.1016/j.jclinepi.2005.10.015.

VLENTERIE, Richelle *et al.* - Epidemiological evaluation of the Patient Health Questionnaire-2 in a pregnant population. **Journal of Psychosomatic Research**. . ISSN 18791360. 101:August (2017) 96–103. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.08.008.

WATSON, David *et al.* - Development and Validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). **Psychological Assessment**. . ISSN 10403590. 19:3 (2007) 253–268. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.253.

WATSON, David *et al.* - Further Validation of the IDAS: Evidence of Convergent, Discriminant, Criterion, and Incremental Validity. **Psychological Assessment**. . ISSN

10403590. 20:3 (2008) 248–259. doi: 10.1037/a0012570.

WEINMAN, John *et al.* - The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. **Psychology and Health**. . ISSN 08870446. 11:3 (1996) 431–445. doi: 10.1080/08870449608400270.

WERNER, Elizabeth *et al.* - Preventing postpartum depression: Review and recommendations. **Archives of Women's Mental Health**. . ISSN 14351102. 18:1 (2015) 41–60. doi: 10.1007/s00737-014-0475-y.Preventing.

WHITTON, Anna; WARNER, Rachel; APPLEBY, Louis - The pathway to care in post-natal depression: Women's attitudes to post-natal depression and its treatment. **British Journal of General Practice**. . ISSN 09601643. 46:408 (1996) 427–428.

WHOOLEY, Mary A. *et al.* - Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. **Journal of General Internal Medicine**. . ISSN 08848734. 12:7 (1997) 439–445. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x.

WIDEMAN, Timothy H. *et al.* - Brief Symptom Inventory. **Encyclopedia of Behavioral Medicine**. (2013) 269–270. doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9_3.

WIKIPEDIA - **State-Trait Anxiety Inventory** [Em linha], atual. 2021a. [Consult. 13 set. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://en.wikipedia.org/wiki/State-Trait_Anxiety_Inventory#cite_note-Sydeman-5>.

WIKIPEDIA - **Lista de salários mínimos por país** [Em linha], atual. 2021b. [Consult. 2 set. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_salários_mínimos_por_país>.

WILKINSON, Andra; ANDERSON, Seri; WHEELER, Stephanie B. - Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. **Maternal and Child Health Journal**. . ISSN 1092-7875. 21:4 (2017) 903–914. doi: 10.1007/s10995-016-2192-9.

WILLIAMS, Janet B. W. - A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. **Archives of General Psychiatry**. . ISSN 15383636. 45:8 (1988) 742–747. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800320058007.

WILLIAMS, Janet; CADARIO, Barbara; LI, Dorothy - **Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period**. (2014).

WING, J. *et al.* - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. (1990). doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810180089012.

WOODY, C. A. *et al.* - A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. **Journal of Affective Disorders**. . ISSN 15732517. 219:May (2017) 86–92. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.003.

WORLD HEALTH ORGANISATION - Catalogue of WHO Psychiatric Assessment Instruments. **World Health Organisation**. Washington. (1993) 35–38.

XAVIER, Miguel *et al.* - Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. **International Journal of Mental Health Systems**. . ISSN 17524458. 7:1 (2013) 1–10. doi: 10.1186/1752-4458-7-19.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. - The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. . ISSN 0001-690X. 67:6 (1983) 361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

ZUNG, William - A Self-Rating Depression Scale. (1964).

Apêndice

Tabela 21. Conversão da moeda original dos estudos para euro (€, 2020) e taxa de inflação média de cada estudo da revisão sistemática sobre impacto económico da DPP.

Estudo	Moeda e Ano (original)	Valor(es) (original)	Valor(es) de 2020, na moeda original	Taxa de inflação média (%)	Taxa de conversão (por 1€)	Valor(es) em euro (2020)
(Bauer, Knapp e Parsonage, 2015)	£ 2012/2013	10.237£ 65.491£	12.313,99£	2,34	0,9027	11.340,67€ 72.551,73€
(Bauer <i>et al.</i> , 2015)	£ 2010/2011	5.950£ 2.780£ 6.050£	7.771,55£ 3.631,08£ 7.902,17£	2,71	0,9027	6.591,48€ 3.079,72€ 6.702,26€
(Dagher <i>et al.</i> , 2012)	\$ 2001	681,1\$ ^s	995,91\$	2,31	1,1743	848,09€
(Epperson <i>et al.</i> , 2020)	\$ 2016	6.601\$ ^s	7.118,17\$	1,56	1,1743	6.061,63€
(Hossain <i>et al.</i> , 2020)	BDT 2020*	110 BDT ^s	110 BDT	ND	101,6783	1,10€
(Simas <i>et al.</i> , 2020)	\$ 2016	2.626\$ ^s	2.831,74\$	1,56	1,1743	2.411,43€
(Petrou <i>et al.</i> , 2002)	\$ 2000	392,10\$ ^s 280,5\$ ^s	589,31\$ 421,58\$	2,40	1,1743	501,84€ 359,01€
(Cleary <i>et al.</i> , 2020)	\$, 2014/2015	498\$ ^s	544,44\$	1,33	1,1743	463,63€

BDT: *Bangladesh Taka* (moeda nacional do Bangladesh); ND: não disponível; ** : ano da moeda não se encontra descrito no estudo e, por isso, foi utilizado o ano de publicação do próprio estudo; ^s : subtração entre grupos.

Tabela 22A. Conversão da moeda original para euro (€, 2020) e taxa de inflação média de cada estudo da revisão sistemática sobre avaliações econômicas de intervenções na DPP.

Estudo	Moeda	Valor(es)# (original)	Valor(es)# de 2020 (moeda original)	Taxa de inflação média (%)	Taxa de conversão (por 1€)	Valor(es) em euro (2020)
(Petro <i>et al.</i> , 2006)	£ 2000	43£	73,73£	2,73	0,9027	81,68€
		1.000£	1.714,63£			1.899,49€
(Ride <i>et al.</i> , 2016)	A\$ 2013/2014	55.000A\$	60.197,97A\$	1,70	1,6446	36.603,41€
(Dukhovny <i>et al.</i> , 2013)	C\$ 2011	10.009C\$	11.462,73C\$	1,52	1,5771	7.268,23€
(Henderson <i>et al.</i> , 2019)	£ 2003/2004	3.500£	5.637,03£	2,84	0,9027	6.544,77€
		50.800£	81.817,53£			90.638,47€
(Premji <i>et al.</i> , 2021)	C\$ 2019	23.248C\$	23.401,51C\$	0,66	1,5771	14.838,32€
		50.000C\$	50.330,15C\$			31.913,10€
(Paulden <i>et al.</i> , 2009)	£ 2006/2007	41.103£	60.583,55£	2,81	0,9027	67.115,20€
		272.463£	401.595,37£			444.892,29€
		20.000-30.000£	29.478,89-44.218,34£			32.657,08-48.985,62€
		7.200£	7.992,28£			8.853,95€
(Trevillion <i>et al.</i> , 2020)	£ 2016/2017	20.000-30.000£	22.200,78-33.301,18£	2,64	0,9027	24.594,30-36.891,46€
(Gureje <i>et al.</i> , 2019)	\$ 2015	-4,35\$ -0,85\$	-4,69\$ -0,92\$	0,65	1,1743	-3,99€ -0,78€

A\$: dólar australiano; C\$: dólar canadiano.; # - os valores convertidos são os do rácio custo-efetividade incremental, rácio custo-utilidade incremental e limites de disponibilidade para pagar apresentados no estudo.

Tabela 22B. Conversão da moeda original para euro (€, 2020) e taxa de inflação média de cada estudo da revisão sistemática sobre avaliações económicas de intervenções na DPP (Continuação).

Estudo	Moeda	Valor(es)# (original)	Valor(es)# de 2020 (moeda original)	Taxa de inflação média	Taxa de conversão (por	Valor(es) em euro (2020)
(Fuhr <i>et al.</i> , 2019)	\$ 2015	-151,07\$ -736\$	-164,96\$ -803,68\$	1,53	1,1743	-140,48€ -684,39€
(Sikander <i>et al.</i> , 2019)	\$ 2015	236,12\$ 215,08\$	257,83\$ 234,86\$	1,53	1,1743	219,56€ 200€
(Eldar-Lissai <i>et al.</i> , 2020)	\$ 2018	106.662\$ 120.000\$	109.934,41\$ 123.681,62\$	1,03	1,1743	903.616,97€ 105.323,70€
(Wilkinson, Anderson e Wheeler, 2017)	\$ 2014	10.182\$ 13.857\$	11.131,44\$ 15.149,13\$	1,33	1,1743	9.479,21€ 12.900,56€
(Stevenson, Scope e Sutcliffe, 2010)	£ 2010**	46.462£	60.686,03£	2,71	0,9027	67.228,73€
(Boath, Major e Cox, 2003)	£ 1992/1993	1.345£	2.835,45£	2,70	0,9027	3.141,15€
(Grote <i>et al.</i> , 2017)	\$ 2013	1.240\$ 1.167\$	1.377,62\$ 1.296,52\$	1,39	1,1743	1.173,14€ 1.104,08€

A\$: dólar australiano; C\$: dólar canadiano; ** ano da moeda não se encontra descrito no estudo e, por isso, foi utilizado o ano de publicação do próprio estudo.; # - os valores convertidos são os do rácio custo-efetividade incremental, rácio custo-utilidade incremental e limites de disponibilidade para pagar apresentados no estudo.