



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Andreia Cristina Branco Paixão Duarte

**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO SOBRE  
OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA  
PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NO  
PERÍODO PERINATAL: UM ESTUDO  
EXPLORATÓRIO COM UMA AMOSTRA PORTUGUESA**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde orientada pela Professora Doutora Ana Dias da Fonseca e pela Professora Doutora Maria Cristina Cruz Sousa Portocarrero Canavarro apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.**

Junho de 2022

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

# Processo de Tomada de Decisão sobre Opções de Tratamento para Problemas de Saúde Mental no Período Perinatal: um Estudo Exploratório com uma Amostra Portuguesa

Andreia Cristina Branco Paixão Duarte

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde orientada pela Professora Doutora Ana Dias da Fonseca e pela Professora Doutora Maria Cristina Cruz Sousa Portocarrero Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Junho de 2022



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

## Agradecimentos

---

À Professora Doutora Ana Fonseca, pela sua disponibilidade, atenção e partilha de conhecimentos. O meu mais sincero obrigada por me ajudar a crescer enquanto profissional e sempre com uma palavra de incentivo e uma dedicação incansável.

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pelo exemplo de profissionalismo transmitido e pela sua partilha de conhecimento.

À Doutora Anabela Araújo Pedrosa por ter sempre uma palavra de apoio e de incentivo, por me ajudar a acreditar nas minhas capacidades e por toda a compreensão.

À minha irmã Raquel por estar sempre ao meu lado, por ser um exemplo de resiliência e de persistência. Por não me ter deixado desistir e me ter acompanhado na aventura que foram estes cinco anos em Coimbra. Não podia ter melhor irmã, nem melhor colega.

Ao meu marido Diogo, por sempre me ter apoiado, pela paciência e companheirismo. Obrigada por compreenderes e por teres sempre um abraço nos momentos mais difíceis.

Ao meu cunhado João, por toda a paciência e ajuda ao longo destes anos. Obrigada por ser um irmão mais velho. É bom saber e sentir que podemos contar sempre uns com os outros, tanto nos bons momentos como nos menos bons.

À minha mãe por me ter apoiado ao longo destes anos e por entender algumas ausências.

Aos meus avós, Augusta e Abel, por serem uma referência, por me terem ensinado a não desistir e a seguir os meus sonhos. Por ter sentido sempre o vosso apoio e carinho. Quando decidi iniciar o curso com a Raquel, vocês foram dos primeiros a apoiar-nos. Avô, acredito que o facto de eu concluir esta etapa também era um desejo teu. Não estás cá, mas eu sei que ficarás muito orgulhoso por esta conquista.

Ao meu primo Zézé por todo o apoio e amizade, por ter sempre acreditado em mim.

Ao meu pai por, à sua maneira, me apoiar nesta caminhada.

À minha irmã Madalena, pelo apoio e amizade.

À minha amiga e colega Catarina, muito obrigada por ao longo destes anos termos construído uma amizade que espero que seja para a vida. Obrigada por todo apoio e companheirismo.

À minha amiga Mia por compreender as minhas ausências, nunca me julgando por isso. Por continuar sempre lá passados tantos anos.

Às minhas amigas Rute, Filipa e Patrícia por, mesmo estando longe, saber que posso contar convosco.

Por fim, muito obrigada a todas as senhoras que disponibilizaram um bocadinho do seu tempo a preencher os questionários para que pudesse realizar este estudo.

## **Declaração de integridade.**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

## **Statement of integrity.**

I hereby declare having conducted this academic work with integrity. I confirm that I have not used plagiarism or any form of undue use of information or falsification of results along the process leading to its elaboration.

## **Enquadramento institucional**

A presente dissertação foi realizada no âmbito do projeto estratégico do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) (UIDB/00730/2020).

## **Institutional framework.**

The present dissertations was developed within the strategic project of the Center for Research in Neuropsychology and Cognitive-Behavioral Intervention (CINEICC) (UIDB/00730/2020).

## Resumo

---

**Objetivos:** O presente estudo teve como principal objetivo compreender o processo de tomada de decisão das mulheres sobre as opções de tratamento (intervenção psicológica, tratamento farmacológico ou ambos) para problemas de saúde mental no período perinatal. **Metodologia:** Este estudo transversal que inclui uma amostra recolhida online, composta por 421 mulheres portuguesas grávidas ou que tiveram um bebé nos últimos 12 meses. As participantes responderam a questionários de autorresposta com informação sociodemográfica e clínica, sobre o processo de tomada de decisão acerca das opções de tratamento, indiferença ao estigma, conflito de tomada de decisão e sintomatologia depressiva/ansiosa. **Resultados:** Uma proporção elevada (80%) de mulheres com sintomatologia depressiva/ansiosa clinicamente relevante não procurou ajuda profissional; verificou-se que as mulheres que se encontravam a receber tratamento tendiam a considerar que as suas preferências foram mais tidas em consideração no processo de decisão ( $p = .06$ ) e observou-se que as mulheres que não se encontravam a receber tratamento, que apresentavam maiores níveis de estigma, maiores níveis de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa e com menor perceção de apoio do médico e do parceiro apresentaram níveis mais elevados de conflito decisional. **Conclusões:** Os resultados deste estudo destacam a importância de compreender melhor o processo de tomada de decisão das mulheres nesta fase das suas vidas. Estes resultados revelaram também a necessidade de se desenvolver ações de consciencialização junto das mulheres, profissionais de saúde e do parceiro de forma a intervir preventivamente.

**Palavras-chave:** período perinatal, processo de tomada de decisão, opções de tratamento, conflito decisional, saúde mental materna.

## Abstract

---

**Objectives:** The present study has the main goal of examining the decision-making process on treatment options (psychological intervention, pharmacological intervention or both) for mental health issues during perinatal period. **Method:** This cross-sectional study includes an online collected sample of 421 Portuguese women who were pregnant or have had an healthy child in the last 12 months. The subjects have answered questionnaires about sociodemographic and clinic data, decision-making process on treatment options, stigma indifference, decision making conflict and about perinatal mental health (depressive/anxious symptoms). **Results:** A significative proportion of women (80%) showing clinically relevant depressive/anxious symptomatology has not looked for professional help; it was found that the women who were receiving treatment tend to perceive that their choices were more took into account on the decision-making process ( $p = .06$ ) and it was also noticed on the women who were not under treatment, who showed higher levels of stigma, higher levels of depressive and/or anxious symptomatology, with less perception of the doctor and partner support tend to show higher levels of decision conflict. **Conclusions:** This study results highlight the importance of better understanding the decision-making process of women on this period of their lives. These results also revealed the need to develop awareness campaigns for women, healthcare professionals and women's partners in order to step in preventively.

**Keywords:** perinatal period, decision-making process, treatment options, decision conflict, maternal mental health.

# Índice

---

Agradecimentos .....	2
Resumo.....	4
Abstract .....	6
Processo de Tomada de Decisão sobre Opções de Tratamento para Problemas de Saúde Mental no Período Perinatal.....	9
Métodos .....	15
Resultados .....	22
Discussão.....	29
Referências.....	34

## Índice de Tabelas

---

Tabela 1. Características Sociodemográficas das Participantes .....	16
Tabela 2. História Clínica das Mulheres que Reportaram Presença de Problemas Psicológicos: Período de Início da Sintomatologia .....	22
Tabela 3. Mulheres a Receber Tratamento Psicológico tendo em Consideração o Período de Início do Tratamento.....	23
Tabela 4. Participantes na Tomada de Decisão.....	25
Tabela 5. Variáveis de Apoio à Decisão, Indiferença ao Estigma e Conflito Decisional nas Mulheres em Tratamento e sem Tratamento.....	26
Tabela 6. Correlações com Conflito Decisional.....	27
Tabela 7. Análises de Regressão Linear Múltipla Hierárquica .....	28

# Processo de Tomada de Decisão sobre Opções de Tratamento para Problemas de Saúde Mental no Período Perinatal

---

A gravidez e pós-parto caracterizam-se pela presença de sentimentos de felicidade, mas também por maior *stress* e dificuldades (Biaggi et al., 2016), sendo um período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas psicológicos na mulher (Button et al., 2017), nomeadamente perturbações de ansiedade e humor (Biaggi et al., 2016).

Em países desenvolvidos, aproximadamente 1 em cada 10 mulheres desenvolve depressão perinatal (World Health Organization [WHO], 2015), sendo neste período que se observa uma maior prevalência desta perturbação (Patel & Wisner, 2011). As perturbações de ansiedade são também prevalentes (Lieb et al., 2020), com aproximadamente 1 em cada 5 mulheres no período perinatal a apresentarem sintomatologia clinicamente revelante para pelo menos uma perturbação de ansiedade (Fawcett et al., 2019). Em muitos casos observa-se a existência de comorbidade entre a perturbação ansiosa e depressiva, o que tem consequências prejudiciais (Battle et al., 2013), a curto e longo prazo (Johnson et al., 2021), para a saúde física e psicológica da mulher, para o desenvolvimento do bebé (Smith-Nielsen et al., 2021; WHO, 2015) e para a restante família (Ride & Lancsar, 2016; Simhi et al., 2019). Cerca de 20% das mulheres apresenta sintomatologia depressiva e ansiosa durante a gravidez e nos 3 meses seguintes (O'Hara & Wisner, 2014), observando-se um maior número de mulheres a relatar o seu início no período pós-parto (40,1%) (Wisner et al., 2013).

Relativamente a essas consequências, parece existir uma relação entre problemas de saúde mental no período perinatal e aumento da probabilidade de a mulher ter um parto prematuro (Grote et al., 2010; Kingston et al., 2014); adoção de hábitos prejudiciais (consumo de álcool, tabaco e alimentação inadequada) (Gentile, 2017); maior risco de suicídio (Grissette et al., 2018); problemas de crescimento intrauterino (Grote et al., 2010); maior risco de pré-eclâmpsia (Qiu et al., 2009); hiperémese gravídica (Gentile, 2017); o bebé nascer com baixo peso (Grote et al., 2010; Kingston et al., 2014); problemas de desenvolvimento cognitivo, comportamental e psicológico da criança, bem como da sua saúde mental (Kingston et al., 2012), tanto durante a infância como na adolescência (Rogers et al., 2020); dificuldades relacionadas com a amamentação (Grigoriadis et al., 2013); dificuldades no relacionamento mãe-bebé (Moehler et al., 2006) e dificuldades na relação com o parceiro (Raes et al., 2011). A nível económico observa-se que as perturbações de ansiedade e humor têm custos associados, nomeadamente absentismo e baixa produtividade (Luca et al., 2020).

## Barreiras à Procura de Ajuda Profissional

Um número significativo de mulheres que apresenta sintomatologia depressiva e ansiosa no período perinatal não procura ajuda profissional (formal) (Kingston et al., 2014), o que se traduz num risco aumentado para si e para o seu bebé (Fonseca et al., 2015). Um estudo realizado em Portugal verificou que apenas cerca de 15% das mulheres que apresentavam sintomatologia depressiva clinicamente revelante no período perinatal procurou ajuda profissional (Fonseca et al., 2015).

Relativamente às barreiras ao pedido de ajuda formal, as mulheres relatam: as barreiras de conhecimento, relacionadas com a escassa literacia de saúde mental e dificuldade em reconhecer e distinguir os sintomas de depressão das mudanças características da gravidez e pós-parto (Fonseca et al., 2015; Lupattelli et al., 2018; O'Mahen & Flynn, 2008); as barreiras atitudinais, relacionadas com o estigma da doença mental (Silva et al., 2018), tanto auto-estigma como a perceção de estigma por parte dos outros (Button et al., 2017); e também barreiras práticas como questões relacionadas com o tempo, finanças, etc. (Arch, 2014; Fonseca et al., 2015; Goodman, 2009).

A organização dos cuidados de saúde (mental) perinatal parece também contribuir para a dificuldade na identificação precoce dos problemas de saúde mental. O rastreio sistemático de identificação de perturbações de ansiedade e humor no período perinatal, quando colocado em prática corretamente, pode contribuir para a redução da sintomatologia (O'Connor et al., 2016), no entanto nem sempre é realizado. Por vezes os obstetras/ginecologistas não fazem questões sobre saúde mental, seja por envolver temas mais sensíveis (e.g., abuso sexual, violência doméstica) ou por partirem do princípio que não se trata de uma situação de risco (Carroll et al., 2018). Em Portugal verifica-se um acompanhamento obstétrico regular e existe um acompanhamento psicológico gratuito disponível, contudo verifica-se que não existe uma implementação de procedimentos de rastreio ficando este dependente da procura de ajuda por parte da mulher (Fonseca & Canavarro, 2017).

## Opções de Tratamento

Relativamente às opções de tratamento para perturbações de ansiedade e humor no período perinatal, tanto o tratamento psicológico como o farmacológico se têm revelado eficazes (Chow et al., 2021; Cuijpers et al., 2021). O tratamento psicológico, demonstra ser eficaz a curto e a longo prazo (Cuijpers et al., 2021), sendo defendido por alguns autores como a opção de primeira linha a adotar como tratamento (Cuijpers et al., 2021; Kim et al., 2011). A Terapia

Cognitivo-Comportamental tem se distinguido relativamente à sua eficácia (Campagne, 2019; Molenaar et al., 2018).

No tratamento farmacológico, a medicação mais utilizada no período perinatal consiste em antidepressivos da classe dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (Sharma et al., 2020), nomeadamente a sertralina, paroxetina e citalopram (Kittel-schneider et al., 2022). Apesar de este tratamento poder apresentar alguns riscos para o feto, nomeadamente maior probabilidade de aborto espontâneo, malformações congénitas, hipertensão pulmonar no recém-nascido, défices neurocognitivos a longo prazo (Campagne, 2019), existem casos (sintomatologia grave) em que a medicação se revela necessária (Barker et al., 2020).

Na última década tem sido alvo de debate qual o tratamento que deve ser recomendado às mulheres com depressão e ansiedade perinatal (Campagne, 2019). Tendo em consideração as diretrizes existentes, nomeadamente da American Psychiatric Association (APA) para o tratamento de perturbações de humor no período perinatal, o tratamento psicológico deve ser adotado numa fase inicial de depressão leve a moderada enquanto o tratamento farmacológico é indicado apenas para casos de depressão grave (Molenaar et al., 2018). Campagne (2019) vai mais longe e defende a adoção do tratamento farmacológico apenas após se verificar que os restantes tratamentos não se revelaram eficazes. Na prática, apesar do tratamento psicológico se revelar eficaz para depressão leve a grave (Stuart & Koleva, 2014), a medicação, parece ser, de momento, o principal método de tratamento para a depressão e ansiedade perinatal (Campagne, 2019), principalmente em casos de depressão perinatal moderada ou grave (Sharma et al., 2020). Também se observa que um grande número de mulheres não recebe tratamento e, das que se envolvem neste processo, algumas optam por tratamentos sem evidências científicas (Ride & Lancsar, 2016), nomeadamente exercício físico, ioga, suplementos alimentares (Shivakumar et al., 2014).

## Preferências de Tratamento e Processo de Tomada de Decisão

As especificidades associadas ao período perinatal têm impacto nas preferências de tratamento a adotar perante sintomatologia ansiosa e depressiva (Simhi et al., 2019), por parte das mulheres. A investigação existente sugere que a intervenção psicológica parece ser o tratamento preferencial das mulheres que se encontram grávidas (Arch, 2014; Kim et al., 2011), com aproximadamente 62% das mulheres a apresentarem uma preferência pela intervenção psicológica comparativamente a 8% que prefere o tratamento farmacológico (Battle et al., 2013). A intervenção psicológica parece ser o meio preferencial para a prevenção da recaída,

sendo-lhe atribuído maior credibilidade comparativamente ao tratamento farmacológico (Dimidjian & Goodman, 2014). Já Patel e Wisner (2011), observaram no seu estudo que o tratamento combinado (medicação e psicoterapia, 55%) era a opção preferencial das mulheres, comparativamente a só psicoterapia (22%) ou só medicação (8%). Também no período pós-parto observa-se que, caso não se encontrem a amamentar, o tratamento combinado parece ser a opção preferencial das mulheres (Ride & Lancsar, 2016). Apesar de uma proporção significativa das mulheres neste período revelar que optariam pela opção farmacológica apenas em último recurso (Battle et al., 2013), na prática verifica-se que o tratamento farmacológico é o tratamento amplamente adotado no período perinatal (Dimidjian et al., 2016). A discrepância entre as preferências e as opções efetivamente adotadas, salienta a importância de melhor compreender o processo de tomada de decisão por parte das mulheres.

O processo de tomada de decisão acerca de qual a opção de tratamento a adotar é complexo, podendo muitas vezes resultar em conflito decisional (Dalke et al., 2016; Molenaar et al., 2018). Ao optar por uma opção de tratamento, as mulheres estão a tomar uma decisão com repercussões para si e para a sua família, sendo por isso necessário que seja tomada de forma ponderada (Patel & Wisner, 2011). A literatura existente sugere que as mulheres demonstram desejar que o processo de tomada de decisão seja colaborativo/partilhado (Patel & Wisner, 2011), com o seu médico de modo a adotarem a melhor opção de tratamento (Hippman & Balneaves, 2018). Existe evidência de que um processo de tomada de decisão colaborativo tem associada uma maior probabilidade de adesão ao tratamento proposto, promovendo a prevenção de recaídas futuras (Dimidjian & Goodman, 2014). Algumas mulheres mencionam sentir dificuldade em comunicar abertamente com os médicos sobre a sua sintomatologia, inclusivamente pelo receio de a sua opção preferencial de tratamento não seja compreendida (Battle et al., 2013). Assim é importante que se estabeleça uma relação de confiança, sem julgamento, que tenha em consideração as crenças e experiências da mulher (Hippman & Balneaves, 2018), e que lhes seja disponibilizada a informação necessária para que tome uma decisão informada (Lupattelli et al., 2018).

A literatura tem identificado algumas variáveis que influenciam o processo de tomada de decisão das mulheres acerca de qual o tratamento a adotar, nomeadamente as crenças relacionadas com cada opção de tratamento, o grau de sintomatologia e variáveis sociodemográficas.

No que respeita às crenças relacionadas com as opções de tratamento, e relativamente à opção de tratamento farmacológico, é possível observar que um grande número de mulheres, quando toma conhecimento que está grávida, decide interromper (Kothari et al., 2019; Roca et al., 2013) ou reduzir a medicação (Goodman, 2009; Wand, 2014). Estes comportamentos

parecem estar associado ao facto de existir um grau de incerteza acerca dos benefícios e riscos que estão inerentes à medicação no período perinatal (Barker et al., 2020), nomeadamente receio de consequências no desenvolvimento do bebé, preocupações relacionadas com sentimentos de vergonha e culpa, ansiedade, descontentamento por estar a fazer medicação e receio de possível dependência no futuro (Battle et al., 2013). A nossa sociedade acredita que a opção farmacológica não deve ser adotada durante a gravidez, acabando por influenciar o processo de tomada de decisão das mulheres (Hippman & Balneaves, 2018). Também no período pós-parto parece existir esta preocupação, pois estar a fazer medicação antidepressiva pode ser um fator de impedimento à amamentação (Battle et al., 2013).

Já no que concerne ao tratamento psicológico, é muitas vezes excluído como opção devido ao estigma existente em relação à saúde mental (Battle et al., 2013) ou às suas limitações de acesso (e.g., tempos de espera para consultas) (Branquinho et al., 2021).

Relativamente ao grau de sintomatologia, parece existir uma associação entre a incerteza sobre qual a opção de tratamento a adotar e maior sintomatologia depressiva, com as mulheres que apresentam um maior grau de sintomatologia depressiva a não se envolverem em qualquer opção de tratamento (Battle et al., 2013). Adicionalmente, um maior risco de não procurar ajuda formal parece estar associado a variáveis sociodemográficas, nomeadamente ao facto de a mulher estar grávida, ser casada/viver com o companheiro, não ter sofrido no passado de problemas psicológicos ou psiquiátricos (Fonseca et al., 2015). A idade também parece ter influência, mulheres mais novas tendem a apresentar maior incerteza relativamente ao tratamento a adotar (Patel & Wisner, 2011).

Adicionalmente, o acesso a informação relevante é importante para que seja tomada uma decisão ponderada por parte das mulheres. Kothari e colaboradores (2019) verificaram que, das mulheres que optaram por interromper a medicação, cerca de 29,8% revelaram que, na sua opinião, não obtiveram as informações necessárias para tomar uma decisão ponderada.

Relativamente aos intervenientes no processo de tomada de decisão, um grande número de mulheres parece procurar ajuda junto dos seus médicos, amigos, família, mas também na *internet* e em livros (Battle et al., 2013). Devido à complexidade que caracteriza o processo de tomada de decisão é importante que exista espaço para que o profissional de saúde possa discutir com a mulher os riscos e os benefícios da toma de antidepressivos durante a gravidez (Molenaar et al., 2018), tendo em consideração a sua experiência profissional, as preferências da mulher (Wand, 2014) e a gravidade da sintomatologia apresentada (Yonkers et al., 2014). Deste modo é possível que as mulheres tomem decisões informadas relativamente ao tratamento a adotar (Molenaar et al., 2018). Este é um fator relevante pois, por vezes, o risco inerente ao tratamento farmacológico é percecionado de forma exagerada (Wand, 2014).

Quando o assunto são os riscos que podem existir associados à medicação, as mulheres parecem preferir a explicação dada por um médico psiquiatra à explicação dada pelo seu médico de família (Barker et al., 2020).

Apesar do conhecimento existente acerca do processo de tomada de decisão das mulheres sobre que tratamento adotar, parecem ser escassos os estudos que se dedicaram a esta temática. Assim, o presente estudo tem como objetivo compreender melhor o processo de tomada de decisão das mulheres para o tratamento de problemas de saúde mental (sintomatologia depressiva/ansiosa clinicamente relevante) no período perinatal. Para tal, tem como objetivos específicos: (1) caracterizar a história clínica das mulheres que apresentam sintomatologia depressiva/ansiosa clinicamente relevante, e que estão ou não a receber tratamento atualmente; (2) caracterizar as opções de tratamento das mulheres com sintomatologia clinicamente relevante que estão atualmente a receber tratamento; (3) caracterizar e comparar as variáveis do processo de tomada de decisão das mulheres (e.g., conflito decisional, suporte do médico/parceiro, envolvimento de outros na decisão), no grupo que está a receber tratamento e no grupo que não está a receber tratamento; e (4) examinar as variáveis associadas aos conflito decisional acerca das opções de tratamento.

# Métodos

---

## Procedimento

Este estudo encontra-se integrado no projeto “*Women Choose Health*”, o qual foi aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC) e encontra-se a ser desenvolvido por investigadores do Centro de Investigação em Neuropsicologia Cognitivo-Comportamental da FPCE-UC, em parceria com a Universidade de Oslo, no âmbito de uma iniciativa bilateral com financiamento das EEA Grants (FBR\_070\_ Universidade de Coimbra). Foram considerados critérios de inclusão no estudo: (a) ser mulher adulta (idade  $\geq$  a 18 anos); (b) estar atualmente grávida ou ter tido um bebé nos últimos 12 meses (período pós-parto); (c) estar atualmente a receber tratamento psicológico e/ou psiquiátrico para problemas de saúde mental e/ou apresentar sintomatologia ansiosa e/ou depressiva clinicamente relevante; e (d) ter nacionalidade portuguesa e compreender a língua portuguesa.

A amostra foi recolhida de fevereiro de 2021 a fevereiro 2022, num único momento de avaliação (estudo transversal), através de um questionário de autorresposta disponibilizado em formato online na plataforma LimeSurvey® e divulgado através das redes sociais (Facebook, Instagram) – através de partilha em diversas páginas e campanhas de divulgação tendo como população-alvo mulheres em idade reprodutiva (18-45 anos) com interesses na área da maternidade - e fóruns relacionados com a parentalidade. Antes de aceder ao questionário, foi apresentada às participantes uma página inicial de apresentação do estudo (e.g., objetivos do estudo, critérios de inclusão, papel dos participantes e investigadores) e formulário de consentimento informado (ao qual as participantes tinham que responder “Aceito participar no estudo” para serem direcionadas para o questionário).

## Participantes

A amostra total inicial foi de 995 mulheres no período perinatal (gravidez e pós-parto), tendo sido excluídas 324 mulheres (32.6%) por não terem preenchido os questionários relativos ao processo de tomada de decisão, e 250 mulheres (25%) por não se encontrarem a realizar tratamento psicológico/psiquiátrico, no momento, nem apresentarem sintomatologia depressiva/ansiosa clinicamente relevante. Assim sendo, a amostra final foi constituída por 421 mulheres, com idades compreendidas entre os 21 anos e os 45 anos ( $M = 34.58$ ,  $DP = 4.72$ ), maioritariamente casadas/em união de facto ( $n = 390$ , 92.6%), com habilitações literárias ao nível do ensino superior ( $n = 321$ , 76.2%) e a trabalhar por conta de outrem ( $n = 337$ , 80%). A

maioria das participantes reside em meio urbano ( $n = 314$ , 74.6%). Da amostra total, 84 mulheres (20.0%) encontravam-se atualmente a receber tratamento psicológico e/ou psiquiátrico [Grupo Em tratamento] e 337 mulheres (80.0%) não se encontravam a receber tratamento, apesar de apresentarem sintomatologia clinicamente relevante de ansiedade e/ou depressão [Grupo Sem tratamento].

As características sociodemográficas de cada um dos grupos de mulheres encontram-se apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Caraterísticas Sociodemográficas das Participantes*

	<b>Em Tratamento (<math>n = 84</math>)</b>	<b>Sem Tratamento (<math>n = 337</math>)</b>	<b><math>t / \chi^2</math></b>
<b>Características Sociodemográficas</b>			
<b>Idade (<math>M, DP</math>)</b>	34.25, (4.86)	34.67, (4.68)	$t_{(419)} = 0.73$
<b>Estado Civil</b>			$\chi^2_{(2)} = 1.41$
<b>Casada/União de Facto</b>	78 (92.9%)	312 (92.6%)	
<b>Solteira</b>	6 (7.1%)	20 (5.9%)	
<b>Divorciada/Separada</b>	0 (0%)	5 (1.5%)	
<b>Residência</b>			$\chi^2_{(1)} = 0.03$
<b>Meio Urbano</b>	62 (73.8%)	252 (74.8%)	
<b>Meio Rural</b>	22 (26.2%)	85 (25.2%)	
<b>Habilitações Literárias</b>			$\chi^2_{(4)} = 10.30 *$
<b>1º ciclo</b>	1 (1.2%)	0 (0%)	
<b>2º ciclo</b>	1 (1.2%)	0 (0%)	
<b>3º ciclo</b>	2 (2.4%)	12 (3.6%)	
<b>Ensino Secundário</b>	12 (14.3%)	72 (21.4%)	
<b>Ensino Superior</b>	68 (81%)	253 (75.1%)	
<b>Profissão</b>			$\chi^2_{(5)} = 8.01$
<b>Estudante</b>	2 (2.4%)	4 (1.2%)	
<b>Desempregada</b>	8 (9.5%)	18 (5.3%)	
<b>Doméstica</b>	2 (2.4%)	1 (0.3%)	
<b>Trabalhadora por conta de outrem</b>	63 (75%)	274 (81.3%)	

<b>Trabalhadora independente</b>	9 (10.7%)	36 (10.7%)	
<b>Outra</b>	0 (0%)	4 (1.2%)	
<b>Período Perinatal</b>			$\chi^2_{(1)} = 15.64^{***}$
<b>Gravidez</b>	31 (36.9%)	58 (17.2%)	
<b>Pós-parto</b>	53 (63.1%)	279 (82.8%)	

\* $p < .05$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Os dois grupos distinguem-se nas variáveis habilitações literárias e no período perinatal em que se encontram, com o Grupo Em tratamento a apresentar habilitações literárias superiores e um menor número de mulheres no período pós-parto por comparação ao Grupo Sem tratamento.

## Instrumentos

### ***Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos***

Foi recolhida informação sociodemográfica das participantes (e.g., idade, estado civil, residência, habilitações literárias, profissão), bem como informação clínica, nomeadamente sobre história de psicopatologia (e.g., “Tem ou já teve algum problema psicológico ou doença mental antes, durante ou depois da sua gravidez?”, pedindo para identificar tipo de problemas e o(s) período(s) em que começou a experienciá-los), história de tratamento ou tratamento atual psicológico e/ou farmacológico (e.g., “Fez recentemente ou está a fazer algum tipo de tratamento psicológico?”; “Tomou ou está a tomar medicação antidepressiva?”).

### ***Questionário sobre o Processo de Tomada de Decisão acerca das Opções de Tratamento***

No questionário relativo ao processo de tomada de decisão sobre as opções de tratamento foram avaliadas as variáveis: (a) opção preferencial de tratamento (“Qual foi a sua opção de tratamento preferencial na gravidez ou no pós-parto?”, “A sua opção preferencial foi a opção selecionada?”, “Numa escala de 0 a 10, quanto acha que a sua opinião foi tida em conta na seleção da opção de tratamento?”); (b) quem participou na decisão (“Quem participou na tomada de decisão?”); (c) perceção de apoio do médico na decisão (“O meu médico explicou-me adequadamente o que são os antidepressivos, a sua ação e os seus efeitos secundários”, “O meu médico explicou-me adequadamente quais as intervenções psicológicas possíveis, como elas funcionam e a sua eficácia”, “O meu médico demonstrou consideração suficiente pelas minhas opiniões e sentimentos em relação ao tratamento com antidepressivos”, “O meu médico

demonstrou consideração suficiente pelas minhas opiniões e sentimentos sobre as opções de tratamento não medicamentosas” e “O meu médico compreendeu perfeitamente a minha condição”); (d) percepção de apoio do parceiro/a na decisão (“O meu parceiro concorda que os antidepressivos são a melhor opção para mim”; “O meu parceiro concorda que as opções de tratamento não medicamentosas são o tratamento adequado para a minha condição”, “O meu parceiro entende perfeitamente a minha condição” e “O meu parceiro não se quer se envolver nas minhas decisões sobre o tratamento”); as últimas duas questões foram respondidas numa escala de 4 pontos (de 0 = *Discordo fortemente* a 3 = *Concordo fortemente*).

Às mulheres que encontravam no momento a realizar tratamento foi solicitado que preenchessem o questionário em função do processo de tomada de decisão realizado, enquanto às mulheres que, apesar de apresentarem sintomatologia clinicamente relevante, não se encontravam a realizar tratamento, foi-lhes dada a instrução que preenchessem como tivessem necessidade de tomar uma decisão sobre o tratamento.

#### ***Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAP-SSM) (Fonseca et al., 2017)***

O Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental (IAP-SSM) visa avaliar as atitudes face à procura de ajuda formal (profissional) para lidar com problemas psicológicos/emocionais. Este inventário é constituído por 24 itens e avalia três dimensões, Abertura Psicológica (e.g., “Os problemas psicológicos, como muitas coisas, tendem a resolver-se por si”), Propensão para Procura de Ajuda (e.g., “Se eu tivesse problemas psicológicos, poderia receber ajuda profissional se quisesse”) e a Indiferença ao Estigma (e.g., “Sinto vergonha por ter uma doença psicológica e/ou psiquiátrica”) cada uma composta por 8 itens. O IAP-SSM apresenta uma escala de resposta tipo Likert, a qual varia de *Discordo* (0) a *Concordo* (4). A pontuação total de cada dimensão é obtida através do somatório dos itens. Pontuações mais altas correspondem a atitudes mais positivas face à procura de ajuda formal.

Para o presente estudo apenas se utilizará a dimensão Indiferença ao Estigma, a qual no estudo da versão portuguesa apresenta um bom nível de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = .83). Na nossa amostra, o alfa de Cronbach é de .83.

#### ***Escala de Conflitos de Tomadas de Decisão em Saúde (ECTDS) (Martinho et al., 2013)***

A Escala de Conflitos de Tomadas de Decisão em Saúde (ECTDS) tem como objetivo avaliar conflitos de decisão do/a indivíduo acerca de determinadas tomadas de decisão em saúde num dado momento. Esta escala inclui 16 itens, respondidos numa escala de Likert de 4

pontos (0= *Concordo completamente* a 4= *Discordo completamente*) e organizados em três dimensões: (1) Conhecimento (e.g., “Conhecia os benefícios de cada opção”); (2) Decisão (e.g., “Espero manter a minha decisão”) e (3) Suporte (e.g., “Tive apoio suficiente dos outros para fazer uma escolha”).

A versão portuguesa da ECTDS apresenta boas qualidades psicométricas, apresentando uma alta consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = .94), sendo considerado um instrumento promissor para avaliar conflitos de tomada de decisão em saúde. Na nossa amostra, os valores de alfa de Cronbach variam de .80 (subescala Suporte) a .95 (subescala Conhecimento).

***Subescala de Ansiedade do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*** (Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snalth, 1983)

A Subescala de Ansiedade da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) foi utilizada no presente estudo com objetivo de avaliar a sintomatologia ansiosa da participante nos últimos sete dias. A subescala de Ansiedade da HADS é constituída por 7 itens, cada um com 4 opções de resposta (escala de 0 a 3) sendo que é solicitado que o sujeito selecione apenas uma. Pontuações superiores são indicadores de níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa, sendo que pontuações iguais ou superiores a 11 são indicadoras de sintomatologia ansiosa clinicamente relevante.

A versão portuguesa deste instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, apresentando uma consistência interna aceitável ( $\alpha$  de Cronbach = .76 para a ansiedade), sendo um instrumento válido para avaliar a ansiedade na população portuguesa. Na nossa amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .79.

***Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)*** (Areias et al., 1996; Cox et al., 1987; Pereira, 2008)

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) visa avaliar a presença e grau de severidade de sintomatologia depressiva nos últimos sete dias em mulheres no período pós-parto, tendo sido também utilizada, com bons indicadores psicométricos, para avaliação da sintomatologia depressiva durante a gravidez. A EPDS é composta por 10 itens, cada um com 4 opções de resposta (escala de 0 a 3). Assim, a pontuação total pode variar de 0 a 30 pontos. Pontuações superiores a nove pontos são um indicador de presença de sintomatologia clinicamente significativa (Figueiredo, 1997).

A versão portuguesa apresenta boas qualidades psicométricas, evidenciando uma alta consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = .85; Figueiredo, 1997). Na nossa amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .81.

## Análises Estatísticas

A análise estatística dos dados realizou-se com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, versão 25.0). A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra foi realizada com recurso às estatísticas descritivas (média e desvio-padrão, bem como frequências absolutas e relativas). Com vista a caracterização da história clínica das mulheres (primeiro objetivo do estudo), recorreu-se à estatística descritiva (frequências absolutas e relativas). No âmbito da caracterização da amostra e do primeiro objetivo do estudo, com vista a examinar as diferenças entre os grupos (mulheres Em tratamento vs. mulheres Sem tratamento) realizou-se o teste Qui-quadrado e o teste *t* de Student para amostras independentes, respetivamente para comparação de variáveis categoriais e contínuas.

Relativamente ao segundo objetivo, que consistiu em caracterizar as opções de tratamento apenas do grupo de mulheres em tratamento, todas as análises efetuadas foram realizadas apenas com este grupo de participantes. No âmbito da caracterização das opções de tratamento deste grupo, procedeu-se ao cálculo das estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativas).

No terceiro objetivo, procurou-se caracterizar as variáveis de decisão de ambos os grupos em relação às opções de tratamento. Para tal, realizaram-se testes Qui-quadrado e testes *t* de Student para amostras independentes para comparar, respetivamente, as variáveis categoriais e contínuas em estudo (opção preferencial, apoio do médico e do parceiro e indiferença ao estigma). O tamanho do efeito foi calculado através do cálculo do *d* de Cohen, sendo interpretado como pequeno ( $0.20 \leq d \leq 0.49$ ), médio ( $0.50 \leq d \leq 0.79$ ) e grande ( $d \geq 0.80$ ) (Cohen, 1992). Relativamente às diferentes dimensões que constituem a escala de conflito decisional, realizou-se uma análise multivariada da variância (MANOVA) no sentido de compreender se existem diferenças nestas dimensões nos dois grupos de mulheres. O tamanho do efeito foi interpretado como pequeno ( $0.02 < \eta^2 < 0.13$ ), médio ( $0.13 < \eta^2 < 0.26$ ) e grande ( $\eta^2 > 0.26$ ) (Espírito-Santo et al., 2018).

Relativamente ao quarto objetivo, pretenderam-se examinar as variáveis associadas ao conflito decisional. Para isso, num primeiro momento, foram calculados coeficientes de correlação de Pearson para examinar as associações entre o conflito decisional e as variáveis em estudo. As variáveis categoriais foram recategorizadas (variáveis dummy). A magnitude do efeito

destas correlações pode ser interpretada como baixa ( $r < 0.30$ ), moderada ( $0.30 < r < 0.50$ ) ou alta ( $r > 0.50$ ) (Cohen, 1992).

De seguida foi realizada uma análise de regressão linear hierárquica para identificar as variáveis preditoras do conflito decisional, tendo em consideração as variáveis que anteriormente se associaram de forma significativa com o conflito decisional. No modelo de regressão hierárquica, as variáveis foram introduzidas por blocos, de forma a identificar o seu contributo específico para a variância explicada do modelo. O tamanho do efeito pode ser classificado como baixo ( $0.02 < f^2 < 0.15$ ), moderado ( $0.15 < f^2 < 0.35$ ) ou alto ( $f^2 \geq 0.35$ ) (Cohen, 1992).

## Resultados

### História Clínica das Mulheres com Sintomas Clinicamente Relevantes no Período Perinatal: Amostra Total e Caracterização por Grupo (Em tratamento vs. Sem tratamento)

Considerando a amostra total ( $N = 421$ ) de mulheres, 84 mulheres (20.0%) encontravam-se a receber tratamento psicológico e/ou psiquiátrico (grupo Em tratamento) e 337 (80.0%) mulheres não estavam a receber tratamento, apesar de apresentarem sintomatologia clinicamente relevante (grupo Sem tratamento). Apesar disso, apenas pouco mais de metade das mulheres da amostra total ( $n = 232$ , 55.1%) reportaram que tinham algum problema psicológico ou doença mental, sendo que, destas, 149 (44.2%) não se encontravam a receber tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Considerando apenas as 337 mulheres que não se encontravam a receber tratamento, 206 mulheres (61.1%) apresentavam sintomatologia depressiva ou ansiosa clinicamente relevante e 131 mulheres (38.9%) apresentavam comorbilidade clinicamente relevante.

Considerando apenas as mulheres que reportaram ter ou ter tido história de psicopatologia ( $n = 232$ ), verificou-se que algumas mulheres já apresentavam história psicopatológica prévia à gravidez, em ambos os grupos. Relativamente ao período perinatal, a fase em que se observaram uma maior incidência da sintomatologia foi no período dos 0 aos 6 meses após o parto (ver Tabela 2).

**Tabela 2**

*História Clínica das Mulheres que Reportaram Presença de Problemas Psicológicos: Período de Início da Sintomatologia*

	Antes da Gravidez	Gravidez: 1º Trimestre	Gravidez: 2º Trimestre	Gravidez: 3º Trimestre	0 a 6 Meses após o Parto	7 a 12 Meses após o Parto	Não Aplicável
<b>Em Tratamento</b>							
<b>Depressão</b>	30 (46.9%)	5 (7.8%)	2 (3.1%)	4 (6.3%)	11 (17.2%)	4 (6.3%)	8 (12.5%)
<b>Ansiedade</b>	23 (34.9%)	7 (10.6%)	4 (6.1%)	8 (12.1%)	13 (19.7%)	7 (10.6%)	4 (6.1%)

	Antes da Gravidez	Gravidez: 1º Trimestre	Gravidez: 2º Trimestre	Gravidez: 3º Trimestre	0 a 6 Meses após o Parto	7 a 12 Meses após o Parto	Não Aplicável
<b>Sem Tratamento</b>							
<b>Depressão</b>	52 (49.5%)	0 (0%)	4 (3.8%)	2 (1.9%)	22 (21%)	9 (8.6%)	16 (15.2%)
<b>Ansiedade</b>	36 (31%)	9 (7.8%)	5 (4.3%)	17 (14.7%)	27 (23.3%)	10 (8.6%)	12 (10.3%)

Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos relativamente à história clínica de sintomatologia depressiva,  $\chi^2_{(7)} = 11.25$ ,  $p = .128$ , e ansiosa,  $\chi^2_{(7)} = 3.752$ ,  $p = .808$ .

## Tratamento para Problemas de Saúde Mental das Mulheres no Período Perinatal: Opções de Tratamento

Das 84 mulheres que se encontravam a receber tratamento, 38 mulheres (45.2%) encontravam-se a receber tratamento psicológico, 28 mulheres (33.3%) tratamento farmacológico e 18 mulheres (21.5%) estavam a receber tratamento combinado.

Como observável na Tabela 3, algumas mulheres reportaram o início do tratamento, tanto psicológico como farmacológico, no período anterior à gravidez. Já no período perinatal, verificou-se uma maior percentagem de mulheres a indicar o período dos 0 a 6 meses após o parto como o período que iniciaram o tratamento (ver Tabela 3).

**Tabela 3**

*Mulheres a Receber Tratamento Psicológico tendo em Consideração o Período de Início do Tratamento*

	Antes da Gravidez	Gravidez: 1º Trimestre	Gravidez: 2º Trimestre	Gravidez: 3º Trimestre	0 a 6 Meses após o Parto	7 a 12 Meses após o Parto
<b>Tratamento Psicológico</b>						
	35 (62.5%)	11 (19.6%)	15 (26.8%)	11 (19.6%)	18 (32.1%)	4 (7.1%)
<b>Tratamento Farmacológico</b>						
	39 (86.7%)	24 (53.3%)	22 (48.9%)	19 (42.2%)	15 (33.3%)	4 (8.9%)

Das 46 mulheres que se encontravam a receber tratamento farmacológico (isoladamente ou de forma combinada com acompanhamento psicológico), verificou-se que os antidepressivos mais frequentemente utilizados foram a Sertralina ( $n = 24$  mulheres, 52.2%) e o Escitalopram ( $n = 11$  mulheres, 23.9%). Destas 46 mulheres, 30 mulheres (65.2%) reportaram ter recebido ou estar a receber tratamento farmacológico no período da gravidez e 16 (34.8%) durante a gravidez e pós-parto. Destas 16 mulheres que tomaram medicação no pós-parto (estando a amamentar), 3 (18.5%) referiram que tiravam o leite à bomba enquanto faziam medicação, 5 (31.3%) reportaram que a amamentação era compatível com a medicação, 5 (31.3%) relataram que continuavam a amamentar independentemente do tipo de medicamento, 2 (12.5%) adaptaram o horário da amamentação de acordo com o horário da toma da medicação, e 1 (2.2%) parou de amamentar por causa da toma da medicação.

Das 84 mulheres que se encontravam a receber tratamento, 71 (84.5%) reportaram ter recebido a sua opção de tratamento preferencial, sendo que isso se verificou para as três opções de tratamento disponíveis: tratamento farmacológico ( $n = 30$ , 78.9%), tratamento psicológico ( $n = 24$ , 85.7%) e tratamento combinado ( $n = 17$ , 94.4%). Não se verificaram diferenças significativas na proporção de mulheres cuja opção de tratamento selecionada foi a opção preferencial, em função da opção de tratamento escolhida,  $\chi^2_{(2)} = 2.29$ ,  $p = .32$ .

## Processo de Tomada de Decisão das Mulheres em Relação às Opções de Tratamento para Problemas de Saúde Mental no Período Perinatal: Comparação das Mulheres Em Tratamento e das Mulheres Sem Tratamento

Relativamente aos agentes envolvidos na tomada de decisão (mulher, médico e parceiro), observaram-se diferenças significativas entre os grupos (ver Tabela 4), com as mulheres em tratamento a relatarem em maior proporção que a decisão acerca da opção de tratamento a adotada foi tomada por si e pelo seu médico comparativamente às mulheres sem tratamento; não foram encontradas diferenças significativas relativamente à perceção de envolvimento do parceiro.

**Tabela 4***Participantes na Tomada de Decisão*

	Em Tratamento <i>n</i> = 84	Sem Tratamento <i>n</i> = 337	$\chi^2$
<b>Mulher</b>	74 (88.1%)	263 (78%)	4.26*
<b>Médico</b>	59 (70.2%)	194 (57.6%)	4.50*
<b>Parceiro</b>	34 (40.5%)	154 (45.7%)	0.74

**\**p* < .05.**

Adicionalmente, foram observadas diferenças marginalmente significativas na percepção das mulheres acerca de quanto a sua opção preferencial foi/seria tomada em consideração no processo de decisão sobre as opções de tratamento: o grupo em tratamento apresentou uma tendência marginalmente significativa para considerar que as suas preferências foram tidas mais em consideração na seleção da opção de tratamento,  $M = 8.36$ ,  $DP = 2.413$ , do que o grupo sem tratamento,  $M = 7.79$ ,  $DP = 2.67$ ;  $t_{(138,241)} = -1.90$ ,  $p = .06$ ,  $d = 0.22$ .

As estatísticas descritivas dos grupos em relação às variáveis percepção de apoio do médico e do parceiro na decisão, indiferença ao estigma e conflito decisional (dimensões) são apresentadas na Tabela 5. Não foram observadas diferenças significativas na percepção do apoio do médico, ou do parceiro, em função do grupo (Em tratamento vs. Sem tratamento).

No que diz respeito à variável indiferença ao estigma, observaram-se diferenças marginalmente significativas, com as mulheres que estavam a receber tratamento a reportarem uma maior indiferença ao estigma comparativamente ao grupo de mulheres sem tratamento. Adicionalmente, verificou-se um efeito multivariado significativo nas dimensões do conflito decisional, em função do grupo, Wilk's Lambda = 0.97;  $F_{(3, 417)} = 4.01$ ,  $p = .008$ ,  $\eta^2 = 0.03$ . Os testes univariados subsequentes identificaram diferenças significativas nas três dimensões que constituem a escala de conflito decisional, com as mulheres que estavam a receber tratamento a apresentarem níveis mais baixos de conflito decisional comparativamente ao grupo de mulheres sem tratamento, particularmente na dimensão suporte na tomada de decisão. Relativamente ao valor total da escala de conflito decisional observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo em tratamento,  $M = 0.87$ ,  $DP = 0.73$  e sem tratamento,  $M = 1.11$ ,  $DP = 0.69$  com as mulheres sem tratamento a apresentarem um maior grau de conflito decisional,  $t_{(419)} = 2.80$ ,  $p = .005$ ,  $d = 0.34$ .

**Tabela 5**

*Variáveis de Apoio à Decisão, Indiferença ao Estigma e Conflito Decisional nas Mulheres em Tratamento e sem Tratamento*

	Em Tratamento (n = 84) <i>M (DP)</i>	Sem Tratamento (n = 337) <i>M (DP)</i>	t/F	d/ $\eta^2$
<b>Indiferença ao Estigma</b>	3.28 (0.71)	3.08 (0.87)	-1.91†	0.25
<b>Suporte do Médico</b>	2.11 (0.76)	2.10 (0.63)	-0.14	0.02
<b>Suporte do Parceiro</b>	1.90 (0.62)	1.83 (0.48)	-0.97	0.13
<b>Escala Conflito Decisional</b>				
<b>Conhecimento</b>	0.79 (0.77)	0.97 (0.81)	3.48†	0.01
<b>Decisão</b>	0.96 (0.81)	1.22 (0.71)	8.32**	0.02
<b>Suporte</b>	0.88 (0.81)	1.22 (0.82)	10.95***	0.03

†  $p < .10$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

## Preditores do Conflito Decisional das Mulheres acerca das Opções de Tratamento para Problemas de Saúde Mental no Período Perinatal

Na Tabela 6 são apresentadas as análises de correlação entre as principais variáveis sociodemográficas e clínicas, a sintomatologia ansiosa e depressiva, a pertença ao grupo (Em tratamento vs. Sem tratamento), a indiferença ao estigma, a percepção de apoio do médico e do parceiro, e os níveis de conflito decisional das mulheres (amostra total:  $M = 1.06$ ,  $DP = 0.70$ ). Verificou-se uma correlação negativa entre a variável conflito decisional e a variável grupo (correlação baixa), indiferença ao estigma (correlação moderada), suporte do médico e do parceiro (correlação moderada), sugerindo que as participantes do grupo sem tratamento, com menor indiferença ao estigma e com menor percepção de apoio por parte do médico e do parceiro apresentavam níveis mais elevados de conflito decisional. Por outro lado, verificou-se uma correlação positiva entre as variáveis sintomatologia depressiva (correlação moderada), sintomatologia ansiosa (correlação baixa) e conflito decisional, sugerindo que as mulheres com

níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva apresentavam níveis mais elevados de conflito decisional.

**Tabela 6**

*Correlações com Conflito Decisional*

Variáveis	Conflito Decisional <i>R</i>
<b>Idade</b>	.024
<b>Área de Residência</b> (0 = rural, 1 = urbana)	.012
<b>Habilitações Literárias</b>	-.046
<b>Profissional da Área da Saúde</b> (0 = Não, 1 = Sim)	-.063
<b>Histórico de Tratamento Prévio</b> (0 = Não, 1 = Sim)	-.033
<b>Fase do Período Perinatal</b> (0 = pós-parto, 1 = grávida)	-.038
<b>Sintomatologia Ansiosa (HADS)</b>	.206***
<b>Sintomatologia Depressiva (EPDS)</b>	.354***
<b>Grupo</b> (0 = Sem tratamento, 1 = Em tratamento)	-.135**
<b>Indiferença ao Estigma</b>	-.310***
<b>Suporte do Médico</b>	-.420***
<b>Suporte do Parceiro</b>	-.360***

\*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Tendo em consideração as variáveis que se associaram de forma significativa nas análises preliminares de correlação, foi testado um modelo de regressão hierárquica para identificar os principais preditores do conflito decisional. O modelo final é apresentado na Tabela 7. No primeiro passo do modelo de regressão, foram introduzidas as variáveis sintomatologia depressiva e ansiosa, as quais contribuíram para explicar 13.2% da variância do conflito decisional, com a sintomatologia depressiva a associar-se positiva e significativamente a níveis mais elevados de conflito decisional. No segundo passo do modelo, introduziu-se a variável grupo, a qual explica 0.8% da variância do conflito decisional, estando esta variável negativa e significativamente associado a níveis mais elevados de conflito decisional, ou seja, mulheres que não se encontravam a receber tratamento apresentavam níveis mais elevados de conflito decisional. No terceiro passo do modelo, introduziram-se as variáveis relacionadas com a tomada de decisão, as quais explicam 17.9% da variância da variável conflito decisional, com todas as variáveis a associarem-se negativa e significativamente a níveis mais elevados de conflito decisional. O modelo final explicativo revelou-se significativo,  $F_{(6, 404)} = 31.52$ ,  $p < .001$ , explicando um total de 31.9% da variância.

**Tabela 7***Análises de Regressão Linear Múltipla Hierárquica*

Variáveis	B (SE)	B	t	p	Fchange	R <sup>2</sup> change	f <sup>2</sup>
Sintomatologia Depressiva (EPDS)	.036 (.009)	.215	3.86	<.001	31.125, p < .001	.132	.15
Sintomatologia Ansiosa (HADS)	.002 (.009)	.009	.17	.869			
Grupo	-.155 (.075)	-.086	-2.06	.040	3.742, p = .054	.008	.01
Indiferença ao estigma	-.085 (.038)	-.101	-2.23	.026			
Suporte do Médico	-.334 (.047)	-.310	-7.11	<.001	35.299 p < .001	.179	.218
Suporte do Parceiro	-.243 (.063)	-.175	-3.85	<.001			

## Discussão

---

O presente estudo contribuiu para uma melhor compreensão sobre o processo de tomada de decisão das mulheres sobre opções de tratamento para perturbações emocionais no período perinatal, tendo como principais resultados: (1) uma proporção elevada de mulheres, apesar de apresentarem sintomatologia clinicamente relevante, não procura ajuda formal para problemas de saúde mental; (2) as mulheres em tratamento tendem a considerar em maior proporção que as suas preferências foram tidas em consideração, tendo a decisão da opção de tratamento sido tomada por si e pelo seu médico, comparativamente ao grupo de mulheres sem tratamento; (3) mulheres que não estão a receber tratamento, que apresentam maiores níveis de estigma, com menor perceção de apoio do médico e do parceiro e que apresentam maiores níveis de sintomatologia (depressiva e/ou ansiosa) tendem a apresentar níveis mais elevados de conflito decisional.

Consistente com estudos anteriores (Binford et al., 2020; Fonseca et al., 2015; Kingston et al., 2014; Ride & Lancsar, 2016), os resultados do presente estudo sugerem que um elevado número de mulheres com sintomatologia depressiva/ansiosa clinicamente relevante não procura ajuda profissional para os seus problemas de saúde mental no período perinatal, o que se pode traduzir a longo prazo em consequências negativas tanto para si, como para o bebé (Johnson et al., 2021; Smith-Nielsen et al., 2021) e para a sua família (Gurung et al., 2018; Simhi et al., 2019). No entanto, um número considerável de mulheres que não se encontra a receber tratamento não reporta ter ou ter tido problemas de saúde mental. Coloca-se a hipótese que este resultado estar relacionado com a barreiras de conhecimento como defendido por Fonseca e colaboradores (2015) e Lupattelli e colaboradores (2018), pois a escassa literacia de saúde mental pode contribuir para que as mulheres não identifiquem a presença da sintomatologia depressiva e/ou ansiosa (Bayrampour et al., 2017; Button et al., 2017; Savory et al., 2022). A par da escassa literacia, hipotetiza-se que as lacunas existentes nos procedimentos de rastreio possam contribuir para este resultado, uma vez que se verifica que não existe uma implementação destes procedimentos a nível nacional (Fonseca & Canavarro, 2017), dificultando a precoce identificação dos sintomas por parte destas mulheres. Além disso, a literatura tem apontado outras barreiras à procura de ajuda profissional, nomeadamente barreiras atitudinais, como o estigma associado à doença mental e à procura de ajuda (O'Mahen & Flynn, 2008). Os resultados do nosso estudo sugerem que as mulheres que não se encontram a receber tratamento apresentam tendencialmente maiores níveis de estigma, resultado

congruente com estudos anteriores (Button et al., 2017; Goodman, 2009; Silva et al., 2018). Uma possível explicação para este resultado passa por as mulheres com maiores níveis de estigma se sentirem “más mães” e/ou terem receio de serem avaliadas pelos outros como tal, caso procurem ajuda (Moore et al., 2016). Adicionalmente, os resultados do nosso estudo sugerem que mulheres com menores habilitações literárias e mulheres grávidas parecem ter um padrão de menor procura de ajuda formal, resultados também encontrados noutra estudo (Fonseca et al., 2015). Uma possível explicação para que as mulheres com mais habilitações procurem ajuda profissional passa pelo resultado observado no estudo de Sayakhot e Carolan-Olah (2016), no qual se verificou que mulheres com maiores habilitações literárias tendiam a procurar mais informação sobre a gravidez na *internet* bem como a procurarem ajuda profissional, colocando a hipótese de estas se encontrarem mais informadas acerca da possibilidade de existência de problemas psicológicos no período perinatal e dos sintomas característicos, mas também sobre as opções de tratamento disponíveis, permitindo-lhes mais facilmente identificar a quem recorrer. Relativamente às mulheres que se encontram no período de gravidez não procurarem ajuda formal, coloca-se a hipótese que tal aconteça devido às crenças relacionadas com cada opção de tratamento. Segundo a literatura, parece existir um maior grau de incerteza por parte da mulher acerca de quais os benefícios/riscos associados à medicação para o feto (Barker et al., 2020). Também o estigma em relação à adoção do tratamento farmacológico (Battle et al., 2013; Hippman & Balneaves, 2018) e, como referido anteriormente, ao tratamento psicológico (Battle et al., 2013; Moore et al., 2016) parece ser uma barreira à procura de ajuda formal.

Relativamente às mulheres que se encontram a fazer tratamento, observou-se que uma grande proporção das mulheres estava a receber a sua opção preferencial de tratamento, sendo que a maioria se encontra a realizar tratamento psicológico. Este resultado não é congruente com o estudo de Campagne (2019) uma vez que este observou que o tratamento farmacológico era a opção de tratamento mais adotada para o tratamento de depressão e ansiedade perinatal, apesar de o tratamento psicológico parecer ser a opção preferencial das mulheres (Arch, 2014; Battle et al., 2013; Kim et al., 2011). Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que as opções das mulheres foram tidas em consideração no processo de tomada de decisão acerca das opções de tratamento a adotar. No entanto, pelo facto de se tratar de uma amostra auto-selecionada (apenas as mulheres que se interessaram pelo estudo responderam), é possível que estes resultados não sejam inteiramente representativos da realidade portuguesa em termos da opção de tratamento mais frequente. No presente estudo observou-se que as mulheres que se encontram a amamentar não tendem a interromper a medicação, ao contrário do que se observou num estudo anterior (Kothari et al., 2019). Ambos os resultados podem estar associados ao facto de as mulheres que se encontram a realizar tratamento considerarem que

a decisão acerca da opção de tratamento a adotar foi tomada por si e pelo seu médico, o que sugere que podem ter discutido com o profissional de saúde as implicações da medicação na amamentação, sentindo-se mais informadas e seguras acerca da opção escolhida. Na verdade, em estudos anteriores (Hippman & Balneaves, 2018; Patel & Wisner, 2011) observou-se que a existência de uma decisão colaborativa se revelava um aspeto importante para as mulheres; inclusivamente Dimidjian e Goodman (2014) verificaram que contribuiu para uma maior adesão ao tratamento. No entanto nem sempre existe esta colaboração, dado que Byatt e colaboradores (2013) verificaram que as mulheres percecionavam não ter o apoio do seu médico, o que consequentemente contribuía para não envolverem nos tratamentos (e.g., suspensão da medicação).

No presente estudo observou-se que, as mulheres que não se encontravam a realizar tratamento, que apresentavam maiores níveis de estigma, com uma menor perceção de apoio do médico e do parceiro, que apresentavam níveis mais elevados de sintomatologia (depressiva e/ou ansiosa) tendiam a apresentar maiores níveis de conflito decisional. Destas variáveis, observou-se que as variáveis de tomada de decisão explicam uma maior percentagem da variância do conflito decisional. Estes resultados para além de irem ao encontro de estudos anteriores, também se revelam inovadores, no sentido de contribuírem para uma melhor compreensão da complexidade do processo de tomada de decisão das mulheres, aspeto pouco estudado na literatura, dado o nosso conhecimento. Hipotetiza-se que mulheres com menor indiferença ao estigma, tenham dificuldade em comunicar com os outros em relação aos desafios com que se depararam no período perinatal, acabando consequentemente por não se envolverem em nenhum tratamento. Segundo a literatura o estigma revela ser uma barreira ao pedido de ajuda (Button et al., 2017; Silva et al., 2018), e a perceção de apoio do médico (Hippman & Balneaves, 2018) bem como do parceiro (Fonseca & Canavarro, 2017) tem um papel importante na procura de ajuda formal. Binford e colaboradores (2020) observaram que mulheres em que a tomada de decisão era colaborativa apresentavam menor conflito decisional. As mulheres ao terem a perceção que o parceiro e o seu médico não as vai apoiar acabam por apresentar maior conflito decisional. Relativamente a mulheres com maiores níveis de sintomatologia parecerem apresentar maiores níveis de conflito decisional, também Battle e colaboradores (2013) observaram este resultado no seu estudo, o que pode ser explicado por a própria sintomatologia poder se revelar uma barreira à procura de ajuda formal. Estes resultados sugerem a importância de se atender aos fatores que podem aumentar o conflito decisional das mulheres quando se delineiam intervenções nesta área.

## Limitações do Estudo

Apesar da relevância dos resultados no presente estudo, este apresenta algumas limitações que são importantes ter em consideração aquando a interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, o método de recrutamento, uma vez que a presente amostra foi auto-selecionada (isto é, só as participantes que efetivamente apresentaram interesse pelo estudo participaram no mesmo), podendo comprometer a representatividade dos resultados da população perinatal. Também o facto de a amostra ser composta na sua maioria por mulheres casadas/unidas de facto, a residir no meio urbano e com habilitações literárias elevadas (ensino superior) pode não ser totalmente representativo das mulheres portuguesas.

Em segundo lugar, a natureza transversal do estudo apenas permite ter conhecimento daquela fase em específico do período perinatal em que a mulher se encontra, não conseguindo avaliar a variabilidade e as especificidades do processo de tomada de decisão ao longo do período perinatal. Em terceiro lugar, o facto de todas as variáveis terem sido avaliadas apenas através de questionários de auto-resposta pode também ter limitado o conhecimento sobre algumas especificidades do processo de tomada de decisão.

## Implicações para a Prática

Por fim, os resultados do presente estudo permitem refletir sobre a importância de compreender melhor o processo de tomada de decisão das mulheres e de implementar estratégias de sensibilização sobre este tópico. As perturbações de ansiedade e humor são um problema de saúde pública, tanto devido a sua prevalência como pelas consequências nefastas (Lieb et al., 2020), revelando ser imperativo a sua identificação precoce e a adoção de tratamentos adequados (Byrnes, 2018). A identificação dos fatores que parecem contribuir para o conflito decisional das mulheres, é uma mais valia no sentido que permite que se desenvolvam esforços no sentido de se transmitir esta informação junto das mulheres, do seu parceiro e também junto dos profissionais de saúde. Uma vez que a presença de sintomatologia pode em si mesma ser uma barreira à procura de ajuda e aumentar o conflito decisional, é importante implementar procedimentos de rastreio nesta população, de forma a facilitar o processo de identificação de dificuldades, sem que tenham que ser as mulheres a tomar a iniciativa de procurar ajuda. É de extrema importância que os profissionais de saúde tomem a iniciativa de discutir as opções de tratamento com as mulheres numa ótica de risco-benefício, independentemente da fase da gravidez em que a mulher se encontra (Molenaar et al., 2018). A importância de as mulheres sentirem que a sua opção foi tida em conta e apoio do médico e

parceiro sugerem a relevância de um processo de tomada de decisão colaborativo, e partilhado entre mulher e profissional de saúde. Desenvolver ações de consciencialização, materiais de apoio à tomada de decisão tendo como objetivo disponibilizar informações sobre as opções de tratamento, procurar diminuir o estigma, e consequentemente o conflito decisional das mulheres nesta fase das suas vidas é essencial para conseguir que a prevalência deste problema de saúde pública diminua.

## Referências

---

- Arch, J. J. (2014). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: Treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. *Behaviour Research and Therapy*, *52*(1), 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.003>
- Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). 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*, *169*(1), 30–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.1.30>
- Barker, L. C., Dennis, C., Hussain-shamsy, N., Stewart, D. E., Grigoriadis, S., Metcalfe, K., Oberlander, T. F., Schram, C., Taylor, V. H., & Vigod, S. N. (2020). *Decision-making about antidepressant medication use in pregnancy : a comparison between women making the decision in the preconception period versus in pregnancy*. 1–10.
- Battle, C. L., Salisbury, A. L., Schofield, C. A., & Ortiz-Hernandez, S. (2013). Perinatal Antidepressant Use. *Journal of Psychiatric Practice*, *19*(6), 443–453. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000438183.74359.46>
- Bayrampour, H., McNeil, D. A., Benzies, K., Salmon, C., Gelb, K., & Tough, S. (2017). A qualitative inquiry on pregnant women's preferences for mental health screening. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1512-4>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *191*, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Binford, L., Morse, E., Phillippi, D., & Pardy, E. (2020). Shared Decision Making and Decisional Conflict in Women with Postpartum Depression. *DNP Scholarly Projects*, *36*. <https://repository.belmont.edu/dnpscholarlyprojects/36>
- Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2021). A blended psychological intervention for postpartum depression: acceptability and preferences in women presenting depressive symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *00*(00), 1–15. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1969350>
- Button, S., Thornton, A., Lee, S., Ayers, S., & Shakespeare, J. (2017). Seeking help for perinatal

psychological distress: A meta-synthesis of women's experiences. *British Journal of General Practice*, 67(663), e692–e699. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692549>

Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Ziedonis, D., & Pbert, L. (2013). Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals? *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 598–604. <https://doi.org/10.1016/j.genhospsych.2013.07.011>

Byrnes, L. (2018). Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *Journal for Nurse Practitioners*, 14(7), 507–513. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.03.010>

Campagne, D. M. (2019). Antidepressant use in pregnancy: are we closer to consensus? *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 189–197. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0906-2>

Carroll, M., Downes, C., Gill, A., Monahan, M., Nagle, U., Madden, D., & Higgins, A. (2018). Knowledge, confidence, skills and practices among midwives in the republic of Ireland in relation to perinatal mental health care: The mind mothers study. *Midwifery*, 64(January), 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.006>

Chow, R., Huang, E., Li, A., Li, S., Fu, S. Y., Son, J. S., & Foster, W. G. (2021). Appraisal of systematic reviews on interventions for postpartum depression: systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03496-5>

Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Cuijpers, P., Franco, P., Ciharova, M., Miguel, C., Segre, L., Quero, S., & Karyotaki, E. (2021). Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004529>

Dalke, K. B., Wenzel, A., & Kim, D. R. (2016). Depression and Anxiety During Pregnancy: Evaluating the Literature in Support of Clinical Risk-Benefit Decision-Making. *Current Psychiatry Reports*, 18(6). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0698-x>

- Dimidjian, S., & Goodman, S. H. (2014). Preferences and attitudes toward approaches to depression relapse/recurrence prevention among pregnant women. *Behaviour Research and Therapy, 54*(1), 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.008>
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(2), 134–145. <https://doi.org/10.1037/ccp0000068>
- Espírito-Santo, H., Daniel, F., & Superior Miguel Torga, I. (2018). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (3): Guia para reportar os tamanhos do efeito para análises de regressão e ANOVAs Calculating and reporting effect sizes on scientific papers (3): Guide to report regression models and ANOV. *Portuguese Journal of Behavioral and Social Research, 4*(1), 43–60. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2018.4.1.72>
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. *The Journal of Clinical Psychiatry, 80*(4). <https://doi.org/10.4088/jcp.18r12527>
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão Pós-Parto, Interação Mãe-Bebé e Desenvolvimento Infantil*. Universidade do Minho.
- Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2017). Women's intentions of informal and formal help-seeking for mental health problems during the perinatal period: The role of perceived encouragement from the partner. *Midwifery, 50*, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.001>
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery, 31*(12), 1177–1185. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.002>
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2017). Características psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental: Estudo em mulheres no período perinatal. *Psychologica, 60*(2), 65–81. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_60-2\\_4](https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_4)
- Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in

offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342(September), 154–166.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.001>

Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth*, 36(1), 60–69. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x>

Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C.-L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., Radford, K., Martinovic, J., & Ross, L. E. (2013). The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(04), e321–e341. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07968>

Grissette, B. G., Spratling, R., & Aycock, D. M. (2018). Barriers to Help-Seeking Behavior Among Women With Postpartum Depression. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 47(6), 812–819. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.09.006>

Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012–1024. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>

Gurung, B., Jackson, L. J., Monahan, M., Butterworth, R., & Roberts, T. E. (2018). Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: A systematic review of economic evaluations. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1738-9>

Hippman, C., & Balneaves, L. G. (2018). Women's decision making about antidepressant use during pregnancy: A narrative review. *Depression and Anxiety*, 35(12), 1158–1167. <https://doi.org/10.1002/da.22821>

Johnson, A., Stevenson, E., Moeller, L., & McMillian-Bohler, J. (2021). Systematic Screening for Perinatal Mood and Anxiety Disorders to Promote Onsite Mental Health Consultations: A Quality Improvement Report. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 66(4), 534–539. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13215>

Kim, D. R., Sockol, L., Barber, J. P., Moseley, M., Lamprou, L., Rickels, K., Reardon, J. P. O., & Epperson, C. N. (2011). Preliminary communication A survey of patient acceptability of

repetitive transcranial magnetic stimulation ( TMS ) during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.027>

Kingston, D., McDonald, S., Tough, S., Austin, M. P., Hegadoren, K., & Lasiuk, G. (2014). Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: A population based survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-67>

Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(5), 683–714. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>

Kittel-schneider, S., Felice, E., Buhagiar, R., Berg, M. L. Den, Wilson, C. A., Baljak, V. B., Vujovic, K. S., Medic, B., & Opankovic, A. (2022). *Treatment of Peripartum Depression with Antidepressants and Other Psychotropic Medications: A Synthesis of Clinical Practice Guidelines in Europe*.

Kothari, A., de Laat, J., Dulhunty, J. M., & Bruxner, G. (2019). Perceptions of pregnant women regarding antidepressant and anxiolytic medication use during pregnancy. *Australasian Psychiatry*, 27(2), 117–120. <https://doi.org/10.1177/1039856218810162>

Lieb, K., Reinstein, S., Xie, X., Bernstein, P. S., & Karkowsky, C. E. (2020). Adding perinatal anxiety screening to depression screening: is it worth it? *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM*, 2(2), 100099. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100099>

Luca, D. L., Margiotta, C., Staatz, C., Garlow, E., Christensen, A., & Zivin, K. (2020). Financial Toll of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders Among 2017 Births in the United States. *American Journal of Public Health*, 110(6), 888–896. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305619>

Lupattelli, A., Twigg, M. J., Zagorodnikova, K., Moretti, M. E., Drozd, M., Panchaud, A., Rieutord, A., Juraski, R. G., Odalovic, M., Kennedy, D., Rudolf, G., Juch, H., & Nordeng, H. (2018). Self-reported perinatal depressive symptoms and postnatal symptom severity after treatment with antidepressants in pregnancy: A cross-sectional study across 12 European countries using the edinburgh postnatal depression scale. *Clinical Epidemiology*, 10, 655–669. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S156210>

- Martinho, M. J. C. M., Da Silva Martins, M. M. F. P., & Angelo, M. (2013). Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: Instrumento adaptado e validado para língua portuguesa. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(3), 576–583. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300008>
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding. *Archives of Women’s Mental Health*, 9(5), 273–278. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
- Molenaar, N. M., Kamperman, A. M., Boyce, P., & Bergink, V. (2018). *Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review*. 00(0). <https://doi.org/10.1177/0004867418762057>
- Moore, D., Ayers, S., & Drey, N. (2016). A Thematic Analysis of Stigma and Disclosure for Perinatal Depression on an Online Forum. *JMIR Mental Health*, 3(2), e18. <https://doi.org/10.2196/mental.5611>
- O’Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(4), 388–406. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>
- O’Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- O’Mahen, H. A., & Flynn, H. A. (2008). Preferences and perceived barriers to treatment for depression during the perinatal period. *Journal of Women’s Health*, 17(8), 1301–1309. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0631>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Patel, S. R., & Wisner, K. L. (2011). Decision making for depression treatment during pregnancy

and the postpartum period. *Depression and Anxiety*, 28(7), 589–595.  
<https://doi.org/10.1002/da.20844>

Pereira, A. T. F. (2008). *Postpartum Depression Screening Scale - Validação para a população portuguesa*. Universidade de Coimbra.

Qiu, C., Williams, M. A., Calderon-Margalit, R., Cripe, S. M., & Sorensen, T. K. (2009). Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy. *American Journal of Hypertension*, 22(4), 397–402.  
<https://doi.org/10.1038/ajh.2008.366>

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>

Ride, J., & Lancsar, E. (2016). Women’s preferences for treatment of perinatal depression and anxiety: A discrete choice experiment. *PLoS ONE*, 11(6), 1–23.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156629>

Roca, A., Imaz, M. L., Torres, A., Plaza, A., Subirà, S., Valdés, M., Martin-Santos, R., & Garcia-Esteve, L. (2013). Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 807–813.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.040>

Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., MacDonald, J. A., Sunderland, M., Olsson, C. A., Youssef, G., & Hutchinson, D. (2020). Association between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(11), 1082–1092. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>

Savory, N. A., Hannigan, B., & Sanders, J. (2022). Women’s experience of mild to moderate mental health problems during pregnancy, and barriers to receiving support. *Midwifery*, 108, 103276. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103276>

Sayakhot, P., & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0856-5>

- Sharma, V., Khan, M., Baczynski, C., & Boate, I. (2020). Predictors of response to antidepressants in women with postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 23*(5), 613–623. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01044-w>
- Shivakumar, G., Brandon, A. R., Johnson, N. L., & Freeman, M. P. (2014). Screening to Treatment: Obstacles and Predictors in Perinatal Depression (STOP-PPD) in the Dallas Healthy Start program. *Archives of Women's Mental Health, 17*(6), 575–578. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0438-3>
- Silva, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). Why women do not seek professional help for anxiety and depression symptoms during pregnancy or throughout the postpartum period? Barriers and facilitators of the help-seeking process. *The Psychologist: Practice & Research Journal, 1*(1), 58. <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i1.17>
- Simhi, M., Sarid, O., & Cwikel, J. (2019). Preferences for mental health treatment for post-partum depression among new mothers. *Israel Journal of Health Policy Research, 8*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13584-019-0354-0>
- Smith-Nielsen, J., Egmoose, I., Wendelboe, K. I., Steinmejer, P., Lange, T., & Vaever, M. S. (2021). Can the Edinburgh Postnatal Depression Scale-3A be used to screen for anxiety? *BMC Psychology, 9*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00623-5>
- Stuart, S., & Koleva, H. (2014). Psychological treatments for perinatal depression. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology, 28*(1), 61–70. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004>
- Wand, A. P. F. (2014). Making decisions in the management of perinatal depression and anxiety. *Advances in Psychiatric Treatment, 20*(3), 175–183. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011866>
- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S., & Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry, 70*(5), 490–498. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
- World Health Organization. (2015). Thinking healthy: A manual for psychosocial management of

perinatal depression. In *World Health Organization* (Vol. 1).

Yonkers, K. A., Blackwell, K. A., Glover, J., & Forray, A. (2014). Antidepressant use in pregnant and postpartum women. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 369–392. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153626>

Zigmond, A. S., & Snath, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. scand.* [revista en Internet] 2014 [acceso 28 de noviembre de 2019]; 64(5): 361-370. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>