



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**MARTA RAQUEL PEREIRA DA SILVA**

***DIABETES COMO FACTOR POTENCIADOR DE  
DEPRESSÃO PERINATAL EM GRÁVIDAS***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA  
DOUTORA CONCEIÇÃO MILHEIRO**

**MARÇO 2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de deixar os meus mais sinceros agradecimentos a todos os intervenientes neste artigo científico, elementos sem os quais a realização deste trabalho não seria possível. Em primeiro lugar, ao meu orientador Professor Doutor José Manuel Silva, pelo seu pronto interesse no tema proposto. Em segundo lugar, agradeço a competência, interesse, disponibilidade e apoio da Dr<sup>a</sup> Conceição Milheiro, co-orientadora, assim como as suas pertinentes correcções e críticas.

Deixo ainda os meus agradecimentos ao Professor Doutor Paulo Moura, Director da Maternidade Daniel de Matos, e à Dr<sup>a</sup> Maria do Céu Almeida, Directora da Maternidade Bissaya Barreto, por todo o apoio e colaboração na realização dos inquéritos no seio das suas Maternidades.

Agradeço ainda à Dr<sup>a</sup> Bárbara Oliveiros pela sua orientação em todo o processo de análise estatística.

Por último, gostaria de deixar o meu muito obrigada a todas as grávidas participantes, que indubitavelmente, foram as pedras basilares de todo este trabalho.

# ÍNDICE

Resumo .....	1
Abstract .....	3
Lista de Abreviaturas .....	5
1. Introdução .....	6
2. Materiais e Métodos .....	12
3. Resultados .....	16
3.1. Caracterização da amostra .....	16
3.1.1. Caracterização das grávidas não diabéticas – controlo .....	16
3.1.2. Caracterização das grávidas diabéticas .....	17
3.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) .....	18
3.2.1. Verificação da existência de independência entre os valores da EPDS do grupo de grávidas diabéticas e do grupo controlo .....	18
3.2.2. Verificação da existência de independência entre os valores da EPDS do grupo de grávidas diabéticas e o tipo de diabetes .....	19
3.2.3. Verificação da existência de independência entre os valores da EPDS do grupo de grávidas diabéticas e o tempo de diagnóstico .....	21
3.2.4. Verificação da existência de independência entre os valores da EPDS do grupo de grávidas diabéticas e do grupo controlo: associação com doença crónica concomitante .....	23
4. Discussão .....	25
5. Conclusão .....	32
6. Bibliografia .....	33
Anexos .....	40

## RESUMO

**Introdução:** A depressão perinatal (DP) é definida como um episódio de depressão maior ocorrido durante a gravidez, ou até os primeiros 6 meses pós-parto, sendo uma das complicações mais frequentes neste período. Evidência científica tem sustentado a hipótese de factores neurobiológicos e ambientais de predisposição genética, bem como, stress agudo e crónico estarem implicados no seu desenvolvimento. Embora a associação entre a diabetes e a depressão esteja bem estabelecida, poucos estudos examinaram a associação entre estes dois transtornos durante o período perinatal, quando a sua etiologia poderá diferir de outros períodos da vida. O principal objectivo desta investigação é aferir se a diabetes confere maior vulnerabilidade para DP durante o período gestacional e identificar eventuais factores de risco diabetes-dependentes: tipo de diabetes, terapêutica antidiabética realizada antes *versus* durante gravidez (apenas diabetes mellitus tipo 1 e 2), tempo decorrido desde o diagnóstico e associação com outra doença crónica.

**Métodos:** Promoveu-se um estudo observacional do tipo caso-controlo que abrangeu 120 grávidas: 60 diabéticas e 60 não-diabéticas (grupo controlo), de idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, sem antecedentes psiquiátricos conhecidos, inseridas numa relação afectiva estável e numa gravidez actual sem intercorrências. Foi-lhes aplicado um questionário de autorreposta que simultaneamente integrava a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e aferia as variáveis diabetes-dependentes anteriormente referidas.

**Resultados:** O grupo de grávidas diabéticas apresenta um valor de EPDS médio de 6,95 pontos e uma prevalência de depressão perinatal na gravidez (%DP<sub>G</sub> [EPDS≥10]) de 21,67%. Em contrapartida, o grupo controlo evidencia um valor de EPDS médio de 2,92

pontos e uma %DP<sub>G</sub> de 1,67%. Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre a diabetes e outras doenças crônicas (efeito de potenciação quando combinadas), nem relativamente ao tipo de diabetes. O primeiro mês após o diagnóstico de diabetes gestacional corresponde ao período de maior vulnerabilidade para desenvolver DP.

**Conclusão:** Este estudo sugere que as grávidas diabéticas têm uma maior vulnerabilidade para desenvolver sintomas depressivos durante a gravidez, em relação às não diabéticas. Isoladamente não há evidência que a diabetes predisponha a maior vulnerabilidade, em comparação com outras doenças crônicas, no entanto, denota-se um efeito sinérgico quando associadas. Parece não haver diferenças de susceptibilidade entre a diabetes gestacional e a diabetes mellitus tipo 1. Relativamente ao tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes, os resultados sugerem que existe um período de maior vulnerabilidade (diagnóstico <1 mês), efeito que aparenta se ir diluindo com o decorrer da gravidez, sem contudo, nunca alcançar valores equivalentes às não diabéticas.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Depressão Perinatal na Gravidez; Diabetes; Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS; Associação com Doença Crónica; Vulnerabilidade para Depressão Pós-Parto.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Perinatal depression (PD) is defined as an episode of major depressive disorder occurring either during pregnancy or within the first 6 months postpartum, and is one of the most common complications in this period. Scientific evidence has supported the hypothesis of neurobiological and environmental factors of genetic predisposition, and in addition, acute and chronic stress being involved in its development. Although the association between diabetes and depression is well established, few studies have examined the association between these disorders during the perinatal period, when the aetiology of depression and diabetes may differ from other periods over the life course. The main objective of this article is to assess whether diabetes confers greater vulnerability to PD during pregnancy and to identify potential diabetes-dependent risk factors: type of diabetes, antidiabetic therapy performed before *versus* during pregnancy (only diabetes mellitus type 1 and 2), time elapsed since diagnosis and association with other chronic illness.

**Methods:** It was promoted an observational case-control study among 120 pregnant women: 60 diabetic and 60 non-diabetic (control group), aged between 20 and 40 years, with no known psychiatric history, set in a stable emotional relationship and in a non complicated current pregnancy. It was applied an auto-questionnaire that simultaneously integrated the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), while the diabetes-dependent variables mentioned above was analyzed.

**Results:** The group of diabetic pregnant women has an average EPDS value of 6.95 points and a prevalence of perinatal depression in pregnancy (%DPG [EPDS<sub>10</sub>]) of 21.67%. In contrast, the control group presents an average EPDS value of 2.92 points and a %DPG of 1.67%. No statistically significant difference was found between

diabetes and other chronic diseases (potentiating effect when combined), nor with respect to the type of diabetes. The first month after the diagnosis of gestational diabetes corresponds to the period of greatest vulnerability to develop PD.

**Conclusion:** This study suggests that diabetic pregnant women have a greater vulnerability to develop depressive symptoms during pregnancy, compared to non-diabetic. Separately there is no evidence that diabetes predisposes to greater vulnerability compared with other chronic illnesses, however, it indicates a synergistic effect when combined. It appears to not exist vulnerability differences between gestational diabetes and diabetes mellitus type 1. What concerns the elapsed time since diagnosis of diabetes, the results suggest that there is a period of enhanced vulnerability (diagnosis <1 month) , an effect that seems to go decreasing in the course of pregnancy, without, nevertheless, to reach equivalent values with non-diabetic pregnant women.

## **KEYWORDS**

Perinatal Depression during pregnancy; Diabetes; Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS; Association with Chronic Illness; Vulnerability to Postpartum Depression.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AG** – Antes da gravidez

**DG** – Diabetes gestacional

**DM 1** – Diabetes mellitus tipo 1

**DM 2** – Diabetes mellitus tipo 2

**DP** – Depressão perinatal

**%DP<sub>G</sub>** – Prevalência de depressão perinatal na gravidez

**EPDS** – Edinburgh Postnatal Depression Scale

**G** – Gravidez

**GD** – Grávidas diabéticas

**GD<sub>dc</sub>** – Grávidas diabéticas com outra doença crónica concomitante

**GD<sub>s/dc</sub>** – Grávidas diabéticas sem outra doença crónica concomitante

**GND (C)** – Grávidas não diabéticas (controlo)

**GND<sub>dc</sub>** – Grávidas não diabéticas com doença crónica associada (excepto diabetes)

**GND<sub>s/dc</sub>** – Grávidas não diabéticas sem doença crónica associada

**PPt** – Pós-parto



## I. INTRODUÇÃO

Até há cerca de duas décadas prevalecia a crença, mesmo no mundo científico, de que a gravidez era um período de realização da mulher e, como tal, de plena felicidade e protector em relação à doença mental<sup>1</sup>. Actualmente sabe-se que tal efeito protector não existe, antes pelo contrário, a gravidez e o pós-parto (PPt) são períodos muito peculiares da vida da mulher, repletos de modificações físicas e psicossociais, que em mulheres vulneráveis, podem predispor a estados depressivos, quer *de novo*, quer recorrências.<sup>2,3</sup>

A doença mental perinatal é uma complicação comum e significativa da gravidez e PPt<sup>4</sup>. De entre estes transtornos, salientam-se a depressão, a perturbação da ansiedade e a psicose pós-parto, que usualmente se manifesta como doença bipolar. A depressão perinatal (DP) e a perturbação da ansiedade são as patologias mais frequentes<sup>5</sup>.

Não existe consenso científico quanto à definição exacta de DP, havendo igualmente grande controvérsia no que concerne à sua extensão temporal em contexto pós-parto. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (DSM-V), a DP é caracterizada como um episódio de depressão major ocorrido durante a gravidez, ou até os primeiros 6 meses pós-parto. Por outro lado, pode ser definida sintomaticamente com recurso a instrumentos de rastreio, como a Edinburgh Postnatal Depression Scale, quando essa avaliação ultrapassa um dado valor-limiar. Contudo, o método mais rigoroso de diagnóstico ocorre no contexto de uma entrevista clínica, como a Entrevista Clínica Estruturada da DSM-V<sup>5</sup>. Estima-se que a prevalência de DP durante a gravidez seja de 18,4% (12,7% depressão major)<sup>5,6</sup>: 7,4% (primeiro trimestre), 12,8% (segundo trimestre) e 12,0% (terceiro trimestre)<sup>5</sup>. Os preditores que mais expressivamente têm sido associados ao desenvolvimento de depressão pós-parto são os estados emocionais negativos durante o período gestacional (isto é, depressão e

ansiedade)<sup>4,7</sup>, dados que reforçam a importância de se rastrear sistematicamente DP durante a gravidez, de forma a assinalar e seguir adequadamente as grávidas que apresentem maior vulnerabilidade/risco. No entanto, existe um limite estreito entre o normal e o patológico, sendo o diagnóstico destes quadros muitas vezes difícil para o clínico, obstetra, ou mesmo, psiquiatra<sup>8</sup>.

A evidência científica tem suportado os modelos interacionais e multifactoriais para a compreensão da DP. De um modo geral, estes modelos biopsicossociais enquadram-se no paradigma do modelo de vulnerabilidade ao stress. Com efeito, a gravidez, o parto e a maternidade são acontecimentos de vida psicossociais significativos e factores de stress neuroendócrino<sup>9,10</sup>, que envolvem transformações biológicas, psicológicas e interpessoais marcantes, pelo que devem ser vistos como factores de stress major na vida de qualquer mulher<sup>11</sup>. Pensa-se que o stress, a qualidade das relações interpessoais e os antecedentes psiquiátricos tenham um efeito directo sobre os níveis de sintomas depressivos em grávidas, enquanto as variáveis biológicas actuam muito provavelmente de forma indirecta através do seu efeito sobre a vulnerabilidade<sup>12</sup>.

*Smith et al.* (2004) demonstraram que apenas 26% dos casos de depressão na gravidez foram diagnosticados durante as visitas de prestação de cuidados de saúde pré-natal e que somente 2% foram encaminhados para tratamento<sup>13</sup>. Como tal, mais de 50% dos casos de DP neste período não foram identificados pelos profissionais de saúde. Neste âmbito, os principais motivos que são apontados para esta dificuldade de detecção, prendem-se com a falta de tempo para realizar a história clínica completa<sup>14</sup>, a falta de conhecimento sobre a área<sup>15</sup> e o desconhecimento da existência de instrumentos de rastreio<sup>16</sup>.

Por outro lado, na perspectiva da grávida, a justificação mais frequentemente apresentada para desvalorização da depressão na gravidez: sobreposição dos sintomas de depressão com alterações associadas à gravidez<sup>17</sup>, crença errónea que a gravidez protege as mulheres contra a depressão<sup>6</sup> e algumas mulheres podem também adiar o pedido de ajuda para tentarem “conformar-se” ao mito ocidental da felicidade na maternidade. As mulheres que não sentem essa “suposta” felicidade podem desenvolver sentimentos de vergonha, culpa, fracasso ou medo de serem vistas como “más mães” e estigmatizadas<sup>18</sup>.

A gravidez não está, por si só, associada a um risco aumentado de aparecimento ou recorrência de transtornos mentais, existem condições específicas que aumentam as taxas de transtornos mentais durante a gravidez<sup>2</sup>. Ao contrário do que se tem verificado com a depressão pós-parto, na depressão na gravidez verificam-se associações significativas com factores sociodemográficos e obstétricos: baixo nível socioeconómico e rendimento, desemprego, escolaridade reduzida<sup>19</sup>, paridade (quer multiparidade<sup>20</sup>, quer baixa paridade<sup>21</sup>), estado civil e ser mãe adolescente/com idade jovem<sup>22</sup>. Outras variáveis como gravidez não planeada/não desejada<sup>23</sup>, história prévia de depressão (em qualquer período da vida) e outros antecedentes psiquiátricos<sup>24</sup>, em geral, experiências negativas em gravidezes prévias (abortos espontâneos, nados mortos)<sup>25</sup> e complicações médicas durante a gravidez<sup>26</sup> também têm sido associadas a estados depressivos.

As consequências negativas da DP são vastas e significativas, ao ponto de se afirmar que “é o contexto em que ocorre e o seu impacto negativo que a torna um tema tão especial e importante”<sup>27</sup>. Existem riscos vinculados à exposição a depressão não tratada na gravidez, que se associam a sérias consequências adversas<sup>4</sup>. Por exemplo, na

gravidez, a depressão e a ansiedade estão associadas a negligência dos cuidados de saúde<sup>28</sup>, situação que cursa naturalmente com graves repercussões clínicas.

Por outro lado, ainda há alguns anos, o impacto negativo da depressão da mãe no bebé era atribuído essencialmente aos estilos parentais, contudo, à luz das novas evidências, tem-se desenvolvido a hipótese da programação fetal, que postula a influência negativa que a depressão durante a gravidez pode ter a nível da regulação a longo prazo do desenvolvimento neuroendócrino do feto. Esta interacção tenderá a torná-lo mais reactivo ao stress e mais vulnerável para perturbações cognitivas e emocionais<sup>29</sup>. Como tal, a depressão pré-natal afecta negativamente o desenvolvimento fetal e o desenlace neonatal. Neste contexto, das complicações pré-natais e perinatais implicadas incluem-se índices superiores de anormalidades placentares<sup>30</sup>, pré-eclampsia<sup>31</sup> e aborto espontâneo<sup>32</sup>, uma vez que a DP leva a alterações no eixo neuroendócrino materno e no fluxo sanguíneo uterino<sup>33</sup>. Por outro lado, há igualmente maior probabilidade de parto prematuro<sup>34</sup> e, com frequência, recém-nascidos a requererem cuidados intensivos neonatais na sequência de complicações pós-natais<sup>35</sup>. Estes recém-nascidos têm ainda maior risco de nascerem com baixo peso (<2500g) e de serem pequenos para a idade gestacional (< percentil 10)<sup>36</sup>, terem menor perímetro craniano e menores índices de APGAR<sup>37</sup>. De um vasto rol de problemas detectados ao nível da estrutura e funcionamento cerebrais dos recém-nascidos, salienta-se a maior reactividade dos sistemas nervoso autónomo, neuroendócrino e imunológico e a desregulação das respostas de stress a nível fisiológico e comportamental<sup>38</sup>.

Como exemplos de efeitos adversos a longo prazo podemos mencionar na infância: temperamento difícil<sup>39</sup>, problemas do comportamento e emocionais<sup>40</sup>, bem como deficientes competências sociais, hiperactividade, atrasos no desenvolvimento<sup>41</sup> e

problemas do sono<sup>42</sup>. Na adolescência, desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal<sup>41</sup>, depressão e ansiedade<sup>43</sup> e comportamentos delinquentes<sup>44</sup>.

Durante décadas, foram publicados centenas de artigos científicos e de livros apenas sobre a depressão pós-parto. Mais recentemente é que se voltou a reconhecer a importância da depressão na gravidez, havendo vários estudos publicados que consideram a DP como uma área prioritária e o seu rastreio uma necessidade de saúde pública<sup>45</sup>. Em países desenvolvidos, como o Reino Unido, a Austrália, o Canadá e os EUA, são já implementados programas de rastreio sistemático da DP<sup>46</sup>. De facto, no período perinatal, as mulheres contactam frequentemente com os cuidados de saúde existindo muitas oportunidades para a sua identificação, prevenção ou intervenção precoce. Ainda assim a DP continua a ser subdiagnosticada e subtratada<sup>8</sup>.

A Diabetes no período perinatal é uma condição cada vez mais comum, com consequências de saúde pública significativas<sup>47</sup>. Embora a associação entre a diabetes e a depressão esteja bem estabelecida, poucos trabalhos de investigação têm se debruçado a examinar potenciais mecanismos hipotéticos que estabeleçam a conexão entre a diabetes e a depressão no período perinatal, quando a sua etiologia pode ser diferente de outros períodos da vida<sup>47</sup>. A primeira hipótese proposta sugere que uma depressão pré-gravidez ou com incidência numa fase inicial do período gestacional poderá condicionar comportamentos que culminem numa diabetes gestacional<sup>47</sup>. De facto, a depressão está associada a uma diminuição da actividade física<sup>48</sup> e a alteração do apetite<sup>49,50</sup>, estando o padrão alimentar pré-concepção e a actividade física no início da gravidez relacionada com diabetes gestacional. Outra conexão hipotética é a função tiroideia<sup>47</sup>. No estudo de *Olivieri et al.*, verificou-se que as mulheres grávidas que desenvolveram diabetes gestacional apresentavam concentrações médias de T4 livre (avaliada às 28 semanas) significativamente inferiores às observadas em grávidas saudáveis<sup>51</sup>. *Pederson et al.*

demonstrou uma correlação negativa entre a medição antenatal da tiroxina total e livre e a média dos *scores* diagnósticos de depressão em três momentos diferentes no pós-parto<sup>52</sup>. Finalmente, a última hipótese explicativa da conexão entre a diabetes e a depressão no período perinatal baseia-se na desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal<sup>47</sup>, suportada pela associação, tanto da diabetes como da depressão, com os níveis salivares ou plasmáticos de cortisol<sup>53,54</sup> e pelo padrão elevado de cortisol durante a gravidez, seguido por uma queda rápida no período pós-natal<sup>55</sup>.

Em conclusão, o principal objectivo desta investigação é aferir se existe uma susceptibilidade aumentada para DP nas grávidas diabéticas e identificar eventuais factores de risco individuais, nomeadamente: o(s) tipo(s) específicos de diabetes, o tempo decorrido desde o diagnóstico e a terapêutica antidiabética realizada antes *versus* durante a gravidez. Pretende-se igualmente avaliar o papel da doença crónica, procurando aferir se existe um potencial sinergismo para DP quando coexistem outras doenças crónicas em associação com a diabetes durante o período gestacional.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Promoveu-se um estudo observacional do tipo caso-controlo que abrangeu 120 grávidas, integrando 60 grávidas diabéticas, utentes da consulta “Núcleo de Diabetes” que frequentaram a Maternidade Bissaya Barreto e a Maternidade Daniel de Matos, em Coimbra, durante o período de 3 a 10 de Fevereiro de 2015. Para o grupo controlo, recrutámos 60 grávidas não-diabéticas, utentes da consulta de Saúde Materna do Centro de Saúde Norton de Matos e das supra-referidas maternidades, no período de 3 a 17 de Fevereiro de 2015.

Para o efeito, foi obtida a necessária autorização dos órgãos da direcção clínica das referidas instituições (ANEXO I e II). Antes de iniciarem a sua colaboração, todas as participantes foram informadas dos objectivos e metodologias do estudo e assinaram um termo de consentimento informado de forma livre e esclarecida (ANEXO III e IV).

Quanto à amostra, procedeu-se à integração de qualquer grávida neste estudo, independentemente da sua idade gestacional e tipo de diabetes (grupo de grávidas diabéticas). A diabetes gestacional (DG) é definida como uma intolerância à glicose com início ou primeiro reconhecimento durante a gravidez. Adicionalmente à DG, foram também admitidas grávidas com diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) e os casos de diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) de início precoce. A selecção das amostras de grávidas foi do tipo aleatório, com restrição das participantes atendendo aos seguintes critérios: idade compreendida entre os 20 e os 40 anos, inclusivé (excluindo os extremos etários, que estão muitas vezes associados a condições indutoras de stress: gravidez de risco, mães jovens, intercorrências obstétricas graves, risco de alterações cromossómicas associadas à idade materna avançada, entre outras); ausência de antecedentes psiquiátricos conhecidos (uma vez que, segundo a literatura, existe uma maior

vulnerabilidade para se desenvolver DP nestas grávidas<sup>24</sup>); gravidez actual sem intercorrências obstétricas até à data do preenchimento do inquérito (de forma a se tentar minimizar a influência deste tipo de situações geradoras de stress transitório, não atribuíveis à diabetes); situação afectiva estável (casamento/união de facto/namoro, com o apoio do companheiro e pai da futura criança).

Foram elaborados dois questionários de autorresposta (ANEXO V e VI), dirigidos, respectivamente, ao grupo controlo e ao grupo em estudo (grávidas diabéticas). Ambos os questionários apresentam um traçado/desenho idêntico, composto por duas partes. A primeira, no grupo de grávidas diabéticas, interroga sobre as principais variáveis diabetes-dependentes que nos propusemos estudar neste trabalho, nomeadamente - tipo de diabetes, terapêutica antidiabética realizada antes e durante a gravidez (apenas para grávidas com DM 1 e DM 2) e o tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes - bem como, a existência de outra doença crónica concomitante. No grupo controlo, a única informação que é requerida prende-se com a existência ou não de uma doença crónica.

Relativamente à variável 'tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes', definiram-se dois grandes períodos: diagnóstico anterior à gravidez (AG, subdividido nos seguintes intervalos – inferior a 1 ano, entre 1 a 5 anos, superior a 5 anos) e diagnóstico feito durante a gravidez (G, seccionado nos seguintes intervalos – inferior a 1 mês, entre 1 a 3 meses, superior a 3 meses).

A segunda parte é comum a ambos os grupos, e é representada pela Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)<sup>56</sup>. De facto, o diagnóstico rigoroso de DP apenas pode ser obtido após uma entrevista clínica, quando a grávida/puérpera reúne os critérios de diagnóstico para depressão major estabelecidos no DSM-V<sup>10</sup>. No entanto, inúmeros instrumentos de rastreio foram desenvolvidos para identificar mulheres com



elevado risco de DP. A EPDS foi o primeiro instrumento especificamente construído e validado para a gravidez<sup>56</sup>, em 1987, tendo já sido traduzida e validada em muitos países, incluindo Portugal<sup>57</sup> (estudo de validação conduzido por *Areias et al.*, em 1996). Esta constitui o instrumento de rastreio de DP mais vulgarmente utilizado no período pós-parto<sup>12,58</sup>, sendo contudo, também recomendado para avaliações em contexto pré-natal.

A EPDS é constituída por 10 itens de autorresposta, que descrevem, em frases curtas e simples, sintomas depressivos comuns: incapacidade de rir, incapacidade de perspectivar o futuro com esperança, auto-culpabilização, sentimentos de ansiedade e preocupação, sentimentos de medo e pânico, sentimento de que as situações estão a ultrapassar a capacidade de lidar com elas, sentimentos de tristeza, choro fácil, dificuldade em dormir devido a sentimentos de tristeza e pensamentos de ideação suicida. Para cada um destes itens, a grávida deve escolher a resposta que melhor descreve o modo como se sentiu nos últimos sete dias, assinalando uma das quatro opções de resposta.

O estudo de validação portuguesa da EPDS<sup>57</sup> foi levado a cabo com 54 primíparas recrutadas em duas maternidades da cidade do Porto. Foram entrevistadas com a SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, *Endicott & Spitzer*, 1978) no 12º mês do pós-parto. O ponto de corte de 10 foi considerado o mais adequado, resultando em sensibilidade de 65%, especificidade de 96%, valor preditivo positivo de 91% e valor preditivo negativo de 82%.

O inquérito foi preenchido autonomamente pela grávida (autorresposta), de forma anónima e confidencial, não havendo qualquer vínculo entre o respectivo inquérito e a grávida inquirida, em todo o processo da investigação. Após a colheita de dados, foi atribuído um código a cada inquérito, para posterior consulta, se necessário, de modo a

garantir a reprodutibilidade, sem comprometer o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Importa salientar que foram alvo de exclusão do presente estudo todas as grávidas que não completaram na totalidade o inquérito, especialmente os 10 itens correspondentes à EPDS, ou cujas respostas eram ambíguas, contraditórias ou ilegíveis. No que se refere ao item em aberto (*questão 4.*, inquérito GD; *questão 1.*, inquérito GND(C), ANEXO V e VI), de nomeação da doença crónica, quando presente, foram excluídos todos os inquéritos cuja patologia nomeada não correspondia a uma doença de características crónicas. Com efeito, no âmbito deste estudo a referida questão não tem qualquer valor estatístico, servindo apenas para validar a declaração de doença crónica pela grávida inquirida, de forma a reduzir viéses na medição das variáveis.

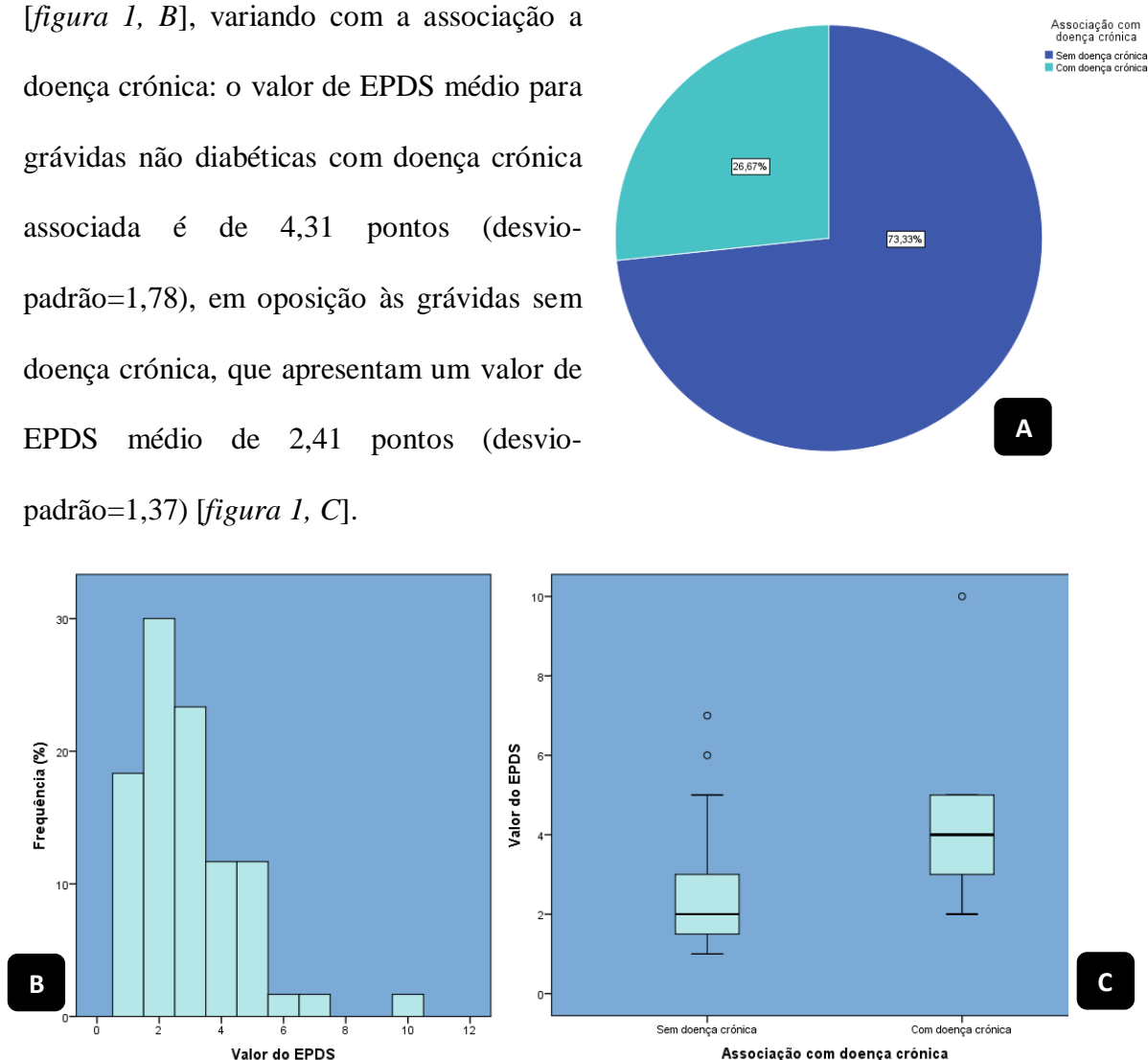
A análise estatística foi realizada no programa SPSS<sup>®</sup> (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para Microsoft Windows<sup>®</sup>. Realizaram-se análises descritivas, análises univariadas, bivariadas e múltiplas. O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi aplicado para comparar variáveis quantitativas relativamente a 2 grupos e utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis sempre que se compararam 3 ou mais grupos, em simultâneo. Para o cálculo da prevalência de depressão perinatal na gravidez - %DP<sub>G</sub> - com base na EPDS, foi aplicado o ponto de corte de 10 pontos, conforme recomenda o estudo de validação portuguesa da EPDS<sup>56</sup>. Todos os testes estatísticos foram ponderados ao nível de significância de 0,05.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Caracterização da Amostra

##### 3.1.1. Caracterização das grávidas não diabéticas – controlo

Na amostra de grávidas não diabéticas (GND) verificamos que 26,67% destas mulheres apresenta concomitantemente uma doença crónica (excepto diabetes) [figura 1, A]. O valor de EPDS médio (geral) é de 2,92 pontos (desvio-padrão=1,70) [figura 1, B], variando com a associação a doença crónica: o valor de EPDS médio para grávidas não diabéticas com doença crónica associada é de 4,31 pontos (desvio-padrão=1,78), em oposição às grávidas sem doença crónica, que apresentam um valor de EPDS médio de 2,41 pontos (desvio-padrão=1,37) [figura 1, C].

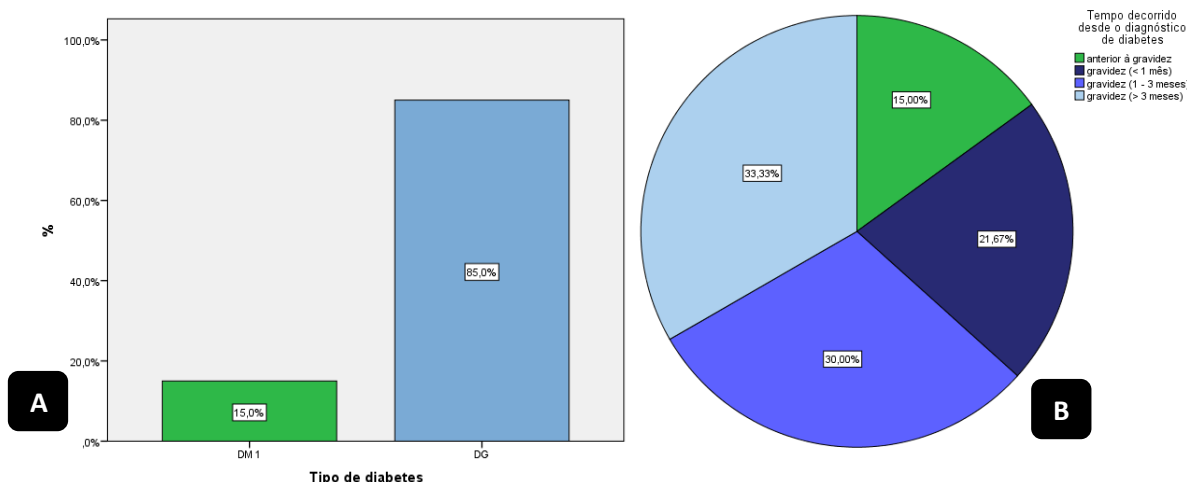


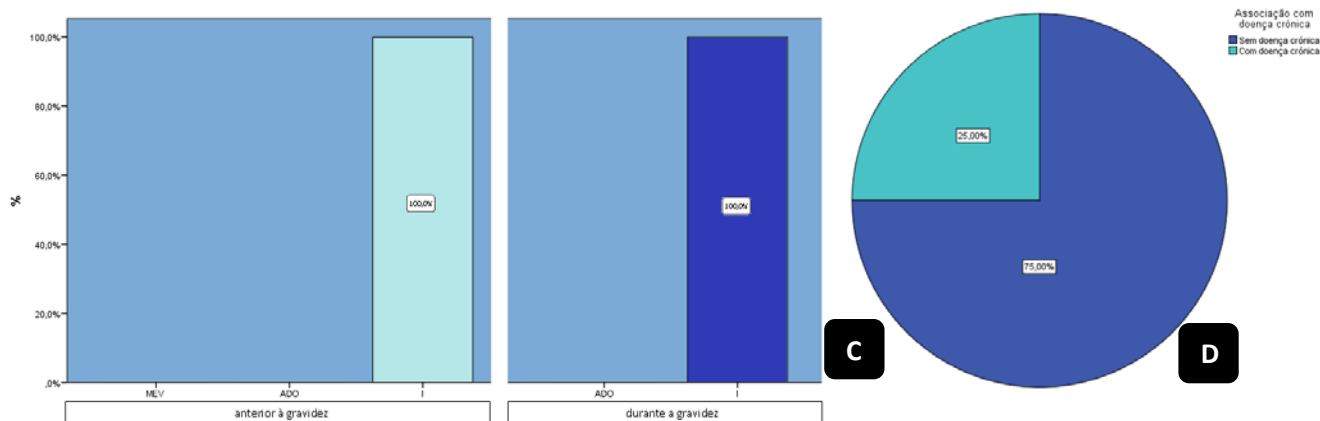
**Figura 1** – A: Representação percentual da amostra de grávidas não diabéticas com associação a doença crónica (excepto diabetes); B: Distribuição do valor da EPDS referente às grávidas não diabéticas; C: Representação comparativa do valor da EPDS, quando aplicado a grávidas não diabéticas com e sem doença crónica.

### 3.1.2. Caracterização das grávidas diabéticas

Na amostra de grávidas diabéticas (GD) obtivemos a seguinte distribuição segundo o tipo de diabetes: 15% com diabetes mellitus tipo 1 e 85% com diabetes gestacional; não se identificou qualquer grávida com diabetes mellitus tipo 2 (0%) [figura 2, A]. No que concerne ao tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes [figura 2, B], 15,00% destas grávidas obteve o diagnóstico numa fase anterior à gravidez (>5 anos), correspondendo na totalidade às grávidas com DM 1, 21,67% obteve o diagnóstico há menos de 1 mês, 30,00% entre 1 a 3 meses e 33,33% das grávidas obteve o diagnóstico de diabetes há mais de 3 meses.

Por outro lado, relativamente ao tipo de terapêutica antidiabética realizada, obteve-se uma sobreposição, na ordem dos 100%, de grávidas a realizar insulino terapia antes e durante a gravidez, correspondendo ao grupo de grávidas com DM 1 [figura 2, C]. Do grupo de GD, 25% apresenta concomitantemente outra doença crónica, em associação com a diabetes [figura 2, D].





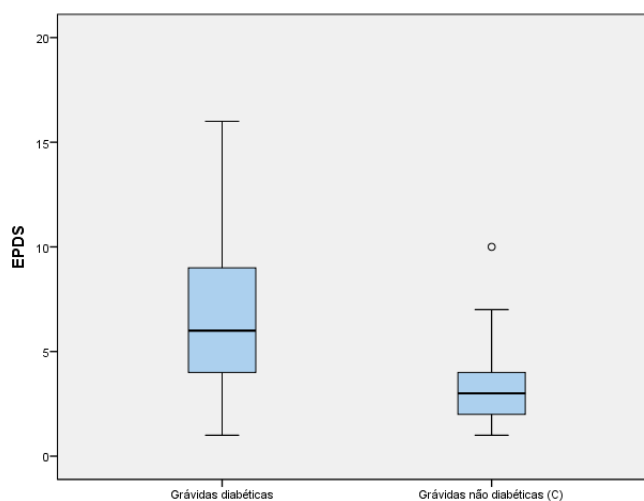
**Figura 2** – Distribuição da amostra de grávidas diabéticas, relativamente a: A: tipo de diabetes; B: tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes; C: terapêutica antidiabética realizada antes versus durante a gravidez (aplicável apenas a grávidas diabéticas tipo 1 e 2) [MEV - medidas de estilo de vida; ADO – antidiabéticos orais; I - insulina]; D: associação com outra doença crónica concomitante.

### 3.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

#### 3.2.1. Verificação da existência de independência entre os valores da EPDS do grupo de grávidas diabéticas e do grupo controlo

Efectuou-se um estudo comparativo do valor da EPDS entre o grupo controlo de GND e o grupo de estudo (GD), onde se encontrou diferença estatisticamente significativa, correspondente a um valor p inferior a 0,001 ( $H = 479,500$ ) [Figura 3].

Com efeito, o grupo de grávidas diabéticas apresenta um



**Figura 3** – Distribuição dos valores da EPDS entre os grupos GD e GND (C).

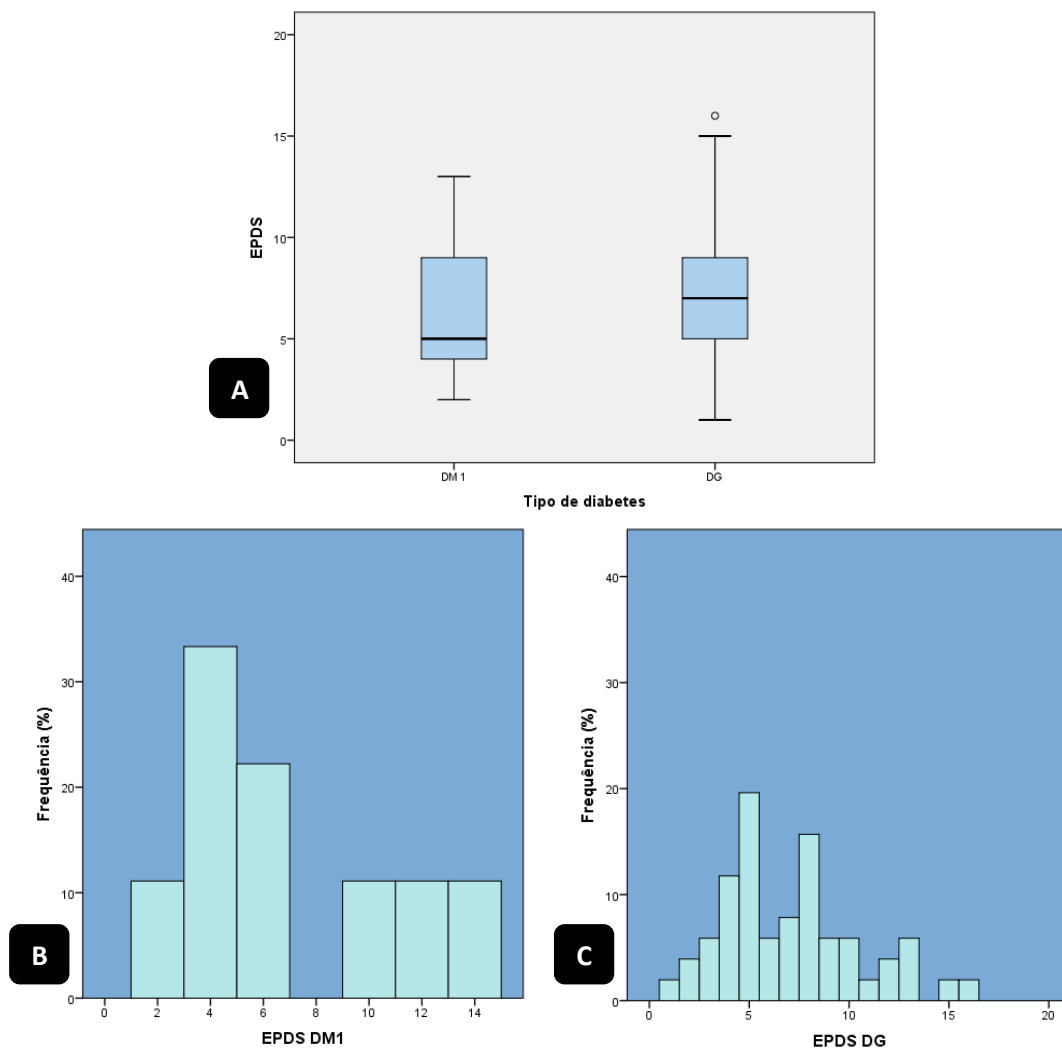
valor de EPDS médio de 6,95 pontos (desvio padrão=3,49) e uma prevalência de depressão perinatal na gravidez - %DP<sub>G</sub> - de 21,67%. O grupo controlo evidencia um valor de EPDS médio de 2,92 pontos (desvio-padrão=1,70) e uma % DP<sub>G</sub> de 1,67% [Tabela 1].

	<b>GD</b>	<b>GND (C)</b>
<b>Min</b>	1	1
<b>Máx</b>	16	10
<b>Média</b>	6,95	2,92
<b>Desvio Padrão</b>	3,49	1,70
<b>% DP<sub>G</sub></b>	21,67%	1,67%

**Tabela 1** – Estatística descritiva dos valores da EPDS entre o grupo de grávidas diabéticas [GD] e o grupo controlo [GND (C)].

### 3.2.2. Verificação da existência de independência entre os valores da EPDS do grupo de grávidas diabéticas e o tipo de diabetes

Avaliou-se a existência de possíveis discrepâncias nos valores da EPDS entre os dois grupos de diabéticas (DM 1 e DG), não se tendo encontrado diferença estatisticamente significativa ( $U = 194,500$ ;  $p = 0,466$ ). Contudo, atentando à dispersão dos valores de EPDS entre os dois grupos, verificamos que o grupo DG apresenta uma distribuição mais homogénea, semelhante a uma curva gaussiana, em oposição ao grupo DM 1, aparenta estar distribuído segundo dois pólos: [1 a 7] pontos e [9 a 15] pontos.



**Figura 4** – A: Distribuição dos valores da EPDS (grávidas diabéticas), consoante o tipo de diabetes; B: Histograma da distribuição dos valores da EPDS da DM 1; C: Histograma da distribuição dos valores da EPDS da DG.

O grupo DM 1 apresenta um valor de EPDS médio de 6,33 pontos (desvio padrão=3,81) e uma %DP<sub>G</sub> de 22,20%. Por outro lado, o grupo DG evidencia um valor de EPDS médio de 7,06 pontos (desvio-padrão=3,46) e uma % DP<sub>G</sub> de 21,57% [Tabela 2].

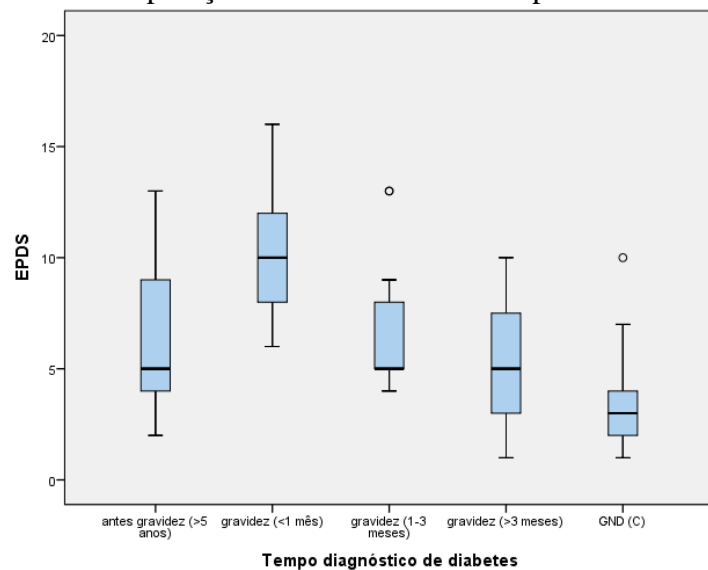
	DM 1	DG
<b>Min</b>	2	1
<b>Máx</b>	13	16
<b>Média</b>	6,33	7,06
<b>Desvio Padrão</b>	3,81	3,46
<b>% DP</b>	22,20%	21,57%

**Tabela 2** – Estatística descritiva dos valores da EPDS entre o grupo de grávidas diabéticas tipo 1 (DM1) e o grupo de grávidas gestacionais (DG).

### 3.2.3. Verificação da existência de independência entre os valores da EPDS do grupo de grávidas diabéticas e o tempo de diagnóstico

Fez-se um estudo comparativo, agrupando as variáveis ‘intervalo de tempo decorrido desde o diagnóstico’, duas a duas, onde obtivemos diferentes valores p para cada associação (H=58,204) [Tabela 3, A].

Adicionalmente, procedeu-se à comparação de cada intervalo temporal com o grupo controlo [Figura 5]. No que concerne unicamente aos quatro intervalos temporais referidos, existe evidência para se afirmar que apenas se encontra diferença estatisticamente significativa



entre os valores da EPDS do grupo  $G < 1$  mês, em comparação com os restantes

**Figura 5** – Distribuição dos valores da EPDS segundo o tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes, em comparação com o grupo controlo [GND (C)].

grupos. Não se identifica diferença estatística entre os valores de EPDS dos grupos: antes da gravidez (>5 anos), gravidez (1-3 meses) e gravidez (>3 meses). Por outro lado, comparando individualmente cada intervalo com o grupo controlo encontra-se significância estatística em todas as associações [Tabela 3, A].

O grupo de GD com diagnóstico anterior à gravidez apresenta um valor de EPDS médio de 6,33 pontos (desvio padrão=3,81) e uma %DP<sub>G</sub> de 22,20%. Por outro lado, as grávidas que obtiveram o diagnóstico de diabetes há menos de 1 mês evidenciam um valor de EPDS médio de 10 pontos (desvio-padrão=3,31) e uma %



DP<sub>G</sub> de 50%. Relativamente ao grupo de GD integradas no intervalo temporal de 1 a 3 meses, identificamos um valor de EPDS médio de 6,56 pontos (desvio-padrão=2,83) e uma % DP<sub>G</sub> de 11,11%. Finalmente, o grupo de GD cujo diagnóstico foi feito há mais de 3 meses, apresenta um valor de EPDS médio de 5,37 pontos (desvio padrão=2,77), com uma %DP<sub>G</sub> de 10,53% [Tabela 3, B].

Associações	Valor p (ajustado)
AG (>5A) - G (>3M)	1,000
G (>3M) - G (1-3M)	1,000
G (>3M) - G (<1M)	0,000
AG (>5A) - G (1-3M)	1,000
AG (>5A) - G (<1M)	0,042
G (1-3M) - G (<1M)	0,027
GND (C) - AG (>5A)	0,028
GND (C) - G (>1M)	0,000
GND (C) - G (1-3M)	0,000
GND (C) - G (<3 M)	0,005

**A**

	AG (>5A)	G (<1M)	G (1-3M)	G (>3M)
Min	2	5	4	1
Máx	13	16	13	10
Média	6,33	10,00	6,56	5,37
Desvio Padrão	3,81	3,31	2,83	2,77
% DP	22,20%	50,00%	11,11%	10,53%

**B**

**Tabela 3** – A: Valores p ajustados para cada associação temporal (tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes) e comparação com o grupo controlo; B: Estatística descritiva dos valores da EPDS, consoante o tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes. [AG – antes gravidez; G – durante gravidez; A – anos; M – meses; GND (C) - grávidas não diabéticas - controlo]

### 3.2.4. Verificação da existência de independência entre os valores da EPDS do grupo de grávidas diabéticas e do grupo controlo: associação com doença crónica concomitante

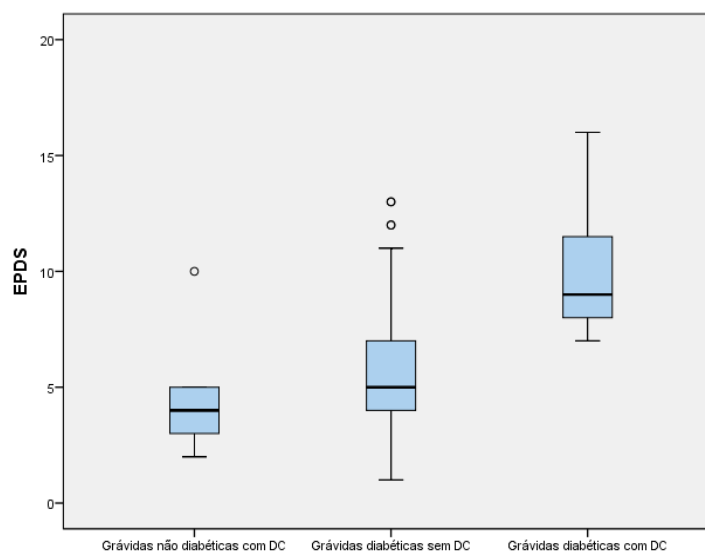
Fez-se um estudo do valor da EPDS entre os grupos: GND com doença crónica associada ( $GND_{dc}$ ), GD sem e com outra doença crónica associada ( $GD_{s/dc}$  e  $GD_{dc}$ , respectivamente), para os quais foram feitas comparações entre todos os pares de grupos, ajustadas para comparações múltiplas, às quais obtivemos os respectivos valores p ( $H = 26,084$ ) [Tabela 4, A]. Não se identificou diferença estatisticamente significativa entre dois dos grupos:  $GD_{s/dc}$  e  $GND_{dc}$  ( $p=0,171$ ) [Figura 6]. Em contrapartida, encontrou-se diferença estatística entre o valor da EPDS do grupo  $GD_{dc}$ , em comparação com os restantes dois grupos (valor p inferior a 0,001).

às quais obtivemos os respectivos valores p ( $H =$

26,084) [Tabela 4, A]. Não se identificou diferença

estatisticamente significativa entre dois dos grupos:  $GD_{s/dc}$  e  $GND_{dc}$  ( $p=0,171$ ) [Figura 6]. Em contrapartida, encontrou-se diferença estatística entre o valor da EPDS do grupo  $GD_{dc}$ , em comparação com os restantes dois grupos (valor p inferior a 0,001).

O grupo controlo,  $GND_{dc}$ , evidencia um valor de EPDS médio de 4,31 pontos (desvio-padrão=1,78) e uma %  $DP_G$  de 6,25%. Relativamente ao grupo  $GD_{s/dc}$  verifica-se um valor de EPDS médio de 5,87 pontos (desvio-padrão=3,01), com uma % $DP_G$  de 13,33%. Finalmente, o grupo  $GD_{dc}$  apresenta um valor de EPDS médio de 10,20 pontos (desvio padrão=2,76) e uma % $DP_G$  de 46,60%. [Tabela 4, B].



**Figura 6 - Distribuição comparativa dos valores da EPDS entre os grupos  $GND_{dc}$ ,  $GD_{s/dc}$  e  $GD_{dc}$ .**

Associações	Valor p (ajustado)
$GND_{dc} - GD_{s/dc}$	0,171
$GND_{dc} - GD_{dc}$	<b>0,000</b>
$GD_{s/dc} - GD_{dc}$	<b>0,000</b>

**A**

	$GND_{dc}$	$GD_{s/dc}$	$GD_{dc}$
<b>Min</b>	2	1	7
<b>Máx</b>	10	13	16
<b>Média</b>	4,31	5,87	10,20
<b>Desvio Padrão</b>	1,78	3,01	2,76
<b>% DP</b>	6,25%	13,33%	46,60%

**B**

**Tabela 4** – A: Valores p ajustados para cada associação; B: Estatística descritiva dos valores da EPDS entre o grupo de grávidas diabéticas  $GD_{dc}$ ,  $GD_{s/dc}$  e o grupo controlo  $GND_{dc}$ .

## 4. DISCUSSÃO

Com efeito, o presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, a população estudada, de dimensão manifestamente reduzida, restringindo-se apenas a duas Maternidades e uma Unidade de Saúde Familiar da cidade de Coimbra, não sendo por isso legítimo considerar os resultados obtidos uma representação fidedigna da população portuguesa, nem tão pouco, do distrito de Coimbra/região Centro.

Adicionalmente, este trabalho apresenta as limitações inerentes a qualquer estudo observacional, uma vez que não permite estabelecer uma sequência temporal entre a exposição e a doença, isto é, não é possível garantir qual dos dois, exposição ou doença, surge primeiro, nem tampouco se é a exposição a causar a doença ou a doença a causar a exposição. Este facto é consequência do carácter retrospectivo deste tipo de estudos. Outra limitação prende-se com a existência de viéses de selecção, que surgem tanto na selecção dos casos como dos controlos, e viéses na medição das variáveis em estudo.

Múltiplos factores de risco têm sido investigados no contexto da DP, que evidenciam uma clara natureza complexa e multifactorial desta patologia. Neste âmbito, salienta-se a heterogeneidade da amostra, uma vez que não foram avaliados neste estudo alguns aspectos com uma forte associação à DP: traços de personalidade prévia, condição socioeconómica, dados sócio-demográficos, dados clínicos de interesse para o estudo (como por exemplo, antecedentes obstétricos e ginecológicos), extensão e funcionamento da rede social de suporte e avaliação da satisfação na área da vida conjugal da grávida, entre outros. A contribuir igualmente para a heterogeneidade da amostra, realço a integração das grávidas no estudo, independentemente da sua idade gestacional e a grande variação etária (20-40 anos).

No que concerne à amostra populacional obtida, algumas limitações podem ainda ser enumeradas. Com efeito, existe evidência que na gravidez, a depressão e ansiedade

perinatais estão associadas a negligência dos cuidados de saúde<sup>29</sup>, o que atendendo ao método de obtenção da amostra poderá induzir enviesamentos. Adicionalmente, os casos que estavam presentes antes da gravidez, ou recorrentes (sem diagnóstico prévio), bem como os que surgem durante a gravidez são todos considerados casos de DP neste estudo, uma vez que não é possível diferenciar apenas com uma avaliação pontual a altura exacta do seu início. Por outro lado, há evidência de variação sazonal significativa da depressão, caracterizada por uma maior incidência de episódios no Outono/Inverno, do que na Primavera/Verão<sup>12</sup>, o que dada a época do ano em que decorreu a recolha de inquéritos (mês de Fevereiro) poderá sobrevalorizar em certa medida os resultados obtidos na EPDS.

Relativamente ao questionário, salientam-se as seguintes limitações: o conceito de doença crónica e do tipo de diabetes, poderá gerar alguma confusão em grávidas com menor nível de escolaridade/cultura geral; poderá existir viés de memória no que concerne ao tempo de diagnóstico e à EPDS (nos últimos 7 dias); o facto da escala temporal da EPDS remeter apenas para os últimos 7 dias poderá levar a sinalizar mulheres que simplesmente estavam a experienciar um certo nível de stress transitório no momento do preenchimento; e o facto de 8 em 10 itens serem invertidos pode gerar, de igual forma, enviesamentos. É importante realçar que para o cálculo da %DP<sub>G</sub> com base na EPDS, foi aplicado o ponto de corte de 10 pontos, conforme recomenda o estudo de validação portuguesa da EPDS<sup>57</sup>, ao qual correspondem valores de sensibilidade de 65%, especificidade de 96%, valor preditivo positivo de 91% e valor preditivo negativo de 82%.

Por outro lado, pode haver uma subvalorização dos resultados obtidos na EPDS, uma vez que a justificação mais frequentemente apresentada para a depreciação da depressão na gravidez relaciona-se com a sobreposição entre os sintomas normais da

gravidez e os sintomas depressivos<sup>18</sup>. De facto, as perturbações do sono, falta de energia, alterações do humor, ansiedade, entre outros sintomas, são comuns na gravidez e acabam, muitas vezes, por ser desvalorizados pelas próprias grávidas, que sentem dificuldade em discernir as fronteiras entre o normal e o patológico. Adicionalmente, algumas mulheres podem desenvolver sentimentos de vergonha, culpa, fracasso ou medo de serem vistas como “más mães”, tentando “conformar-se” e transparecer uma imagem de bem-estar, com base no mito ocidental de felicidade plena que está associado à gravidez<sup>1,20</sup>.

Na perspectiva de *Hewitt et al.* (2009), o questionário EPDS deve ser aplicado num local o mais privado possível<sup>59</sup>. Segundo este autor, devemos também ponderar o facto da maioria das mulheres preferirem conversar sobre os sintomas, em vez de apenas assinalarem cruces em folhas de papel, sendo de extrema importância uma boa relação entre o investigador e a grávida inquirida, aspectos que não foi possível atender neste estudo.

Tendo em consideração as condicionantes anteriormente referidas, de forma a minimizar algumas destas limitações, procurou-se restringir a selecção das candidatas com base em alguns dos principais factores de risco associados à DP: idades compreendidas entre os 20-40 anos, ausência de antecedentes psiquiátricos conhecidos, decurso da gravidez actual sem intercorrências, relação afectiva estável (casamento/em união de facto/namoro, com o apoio do companheiro). Por outro lado, por intermédio do método escolhido - questionário de autorreposta, anónimo, pouco extenso, com perguntas simples e objectivas - procurou-se minimizar potenciais ambiguidades no preenchimento do inquérito e deixar as grávidas mais à vontade para expressarem livremente as suas emoções, sem receio de serem julgadas. Adicionalmente, o

questionário de autorresposta, elimina o viés induzido pelo investigador que poderia decorrer no preenchimento da EPDS.

Finalmente, outra limitação importante desta investigação prende-se com o facto do espectro de estudos publicados até à presente data, que correlacionam a diabetes com a prevalência de sintomas depressivos na gravidez, ser marcadamente reduzida. Com efeito, não foi encontrado nenhum artigo científico na literatura que apresentasse um desenho similar à presente investigação, facto pelo qual não poderão ser estabelecidas comparações entre os resultados obtidos neste estudo, em oposição, a estudos previamente publicados.

No presente estudo, partimos de uma amostra constituída por 60 grávidas não diabéticas (grupo controlo) (GND (C)), e 60 grávidas diabéticas (GD), 15% com diabetes mellitus tipo 1 e 85% diabetes gestacional (não foi identificado nenhum caso de diabetes mellitus tipo 2). Esta distribuição corrobora a estimativa que atribui aproximadamente 90% dos casos de diabetes que ocorrem durante a gravidez à diabetes gestacional<sup>47</sup>. Obtivemos uma prevalência de DP na gravidez (%DP<sub>G</sub>), no grupo de grávidas diabéticas, de 21,67%. Em oposição, o grupo controlo, constituído por grávidas não diabéticas, obteve uma prevalência de 1,67%. Segundo alguns estudos publicados, estima-se que a prevalência de DP na população geral durante a gravidez ronde os 18,4%<sup>5,6</sup>, resultado que evidencia marcada discrepância do obtido neste estudo, contudo, resultam de duas investigações distintas, com métodos de rastreio da DP, populações-alvo e amplitudes de amostra diferentes.

Em suma, passaremos a enunciar as principais conclusões alcançadas neste estudo. Comparando os valores obtidos na EPDS entre o grupo GD e o grupo GND (C), identifica-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, resultado que corrobora a hipótese de maior vulnerabilidade conferida pela diabetes às grávidas, para

experienciar sintomas depressivos durante a gravidez (média de valor EPDS: GD – 6,95 pontos; GND (C) - 2,92 pontos).

Correlacionando o tipo de diabetes (DM 1 e DG) com o seu respectivo resultado na EPDS, não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sugerindo um mecanismo de vulnerabilidade transversal ao tipo de diabetes (média do valor da EPDS: DM 1 – 6,33 pontos; DG – 7,06 pontos). No entanto, analisando a dispersão dos valores de EPDS entre os dois grupos, verificamos que o grupo DG apresenta uma distribuição mais homogénea, assemelhando-se a uma curva gaussiana, em oposição ao grupo DM 1, que aparenta estar distribuído segundo dois pólos: valores entre 1 e 7 pontos e resultados entre 9 e 15 pontos. Esta discrepância poderá estar relacionada com o controlo metabólico pré-gestacional: diabéticas com bom controlo metabólico pré-concepção estarão sujeitas a menos stress durante a gravidez, em contrapartida, as diabéticas com controlos metabólicos pobres, em que se denota à priori dificuldades de aprendizagem em relação aos cuidados intrínsecos da DM 1 ou uma personalidade menos organizada e disciplinada, poderão experienciar maiores níveis de stress durante a gravidez, devido às avaliações regulares e à ‘pressão’ a que estão sujeitas para cumprir os objectivos metabólicos. Contudo, ressalva-se o facto da amostra de grávidas DM 1 ser bastante mais reduzida que a de grávidas DG (DM1 – 9 grávidas; DG – 51 grávidas), pelo que mais estudos são aconselhados.

Analisou-se o valor da EPDS em diferentes grupos de GD, seleccionados em concordância com o tempo decorrido desde o diagnóstico de diabetes, paralelamente com o grupo controlo GND (C). Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre o valor da EPDS das grávidas com diagnóstico há menos de 1 mês ( $EPDS_{\text{médio}}=10,00$  pontos) relativamente a todos os grupos, não se evidenciando disparidade estatística quando associados os restantes grupos de GD entre si,



independentemente do tempo decorrido desde o diagnóstico (média de valor EPDS: AG (>5A) – 6,33 pontos; G (1-3M) – 6,56 pontos; G (>3M) – 5,37 pontos). Contudo, existe diferença estatística entre o grupo controlo GND (C) e todos os restantes grupos. Estes resultados aparentemente sugerem a existência de maior vulnerabilidade para DP no primeiro mês após o diagnóstico de DG, efeito que se vai diluindo e estagnando com o decorrer da gravidez, sem contudo, nunca alcançar valores de EPDS semelhantes aos das GND (C).

Estudando a relação entre a diabetes e a doença crónica (DC), procedeu-se à comparação do grupo de grávidas diabéticas sem doença crónica associada ( $GD_{s/dc}$ ) e o grupo de grávidas não diabéticas com doença crónica concomitante ( $GND_{dc}$  (C)), no que concerne aos resultados obtidos na EPDS. Não se verifica diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, resultado que parece evidenciar um mecanismo transversal de vulnerabilidade subjacente a qualquer doença crónica. No entanto, comparando estes dois grupos com o grupo de grávidas diabéticas que apresentam outra doença crónica simultânea, identificou-se diferença estatística apreciável, o que parece demonstrar uma potenciação da vulnerabilidade para DP na gravidez, quando estão associadas mais que uma doença crónica em simultâneo (média de valor EPDS:  $GD_{dc}$  – 10,20 pontos;  $GD_{s/dc}$  – 5,87 pontos;  $GND_{dc}$  (C) – 4,31 pontos).

Relativamente ao estudo da variável ‘terapêutica antidiabética antes *versus* durante a gravidez’, uma vez que nenhuma grávida com DM tipo 2 integrou a amostra em estudo, apenas foram contabilizadas, neste subgrupo, grávidas com DM tipo 1. Assim sendo, dada a homogeneidade da amostra (100% diabéticas tipo 1, a realizar insulino-terapia antes e durante a gravidez) não foi possível realizar nenhum tipo de estudo complementar, nem inferir qualquer tipo de conclusão a partir destes dados.

Em conclusão, no que concerne à relação da DP com a diabetes, mais estudos são recomendados, nomeadamente do tipo longitudinal, que promova o acompanhamento de um grupo de grávidas, desde a pré-concepção (DM 1 e 2) ou desde o diagnóstico (DG), com avaliação inicial do risco basal de DP (ponto-crítico de selecção das grávidas a estudar, ponderando os principais factores de risco associados a DP; apenas as mulheres/grávidas com risco basal não apreciável seriam seleccionadas), e o seu posterior seguimento com avaliações episódicas durante a gravidez e pós-parto. Como método de rastreio de DP aconselha-se o rastreio inicial com a EPDS (para aferir a vulnerabilidade/risco para DP), conduzido pelo médico que segue a grávida em detrimento da autorresposta, e uma entrevista clínica para grávidas com EPDS0, de forma a aferir prevalências de DP de forma mais rigorosa. É igualmente recomendável que a amostra seja mais numerosa e representativa. O questionário deve ser aplicado num espaço calmo, acolhedor e o mais privado possível, onde as mulheres possam conversar sobre os seus sintomas, em vez de apenas preencherem um documento. Salienta-se a importância da sensibilidade e treino para abordar estas questões adequadamente, sendo fundamental uma boa relação entre o avaliador e a respondente.

## 5. CONCLUSÃO

A DP caracteriza-se por ser um processo dinâmico, complexo e multifactorial, que não pode ser analisado de forma tão sumária e linear. No entanto, as graves consequências materno-fetais que lhe estão associadas justificam a necessidade de se investir na investigação e criação de protocolos sistemáticos de rastreio para detecção precoce de grávidas com elevado risco de desenvolver DP, de forma a se promover um acompanhamento adequado ao longo de toda a gravidez e pós-parto. De facto, a detecção precoce de vulnerabilidade para DP, a abordagem e seguimento adequados são fundamentais e críticos para o bem-estar físico e mental da mulher, da sua descendência e de toda a família.

Não obstante, o melhor tratamento para a DP é a prevenção, sendo o médico de família um importante elemento na avaliação do risco basal para DP, dado o seu amplo conhecimento da história pessoal e familiar da grávida, contexto socioeconómico, bem como, os seus antecedentes pessoais, ginecológicos e patológicos. Cabe igualmente ao médico assistente, sublinhar a importância da adopção de um estilo de vida saudável, de forma a prevenir o aparecimento precoce de diabetes.

Apesar de progressos consideráveis terem sido feitos nas últimas décadas em termos de consciencialização científica e pública, permanecem várias questões em aberto sobre o conhecimento da DP. No que concerne à sua relação com a diabetes, mais estudos são recomendados, com apuramento do rigor metodológico e com amostras mais representativas, conduzidos idealmente por uma equipa multidisciplinar que integre elementos de várias áreas médicas: ginecologia/obstetrícia, psiquiatria/psicologia médica e medicina geral e familiar.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Zajicek E, Psychiatric problems during pregnancy. In Wolkind S & Zajicek E (Eds.) *Pregnancy: A psychological and social study*. Academic Press, London 1981; pp. 121-140
2. Vesga-Lopez O, Blanco C, et al. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65(7):805-815
3. Camacho R, Cantinelli F, et al., Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiq. Clin*. 2006; 33(2): 92-102
4. Meltzer-Brody S, New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*; Vol 13, Nº 1, 2011
5. O'Hara MW, Wisner K, et al., Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 28(2014) 3-12
6. Gavin N, Gaynes B, et al., Perinatal Depression: A systematic review of prevalence and incidence. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol 106, Nº 5, Part 1, 2005
7. O'Hara MW, Swain AM, Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996. 8:37-54
8. O'Hara MW, McCabe JE, Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 28: 379-407
9. Riecher-Rössler A, Rhode A, Diagnostic Classification of Perinatal Mood Disorders. In Riecher-Rössler A, Steiner M (Eds.) *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. From Bench to Bedside*. Karger, Switzerland 2005; pp. 6-28
10. Sommerset W, Newport DJ, Ragan K, Stowe Z, Depressive disorders in women. From Menarche to Beyond Menopause. In Keyes CLM & Goodman SH (Eds.), *Woman*

and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral and Biomedical Sciences. Cambridge University Press 2006; pp. 62-87

11. O'Keane V, Marsh MS, Depression during pregnancy. *British Medical Journal* 2007; 334 (7601): 1003-1005

12. Marques M, Pereira, AT, Bos S, Soares MJ, Macedo A, Valente J, Maia B, Aspectos clínicos e factores de risco psicossociais de depressão perinatal. In *Saúde Mental Perinatal*, ed. Macedo A, Pereira AT, 27 – 49; Lisboa, 2014, LIDEL

13. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, et al., Screening for and detection of depression, panic disorder and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric Services* 2004; 55, 407-414

14. Misri S, Joe K, Perinatal Mood Disorders: an introduction. In Stone SD & Menken AE (Eds.) *Perinatal and Postpartum Mood Disorders: Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner*. Springer Publishing Company, New York 2008; pp. 65-83

15. Olson A, Kemper K, Kelleher K, et al., Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics* 2002. 100(6); 1169-1176

16. Wiley CC, Burke GS, et al., Pediatricians' view of postpartum depression : a self administered survey. *Archives of Women's Mental Health* 2004. 7:231-236

17. O'Keane V, Mood disorder during pregnancy: aetiology and management. In O'Keane V, March M, Seneviratne G (Eds.) *Psychiatric Disorders and Pregnancy*. Taylor & Francis, London and New York 2006; pp. 69-105

18. Buist A, Ross LE, Steiner M, Anxiety and mood disorders in pregnancy and postpartum period. In Castle DJ, Abel JK, Abel KM (Eds.) *Mood and Anxiety Disorders in Women*. Cambridge University Press, Cambridge 2006; pp. 163-184

19. Leigh B, Milgrom J, Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008. 8:24
20. Teixeira C, Figueiredo B, et al., Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*; 119 (2009) 142–148
21. Kitamura T, Sugawara M, et al., Psychosocial study of depression in early pregnancy. *The British Journal of Psychiatry* 1996; 168:732-738
22. Marcus SM, Flynn HA, et al., Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *Journal of Women's Health* 2003; 12(4):373-380
23. Karaçam Z, Ançel G, Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population, *Midwifery* 2009; 25:344-356
24. Dennis CL, Ross LE, The clinical utility of maternal self-reported personal and familiar psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006; 85: 1179-1185.
25. Bergner A, Beyer R, et al., Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 29(2):105-113
26. Green JM, Murray D, The use of Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. In Cox J, Holden J (Eds.) *Perinatal psychiatry: use and misuse of the EPDS*. Gaskell, London 1994; pp. 73-84
27. Stewart D, Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51(8): 1061–1063
28. Zuckerman B, Amaro H, et al., Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:1107–1111

29. Bonari L, Pinto N, Ahn E, et al., Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004 Nov, Vol 49, N° 11, pp. 726-735
30. Jablesky AV, Morgan V, Zubrick SR, et al., Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162, 79–91
31. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, et al., Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology* 2000; 95, 487–490
32. Nakano Y, Oshima M, Sugiura-Ogasawara M, et al., Psychosocial predictors of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortions: a cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109, 440–446
33. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V, Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999; 16;318(7177):153-7
34. Steer RA, Scholl TO, Hediger ML, Fischer RL, Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol* 1992; 45:1093–9
35. Chung TK, Lau TK, Yip AS, et al., Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63(5), 830–834
36. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, et al., Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development* 2004; 27, 216–229
37. Lou HC, Hansen D, Nordentoft M, et al., Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36:826–32
38. Wadhwa PD, Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30(8):724-743

39. Austin MP, et al., Maternal anxiety, depression, cognitive style and life event stress in pregnancy: relationship with infant temperament. *Early Hum Dev* 2005; 81:183-190
40. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, et al., Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14:1-27
41. O'Connor TG, Heron J, Golding J, et al., Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *J Child Psychol Psychiatr* 2003; 44:1025-1036
42. O'Connor TG, Caprariello P, et al., Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Hum Develop* 2007; 83:451-458
43. Pawlby S, Sharp D, Hay D, O'Keane V, Postnatal depression and child outcome as 11 years: the importance of accurate diagnosis. *J Affect Disord* 2008; 107:241-245
44. Maki P, Veijola J, Rasanen P, et al., Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: a 33-year follow-up of the Northern Finland 1966 birth cohort. *J Affect Disord* 2003; 74:273-278
45. Almond P, Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspect Public Health* 2009 Sep; 129(5):221-7
46. Buist AE, Barnett BE, et al., To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression. *Med J Austr* 2002; 7(177 Suppl):S101-5
47. Rasmussen-Torvik LJ, Harlow BL, The association between depression and diabetes in the perinatal period. *Curr Diab Rep* 2010, 10:217-223
48. Roshanaei-Moghaddam B, Katon WJ, Russo J: The longitudinal effects of depression on physical activity. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:306–315
49. Oken E, Ning Y, Rifas-Shiman SL, et al., Associations of physical activity and inactivity before and during pregnancy with glucose tolerance. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1200–1207



50. Zhang C, Schulze MB, Solomon CG, Hu FB: A prospective study of dietary patterns, meat intake and the risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetologia* 2006; 49:2604–2613.
51. Olivieri A, Valensise H, Magnani F, et al., High frequency of antithyroid autoantibodies in pregnant women at increased risk of gestational diabetes mellitus. *Eur J Endocrinol* 2000; 143:741–747
52. Pedersen CA, Johnson JL, Silva S, et al., Antenatal thyroid correlates of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32:235–245
53. Veen G, Giltay EJ, DeRijk RH, et al., Salivary cortisol, serum lipids, and adiposity in patients with depressive and anxiety disorders. *Metabolism* 2009; 58:821–827
54. Bruehl H, Rueger M, Dziobek I, et al., Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation and memory impairments in type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:2439–2445
55. Kammerer M, Taylor A, Glover V, The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:187–196
56. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R, Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:782-786
57. Areias M, Kumar R, 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* 1996; 169:30-35
58. Boyd RC, Le HN, Somberg R, Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8:141–153

59. Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, et al., Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment Journal* 2009; 13(36):1-145, 147-230

# ANEXOS

## **ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIRECÇÃO CLÍNICA DA MATERNIDADE BISSAYA BARRETO**

Coimbra, 21 de Janeiro de 2015

Exma Senhora Dr<sup>a</sup> Maria do Céu Silva Almeida,

Marta Raquel Pereira da Silva, a frequentar actualmente o 6<sup>o</sup> ano do Mestrado Integrado em Medicina na Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor José Manuel Silva e da Dr<sup>a</sup> Conceição Milheiro, vem por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup>. a necessária autorização e colaboração para proceder à realização de inquéritos no âmbito do trabalho final do 6<sup>o</sup> ano médico “Diabetes como factor potenciador de depressão perinatal em grávidas”, com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina. A amostra populacional pretendida é constituída pelas grávidas que frequentem a consulta ‘Núcleo de Diabetes’ na Maternidade Bissaya Barreto, durante o mês de Janeiro e Fevereiro do corrente ano.

Os principais objectivos deste artigo científico são: avaliar o papel da Diabetes, como eventual factor potenciador de depressão perinatal na gravidez; avaliar um potencial sinergismo em grávidas que apresentem cumulativamente outra(s) doença(s) crónicas em associação com a Diabetes; aferir possíveis assimetrias na prevalência de sintomas depressivos durante o período gestacional em grávidas diabéticas, relativamente às seguintes variáveis: tipo de Diabetes (Diabetes Mellitus tipo 1, 2 e Diabetes Gestacional), tempo decorrido desde o diagnóstico e terapêutica antidiabética realizada antes e durante a gravidez.

Ficando a aguardar uma resposta de V. Ex<sup>a</sup>., subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Marta Pereira da Silva

Contactos: martarqsilva@gmail.com /914608113

## **ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIRECÇÃO CLÍNICA DA MATERNIDADE DANIEL DE MATOS**

Coimbra, 21 de Janeiro de 2015

Exmo Professor Doutor José Paulo Achando da Silva Moura,

Marta Raquel Pereira da Silva, a frequentar actualmente o 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor José Manuel Silva e da Drª Conceição Milheiro, vem por este meio solicitar a V. Exª. a necessária autorização e colaboração para proceder à realização de inquéritos no âmbito do trabalho final do 6º ano médico “Diabetes como factor potenciador de depressão perinatal em grávidas”, com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina. A amostra populacional pretendida é constituída pelas grávidas que frequentem a consulta ‘Núcleo de Diabetes’ na Maternidade Daniel de Matos, durante o mês de Janeiro e Fevereiro do corrente ano.

Os principais objectivos deste artigo científico são: avaliar o papel da Diabetes, como eventual factor potenciador de depressão perinatal na gravidez; avaliar um potencial sinergismo em grávidas que apresentem cumulativamente outra(s) doença(s) crónicas em associação com a Diabetes; aferir possíveis assimetrias na prevalência de sintomas depressivos durante o período gestacional em grávidas diabéticas, relativamente às seguintes variáveis: tipo de Diabetes (Diabetes Mellitus tipo 1, 2 e Diabetes Gestacional), tempo decorrido desde o diagnóstico e terapêutica antidiabética realizada antes e durante a gravidez.

Ficando a aguardar uma resposta de V. Exª., subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Marta Pereira da Silva

Contactos: martarqsilva@gmail.com /914608113

## ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO DIRIGIDO AO GRUPO DE GRÁVIDAS NÃO DIABÉTICAS - CONTROLO



### Consentimento Informado

Grupo Grávidas Não Diabéticas - Controlo

É convidada a participar voluntariamente no estudo “Diabetes como factor potenciador da depressão perinatal em grávidas” no âmbito do Trabalho Final do 6º Ano Médico, enquadrado no Ciclo de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina pela Universidade de Coimbra. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de caso-controlo, que pretende comparar dois grupos de grávidas: diabéticas e não-diabéticas, com o objectivo de aferir uma potencial associação entre a diabetes e a depressão perinatal. Esta investigação não irá alterar a sua medicação ou sujeitá-la a qualquer tipo de procedimento médico.

A sua participação neste estudo não traz qualquer tipo de benefício ou risco, para si ou para o feto, contudo, poderá contribuir para melhorar o conhecimento científico sobre esta temática e aumentar a consciencialização médica para esta potencial relação diabetes-depressão perinatal.

Este estudo tem por base um inquérito de autorresposta, composto por duas partes: a primeira, com uma pergunta relativa à sua história pessoal; a segunda, com a *Edinburg Postnatal Depression Scale*, um instrumento de rastreio para a depressão perinatal, especificamente construído e validado para a gravidez e período pós-parto (Cox et al., 1987). Este inquérito é anónimo e de autorreposta, não havendo portanto qualquer vínculo entre o inquérito e a grávida inquirida no tratamento dos dados. Além disso, todas as pessoas ou entidades com acesso aos dados obtidos com estes questionários estão sujeitas a sigilo profissional, o que garante absoluta confidencialidade e segurança das suas informações

clínicas.

Tem ainda o direito de retirar este consentimento a qualquer altura, através da notificação ao investigador, o que implicará que abandone este estudo.

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,  
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra  
Telefone: 239 857 707  
e-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt)

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Marta Raquel Pereira da Silva  
Rua 25 de Abril, nº 36, Santa Joana – 3810-343 Aveiro  
Tefefone: 914608113  
e-mail: [martarqsilva@gmail.com](mailto:martarqsilva@gmail.com)

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER  
RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS

## CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informada da natureza, objectivos, riscos, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.
7. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos.
8. Fui informada que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

**Participante:**

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

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

**Investigador (Marta Raquel Pereira da Silva):**

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



## ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO DIRIGIDO AO GRUPO DE GRÁVIDAS DIABÉTICAS



### Consentimento Informado

Grupo Grávidas Diabéticas

É convidada a participar voluntariamente no estudo “Diabetes como factor potenciador da depressão perinatal em grávidas” no âmbito do Trabalho Final do 6º Ano Médico, enquadrado no Ciclo de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina pela Universidade de Coimbra. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de caso-controlo, que pretende comparar dois grupos de grávidas: diabéticas e não-diabéticas, com o objectivo de estudar uma potencial associação entre a diabetes e a depressão perinatal, sem com isso alterar a sua medicação ou sujeitá-la a qualquer tipo de procedimento médico.

A sua participação neste estudo não traz qualquer tipo de benefício ou risco, para si ou para o feto, contudo, poderá contribuir para melhorar o conhecimento científico sobre esta temática e aumentar a consciencialização médica para esta potencial relação diabetes-depressão perinatal.

Este estudo tem por base um inquérito de autorresposta, composto por duas partes: a primeira, com perguntas gerais sobre a sua diabetes que nos ajudarão a esclarecer se existem grupos populacionais específicos mais afectados, em relação a cada um dos itens questionados; a segunda, com a *Edinburg Postnatal Depression Scale*, um instrumento de rastreio para a depressão perinatal, especificamente construído e validado para a gravidez e período pós-parto (Cox et al., 1987). Este inquérito é anónimo e de autorreposta, não havendo portanto qualquer vínculo entre o inquérito e a grávida inquirida no tratamento dos dados, além disso, todas as pessoas ou entidades com acesso aos dados obtidos com estes questionários estão sujeitas a sigilo profissional, o que garante absoluta confidencialidade e

segurança das suas informações clínicas.

Tem ainda o direito de retirar este consentimento a qualquer altura, através da notificação ao investigador, o que implicará que abandone este estudo.

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,  
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra  
Telefone: 239 857 707  
e-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt)

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Marta Raquel Pereira da Silva  
Rua 25 de Abril, nº 36, Santa Joana – 3810-343 Aveiro  
Tefefone: 914608113  
e-mail: [martarqsilva@gmail.com](mailto:martarqsilva@gmail.com)

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER  
RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS

## CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informada da natureza, objectivos, riscos, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.
7. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos.
8. Fui informada que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

**Participante:**

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

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

**Investigador (Marta Raquel Pereira da Silva):**

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

**ANEXO V – QUESTIONÁRIO PARA RECOLHA DE DADOS: GRUPO GRÁVIDAS NÃO DIABÉTICAS (CONTROLO)**

# Inquérito

Grupo Grávidas Não Diabéticas - Controlo

- ✓ Este inquérito dirige-se a **grávidas não diabéticas** (qualquer idade gestacional).
- ✓ Todas as participantes deverão preencher os seguintes requisitos:
  - Idade entre os 20 e 40 (inclusivé);
  - Sem doenças psiquiátricas conhecidas;
  - Gravidez actual sem intercorrências;
  - Relação afectiva estável.
- ✓ É anónimo e de autorresposta, sendo composto por duas partes.
- ✓ Agradecemos a sua total sinceridade na realização do mesmo.

## PARTE I

1. Tem alguma **doença crónica** ? (como por exemplo, hipertensão arterial, obesidade, doenças da tiróide, asma, doença auto-imune [doença de Crohn/colite ulcerosa, doença celíaca, psoríase, etc.], doença cardíaca, renal, entre outras)

4.1. Não

4.2. Sim

Se **SIM**, qual/quais? \_\_\_\_\_

## Parte II

### Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>1</sup>

Por favor assinale a opção que melhor se adequa ao que tem sentido **nos últimos 7 dias**:

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

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

**2. Tenho tido esperança no futuro:**

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

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

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

**4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo:**

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

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

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

**6. Tenho sentido que são coisas demais para mim:**

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

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

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

**8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:**

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

**9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:**

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

**10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma:**

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

<sup>1</sup> Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786

**Obrigada pela sua colaboração!**

## ANEXO VI – QUESTIONÁRIO PARA RECOLHA DE DADOS: GRUPO GRÁVIDAS DIABÉTICAS

# Inquérito

Grupo Grávidas Diabéticas

- ✓ Este inquérito dirige-se a **grávidas diabéticas** (qualquer idade gestacional).
- ✓ Todas as participantes deverão preencher os seguintes requisitos:
  - Idade entre os 20 e 40 (inclusivé);
  - Sem doenças psiquiátricas conhecidas;
  - Gravidez actual sem intercorrências;
  - Relação afectiva estável.
- ✓ É anónimo e de autorresposta, sendo composto por duas partes.
- ✓ Agradecemos a sua total sinceridade na realização do mesmo.

**1. Qual o seu tipo de Diabetes ?**

- 1.1. Diabetes Mellitus tipo 1  
1.2. Diabetes Mellitus tipo 2  
1.3. Diabetes Gestacional

  
  
**2. Responda a esta alínea, apenas se tem Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2.****2.1. Que terapêutica fazia para a Diabetes antes da gravidez ?**

- 2.1.1. Mudança do estilo de vida: dieta e exercício físico  
2.1.2. Antidiabéticos orais (comprimidos)  
2.1.3. Insulina

  
  
**2.2. Que terapêutica faz agora para a Diabetes durante a gravidez ?**

- 2.2.1. Antidiabéticos orais (comprimidos)  
2.2.2. Insulina

  
**3. Quanto tempo decorreu desde o diagnóstico de Diabetes, relativamente à gravidez ?****3.1. Diagnóstico de Diabetes feito durante a gravidez:**

- 3.1.1. Há menos de 1 mês  
3.1.2. Entre 1 e 3 meses  
3.1.3. Superior a 3 meses

  
  
**3.2. Diagnóstico de Diabetes anterior à gravidez:**

- 3.2.1. Há menos de 1 ano  
3.2.2. Entre 1 e 5 anos  
3.2.3. Superior a 5 anos

  
  
**4. Além da Diabetes, possui associadamente outra doença crónica ? (como por exemplo, hipertensão arterial, obesidade, doenças da tiróide, asma, doença auto-imune [doença de Crohn/colite ulcerosa, doença celíaca, psoríase, etc.], doença cardíaca, renal, entre outras)**

- 4.1. Não  
4.2. Sim

Se **SIM**, qual/quais? \_\_\_\_\_



## Parte II

### Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>1</sup>

---

Por favor assinale a opção que melhor se adequa ao que tem sentido **nos últimos 7 dias:**

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

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

**2.Tenho tido esperança no futuro:**

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

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

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

**4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo:**

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

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

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

**6. Tenho sentido que são coisas demais para mim:**

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

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

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

**8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:**

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

**9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:**

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

**10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma:**

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

<sup>1</sup> Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786

**Obrigada pela sua colaboração!**