



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOANA CAROLINA SIMÕES BALSEIRO

***Depressão Pós-Parto nos Cuidados de Saúde Primários:
Realidades e Perceções dos Médicos de Família***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
DRA. INÊS JORGE DE FIGUEIREDO
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

JANEIRO/2018

**Depressão Pós-Parto nos Cuidados de Saúde Primários:
Realidades e Perceções dos Médicos de Família**

**Postpartum depression in primary health care: the realities and
perceptions of family physicians**

Joana Carolina Simões Balseiro¹

Inês Jorge de Figueiredo²

Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano³

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

balseiro94@gmail.com

² Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; Médica Interna da Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Lusitana, ACeS Dão Lafões

inesjorgefigueiredo@gmail.com

³ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; Médica assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Coimbra Centro, ACeS Baixo Mondego

inesrcs@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	4
<i>ABSTRACT</i>	6
LISTA DE ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E MÉTODOS	12
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO.....	21
CONCLUSÃO	25
AGRADECIMENTOS.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS.....	31
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro	31
Anexo 2 – Autorização dos coordenadores dos centros de saúde.....	32
Anexo 3 – Consentimento informado	39
Anexo 4 – Questionário da puérpera.....	40
Anexo 5 – Questionário do médico.....	42

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto é uma patologia prevalente e frequentemente não diagnosticada, cujas consequências podem ser graves e afectar, não só a puérpera, como também a sua relação conjugal e o filho. Em Portugal, segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, é recomendável o rastreio da depressão pós-parto recorrendo ao uso da *Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale (EPDS)*.

O principal objetivo do trabalho é avaliar a perceção dos médicos de família do distrito de Viseu e Coimbra, durante a consulta de revisão do puerpério, do risco de depressão pós-parto. Para além disto, procura-se perceber qual a atuação dos médicos perante a patologia.

Métodos: Estudo observacional, multicêntrico e descritivo. Foram inquiridas 30 puérperas e os seus médicos de família, aplicando as escalas *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)* e *Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS)*. O questionário médico avaliou a perceção subjetiva de sintomas depressivos na puérpera, sua breve caracterização e eventual intervenção.

Resultados: De acordo com as escalas utilizadas, verificou-se uma prevalência de depressão pós-parto de 46,7% e de 41,4% de ansiedade perinatal. No que diz respeito à perceção do médico, 10% foram consideradas deprimidas e 30% ansiosas.

Comparando os resultados das escalas com os da perceção do médico de família, sabe-se que estes diferiram em 40% e em 24,1% dos casos de depressão pós-parto e ansiedade, respetivamente.

Todas as puérperas identificadas pelo médico como tendo depressão pós-parto foram tratadas. As abordagens utilizadas consistiram em abordagem psicológica, 33,3%, abordagem farmacológica, 33,3%, e ambas simultaneamente, 33,3%.

Discussão: Denota-se uma frequência elevada, 40%, de casos em que a escala aponta para depressão pós-parto e o médico não a identifica como tal, comparativamente com outros estudos com metodologias diferentes. À semelhança do verificado na depressão pós-parto, ainda que em menor número, também na ansiedade perinatal se verifica a presença de aparente subdiagnóstico, nomeadamente em 24,1% das situações, na amostra em estudo.

Conclusão: Apesar dos médicos de família atuarem perante o diagnóstico de depressão pós-parto, verifica-se que uma análise subjetiva pode ser falível contribuindo provavelmente para o seu subdiagnóstico.

Palavras-chave: depressão pós-parto; atenção primária à saúde; médicos de família; percepção.

ABSTRACT

Introduction: *Postpartum depression is a prevalent and often undiagnosed condition, which can severely affect not only the woman, but also her marital relationship and the child. In Portugal, according to the National Program for Low-Risk Pregnancy Surveillance, screening for postpartum depression is recommended using the Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale (EPDS).*

The main aim of this study is to measure, in Coimbra and Viseu's districts, family physician's perception on the risk of postpartum depression, during puerperium medical appointment. Moreover, one attempts to understand physicians performance before the pathology.

Methods: *Observational, multicentric and descriptive study. Thirty postpartum women and their family physicians were surveyed using the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) and the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) scales. The medical survey assessed the subjective perception of depressive symptoms, brief description of the woman and potential course of action.*

Results: *According to the used scales, there was a prevalence rate of 46.7% for postpartum depression and 41.4% for perinatal anxiety. Regarding the physician's perception, 10% were considered depressed and 30% anxious. Comparing the scale's results with those of the family physicians perception, one knows that they differed in 40% and 24.1% of postpartum depression and anxiety cases, respectively. All the puerperae identified by the doctor as having postpartum depression were treated. The used approaches consisted in a psychological approach, 33.3%, pharmacological approach, 33.3%, and both simultaneously, 33.3%.*

Discussion: *Compared with other studies which used different approaches, there is a high frequency, 40%, of cases in which the scales point out to postpartum depression but it is not diagnosed as such by the physician.*

As occurred in postpartum depression, although fewer in number, perinatal anxiety also shows an apparent underdiagnosis, particularly in 24.1% of the cases in the study sample.

Conclusion: *Although the family physicians take action before the diagnosis of postpartum depression, it turns out that a subjective analysis may be fallible leading, probably, to its underdiagnosis.*

Keywords: *postpartum depression; primary health care; family physicians; perception.*

LISTA DE ABREVIATURAS

ARS: *Administração Regional de Saúde*

BDI: *Beck Depression Inventory*

DIGS: *Diagnostic Interview for Genetic Studies*

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EPDS: *Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale*

ICD: *Internacional Classification of Diseases*

PASS: *Perinatal Anxiety Screening Scale*

PDSS: *Postpartum Depression Screening Scale*

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF: Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

A depressão é a patologia psiquiátrica mais vulgar durante o período do pós-parto. (1) De acordo com os critérios mais recentes descritos no manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5), os sintomas depressivos têm início durante as quatro semanas após o parto ou ainda mesmo durante a gravidez. (2) O DSM-5 propõe a presença de um mínimo de 5 dos 9 sintomas, sendo que um dos exigidos para o diagnóstico é humor deprimido ou perda do interesse. Os outros sintomas referidos são alterações do peso e ou apetite e alterações do sono tais como insónia ou sonolência excessiva; aumento ou diminuição da atividade psicomotora, astenia, pensamentos relacionados com morte, dificuldade no pensamento/concentração e sentimentos de improficuidade ou culpa. (2)

As doentes com depressão pós-parto, comparativamente aos restantes doentes com depressão, apresentam uma componente psicomotora mais evidente, com agitação e inquietação, mais dificuldades na deliberação e concentração e menos tristeza. (3)

No entanto, alguns investigadores consideram que a depressão pós-parto pode ter início fora do período das 4 semanas determinado pelo DSM-5, podendo prolongar-se até durante o primeiro ano após o nascimento. (4)

O *design* do estudo, a metodologia empregue, diferenças no tamanho da amostra e até o local onde o estudo é realizado influenciam a prevalência de depressão pós-parto descrita. (5) Considera-se que, no primeiro ano após o parto, haja uma prevalência de depressão *major* entre 1,0 a 5,9% e *minor* entre 6,5 a 12,9%. (6)

Alguns estudos demonstraram que a depressão pós-parto pode ser mais frequente em países com rendimento baixo ou médio, comparativamente aos países com maior rendimento. (7)

A etiologia permanece por esclarecer. (8) Foi determinado, no entanto, que fatores como patologia do foro psiquiátrico anterior, ansiedade e depressão pré-natal e relação conjugal problemática aumentam o risco para a depressão pós-parto. Para além destes, também o comportamento pouco positivo no respeitante à gravidez, o fraco apoio social e acontecimentos causadores de *stress* podem também contribuir. (9)

A depressão pós-parto tem consequências a nível não só da relação entre a mãe e filho, bem como da relação conjugal. (10) A criança fica mais suscetível a apresentar problemas comportamentais,(11) perturbação do desenvolvimento neurológico, cognitivo, psicológico e motor. (10)

O suicídio e infanticídio no pós-parto são consequências graves, porém raras. (12)

É da maior importância ter em conta a existência de outras condições psiquiátricas que fazem diagnóstico diferencial com depressão pós-parto, nomeadamente o “*baby blues*” e a psicose pós-parto. (13) A condição de “*baby blues*” está presente em 80% das puérperas, tendo como principais sintomas a irritabilidade, problemas no sono, ansiedade e choro fácil. (13) O quadro tem início 1 a 2 dias depois do parto, resolvendo espontaneamente no período de 10 dias. (14) A psicose pós-parto é uma entidade pouco frequente (<2 casos em 1000) e cuja sintomatologia passa por alucinações, comportamento desorganizado ou paranoia. (15) Esta condição pode surgir nas 2 a 4 semanas que se seguem ao parto. (15)

A depressão pós-parto frequentemente não é diagnosticada. (16) As puérperas podem ter dificuldade em reconhecer, procurar e aceitar ajuda para o seu problema, quer seja por falta de conhecimento acerca do mesmo ou por vergonha. (17)

O rastreio da patologia é visto pela maioria das mulheres, com depressão ou não, como aceitável e até desejável. (18) Importa salientar que o rastreio apenas identifica um grupo com

uma maior frequência da patologia, não significando isto que um resultado positivo diagnostique de forma irrevogável a mesma. (19) É imperativo que os casos com resultados positivos sejam alvo de estratégias diagnósticas que permitam confirmar ou refutar os mesmos. (19)

Existem várias escalas disponíveis para rastreio da depressão pós-parto em Portugal, nomeadamente a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) e a *Edinburgh Postpartum Depression Screening Scale* (EPDS). O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco sugere a utilização da EPDS. (20)

O tratamento deve ter em conta vários parâmetros, nomeadamente as escolhas da puérpera, a gravidade dos sintomas e o facto de estar ou não a amamentar. A resposta a tratamentos prévios e a facilidade de acesso a cuidados de saúde mental disponíveis também devem ser tidos em conta na decisão terapêutica. Para pacientes com sintomas ligeiros a moderados, a psicoterapia é a melhor opção. A medicação antidepressiva, acompanhada ou não por psicoterapia, aconselha-se a puérperas com sintomas moderados a graves que não estejam a amamentar. Caso esteja a amamentar, deve-se ter em atenção este facto aquando da escolha do fármaco. (13)

Tendo em conta que a depressão pós-parto apresenta uma elevada frequência, (6) é subdiagnosticada (16) e apresenta graves consequências (10)(12) justifica-se a necessidade de uma maior atenção para a patologia, especialmente pela parte dos que contactam mais regularmente com as puérperas, os médicos de família. Para além disto, não parece haver dados do diagnóstico feito por médicos de família da depressão pós-parto em Portugal.

Este trabalho tem como principal objetivo aferir a perceção que os médicos de família, do distrito de Viseu e Coimbra, têm durante a consulta de revisão do puerpério, na correta

avaliação do risco de depressão pós-parto. Pretende-se também perceber qual a atuação dos médicos perante a patologia, quer seja a instituição de abordagem farmacológica ou psicológica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, multicêntrico e descritivo durante os meses de setembro, outubro, novembro, dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

A população consistiu em puérperas de unidades de saúde de Coimbra e Viseu, nomeadamente da UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) Mira, USF (Unidade de Saúde Familiar) Araceti, USF Coimbra Centro, USF Lusitana e USF Rio Dão, que recorreram à consulta de revisão do puerpério no período em análise. Foram excluídas as puérperas com iliteracia ou dificuldade na compreensão da língua portuguesa. A amostra foi composta por todas as utentes da população que aceitaram participar no estudo de forma voluntária.

A versão portuguesa da PDSS, após a sua validação, é considerada um instrumento de rastreio adequado para a depressão pós-parto. (5) Posteriormente foi desenvolvida e validada uma versão reduzida da escala, composta por 21 itens, cada item com uma pontuação possível de 1 a 5. Esta apresenta uma pontuação mínima de 21 e máxima de 135. (21) A versão reduzida demonstrou uma sensibilidade e especificidade de aproximadamente 80%, apenas com uma precisão de rastreio ligeiramente inferior à PDSS 35. (21) Para o critério “depressão *major*/DSM-IV”, o *cut-off* de acordo com a prevalência é de 43, para “patologia depressiva/ICD-10”

é 41, e para “depressão ligeira/moderada com síndrome somática ou depressão grave sem sintomas psicóticos / ICD-10” é de 49. (21)

A EPDS foi também desenvolvida para rastrear a depressão pós-parto. (22) Apesar disto, assemelha-se às escalas para a depressão em geral, não tendo em conta a conjuntura do pós-parto, contrariamente à PDSS. (5) A PDSS revelou-se melhor para o efeito do rastreio uma vez que, comparativamente com EPDS e *Beck Depression Inventory II* (BDI-II), apresentou uma combinação de especificidade e sensibilidade mais favorável. (23)

A EPDS tem 3 itens relacionados com a ansiedade perinatal, cujos resultados não permitem descortinar tratar-se de uma patologia distinta ou apenas constituir parte do quadro sintomático da depressão. (24)

A *Perinatal Anxiety Screening Scale* (PASS) é formada por 31 itens de autopreenchimento (cada item é pontuado de 0 a 3), cujo objetivo é detetar ansiedade patológica tanto no período pré como pós-natal. (25) Esta escala baseia-se na deteção de sintomas como ansiedade aguda, perfeccionismo, trauma, ansiedade social, preocupações comuns e medos exclusivos da situação. (25) A vantagem na sua utilização é combinar os critérios diagnósticos internacionais da patologia (*Internacional Classification of Diseases* (ICD) e DSM), com os sintomas de ansiedade mais específicos da população perinatal. (25) O *cut-off* utilizado é 26 pontos com uma sensibilidade de 0,7 e uma especificidade de 0,3. (25) Foram desenvolvidos outros intervalos para melhor avaliar a severidade sintomática, nomeadamente, sintomas mínimos de ansiedade de 0 a 20, sintomas ligeiros a moderados de 21 a 41 e sintomas graves a partir de 42. (26)

Por todos os motivos já referidos, no presente estudo utilizou-se a PDSS e a PASS.

Foi entregue a cada puérpera um questionário anónimo, de autopreenchimento voluntário, em papel, pelas secretárias clínicas ou enfermeiras no momento da sua receção. Este questionário consistia nas escalas PDSS, PASS e era acompanhado por consentimento informado. Depois do preenchimento, os questionários e consentimentos foram recolhidos pelas secretárias clínicas ou enfermeiras.

As secretárias clínicas/enfermeiras entregaram ao médico de família um questionário para que este preenchesse no final da sua consulta com a puérpera em questão. Este apresentava a mesma codificação do questionário previamente entregue à puérpera, não existindo qualquer registo relacionando os códigos com os nomes das puérperas. Não houve interferência na dinâmica habitual da consulta do médico.

O questionário para o médico de família avaliou a sua perceção dos sintomas depressivos da puérpera, respondendo às questões “A mulher parece deprimida?”, “A mulher parece ansiosa?”, “Se sim, com sintomas mínimos, ligeiros a moderados ou severos?” e “A mulher parece calma/serena?”. Continha ainda uma breve caracterização da puérpera: número de gestações e partos, via do parto, prematuridade e medicação habitual. Caso o médico de família tivesse feito o diagnóstico de depressão pós-parto devia indicar se a sua atuação tinha sido farmacológica, psicológica ou ambas. O médico não foi impedido de recorrer às escalas de rastreio, após preencher com a sua perceção.

O protocolo deste estudo foi submetido à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, tendo sido dado um parecer favorável para a sua realização.

Os resultados foram organizados através de uma base de dados do *Microsoft Excel*. Foi utilizado o *software* estatístico IBM® SPSS® Statistics versão 23 para a realização da análise estatística.

As variáveis qualitativas medidas no estudo foram estado civil, residência, diagnóstico de depressão pós-parto e ansiedade consoante as escalas, a percepção do médico acerca do estado depressivo, ansioso e calmo da puérpera, a prematuridade, medicação habitual e atuação em caso de depressão pós-parto. Estas foram descritas utilizando a sua frequência e percentagem. As variáveis quantitativas, nomeadamente, idade, número de pessoas com quem habita, o número de gestações, partos e o valor das escalas foram descritas por meio da média, desvio padrão, mínimo e máximo.

RESULTADOS

A amostra deste estudo é formada por 30 questionários válidos, 40% (n=12) são provenientes da UCSP Mira, 30% (n= 9) da USF Lusitana, 20% (n=6) da USF Rio Dão, 6,7% (n=2) da USF Coimbra Centro e 3,3% (n=1) da USF Araceti.

Relativamente à idade, variou entre os 26 e os 43 anos, com um valor médio de 34,5 anos e um desvio padrão de 0,468.

O número de pessoas com quem habitam foi desde 1 pessoa até 3 pessoas no máximo, com uma média de 1,6 e desvio padrão de 0,71.

Relativamente ao estado civil, 56% (n=14) são casadas ou estão numa união de facto, 32% (n=8) são solteiras e 12% (n=3) são divorciadas. Algumas inquiridas, 16,7% (n=5), não responderam a esta questão.

No que diz respeito à residência, 60,9% (n=14) vive em área rural e 39,1% (n=9) em área urbana. Este campo não foi respondido por 23,3% (n=7) das puérperas.

A caracterização sociodemográfica das puérperas está sintetizada na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variáveis		Frequência relativa	Frequência absoluta
Número de pessoas com quem habita	1	52%	14
	2	36%	9
	3	12%	3
Estado civil	Casada/União de facto	56%	14
	Solteira	32%	8
	Divorciada	12%	3
Residência	Rural	60,9%	14
	Urbana	39,1%	9

A maioria das inquiridas teve apenas 1 gestação, 53,3% (n=16). Com 2 gestações existem 23,3% (n=7) das puérperas, 16,7% (n=5) com 3 e 6,7% (n=2) a ter 4.

Das puérperas, 56,7% (n=17) tiveram 1 parto, 30% (n=9) tiveram 2 e 13,3% (n=4) tiveram 3.

A maior parte decorreu por via eutócica, em 83,3% (n=25) das puérperas e os recém-nascidos não eram prematuros em 85,7% (n=24). As características obstétricas das puérperas estão sumariadas na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização obstétrica das puérperas.

Variáveis		Frequência relativa	Frequência absoluta
Nº de gestações	1	53,3%	16
	2	23,3%	7
	3	16,7%	5
	4	6,7%	2
Nº de partos	1	56,7%	17
	2	30,0%	9
	3	13,3%	4
Tipo de parto	Eutócico	83,3%	25
	Distócico	16,7%	5
Prematuridade	Sim	14,3%	4
	Não	85,7%	24

Em relação à medicação das puérperas, a maioria, 76,7% (n=23) não tinha hábitos medicamentosos, 10% (n=3) tomavam contraceptivo oral, 3,3% (n=1) tomavam benzodiazepina, 3,3% (n=1) levotiroxina, 3,3% (n=1) ferro e iodo e 3,3% (n=1) ferro e ácido fólico.

O *score* da amostra obtido na escala PDSS variou entre 22 e 80, com um valor médio de 41,6 e um desvio padrão de 16,18.

Na resposta à escala PDSS, 53,3% (n=16) não apresentavam diagnóstico de depressão pós-parto, ao contrário de 46,7% (n=14) que apresentavam.

No que diz respeito ao *score* da PASS, este variou entre 2 e 79, com um valor médio de 25,3 e um desvio padrão de 16,6.

Na resposta à PASS, 58,6% (n=17) não apresentavam diagnóstico de ansiedade, por oposição a 41,4 % (n=12) que apresentavam, com 3,3% (n=1) das puérperas a não responder.

A gravidade avaliada pela escala PASS variou entre 48,3% (n=14) puérperas com sintomas mínimos, 41,4% (n=12) com sintomas ligeiros a moderados e 10,3% (n=3) com sintomas graves.

Quanto à percepção do médico, 10% (n=3) foram consideradas deprimidas e 30% (n=9) ansiosas, por oposição a 90% (n=27) e 70% (n=21) que não apresentariam humor deprimido e ansioso, respetivamente.

A comparação entre as frequências de depressão pós-parto e ansiedade, obtidas através da escala e através da percepção do médico está representada na tabela 3.

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

	Escala		Percepção do médico	
	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta
Depressão pós-parto	46,7%	14	10%	3
Ansiedade	41,4%	12	30%	9

Verifica-se que, na maioria dos casos, em 56,7% (n=17) e 65,5% (n=19) das puérperas existe um diagnóstico correto de depressão pós-parto e ansiedade, respetivamente. Em 40% (n=12) a depressão não é diagnosticada e, em 24,1% (n=7), sucede a mesma situação com a ansiedade. Em 3,3% (n=1) das situações de depressão, o médico diagnostica a patologia na sua ausência, bem como em 10,3% (n=3) dos casos de ansiedade. Estes dados estão sintetizados na tabela 4.

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

		Frequência relativa	Frequência absoluta
Depressão pós-parto	Diagnóstico correto	56,7%	17
	Subdiagnóstico	40%	12
	Sobrediagnóstico	3,3%	1
Ansiedade	Diagnóstico correto	65,5%	19
	Subdiagnóstico	24,1%	7
	Sobrediagnóstico	10,3%	3

O médico reconheceu que existiam 90% (n=27) puérperas com sintomas mínimos de ansiedade, 10% (n=3) com sintomas ligeiros a moderados e nenhuma com sintomas graves.

As variáveis gravidade sintomática da ansiedade obtida pela escala e a conseguida através do médico são comparadas na tabela 5.

Tabela 5. Comparação entre as frequências da severidade sintomática da ansiedade, de acordo com a escala e de acordo com o médico.

	Escala		Médico	
	Frequência relativa	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência absoluta
Ansiedade com sintomas mínimos	48,3%	14	90%	27
Ansiedade com sintomas ligeiros a moderados	41,4%	12	10%	3
Ansiedade com sintomas graves	10,3%	3	0%	0

Em 48,3% (n=14) o médico conseguiu identificar corretamente a gravidade dos sintomas de ansiedade, na mesma frequência em que os subdiagnosticou. Em 3,4% (n=1) das situações, o médico sobrestimou a gravidade dos sintomas. Esta informação está representada na tabela 6.

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

		Frequência relativa	Frequência absoluta
Gravidade sintomática	Diagnóstico correto	48,3%	14
	Subdiagnóstico	48,3%	14
	Sobrediagnóstico	3,4%	1

O médico concluiu que 82,8% (n=24) das puérperas pareciam calmas/serenas, enquanto que 17,2% (n=5) tiveram opinião contrária, com 3,3% (n=1) de ausência de resposta.

Os 3 casos identificados pelos médicos como tendo depressão pós-parto foram todos alvo de atuação. A abordagem psicológica isoladamente foi utilizada em 33,3% (n=1) dos casos, bem como a abordagem farmacológica, 33,3% (n=1). A atuação psicológica e farmacológica simultânea foi utilizada em 33,3% (n=1).

DISCUSSÃO

Neste estudo a prevalência de depressão pós-parto foi de 46,7%. Segundo estudos levados a cabo em Portugal, a prevalência pontual de depressão pós-parto varia entre 3,9% e 12,7%, recorrendo à PDSS-35 (27); ou varia entre 12,4% e 13,7% na primeira semana e 3 meses após o parto (utilizando o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto e a EPDS). (28) Segundo Pereira *et al.*, a prevalência de sintomas depressivos clínicos no pós-parto com a PDSS-21 pode atingir 19,6% às 6 semanas. (29)

A grande diferença encontrada na taxa de prevalência de depressão pós-parto no presente estudo comparativamente como os estudos anteriormente referidos pode dever-se ao reduzido tamanho amostral ou ao facto dos instrumentos utilizados para obtenção do valor serem distintos nos vários estudos e por isso não comparáveis.

A prevalência de ansiedade perinatal encontrada neste estudo foi de 41,4%. De acordo com uma meta-análise que analisa todas as patologias ansiosas no pós-parto, estima-se que 8,5% das puérperas sofrem de uma ou mais destas condições. (30) Mais uma vez, o valor encontrado no presente trabalho é significativamente superior ao relatado, podendo as justificações para tal acontecer serem as mesmas relativas à depressão pós-parto.

A análise da gravidade dos sintomas permitiu classificar 48,3% de puérperas como apresentando sintomas mínimos, 41,4% sintomas ligeiros a moderados e apenas 10,3% com sintomas graves.

Como se pode verificar pela análise da tabela 4, a maioria das puérperas foi corretamente identificada como tendo ou não patologia depressiva e ansiosa, em 56,7% e 65,5%, respetivamente.

Apesar da “avaliação do estado emocional da puérpera” ser um dos tópicos a abordar na consulta de revisão do puerpério, (20) permanece uma percentagem bastante significativa, 40%, de casos em que a escala aponta para depressão pós-parto e o médico não a identifica como tal. Tal como já foi previamente mencionado, as escalas não são diagnósticas (19), não se podendo garantir que o valor de 40% seja exato. No entanto, como apresentam sensibilidades e especificidades favoráveis, (21) (25) pode-se considerar um valor aproximado. O rastreio da depressão pós-parto é descrito na literatura como sendo não generalizado, (16) havendo um subdiagnóstico desta. (16) (31)

Encontra-se alguma dificuldade em comparar o resultado obtido com outros dados publicados uma vez que existe um reduzido número de estudos que avaliem a perceção diagnóstica dos médicos, (32-35) em particular dos médicos de família, apresentando metodologias distintas. Ainda assim, segundo uma revisão que analisou alguns trabalhos dedicados à capacidade de diagnóstico de vários profissionais de saúde de depressão perinatal, utilizando diferentes metodologias (EPDS, entrevista telefónica, entrevista clínica, entre outros), verificou-se que em 50 a 70% dos casos o diagnóstico não é efetuado pelos clínicos. (36) Este valor não é muito díspar do encontrado no presente estudo, 40%.

Os possíveis fatores causais para o subdiagnóstico pelo médico abrangem não só a dimensão do médico, como também da puérpera. Relativamente ao clínico, estão descritas na literatura algumas causas passíveis de justificar a situação, nomeadamente, elevadas exigências a nível profissional e limitações de tempo ou conhecimentos. (10) Leiferman *et al.* refere ainda que o facto do doente se mostrar pouco disponível para discutir a sua saúde mental e o estigma existente não são negligenciáveis no entender dos médicos. (31)

A relutância em solicitar auxílio perante sintomas depressivos no pós-parto foi descrita por Fonseca *et al.* em Portugal, alegando como obstáculos, o desconhecimento acerca da

patologia, dificuldades económicas e a indisponibilidade para recorrer a consultas do foro psicológico/psiquiátrico. (29) A segmentação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde secundários, nomeadamente os do foro psiquiátrico, também pode concorrer para a questão. (10)

Segundo este estudo, a ansiedade perinatal é melhor diagnosticada pelo médico do que a depressão pós-parto, uma vez que apenas 24,1% das puérperas com esta patologia não são identificadas.

O subdiagnóstico é mais frequente do que as situações de sobrediagnóstico. Pode-se ainda constatar que esta situação é mais frequente na patologia ansiosa (10,3%) do que na depressiva (3,3%).

No que diz respeito à gravidade sintomática, existe mais uma vez uma percentagem elevada de subdiagnóstico (48,3%). Pode-se inferir que o médico conseguirá mais facilmente identificar sintomas de ansiedade na puérpera (65,5%) do que classificar a ansiedade apresentada em graus de gravidade (48,3%).

Todos os casos que o médico identificou como depressão pós-parto foram alvo de atuação, contrariamente ao verificado na revisão da literatura já previamente referida, em que apenas 15,8% das puérperas diagnosticadas foram alvo de intervenção. (36) Os resultados obtidos no presente estudo, relativamente à atuação do médico, podem estar relacionados com o facto de o médico, sabendo tratar-se de um estudo acerca de depressão pós-parto, poder estar mais alerta para esta patologia, conduzindo a uma atitude mais intervencionista.

Não se verificou predomínio de nenhum tipo de atuação em detrimento de outra, com um caso tratado com abordagem psicológica isoladamente, outro com abordagem farmacológica e outro com atuação psicológica e farmacológica simultânea.

O presente estudo apresenta como limitação o facto de se basear numa amostra pequena, constituída por 30 puérperas, acrescentando ainda a esta limitação, o facto de apenas terem sido seleccionadas algumas instituições das duas regiões, por conveniência.

Pelos motivos acima referidos, a amostra considerada no estudo não é representativa da população considerada.

A amostra reduzida pode ter estado relacionada com o pequeno número de consultas de revisão do puerpério programadas. Uma hipótese passível de justificar esta dificuldade será o facto de as doentes poderem atribuir maior importância às consultas de Saúde Infantil do recém-nascido, acabando por desvalorizar a sua ida à consulta de revisão do puerpério. De acordo com a estatística apresentada no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, em 2013 e 2014 apenas 28% e 30% das puérperas recorreram a esta consulta, respetivamente. (20)

CONCLUSÃO

Concluindo, apesar dos médicos de família atuarem perante a percepção de depressão pós-parto, existe uma percentagem bastante significativa e não negligenciável, 40%, de puérperas cuja patologia não foi diagnosticada.

A despeito das limitações e dificuldades mencionadas, o presente estudo serve também o propósito de sensibilizar os médicos de família para a utilização rotineira das escalas na realização do rastreio desta patologia. Especialmente tendo em conta que, segundo os resultados obtidos, a análise subjetiva por eles realizada pode ser falível.

Dado os resultados e conclusões obtidas revela-se crucial continuar a investigar a percepção subjetiva que os médicos de família possuem acerca da depressão pós-parto, podendo o presente estudo servir de ponto de partida para estudos futuros com amostras maiores e representativas da população portuguesa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Doutora Inês Figueiredo e à Professora Doutora Inês Rosendo pela disponibilidade, paciência, apoio e conhecimento transmitido, que demonstraram de forma incansável ao longo do tempo.

Aos meus pais e irmão por constituírem a minha pedra basilar.

Ao João pelo apoio, carinho, estímulo intelectual e emocional que sempre transmitiu incondicionalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harding JJ. Postpartum psychiatric disorders: a review. *Compr Psychiatry*. 2004;30(1):109–12.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Am Psychiatr Assoc. 2013;991.
3. Bernstein IH, Rush AJ, Yonkers K, Carmody TJ, Woo A, McConnell K, et al. Symptom features of postpartum depression: Are they distinct? *Depress Anxiety*. 2008;25(1):20–6.
4. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. 2014;4(1):139–48.
5. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, et al. The Portuguese version of the postpartum depression screening scale. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2010;31(2):90–100.
6. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005;(119):1–8.
7. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2012;101(1):57–79.
8. Langan RC, Goodbred AJ. Identification and management of peripartum depression. *Am Fam Physician*. 2016;93(10):852–8.
9. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord*. 2015;175:34–52.

10. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. *J Am Board Fam Med.* 2007;20(3):280–8.
11. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6(4):263–74.
12. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health.* 2005;8(2):77–87.
13. Bobo W V., Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians: Postpartum depression. *Mayo Clin Proc.* 2014;89(6):835–44.
14. Wisner KL, Sit DK. The Identification of Postpartum Depression. 2010;52(3):1–12.
15. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A Review of Postpartum Psychosis. *J Women’s Heal.* 2006;15(4):352–68.
16. Seehusen MDA, Baldwin L-M, Runkle LGP, Clark LG. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression? *Obstet Gynecol Surv.* 2005;60(10):630–1.
17. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth.* 2006;33(4):323–31.
18. Gemmill AW, Leigh B, Ericksen J, Milgrom J. A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health.* 2006;6:1–8.
19. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):13–23.
20. Veloso H, Moleiro ML, Brás R, Gonçalves D, Fraga S, Braga J. Protocolo de

Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. 2016;1–9.

21. Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia B, Soares MJ, Valente J, et al. Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: As accurate as the original form. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(1):67–77.
22. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(JUNE):782–6.
23. Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nurs Res*. 2001;50(4):242–50.
24. Ross LE, Evans SEG, Sellers EM, Romach MK. Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(1):51–7.
25. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(5):443–54.
26. Somerville S, Byrne SL, Dedman K, Hagan R, Coo S, Oxnam E, et al. Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *J Affect Disord*. 2015;186:18–25.
27. Maia BR, Marques M, Bos S, Pereira AT, Soares MJ, Valente J, et al. Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Med Port*. 2011;24 Suppl 2:443–8.
28. Costa R, Pacheco A, Figueiredo BA. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(4):157–65.

29. Pereira AT, Marques M, Marques C, Bento E, Azevedo J, Xavier S, et al. Perinatal depression screening, prevention and early intervention: Recent advances in Portugal. *Int J Clin Neurosci Ment Heal*. 2016;3(2):1–6.
30. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;203:292–331.
31. Leiferman J a, Dauber SE, Heisler K, Paulson JF. Primary care physicians' beliefs and practices toward maternal depression. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(7):1143–50.
32. Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P, et al. Postnatal depression in the community. *Br J Gen Pract*. 1998;48(428):1064–6.
33. Burton A, Patel S, Kaminsky L, Rosario G Del, Young R, Fitzsimmons A, et al. Depression in pregnancy: Time of screening and access to psychiatric care. *J Matern Neonatal Med*. 2011;24(11):1321–4.
34. Coates AO, Schaefer C a, Alexander JL. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res*. 2004;31(2):117–33.
35. Goodman JH, Tyer-Viola L. Detection, Treatment, and Referral of Perinatal Depression and Anxiety by Obstetrical Providers. *J Women's Heal*. 2010;19(3):477–90.
36. Cox EQ, Sowa NA, Meltzer-Brody SE, Gaynes BN. The perinatal depression treatment cascade: Baby steps toward improving outcomes. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(9):1189–200.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL.	DESPACHO: Homologado 21.07.2017 Dr. José Manuel Azenha Terec Presidente do Conselho Directivo da A.R.S. Centro, I.P.
-------------------------------------	--

ASSUNTO: "" Depressão pós-parto nos Cuidados de Saúde Primários: realidades e percepções dos Médicos de Família".
Processo 51/2017.

A investigadora Joana Carolina Simões Balseiro Observacional, propõe-se realizar estudo multicêntrico, descritivo e transversal, a decorrer entre Junho de 2017 e Janeiro de 2018.

Objetivo avaliar a percepção que os Médicos de Família, da região de Viseu e Coimbra, têm durante a consulta de revisão do pós-parto, na correta avaliação do risco de depressão pós-parto.

Pretende-se também perceber qual a atuação dos médicos perante a mesma, quer seja abordagem farmacológica ou psicológica.

Estão salvaguardados todos os pressupostos éticos, bem como entregues todos os documentos requeridos por esta Comissão de Ética.

Deve, para que este parecer seja efectivo e definitivo, entregar cópia do trabalho a esta Comissão.

Coimbra, 19 de julho 2017

O Relator:

Luis Miguel Santiago

O Presidente da Comissão de Ética da ARS do Centro

Professor Doutor Fontes Ribeiro

Anexo 2 – Autorização dos coordenadores dos centros de saúde

Autorização do Diretor da Instituição

Investigador Principal: Joana Balseiro

Co-Investigador: Dra. Inês Figueiredo

Co-Investigador: Dra. Inês Rosendo

Título do Estudo: Depressão pós-parto nos Cuidados de Saúde Primários: realidades e percepções dos Médicos de Família

Instituição:

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

Recrutamento de doentes: Puérperas que recorram à consulta de revisão do pós-parto entre Setembro de 2017 e Janeiro de 2018.

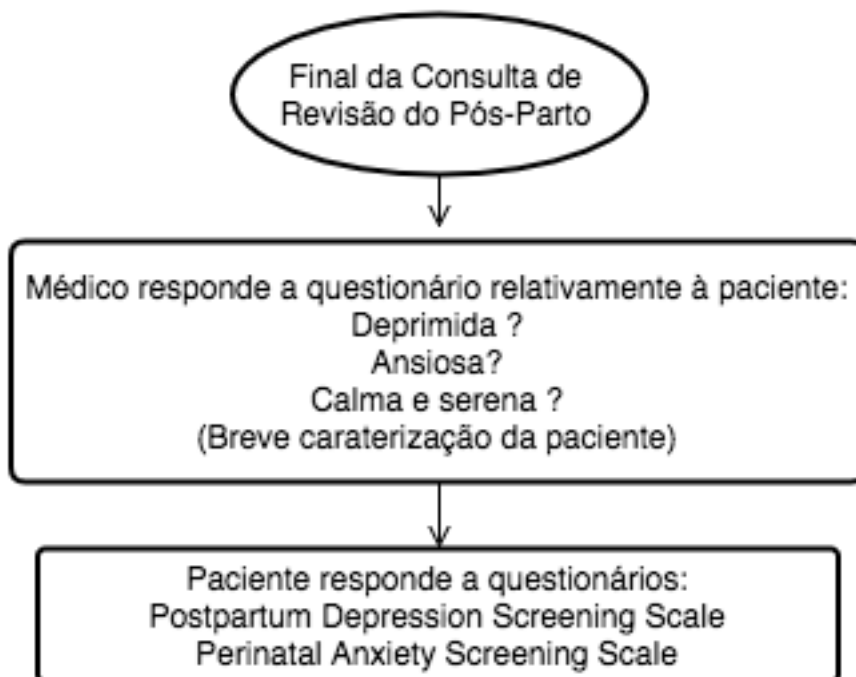
Crítérios de Inclusão: Puérperas que respondam aos inquéritos de forma válida e assinem o consentimento informado.

Crítérios de Exclusão: Analfabetas e pessoas com dificuldades de compreensão.

Plano de Investigação

No final da consulta de revisão do pós-parto, o médico de família entrega às puérperas um consentimento informado e o questionário delas (que inclui outro consentimento informado, a escala Postpartum Depression Screening Scale e Perinatal Anxiety Screening Scale). Deverá dar a indicação para que a puérpera assine o consentimento informado e preencha o questionário, entregando estes documentos ao enfermeiro ou na secretaria. O outro consentimento informado fica na posse da doente.

O médico de família terá um questionário (com o mesmo número do que entregou à puérpera) que deve preencher com a perceção de sintomas depressivos da puérpera (“A mulher parece deprimida? / A mulher parece ansiosa? / A mulher parece calma/serena?”) e com uma breve caracterização da mulher. Não deve haver identificação da paciente nem comunicação à mesma destas respostas.



Riscos e Potenciais Inconvenientes para o Doente: Não aplicável

Potenciais Benefícios: Não aplicável

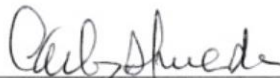
Participação/Abandono Voluntário: O doente pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências.

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

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

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

Mira, 5/6/17



Diretor da Instituição
Carlos Almeida, Dr.
Coordenador UCSP Mira
ACES do Baixo Mondego

③
[Handwritten signature]

Riscos e Potenciais inconvenientes para o Doente: Não aplicável

Potenciais Benefícios: Não aplicável

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

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

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

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

Santa Comba Dão, 19/07/2017

[Handwritten signature]

Diretor da Instituição

Riscos e Potenciais Inconvenientes para o Doente: Não aplicável

Potenciais Benefícios: Não aplicável

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

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

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

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

Coimbra, 09/01/2018



Diretor da Instituição

Inês Rosendo, Dra.
Coordenadora
USF Coimbra Centro

Riscos e Potenciais Inconvenientes para o Doente: Não aplicável

Potenciais Benefícios: Não aplicável

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

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

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

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

Viseu, 2 / 6 / 2017



Diretor da Instituição

Riscos e Potenciais Inconvenientes para o Doente: Não aplicável

Potenciais Benefícios: Não aplicável

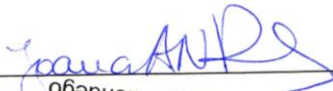
Participação/Abandono Voluntário: O doente pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências.

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

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

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

Arazede, 26/07/2017



Coordenadora USF Arazede
Instituição de Saúde Baixo Mondego

Anexo 3 – Consentimento informado

Formulário de Consentimento Informado

Depressão pós-parto nos Cuidados de Saúde Primários: realidades e perceções dos Médicos de Família

Autora: Joana Balseiro

(Aluna da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra)

O atual trabalho de investigação, intitulado “Depressão pós-parto nos Cuidados de Saúde Primários: realidades e perceções dos Médicos de Família” decorre no âmbito de Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Tem como principal objetivo determinar a perceção que os Médicos de Família têm, durante a consulta de revisão do pós-parto, na correta avaliação do risco de depressão pós-parto.

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

O resultado da investigação será apresentado em 2018 podendo, se desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos.

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

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

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

Assinatura: _____ Data: _____

Anexo 4 – Questionário da puérpera

Depressão pós-parto nos Cuidados de Saúde Primários: realidades e perceções dos Médicos de Família

- Idade:
- Estado civil:
- Reside em área rural / urbana (sublinhar a resposta adequada)
- Vive com:

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

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter **DEPOIS DO NASCIMENTO** do seu bebé. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada afirmação.

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

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

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

Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal

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

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

0	1	2	3	
Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	
1. Preocupar-me com a gravidez/bebé	0	1	2	3
2. Medo que algo de mal aconteça ao bebé	0	1	2	3
3. Sentir pavor por ter a sensação de que algo de mau está para acontecer	0	1	2	3
4. Preocupar-me com muitas coisas	0	1	2	3
5. Preocupar-me com o futuro	0	1	2	3
6. Sentir-me assoberbada/esmagada	0	1	2	3
7. Ter medos muito intensos sobre várias coisas (de agulhas, de sangue, do parto, da dor, etc...)	0	1	2	3
8. Ataques súbitos de medo ou desconforto intenso	0	1	2	3
9. Pensamentos repetitivos difíceis de parar ou controlar	0	1	2	3
10. Dificuldade em dormir, mesmo quando tenho a oportunidade para o fazer	0	1	2	3
11. Ter de fazer as coisas de uma certa maneira ou ordem	0	1	2	3
12. Querer que as coisas sejam perfeitas	0	1	2	3
13. Precisar de ter as coisas sob controlo	0	1	2	3
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	0	1	2	3
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	0	1	2	3
17. Estar alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	0	1	2	3
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos	0	1	2	3
19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	0	1	2	3
23. Evitar coisas que me preocupam	0	1	2	3
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	0	1	2	3
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	0	1	2	3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27. Sentir que a ansiedade afecta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30. Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31. Sentir-me agitada	0	1	2	3

Anexo 5 – Questionário do médico

Questionário nº

Depressão pós-parto nos Cuidados de Saúde Primários: realidades e percepções dos Médicos de Família

Percepção de sintomas depressivos da puérpera:

(Sublinhar a resposta adequada)

- A mulher parece deprimida?
 - Sim / Não
- A mulher parece ansiosa?
 - Sim / Não
- Se sim, sublinhar a resposta mais adequada:
 - com sintomas mínimos
 - com sintomas ligeiros a moderados
 - com sintomas severos
- A mulher parece calma/serena?
 - Sim / Não

Caracterização da puérpera:

- Gesta_____/ Para_____
- Via do parto:
- Prematuridade (Sublinhar a resposta adequada): Sim / Não
- Medicação:

- Em caso de diagnóstico de depressão pós-parto, qual a atuação? (Sublinhar a resposta adequada): Farmacológica/ Psicológica