



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

ANA SOFIA FERREIRA DA SILVA

***Depressão e ansiedade no pós-parto e experiência de amamentação***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

DOUTORA INÊS JORGE DE FIGUEIREDO

**FEVEREIRO/2019**

***Depressão e ansiedade no pós-parto e experiência de amamentação***

**Autores:**

Ana Sofia Ferreira da Silva<sup>1</sup>

Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano<sup>1,2</sup>

Doutora Inês Jorge de Figueiredo<sup>1,3</sup>

**Afiliação:**

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> USF Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> USF Lusitana, Viseu, Portugal

**e-mail:** asofia.fsilva@gmail.com

## **Abreviaturas e acrónimos**

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

DP – Desvio-padrão

ERAP – Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal

ERDP-24 – Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto

DASS-21 - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

PDSS-21 - Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

n – Número da amostra

NR – Não respondeu

p - Valor de significância

IC – Intervalo de confiança

RR – Risco relativo

RAM - Relatório do Aleitamento Materno

SPSS® - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

X<sup>2</sup> - teste Qui-Quadrado

## **Índice**

Introdução .....	6
Materiais e Métodos .....	8
Resultados .....	12
Discussão.....	21
Conclusão .....	25
Agradecimentos .....	26
Referências bibliográficas .....	27
Anexos .....	29

## Resumo

**Introdução:** A amamentação constitui uma ferramenta essencial para o desenvolvimento do recém-nascido, contribuindo para o seu crescimento saudável e para a criação de um vínculo emocional entre a criança e a mãe. Parece haver uma relação entre a amamentação e a depressão pós-parto, no entanto, a causalidade entre estes dois fatores está ainda pouco estudada.

**Objetivos:** Pretende-se avaliar o impacto da ansiedade e da depressão durante a gravidez no tempo e experiência de amamentação em recém-mães e o impacto da intenção de amamentar na ansiedade e depressão perinatal, de forma a perceber melhor a possível causalidade entre estes fatores.

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo de coorte com 100 mulheres, no período pós-parto, residentes na região Centro de Portugal e seguidas em unidades de cuidados primários de saúde. Na consulta de seguimento dos 4 meses pós-parto, aplicou-se um questionário para obter dados sociodemográficos e experiência de amamentação. Aplicou-se a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21), a Escala de Rastreamento de Depressão Pós-Parto (PDSS-21) e a Escala de Autoeficácia na Amamentação (versão reduzida Dennis 2003). Fez-se análise estatística descritiva e inferencial. Aplicou-se ainda um modelo de regressão para avaliar o impacto das variáveis estudadas na depressão-pós-parto.

**Resultados:** No universo das 100 participantes, a percentagem de mulheres em risco de depressão no pós-parto (PDSS >40) foi de 39%. Em relação à experiência de amamentação, 73% das mulheres afirmou ter amamentado no pós-parto e 56% ainda amamentava no momento do questionário. Os resultados obtidos sugerem uma tendência para haver menos risco de depressão nas mulheres que pretendiam amamentar mais tempo, neste caso mais de seis meses. Há igualmente uma tendência para um menor risco de depressão no pós-parto entre as mulheres que ainda amamentam. Concluiu-se, também, que famílias nucleares (RR=0,119) parecem ser um fator protetor para a depressão pós-parto, assim como a intenção de amamentar em exclusividade durante 6 meses (RR=0,099). Em contrapartida, ter um diagnóstico de depressão durante a gravidez aumenta em quase quatro vezes (RR=3,920) o risco de depressão no pós-parto.

**Discussão e Conclusão:** Este trabalho apresenta como limitações o reduzido tamanho, mas também o método de avaliação de depressão por escalas e os diferentes vieses inerentes à aplicação de questionários. Torna-se necessária a realização de estudos futuros em amostras mais significativas, representativas da população, por forma a estudar melhor a relação entre a intenção de amamentar, e o seu tempo de exclusividade e não exclusividade, e a depressão no período pós-parto.

**Palavras-Chave:** “Depressão no pós-parto”, “Experiência de amamentação”, “Duração de amamentação”, “Depressão na gravidez”, “Intenção de amamentar”.

## **Abstract**

**Introduction:** Breastfeeding is a vital tool for the development of the newborn, contributing to its healthy growth and the creation of an emotional bond between mother and child. There seems to be a relationship between breastfeeding and postpartum depression, however, the causality between these two factors is still poorly studied.

**Objectives:** The aim of this study is to evaluate the impact of anxiety and depression during pregnancy on the time and experience of breastfeeding in these women and the impact of breastfeeding intention on anxiety and perinatal depression in order to better understand the possible causality between these factors.

**Materials and Methods:** A cohort study was carried out with 100 women, in the postpartum period, living in the central region of Portugal and followed in primary care units. At the 4<sup>th</sup> month postpartum follow-up visit, a questionnaire was used to obtain sociodemographic data and breastfeeding experience. The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-21) and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Dennis 2003 reduced version) were applied. Descriptive and inferential statistical analysis were performed. A regression model was also applied to evaluate the impact of the variables studied in postpartum depression.

**Results:** Among the 100 participants, the percentage of women at risk of postpartum depression (PDSS > 40) was 39%. Regarding the experience of breastfeeding, 73% of the women reported having breastfed postpartum and 56% still breastfed at the time of the questionnaire. The results suggest a trend towards a lower risk of depression in women who intend to breastfeed longer, in this case more than six months. There is also a tendency for a lower risk of postpartum depression among women who are still breastfeeding. It was also concluded that nuclear families (relative risk = 0.119) appear to be a protective factor for postpartum depression, as well as the intention to exclusively breastfeed for 6 months (relative risk = 0.099). In contrast, having a diagnosis of depression during pregnancy increases the risk of postpartum depression by almost fourfold (relative risk = 3,920).

**Discussion and Conclusion:** This work presents as limitations the small size, but also the method of evaluation of depression using scales and the multiple bias inherent to the application of questionnaires. It is necessary to carry out future studies on more representative samples of the population in order to better study the relationship between the intention to breastfeed, and its time of exclusivity and non-exclusivity, and depression in the postpartum period.

**Keywords:** "Postpartum depression," "Breastfeeding experience," "Breastfeeding duration," "Depression in pregnancy," "Intention to breastfeed."

## Introdução

O aleitamento materno constitui uma ferramenta essencial para o desenvolvimento do recém-nascido, contribuindo para o seu crescimento saudável e para a criação de um vínculo emocional entre a criança e a mãe. A amamentação apresenta diversas vantagens para o recém-nascido, nomeadamente nutricionais, anti-infecciosas, imunológicas e alérgicas, cognitivas e afetivas.<sup>1-6</sup> No caso da mãe, a amamentação auxilia sobretudo no pós-parto imediato e parece diminuir o risco de cancro da mama e do endométrio e também o risco cardiovascular.<sup>1-5</sup> A verdade é que o processo de amamentação favorece o vínculo emocional entre mãe e bebé, reduzindo os níveis de stress, aumentando o bem-estar psicológico da mãe e regulando o padrão de sono e vigília quer da mãe, quer do bebé.<sup>4,6</sup>

O leite materno é um alimento vivo, natural e completo, com cada vez mais vantagens reconhecidas. Por este motivo, a Organização Mundial de Saúde defende a sua utilização exclusiva até aos seis meses de vida, complementando a partir daí através da diversificação alimentar, até cerca dos dois anos<sup>5</sup>. Em Portugal, 98,57% das mulheres inicia aleitamento materno nas primeiras horas após o parto; 76,67% destas amamenta exclusivamente o seu bebé<sup>7</sup>. No entanto, segundo o último Relatório de Aleitamento Materno (RAM), a tendência, nos meses de vida seguintes, é decrescente, sendo que aos 5 meses a amamentação exclusiva corresponde apenas a 22,1% e aos 18 meses, 12,5%<sup>7</sup>. Desta forma, conclui-se que as estatísticas permanecem muito aquém das expectativas para o país.

O aleitamento é determinado por diversos fatores<sup>1,8,9</sup>, tais como a ansiedade e a depressão durante a gestação; estes fatores psicológicos parecem ter interferência na decisão da mãe acerca da amamentação, contribuindo para as baixas taxas de amamentação efetiva.<sup>1-4,6,10-12</sup> A ansiedade e a depressão da gravidez são consideradas pela OMS como reais problemas de saúde pública, pois têm grande prevalência e um maior impacto na saúde mental materna e infantil.<sup>13</sup> Durante a gravidez, se não forem tratadas, têm um efeito negativo na amamentação, mas também na saúde da mãe e da criança: maior risco de parto pré-termo, restrição do crescimento, baixo peso à nascença, atrasos no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental do bebé/criança e, na mãe, maior risco de hipertensão, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia.<sup>1,8,14-18</sup>

Não está bem estudada a relação entre estados depressivos ou ansiosos, antes ou depois do parto, e a intenção de amamentar/experiência de amamentação. Em 2014, uma revisão sistemática concluiu que a depressão pós-parto prediz uma curta duração de amamentação, mas não afeta propriamente a intenção de amamentar e a iniciação da mesma<sup>1</sup>. Verificaram também que a duração de amamentação se relaciona com a depressão pós-parto em quase todos os estudos, assim como a depressão pós-parto e a cessação da amamentação se relacionam bidirecionalmente<sup>1</sup>. Também foi claro que a depressão na gravidez e no pós-parto está associada a uma diminuição da duração da amamentação, daí que se suponha que a

amamentação possa estar a mediar a relação entre gravidez e depressão pós-parto. Além disso, a depressão durante a gravidez sugere uma menor duração da amamentação e, por conseguinte, poderá aumentar os níveis de sintomas depressivos no período pós-parto<sup>1</sup>.

Desta forma, tornam-se necessários mais estudos, nomeadamente prospetivos, de modo a clarificar a associação entre estas variáveis – depressão na gravidez, amamentação e depressão pós-parto.

Desta forma, o presente estudo prospetivo tem como objetivo avaliar o impacto da ansiedade e da depressão durante a gravidez no tempo e experiência de amamentação em recém-mães e o impacto da intenção de amamentar na ansiedade e depressão perinatal, de forma a perceber melhor a possível causalidade entre estes fatores.



## Materiais e Métodos

O presente estudo de coorte foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração regional de Saúde do Centro (Anexo I) e Comissão Nacional de Proteção de Dados (Anexo II). A recolha de dados decorreu entre outubro de 2017 e outubro de 2018, em dez Unidades de Saúde Familiar (USF) e seis Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Região Centro do país, selecionadas por conveniência, tendo sido incluídas todas as que aceitaram a colaboração. (Tabela I)

**Tabela I** - Distribuição da amostra pelas USF/UCSP da região Centro colaborantes no estudo.

	USF/UCSP	Número de grávidas na amostra final (%)
<b>ACeS Baixo Vouga</b>	UCSP Águeda V	1 (1%)
	UCSP Anadia I	1 (1%)
	USF Esgueira+	8 (8%)
<b>ACeS Baixo Mondego</b>	USF Briosa	6 (6%)
	USF Cruz de Celas	2 (2%)
	UCSP Celas	8 (8%)
	UCSP Mealhada	9 (9%)
	USF Condeixa	10 (10%)
	USF Vita Saurium	8 (8%)
	USF Marquês de Marialva	2 (2%)
	USF Fernando Namora	10 (10%)
	USF Topázio	5 (5%)
<b>ACeS Pinhal Litoral</b>	USF D.Diniz	10 (10%)
	USF Santiago	11 (11%)
	UCSP Norte	5 (5%)
<b>ACeS Dão Lafões</b>	UCSP Vouzela	4 (4%)
<b>Total</b>		100 (100%)

A amostra inicial incluiu 123 mulheres, todas as destas unidades que recorreram a consulta nos 3 primeiros meses do estudo e que estavam no segundo ou terceiro trimestre de gestação e que aceitaram colaborar, preenchendo consentimento informado (Anexo III). Os médicos de família das unidades colaboradoras, na altura da consulta de saúde infantil dos 4 meses, convidaram novamente as mulheres que previamente colaboraram na primeira fase do estudo a proceder ao preenchimento dos questionários correspondentes à segunda fase, tendo sido recolhidos 100 questionários.

Para evitar vieses de memória e seleção, relacionados com o tipo de resposta dos questionários e com o facto de este ter sido aplicado por diferentes pessoas, foi enviado aos médicos colaboradores um conjunto de instruções de aplicação dos questionários, em formato de *e-mail*, de forma a uniformizar a recolha de dados.

No questionário, inquiriram-se algumas variáveis sociodemográficas e antecedentes, tais como a idade da mulher, o número de gestações e de filhos e os anos de formação académica; ainda, nível de escolaridade e número de anos de formação, doenças crónicas da mulher ou complicações ocorridas durante a gravidez. Avaliou-se também a raça, o estado

civil, a altura e o peso da mulher, o agregado familiar e o rendimento médio mensal da família, os consumos de tabaco, álcool e drogas antes e durante a gravidez, o estado de empregabilidade da mulher antes, durante e depois da gravidez, assim como a profissão atual, a intenção de voltar ao emprego, a existência ou não de violência na relação íntima e a toma de medicamentos antidepressivos antes, durante e depois da gravidez. Relativamente às variáveis relacionadas com o parto, foi questionado o local de nascimento do bebé, o tipo de parto, a existência ou não de complicações no parto/pós-parto, com quantas semanas de gestação nasceu o bebé e o número de dias de internamento da mãe e do bebé. (Anexos IV e VII)

A intenção de amamentar foi avaliada através de 4 perguntas objetivas, de resposta fechada, acerca da existência de experiência prévia de amamentação, intenção de amamentar e duração da amamentação exclusiva e não exclusiva pretendida. (Anexo IV)

Para avaliar o risco de perturbação depressiva na gravidez, utilizou-se a versão portuguesa reduzida da Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-24), adaptada para o período da gravidez e validada para a população portuguesa (Anexo V). Este instrumento de autorresposta contém 24 itens que a grávida avalia numa escala de *Likert* de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito). A pontuação total da escala pode variar de 24 a 120 e pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de depressão. Utilizando um ponto de corte igual a 44, a escala permite rastrear depressão, classificando as grávidas em risco de depressão e sem risco de depressão.

A ansiedade na gravidez foi avaliada através da Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP), traduzida e ainda em processo de validação para a população portuguesa (Anexo VI). Este instrumento de autorresposta contém 31 itens que a grávida avalia numa escala de *Likert* de 0 (nunca) a 3 (quase sempre). A pontuação total da escala pode variar de 0 a 93 e pontuações mais elevadas são indicativas de ansiedade mais severa. A ERAP identifica grávidas em risco de ansiedade patológica quando se utiliza um ponto de corte igual a 26 e permite classificar a gravidade dos sintomas de ansiedade em sintomas de ansiedade ligeira (pontuação total de 0 a 20), de ansiedade moderada (de 21 a 41) e de ansiedade severa (de 42 a 93). Uma vez que a escala está em processo de validação para a população portuguesa, utilizaram-se os pontos de corte internacionais da versão original.

Para avaliar o risco de perturbação depressiva no pós-parto, foi utilizada a versão portuguesa validada da Escala de Stress para a Ansiedade e Depressão (DASS-21), (Anexo VIII). Este instrumento de autorresposta contém 21 itens que a mulher avalia numa escala de *Likert*, desde 0 (não se aplicou a mim) até 3 (aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). A pontuação total da escala pode variar entre 0 e 63 pontos, sendo que as pontuações mais altas sugerem níveis mais elevados de stress, associado a maior risco de ansiedade e depressão. Esta escala avalia, individualmente, em três sub-escalas, a gravidade dos

sintomas de ansiedade, depressão e stress. Esta pode ser dividida em normal, ligeira, moderada, severa e muito severa. A pontuação máxima de cada uma varia entre 0 e 21 pontos, sabendo que pontuações mais altas em cada sub-escala sugerem maior risco de ansiedade/depressão/stress, conforme a literatura consultada.

O risco de depressão no pós-parto foi avaliado através da versão portuguesa da Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (PDSS-21), validada para a população (Anexo IX). Este instrumento de autorresposta contém 21 itens que a mãe avalia numa escala de *Likert* desde 1 (discordo muito) até 5 (concordo muito). A pontuação total da escala pode variar de 21 a 105 pontos. Pontuações mais elevadas sugerem níveis mais graves de depressão. Utilizando um ponto de corte de 40, a escala permite rastrear mulheres com risco e sem risco de depressão major, adaptada ao pós-parto.

Para avaliar a experiência de amamentação, foi elaborado um questionário composto por 5 questões de resposta fechada (Anexo X). Caso a mãe estivesse a amamentar, no momento do preenchimento do questionário, pedia-se que prosseguisse, respondendo à versão portuguesa da Escala de Autoeficácia da Amamentação – versão reduzida (Dennis, 2003) (Anexo XI). Este instrumento de autorresposta permite avaliar o grau de confiança relativamente à amamentação do bebé e é constituído por 14 itens que a mãe avalia numa escala de *Likert* desde 1 (nada confiante) até 5 (muito confiante). A pontuação total da escala pode variar entre 14 e 70 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais satisfeita com a experiência da amamentação está a mãe, permitindo uma avaliação qualitativa da mesma.

Os médicos de família codificaram os questionários das pacientes, de forma a garantir e manter o anonimato das participantes e a confidencialidade dos dados, e as identificações não foram passadas para o investigador principal. Registaram-se as informações recolhidas e criou-se uma base de dados em *Exce*<sup>®</sup>, sendo posteriormente utilizado o *SPSS*<sup>®</sup> (*Statistical Package for the Social Sciences*), *software para Macintosh Operating system*<sup>®</sup>, versão 23.0, para tratamento dos dados. A estatística descritiva consistiu na apresentação de frequências para as diversas variáveis quantitativas discretas e contínuas, e no cálculo da média e desvios-padrão para as variáveis quantitativas discretas e contínuas.

Determinaram-se as variáveis que estavam associadas a risco de depressão pós-parto, após verificação da não normalidade da distribuição das variáveis, usando-se o teste estatístico Kolmogorov-Smirnov. Desta forma, utilizaram-se para esta análise testes não-paramétricos.

Na estatística inferencial para analisar o objetivo principal, aplicou-se o teste do Qui-Quadrado ( $X^2$ )/teste exato de Fischer, para perceber as relações entre os níveis de depressão durante e depois da gravidez, intenção de amamentar, amamentação no momento e experiência da mesma.

Para a análise de variáveis de confundimento associadas ao risco de depressão perinatal, usou-se o teste do Qui-Quadrado ( $X^2$ )/teste exato de Fischer para variáveis nominais e, para comparação de médias de variáveis contínuas, utilizou-se o teste de U de Mann-Whitney.

Fez-se uma análise da regressão logística com as variáveis que apresentaram relação estatística com a depressão perinatal. O nível de significância ( $p$ ) utilizado em todos os testes foi de 0,05.

## Resultados

A amostra foi constituída por 100 mulheres, utentes em 16 USF/UCSP colaboradoras pertencentes à região Centro (Tabela I).

O local de nascimento dos bebés foi distribuído, maioritariamente na região Centro, com a maioria dos bebés a nascer nas Maternidades do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (47% nas Maternidades Daniel de Matos e Bissaya Barreto). Os partos foram, sobretudo, eutócicos (41%) (Tabela II).

**Tabela II** – Caracterização da amostra: características do parto.

	Número de nascimentos (%)
<b>Local de nascimento</b>	
Maternidade Daniel de Matos	31 (31%)
Maternidade Bissaya Barreto	16 (16%)
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	17 (17%)
Hospital de Leiria	11 (11%)
Outros	4 (4%)
NR	21 (21%)
<b>Total</b>	100 (100%)
<b>Tipo de parto</b>	
Eutócico	41 (41%)
Distócico com ventosa	13 (13%)
Distócico com fórceps	0 (0%)
Cesariana	25 (25%)
NR	21 (21%)
<b>Total</b>	100 (100%)

Os questionários foram preenchidos nas consultas de saúde infantil aos 4 meses, tendo os bebés uma idade média de 4,14 meses (DP=0,73). A média de semanas de gestação foi de 38,68 (DP=1,64). Em relação aos dias de internamento, no caso das mães foi de uma média de 4,02 dias (DP=1,98) e no caso dos bebés de 3,93 dias (DP=3,27).

Em relação às complicações no parto/pós-parto, mais de metade das utentes referiu não ter tido qualquer complicação (55%, n=100).

A maioria das mães era de raça caucasiana (73%, n=100). Em relação ao IMC, a maioria das mulheres, antes da gravidez, estava dentro da normalidade (58%, n=100).

O estado civil mais frequente era “casada” (49%, n=100), seguindo-se “solteira” (14%). Os agregados familiares eram maioritariamente nucleares (60%, n=100) e os rendimentos mensais dos mesmos atingiam uma média de 1648€ ( $\pm 760,48$ ).

No que diz respeito ao estado de empregabilidade antes, durante e depois da gravidez, podemos concluir que se mantém na maioria dos casos, tendo havido, no entanto, um ligeiro aumento do desemprego, sendo a maioria empregada (Tabela III). Todas as mulheres pretendiam voltar ao emprego.

**Tabela III** - Estado de empregabilidade das mulheres antes, durante e depois da gravidez.

	Antes da gravidez	Durante a gravidez	Depois da gravidez
<b>Estudante</b>	3 (3%)	2 (2%)	2 (2%)
<b>Empregada</b>	67 (67%)	63 (63%)	62 (62%)
<b>Desempregada</b>	3 (3%)	9 (9%)	10 (10%)
<b>Outra</b>	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>NR</b>	26 (26%)	26 (26%)	26 (26%)
<b>Total</b>	100 (100%)	100 (100%)	100 (100%)

Relativamente aos consumos toxicológicos antes da gravidez, mais de metade das mulheres negou qualquer consumo (tabaco 65%, álcool 65%, drogas 0%); durante a gravidez, aumentou a tendência para diminuição dos consumos existentes previamente (tabaco 70%, álcool 70%, drogas 0%).

Houve 9% (n=100) das mulheres com diagnóstico de doença crónica, verificando-se uma maior prevalência de asma (3,0%), hipotiroidismo (2,0%) e obesidade (2,0%).

Em relação ao historial de violência na relação íntima, há referência a apenas um caso (1%, n=100).

Relativamente ao uso de antidepressivos, verifica-se um ligeiro aumento da necessidade de toma destes fármacos no período pós-parto (3% antes da gravidez, 3% durante a gravidez e 6% após o parto).

A intenção de amamentar foi praticamente unânime nas respostas das mulheres (99%). Em relação ao tempo de amamentação desejado, 47% das mulheres queria amamentar exclusivamente entre os 0 e os 6 meses e 59% pretendia manter a amamentação não exclusiva para além dos 12 meses (Tabela IV).

**Tabela IV** - Intenção de amamentação em exclusividade e em não-exclusividade.

	n (%)
<b>Duração da amamentação exclusiva</b>	
<b>0-4 meses</b>	18 (18%)
<b>0-6 meses</b>	47 (47%)
<b>0-8 meses</b>	3 (3%)
<b>0-12 meses</b>	13 (13%)
<b>mais de 12 meses</b>	18 (18%)
<b>NR</b>	1 (1%)
<b>Total</b>	100 (100%)
<b>Duração da amamentação não exclusiva</b>	
<b>0 meses</b>	1 (1%)
<b>0-4 meses</b>	1 (1%)
<b>0-6 meses</b>	5 (5%)
<b>0-8 meses</b>	1 (1%)
<b>0-10 meses</b>	1 (1%)
<b>0-12 meses</b>	31 (31%)
<b>mais de 12 meses</b>	59 (59%)
<b>NR</b>	1 (1%)
<b>Total</b>	100 (100%)

No que diz respeito aos indicadores de saúde mental na gravidez, a percentagem de grávidas em risco de depressão (ERDP-24 >44) foi de 36% e em risco de ansiedade patológica (ERAP>26) foi de 42%. Relativamente à gravidade dos sintomas de ansiedade, 48% das gestantes tinha sintomas de ansiedade ligeira, 39% sintomas de ansiedade moderada e 13% apresentavam sintomas de ansiedade severa (Tabela V).

Na avaliação no pós-parto, o nível de sintomas depressivos foi classificado como normal em cerca de 71% das mulheres; o nível de sintomas de ansiedade foi normal ou moderado na maioria (57% e 18% respetivamente). O nível de sintomas de stress foi, na sua maioria, normal (66%). A percentagem de mulheres em risco de depressão (PDSS >40) foi de 39% (Tabela V).

**Tabela V** - Risco de depressão durante a gravidez, risco de ansiedade patológica na gravidez, gravidade da ansiedade na gravidez, níveis de depressão, ansiedade e stress no pós-parto e risco de depressão no pós-parto.

	n (%)
<b>Risco de depressão durante a gravidez</b>	
Sem risco de depressão	64 (64%)
Com risco de depressão	36 (36%)
<b>Total</b>	100 (100%)
<b>Risco de ansiedade patológica na gravidez</b>	
Sem risco de ansiedade patológica	58 (58%)
Risco de ansiedade patológica	42 (42%)
<b>Total</b>	100 (100%)
<b>Gravidade da ansiedade na gravidez</b>	
Sintomas de ansiedade ligeira	48 (48%)
Sintomas de ansiedade moderada	39 (39%)
Sintomas de ansiedade severa	13 (13%)
<b>Total</b>	100 (100%)
<b>Depressão, Ansiedade e Stress no pós-parto</b>	
<b>Nível de sintomas depressivos</b>	
Normal	71 (71%)
Ligeiro	10 (10%)
Moderado	8 (8%)
Severo	1 (1%)
Muito severo	8 (8%)
NR	2 (2%)
<b>Total</b>	100 (100%)
<b>Nível de sintomas de ansiedade</b>	
Normal	57 (57%)
Ligeiro	9 (9%)
Moderado	18 (18%)
Severo	4 (4%)
Muito severo	10 (10%)
NR	2 (2%)
<b>Total</b>	100 (100%)
<b>Nível de stress</b>	
Normal	66 (66%)
Ligeiro	10 (10%)

<b>Moderado</b>	8 (8%)
<b>Severo</b>	11 (11%)
<b>Muito severo</b>	3 (3%)
<b>NR</b>	2 (2%)
<b>Total</b>	100 (100%)
<b>Risco de depressão pós-parto</b>	
<b>Sem risco</b>	60 (60%)
<b>Com risco</b>	39 (39%)
<b>NR</b>	1 (1%)
<b>Total</b>	100 (100%)

Em relação ao questionário sobre a experiência de amamentação, 73% das mulheres afirmou ter amamentado no pós-parto e 56% ainda amamentava no momento da consulta. Estas 56 mulheres procederam, seguidamente, ao preenchimento do questionário de satisfação da amamentação, sendo que a média da pontuação foi de 56,873 ( $\pm 10,7264$ ).

Através da análise inferencial, concluímos que existe uma relação estatisticamente significativa entre a intenção de amamentar em exclusividade e o risco de depressão pós-parto, em especial a intenção de amamentar em exclusividade até seis meses, diminuindo o risco (Tabela VI).

**Tabela VI** - Relação entre a intenção de amamentar em exclusividade e em não-exclusividade com o risco de depressão pós-parto.

Risco de depressão	n	n (%)			
		Exclusividade até 6 meses	Exclusividade mais de 6 meses	Não exclusividade até 6 meses	Não exclusividade mais de 6 meses
<b>Sem risco</b>	60	34 (56,7%)	26 (43,3%)	5 (8,3%)	55 (91,7%)
<b>Com risco</b>	38	30 (78,9%)	8 (21,1%)	2 (5,3%)	36 (94,7)
<b>teste X<sup>2</sup></b>		p=0,030		p=0,703	

Relativamente à amamentação no pós-parto, conclui-se que não há uma associação significativa com a depressão, quer durante ( $p=0,712$ ) quer depois da gravidez ( $p=0,711$ ) (Tabela VII).

**Tabela VII** - Relação entre a experiência de amamentação com o risco de depressão na gravidez e com a depressão pós-parto.

Amamentou no pós-parto	n	n (%)			
		Sem risco de depressão na gravidez	Com risco de depressão na gravidez	Sem risco de depressão pós-parto	Com risco de depressão pós-parto
<b>Sim</b>	73	48 (88,9%)	25 (92,6%)	43 (91,5%)	29 (87,9%)
<b>Não</b>	8	6 (11,1%)	2 (7,4%)	4 (8,5%)	4 (12,1%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>		p=0,712		p=0,711	



Analisando as mulheres que ainda amamentam, comparando com a intenção prévia de amamentar, conclui-se que não existe associação estatística significativa entre estas variáveis (Tabela VIII).

Já na associação entre as mulheres que ainda amamentam e a depressão durante a gravidez, não há uma relação significativa ( $p=0,801$ ); no entanto, existe uma associação estatisticamente significativa entre a amamentação no momento da consulta e o risco de depressão pós-parto ( $p=0,001$ ), nomeadamente nas mulheres que ainda amamentam, que parecem ter menor risco de depressão pós-parto (Tabela IX).

**Tabela VIII** - Relação entre a intenção de amamentar em exclusividade e em não-exclusividade e a amamentação no momento do questionário.

Ainda amamenta	n	n (%)			
		Exclusividade até 4 meses	Exclusividade mais de 4 meses	Não exclusividade até 4 meses	Não exclusividade mais de 4 meses
Sim	60	11 (19,6%)	45 (80,4%)	2 (3,6%)	54 (96,4%)
Não	38	5 (20,0%)	20 (80,0%)	0 (0,0%)	25 (100,0%)
teste X <sup>2</sup>		p=1,000		p=1,000	

**Tabela IX** - Relação entre o risco de depressão na gravidez e a depressão no pós-parto e a amamentação no momento do questionário.

Ainda amamenta	n	n (%)			
		Sem risco de depressão na gravidez	Com risco de depressão na gravidez	Sem risco de depressão no pós-parto	Com risco de depressão no pós-parto
Sim	56	38 (67,9%)	18 (32,1%)	39 (83,0%)	16 (48,5%)
Não	25	16 (64,0%)	9 (36,0%)	8 (17,0%)	17 (51,5,1%)
teste X <sup>2</sup>		p=0,801		p=0,001	

Observa-se, também, que, apesar de haver menos mulheres com diagnóstico de depressão durante a gravidez, são as que têm este diagnóstico que parecem ter maior satisfação na amamentação (59,792 ( $\pm 7,8018$ ), inclusivamente superior à média de todas as mulheres estudadas (56,873 ( $\pm 10,7264$ )) (Tabela X).

Relativamente à intenção de amamentar, as mulheres que pretendiam amamentar em exclusividade mais de quatro meses também parecem sentir-se mais satisfeitas com a amamentação do que as mulheres que pretendiam amamentar em exclusividade até aos quatro meses. Na intenção de amamentação em não exclusividade, as mulheres que pretendiam amamentar menos tempo, mostram-se mais satisfeitas com a amamentação do que as que pretendiam amamentar em não exclusividade por mais de quatro meses (Tabela X).

**Tabela X** - Relação entre a satisfação com a amamentação e o risco de depressão na gravidez, intenção de amamentar em exclusividade e em não exclusividade.

	n	Média de satisfação com a amamentação ( $\pm$ DP)
<b>Risco de depressão durante a gravidez</b>		
Sem risco de depressão	47	55,383 ( $\pm$ 11,7447)
Com risco de depressão	24	59,792 ( $\pm$ 7,8018)
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>56,873 (<math>\pm</math>10,7264)</b>
<b>Teste U de Mann-Whitney</b>		<b>p=0,195</b>
<b>Intenção de amamentar em exclusividade</b>		
Até 4 meses	13	53.462 ( $\pm$ 14.4258)
Mais de 4 meses	58	57.638 ( $\pm$ 9.7075)
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>56.873 (<math>\pm</math>10.7264)</b>
<b>Teste U de Mann-Whitney</b>		<b>p=0,434</b>
<b>Intenção de amamentar em não exclusividade</b>		
Até 4 meses	2	65.000 ( $\pm$ 0.0000)
Mais de 4 meses	69	56.638 ( $\pm$ 10.7908)
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>56.873 (<math>\pm</math>10.7264)</b>
<b>Teste U de Mann-Whitney</b>		<b>p=0,261</b>

#### Modelo de regressão estatística

Perante a associação encontrada entre intenção de amamentar e depressão pós-parto, decidimos averiguar se haveria fatores sociodemográficos e relacionados com o parto que pudessem estar a influenciar esta causalidade. Desta forma, procedeu-se a uma análise bivariada para avaliar estes fatores um a um, percebendo a sua relação com o risco de depressão pós-parto (Tabela XI).

**Tabela XI** - Relação entre o risco de depressão pós-parto e os dados sociodemográficos e relacionados com o parto.

Variáveis analisadas	Risco de depressão pós-parto	
	Sem risco	Com risco
<b>Tipo de parto</b>		
Eutócico	22 (46,8%)	18 (58,1%)
Distócico, por ventosa	9 (19,1%)	4 (12,9%)
Distócico, por cesariana	16 (34,0%)	9 (29,0%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>	<b>p=0,639</b>	
<b>Complicações na gravidez</b>		
Sim	10 (22,7%)	9 (31,0%)
Não	34 (77,3%)	20 (69,0%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>	<b>p=0,586</b>	
<b>Prematuridade</b>		
Prematuro	8 (17,0%)	1 (3,2%)
Não prematuro	39 (83,0%)	30 (96,8%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>	<b>p=0,079</b>	

Variáveis analisadas	Sem risco	Com risco
<b>Raça da mãe</b>		
Caucasóide	43 (97,7%)	29 (100,0%)
Não caucasóide	1 (2,3%)	0 (0,0%)
teste X <sup>2</sup>	p=1,000	
<b>Agregado familiar</b>		
Nuclear	40 (93,0%)	20 (69,0%)
Não nuclear	3 (7,0%)	9 (31,0%)
teste X <sup>2</sup>	p=0,016	
<b>IMC antes da gravidez</b>		
Normal	38 (86,4%)	19 (65,5%)
Pré-obesidade	3 (6,8%)	3 (10,3%)
Obesidade classe I	3 (6,8%)	5 (17,2%)
Obesidade classe III	0 (0,0%)	2 (6,9%)
teste X <sup>2</sup>	p=0,100	
<b>Tabaco antes da gravidez</b>		
Sim	4 (9,1%)	5 (17,2%)
Não	40 (90,9%)	24 (82,8%)
teste X <sup>2</sup>	p=0,469	
<b>Álcool antes da gravidez</b>		
Sim	6 (13,6%)	3 (10,3%)
Não	38 (86,4%)	26 (89,7%)
teste X <sup>2</sup>	p=1,000	
<b>Tabaco durante a gravidez</b>		
Sim	3 (6,8%)	1 (3,4%)
Não	41 (93,2%)	28 (96,6%)
teste X <sup>2</sup>	p=1,000	
<b>Álcool durante a gravidez</b>		
Sim	2 (4,5%)	0 (0,0%)
Não	42 (95,5%)	29 (100,0%)
teste X <sup>2</sup>	p=0,514	
<b>Emprego antes da gravidez</b>		
Estudante	2 (4,5%)	1 (3,4%)
Empregada	41 (93,2%)	25 (86,2%)
Desempregada	1 (2,3%)	2 (6,9%)
Outra	0 (0,0%)	1 (3,4%)
teste X <sup>2</sup>	p=0,649	
<b>Emprego durante a gravidez</b>		
Estudante	1 (2,3%)	1 (3,4%)
Empregada	39 (88,6%)	23 (79,3%)
Desempregada	4 (9,1%)	5 (17,2%)
teste X <sup>2</sup>	p=0,741	
<b>Emprego depois da gravidez</b>		
Estudante	1 (2,3%)	1 (3,4%)
Empregada	38 (86,4%)	23 (79,3%)
Desempregada	5 (11,4%)	5 (17,2%)
teste X <sup>2</sup>	p=0,758	

Variáveis analisadas	Sem risco	Com risco
<b>Antidepressivo antes da gravidez</b>		
<b>Sim</b>	0 (0,0%)	3 (10,3%)
<b>Não</b>	44 (100,0%)	26 (89,7%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>	p=0,059	
<b>Antidepressivo durante a gravidez</b>		
<b>Sim</b>	0 (0,0%)	3 (10,3%)
<b>Não</b>	44 (100,0%)	26 (89,7%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>	p=0,059	
<b>Antidepressivo depois da gravidez</b>		
<b>Sim</b>	1 (2,3%)	5 (17,2%)
<b>Não</b>	43 (97,7%)	24 (82,8%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>	p=0,033	
<b>Depressão na gravidez</b>		
<b>Sem depressão</b>	46 (76,7%)	18 (46,2%)
<b>Com depressão</b>	14 (23,3%)	21 (53,8%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>	p=0,003	
<b>Ansiedade na gravidez</b>		
<b>Baixo risco</b>	41 (68,3%)	17 (43,6%)
<b>Alto risco</b>	19 (31,7%)	22 (56,4%)
<b>teste X<sup>2</sup></b>	p=0,021	

**Tabela XII** - Relação entre o risco de depressão pós-parto e a experiência de amamentação, dias de internamento e rendimento médio mensal familiar.

	Depressão pós-parto				Teste U de Mann-Whitney
	Sem risco de depressão		Com risco de depressão		
	n	Média (±DP)	n	Média (±DP)	
<b>Experiência de amamentação</b>	51	57,902 (±10,9128)	20	54,250 (±10,0204)	p= 0,081
<b>Dias de internamento da mãe</b>	44	4,114 (±2,1155)	29	3,914 (±1,8031)	p=0,486
<b>Dias de internamento do bebé</b>	44	3,705 (±2,7329)	29	4,293 (±4,0256)	p=0,601
<b>Rendimento médio mensal</b>	35	1800,000 (±820,9571)	20	1465,000 (±497,6524)	p=0,118

De acordo com a análise feita, foram descobertas relações com as variáveis “família nuclear” (p=0,016), “depressão na gravidez” (p=0,003), “ansiedade na gravidez” (p=0,021) e “intenção de amamentar exclusivamente mais de 6 meses” (p=0,030). Colocaram-se estas, então, num modelo de regressão logística, tendo-se obtido uma relação significativa e independente da depressão pós-parto com o facto de ter uma família nuclear, ter depressão na gravidez e ter intenção de amamentar mais de 6 meses em exclusividade (Tabela XII).

**Tabela XIII** - Cálculo do risco relativo (RR) das variáveis com significância estatística.

Variáveis	Significância (p)	RR (±IC 95%)
Família nuclear	0,017	0,119 (0,021-0,687)
Depressão na gravidez	0,023	3,920 (1,207-12,723)
Intenção de amamentar em exclusividade mais de 6 meses	0,012	0,099 (0,016-0,596)

Desta forma, podemos concluir que ter uma família nuclear (RR=0,119, IC 0,021-0,687) parece ser um fator protetor, em relação a ter uma família não nuclear (alargada ou monoparental). Da mesma forma, ter intenção de amamentar em exclusividade durante 6 meses (RR=0,099, IC 0,016-0,596) pode ser um fator protetor contra a depressão no período pós-parto. Em contraste, ter um diagnóstico de depressão durante a gravidez aumenta em quase quatro vezes (RR=3,920; IC:1,207-12,723) o risco de depressão no pós-parto (Tabela XIII).

## Discussão

Pela consulta da literatura existente, sabe-se que as mulheres que amamentam tipicamente têm níveis mais baixos de sintomas depressivos e, conseqüentemente, de depressão pós-parto, em comparação com as mulheres que não amamentam<sup>1,11</sup>. No entanto, não tem sido aprofundada a relação de causalidade entre estas duas variáveis.

No caso da análise da intenção de amamentar, encontra-se sobretudo uma associação com o risco de depressão pós-parto; verificamos que há uma tendência para haver menos risco de depressão nas mulheres que pretendiam amamentar mais tempo, neste caso mais de seis meses. Não foram encontrados estudos que pudessem ser usados para comparar estes resultados, no entanto poderemos questionar que fatores podem contribuir para tal; aqui, seria interessante conhecer o perfil de personalidade destas mulheres, percebendo se serão naturalmente mais confiantes ou motivadas, ou ainda se têm mais apoio familiar ou outro. Também se pode inferir que possa ser resultado de uma maior informação das mulheres, quer através da Internet e das redes sociais, como de fóruns, centros de saúde e seus profissionais, como vem sendo provado ao longo do tempo<sup>20</sup>.

Além disto, analisaram-se outros fatores também possivelmente associados, num modelo de regressão logística, concluindo-se que famílias nucleares (RR=0,119) parecem ser um fator protetor independente, assim como a intenção de amamentar em exclusividade durante 6 meses (RR=0,099). Em contrapartida, ter um diagnóstico de depressão durante a gravidez aumenta em quase quatro vezes (RR=3,920) o risco de depressão no pós-parto. Não foram encontrados estudos que permitissem comparar estes resultados, no entanto, seria interessante, no futuro, perceber de que forma ter uma família nuclear parece ser protetor de depressões no pós-parto e que tipo de relação se estabelece entre as mães e os bebês nascidos em famílias alargadas ou monoparentais, que predispõem a um maior risco de perturbações mentais.

Neste estudo, não foi encontrada relação entre a depressão na gravidez e a experiência de amamentação, tanto nas mulheres que amamentaram e já não amamentam, como nas que ainda amamentam. Em relação à depressão no pós-parto, não ficou evidenciada a relação com o facto de ter amamentado, no entanto, o facto de ainda amamentar parece ser significativo (p=0,001). Há, de facto, uma tendência para um menor risco de depressão no pós-parto entre as mulheres que ainda amamentam no momento do questionário. Em trabalhos anteriores, foi concluído que mulheres que amamentam apenas até aos três meses em exclusividade mostram maiores níveis de sintomas depressivos, em comparação com aquelas que amamentam, mesmo que em não exclusividade, até aos doze meses<sup>10-14</sup>.

De forma semelhante, Hann-Hallbrock *et al.* concluíram, através dos seus trabalhos, que poderia ser atribuída uma bidirecionalidade de causas entre a depressão pós-parto e a amamentação<sup>11</sup>. No entanto, neste estudo verificou-se que parece ser a intenção em

amamentar e o facto de ainda amamentar que mais influenciam os níveis de depressão; o facto de ter depressão pós-parto ou na gravidez não parece ter muita preponderância na amamentação. Não podemos, portanto, concluir que a existência de sintomas ou mesmo um diagnóstico de depressão culminam numa experiência de amamentação menos significativa; pelo contrário, observou-se que, apesar de poucas mulheres terem diagnóstico de depressão durante a gravidez, são estas que parecem ter maior satisfação na amamentação. Estes autores, pela primeira vez, verificaram um certo valor protetor da amamentação no risco de depressão no pós-parto<sup>11</sup>; também neste estudo verificamos que a amamentação parece proteger a saúde mental das mulheres, levando a que haja menos risco de depressão pós-parto nas mulheres que ainda amamentam e que a expectativa de amamentar mais tempo parece ser protetora também em relação ao desenvolvimento de depressão pós-parto.

Em associação com a intenção de amamentar, as mulheres que pretendiam amamentar em exclusividade mais de quatro meses parecem sentir-se mais satisfeitas com a experiência de amamentação do que as mulheres que pretendiam amamentar em exclusividade apenas até aos quatro meses. Na intenção de amamentação em não exclusividade, as mulheres que pretendiam amamentar menos tempo, mostram-se mais satisfeitas com a amamentação do que as que pretendiam amamentar em não exclusividade por mais de quatro meses. Infelizmente, por falta de estudos nesta área, não foi possível comparar resultados; no entanto, tal achado poderá estar relacionado com o tipo de personalidade das mães em questão, pela noção de cumprimento da amamentação como fator de confiança e validação pessoal.

Apesar do tamanho reduzido da amostra, verificou-se que as características sociodemográficas são comparáveis às descritas pelo INE para a população de puérperas em Portugal<sup>19</sup>. Além das variáveis já estudadas, a média de semanas de gestação foi de 38,68 (DP=1,64), pelo que se conclui que a maioria dos bebés nasceram de termo, tal como acontece com a população em geral – 91,9%, apesar do aumento da prematuridade<sup>19</sup>. Em relação aos dias de internamento, no caso das mães foi de uma média de 4,02 (DP=1,98) e no caso dos bebés de 3,93 (DP=3,27), pelo que podemos concluir que foram internamentos praticamente sem complicações associadas, o que também se compara à realidade nacional<sup>19</sup>.

Nesta amostra estudada, a intenção de amamentar parece seguir a tendência consistente com dados anteriores, com 99% das mulheres a querer iniciar a amamentação, tal como também se relata no último Relatório do Aleitamento Materno<sup>7</sup> (RAM). Destes 99%, 73% refere ter amamentado no pós-parto e 56% delas, mantinham a amamentação aos 4-5 meses. Estes dados, apesar de desconhecermos o aleitamento à data da alta das maternidades, revelam uma diminuição da manutenção da amamentação nesta idade, em contraste com o RAM (63,6% recebiam leite materno aos 120 dias de vida, em 2013)<sup>7</sup>.

No estudo efetuado, verificou-se que os níveis de stress acima do normal rondavam os 32%, os níveis de ansiedade acima do normal eram cerca de 41% e os níveis de sintomas depressivos chegavam aos cerca de 28%; na análise do risco de depressão pós-parto, conclui-se que cerca de 39% das mulheres tem risco de depressão pós-parto, o que é uma percentagem significativa, como sugerido por estudos anteriores que apontam a depressão pós-parto uma das doenças mais comuns neste período.<sup>1-10,14,18</sup>

De uma forma geral, a amostra do estudo revela-se semelhante à população de puérperas da região Centro e de Portugal.<sup>7,11</sup>

A utilização de instrumentos de autorresposta pode levar a viés de memória, sub ou sobrestimando, a prevalência de ansiedade ou depressão nestas mulheres, e ainda a sua leitura da experiência que tiveram na amamentação. As escalas utilizadas permitem fazer um rastreio da ansiedade e da depressão e stress, no entanto, estas entidades são de diagnóstico clínico, o que deve ser tido em conta em estudos posteriores.

Os resultados obtidos devem ser interpretados de acordo com os pontos fortes. A amostra analisada foi recrutada em cuidados primários, de várias zonas rurais e urbanas, de modo a reduzir o viés de seleção de subgrupos de mulheres com doença mental ou outras condições, que obriguem o seu seguimento em consultas nas maternidades/hospitais, obtendo uma amostra o mais aproximada possível da população geral de mulheres na região Centro do país.<sup>7,11,19</sup>

Para a avaliação dos níveis de stress, depressão e ansiedade, foi usada a escala DASS-21<sup>22</sup>, adaptada ao período da gravidez e pós-parto e validada para a população portuguesa; a escala de avaliação do risco de depressão pós-parto foi a PDSS-21<sup>23</sup>, adaptada ao pós-parto e à população portuguesa; a escala de avaliação da autossatisfação na amamentação usada foi a versão Dennis, 2003 da BFSE<sup>24</sup>, validada para a população portuguesa. Neste estudo, todas as escalas usadas apresentaram uma boa consistência interna.

Realça-se que, neste estudo, foram tidos em conta fatores sociodemográficos que poderiam ter relevância na interpretação da ansiedade e depressão, e também dados referentes ao momento do parto, igualmente relevantes na análise do impacto deste momento no bem-estar psicológico da mulher.

Torna-se necessária a realização de estudos futuros em amostras mais significativas, representativas da população, por forma a estudar melhor a relação entre a intenção de amamentar, e o seu tempo de exclusividade e não exclusividade, e a depressão no período pós-parto e, ainda, estudar a relação entre a amamentação e a depressão no pós-parto e de que forma a amamentação, por períodos prolongados, parece proteger a saúde mental das mulheres. Além disto, seria fundamental perceber os traços de personalidade das mulheres que desejam amamentar exclusivamente durante mais tempo, percebendo de que forma, por



exemplo, personalidades perfeccionistas podem diminuir riscos de depressão, como sugerem estudos anteriores<sup>21</sup> ou que outros fatores podem condicionar esta causalidade.

## Conclusão

O presente trabalho confirma haver uma relação entre a amamentação e o risco de ansiedade e depressão no período pós-parto ( $p=0,001$ ). Mais ainda, estudando-se em paralelo com outras variáveis, concluímos que há fatores que parecem influenciar o risco de depressão no pós-parto: no nosso estudo, apontam-se como fatores protetores ter uma família nuclear ( $RR=0,119$ , IC 95% 0,021-0,687) e intenção de amamentar em exclusividade por períodos mais alargados (mais de seis meses –  $RR=0,099$ , IC95% 0,016-0,596). Por outro lado, ter um diagnóstico de depressão durante a gravidez, aumenta em quatro vezes o risco de desenvolver uma depressão pós-parto ( $RR=3,920$ , IC95% 1,2017-12,723).

Pelo contrário, na amostra estudada não houve relação entre os diagnósticos de ansiedade e de depressão durante a gravidez no tempo e na experiência de amamentação.

Estes dados reforçam a importância da amamentação como possível fator protetor do desenvolvimento de sintomas depressivos/ansiosos no período pós-parto, tal como sugeridos por alguns trabalhos anteriores. Além dos benefícios já comprovados, estes dados apoiam a ideia de que promover a amamentação pode proteger a saúde mental das mães e, também, consequentemente, dos bebês.

Seria importante haver estudos com amostras mais significativas, de forma a estudar melhor esta relação entre a experiência de amamentação e o aparecimento ou exacerbação de sintomas de ansiedade e depressão. Seria importante perceber se o número de meses em que há amamentação, exclusiva ou não exclusiva, influencia estes mesmos sintomas, facilitando e ponderando a intervenção a nível mental, em tempo útil. Também seria importante estudar melhor a personalidade das mulheres, percebendo os traços predominantes nas mulheres com menos e mais risco de desenvolver patologia psiquiátrica no período pós-parto.

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Inês Rosendo, por toda a ajuda, paciência e disponibilidade com que me acompanhou ao longo de todo o processo. Sem ela, este trabalho não seria possível.

À minha coorientadora, Doutora Inês Figueiredo, pela simpatia em todos os contactos e prontidão nos momentos mais cruciais.

A todos os médicos que colaboraram comigo na elaboração deste trabalho, espalhados pelas várias USF/UCSP da região Centro, pela sua participação e por terem possibilitado este estudo e terem ajudado sempre, da melhor forma possível. Um especial agradecimento a todas as mulheres que aceitaram participar neste estudo.

À minha mãe, que me apoia incondicionalmente desde o início desta e de todas as batalhas, por acreditar sempre nas minhas capacidades e por me inculcar a força e determinação necessárias para dar vida a este trabalho; ao João, por ser a minha inspiração e o meu exemplo de força de vontade e de espírito; ao meu pai, pelo abraço apertado que me acalma e faz crer que tudo irá correr bem.

À minha restante família e amigos, que torcem por mim desde o primeiro dia e que me ajudam a celebrar nos momentos felizes, mas também a vencer nos mais difíceis.

Ao Rui, pelo apoio constante, carinho, palavras e incentivo. Por estar sempre presente e acreditar em mim, e por me dar força em todas as etapas deste percurso.

## Referências bibliográficas

1. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015;171:142–54.
2. Insaf TZ, Fortner RT, Pekow P, Dole N, Markenson G, Chasan-Taber L. Prenatal Stress, Anxiety, and Depressive Symptoms as Predictors of Intention to Breastfeed Among Hispanic Women. *J Women's Heal.* 2011;20(8):1183–92.
3. Bogen DL, Hanusa BH, Moses-kolko E, Wisner KL. Are Maternal Depression or Symptom Severity Associated With Breastfeeding Intention or Outcomes? *J Clin Psychiatry.* 2010;71(8):1069–78.
4. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(4):332–8.
5. World Health Organization. Media centre. Infant and young child feeding [Internet]. [cited 2019 Jan 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>
6. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 2014;44(5):927–36.
7. Direção-Geral da Saúde. Registo do Aleitamento Materno | Relatório janeiro a dezembro 2013 [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 27]. p. 24. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registodo-aleitamento-materno-2013.aspx>
8. Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A, for the Early Years Research Group (EYRG). The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169907.
9. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(1):5–14.
10. Kehler HL, Chaput KH, Tough SC. Risk Factors for Cessation of Breastfeeding Prior to Six Months Postpartum among a Community Sample of Women in Calgary, Alberta. *Can J Public Heal.* 2009;100(5):376–80.
11. Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16(5):411–22.
12. Fairlie TG, Gillman MW, Rich-Edwards J. High Pregnancy-Related Anxiety and Prenatal Depressive Symptoms as Predictors of Intention to Breastfeed and Breastfeeding Initiation. *J Women's Heal.* 2009;18(7):945–53.

13. World Health Organization. Mental health. Maternal mental health [Internet]. [cited 2019 Jan 27]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)
14. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(3):32.
15. Pereira AT, Bos SC, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, et al. The postpartum depression screening scale: Is it valid to screen for antenatal depression? *Arch Womens Ment Health.* 2011;14(3):227–38.
16. 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.
17. Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health.* 2014;17(3):221–8.
18. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord.* 2015;176:24–34.
19. Instituto Nacional de Estatística - INE, I.P., Lisboa - Portugal. ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 2017 [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 27]. p. 40, 43, 44. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpu\\_b\\_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpu_b_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2)
20. Gaspar J, Luz Â, Gomes S, Gonçalves H. Aleitamento Materno – Ainda Longe do Desejável. *Acta Pediátrica Port.* 2015;46:318–25.
21. Macedo A, Marques M, Bos S, Maia BR, Pereira AT, Soares MJ, Valente J, et al. Mother's personality and infant temperament. *Infant Behavior & Development* 34 (2011) 552–568
22. Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004, 5 (2), 229-239
23. Pereira AT. Postpartum depression screening scale, validação para a população portuguesa. PhD dissertation. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2008
24. Brandão S, Mendonça D, Castro Dias C, Pinto TM, Dennis CL, Figueiredo B. The breastfeeding self-efficacy scale-short form: Psychometric characteristics in Portuguese pregnant women. *Midwifery* 66 (2018) 49–55

## **Anexos**

Anexo I – Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARER FINAL:</b> Parecer Favorável.	<b>DESPACHO:</b> <i>Assesores</i> <i>30/10/2017</i>  <i>[Signature]</i>
---	---

<b>ASSUNTO:</b>	93/2017 - "Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto" <i>[Signature]</i>
-----------------	--

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

<p>Trabalho interessante mas com elevado grau de dificuldade de realização por depender de muitos investigadores no terreno.</p> <p>Coimbra, 25 de outubro de 2017</p> <p><i>[Signature]</i> Luz Miguel Santiago Relator</p> <p><i>[Signature]</i> Carlos Fontes Ribeiro Presidente da Comissão de Ética</p>
--



### **Autorização n.º 11010/ 2017**

Alexandra Rodrigues León notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto. .

A investigação é multicêntrica, decorrendo, em Portugal, nos centros de investigação identificados na notificação.

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada





pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

**Responsável** – Alexandra Rodrigues León

**Finalidade** – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto.

**Categoria de dados pessoais tratados** – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

**Exercício do direito de acesso** – Através dos investigadores, por escrito

**Comunicações, Interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário** – Não existem

**Prazo máximo de conservação dos dados** – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam



obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 28-09-2017

A Presidente

Filipa Calvão

## Anexo III – Consentimento Informado, livre e esclarecido

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

**Título do estudo:** Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto.

**Enquadramento:** Estudo longitudinal e prospetivo, em UCSPs/USFs do centro de Portugal (Aveiro, Coimbra, Leiria, Viseu). Realizado no âmbito da tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Alexandra Rodrigues León, sob orientação de Dra. Inês Rosendo e Dra. Inês Figueiredo.

**Explicação do estudo:** Este projeto tem como objetivo investigar a relação entre a depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto. No estudo serão incluídas mulheres no 3º trimestre de gravidez que aceitem participar e saibam ler ou tenham acompanhante que lhes possa ler o folheto, e que se dirijam à consulta nas UCSPs/USFs da região centro, no período de recolha de dados. A colheita de dados será feita em 2 ocasiões: a primeira na consulta durante a gravidez e a segunda na consulta dos 4 meses do bebé. O estudo será realizado tendo como base a realização de questionários às grávidas e a aplicação de escalas às mesmas, no fim da consulta, para recolha de informação sobre as variáveis em estudo. Essas variáveis incluem: depressão na gravidez, ansiedade na gravidez, intenção de amamentar, depressão pós-parto, ansiedade pós-parto, iniciação, duração e experiência de amamentação. Pretende-se esclarecer a associação entre a perturbação psicológica (depressão e/ou ansiedade) e a intenção de amamentar das grávidas; e entre os níveis de ansiedade e depressão pós-parto e a iniciação, duração e experiência de amamentação. Espera-se, também, comprovar que os níveis de ansiedade e depressão na gravidez influenciam a iniciação, duração e experiência de amamentação e demonstrar a relação entre a intenção de amamentar e os níveis de ansiedade e depressão pós-parto.

**Condições e financiamento:** O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamentos a investigadores ou participantes, sem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros caso não queira participar ou abandone o estudo a qualquer momento. O estudo foi aprovado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e pela Comissão de Ética da ARS Centro.

**Confidencialidade e anonimato:** Os investigadores locais irão codificar os dados e apenas estes terão acesso à chave de identificação das grávidas incluídas no estudo. A identificação estará codificada nos dados em excel que vão ser enviados ao investigador principal, no final de cada uma das 2 fases de recolha de dados. A chave de identificação das grávidas será destruída após a segunda e última recolha de dados. Foi obtida autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd).

**O investigador:** Alexandra Rodrigues León

**Assinatura:** *Alexandra Rodrigues León*

**Data:** 26/10/2017

.....  
*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome do utente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

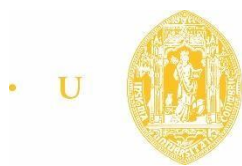
Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

## Anexo IV – Questionário “Intenção de amamentar”



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### **ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto**

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Data de realização da consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dia/mês/ano) Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_

- A grávida tem alguma doença crónica?  
Sim  Não  Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- Teve alguma complicação na gravidez?  
Sim  Não  Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- Idade gestacional atual: \_\_\_\_\_
- Data prevista do parto: \_\_\_\_\_

(A PREENCHER PELA GRÁVIDA)

- Idade: \_\_\_\_\_ anos.
- Número de anos de formação: \_\_\_\_\_ anos.
- Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta gravidez)? \_\_\_\_\_ • Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

### **Questionário “Intenção de amamentar”**

O questionário será realizado às grávidas do 3º trimestre que se dirijam à consulta no período de recolha de dados, na primeira fase do estudo. Este pretende avaliar a intenção que a grávida tem de amamentar (“dar mama”) o seu bebé. A participação neste estudo é totalmente voluntária, confidencial e anónima. Por favor leia atentamente as seguintes questões relativamente à intenção que tem de amamentar o seu bebé. Selecione a opção com um “X”.

**1. Já alguma vez amamentou (“deu mama”)?**

Sim  Não

**2. Quero amamentar o meu bebé:**

Sim  Não

Por favor, continue a responder ao questionário **apenas** se respondeu “**Sim**” à pergunta 2.

**3. Quero amamentar exclusivamente o meu bebé, sem dar outro tipo de leite ou alimento, até aos:**

0 meses  2 meses  4 meses   
6 meses  8 meses  10 meses   
12 meses  Até mais de 12 meses

**4. Depois disso, quero amamentar o meu bebé e dar outro tipo de alimento até aos:**

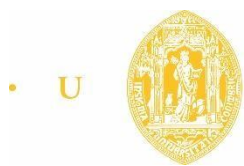
0 meses  2 meses  4 meses   
6 meses  8 meses  10 meses   
12 meses  Até mais de 12 meses

*Obrigada pela sua participação.*

**Instruções de preenchimento**

<sup>1</sup>Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.

## Anexo V – Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (ERDP-24)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### ***ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto***

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

### ***Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-24)***

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mulheres grávidas podem ter **ANTES DO NASCIMENTO** do seu bebé. Coloque um **círculo** na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante o **ÚLTIMO MÊS**. **Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.**

**No ÚLTIMO MÊS, EU...**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. tive dificuldades em dormir.	1	2	3	4	5
2. senti-me completamente sozinha.	1	2	3	4	5
3. não consegui concentrar-me em nada.	1	2	3	4	5
4. senti-me um fracasso.	1	2	3	4	5
5. comecei a pensar que estaria melhor morta.	1	2	3	4	5
6. perdi o apetite.	1	2	3	4	5
7. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).	1	2	3	4	5
8. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz.	1	2	3	4	5
9. senti que estava a perder o juízo.	1	2	3	4	5
10. senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria.	1	2	3	4	5

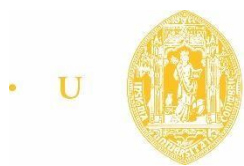
11. senti que as outras grávidas eram melhores do que eu.	1	2	3	4	5
12. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.	1	2	3	4	5
13. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.	1	2	3	4	5
14. tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.	1	2	3	4	5
15. senti-me culpada por não sentir o amor que devia ter pelo meu futuro bebé.	1	2	3	4	5
16. quis fazer mal a mim própria.	1	2	3	4	5
17. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).	1	2	3	4	5
18. tenho andado muito irritável.	1	2	3	4	5
19. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.	1	2	3	4	5
20. senti que o meu futuro bebé estaria melhor sem mim.	1	2	3	4	5
21. sabia que devia comer mas não consegui.	1	2	3	4	5
22. senti-me inquieta, tinha de andar de um lado para o outro.	1	2	3	4	5
23. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.	1	2	3	4	5
24. só queria deixar este mundo.	1	2	3	4	5

*Obrigada pela sua participação.*

#### **Instruções de preenchimento**

<sup>1</sup>Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.

## Anexo VI – Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

### *Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP)*

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

Por favor, assinale a resposta que melhor descreve a sua experiência, 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, sonos 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

*Obrigada pela sua participação.*

#### **Instruções de preenchimento**

<sup>1</sup>Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.

Anexo VII – Questionário “Variáveis sociodemográficas e relacionadas com o parto”



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto**

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Data de realização da consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dia/mês/ano)

Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_

**Informações sobre o parto, o bebé e a mãe** (A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

- Data do parto: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dia/mês/ano)
- Local de nascimento: \_\_\_\_\_
- Parto:  
Eutócico                   Distócico   
- Se distócico: Forceps     Ventosas     Cesariana
- Teve alguma complicação no parto/pós-parto?  
Sim                   Não                   Se sim, qual? \_\_\_\_\_
- Com quantas semanas nasceu o bebé? \_\_\_\_\_
- Raça da mãe:  
Caucasóide                   Negróide                   Mongolóide                   Outra: \_\_\_\_\_

**Informações adicionais sobre a mãe** (A PREENCHER PELA MÃE)

- Dias de internamento da mãe na Maternidade/Hospital: \_\_\_\_\_
- Dias de internamento do bebé na Maternidade/Hospital: \_\_\_\_\_
- Estado civil:  
Solteira     Casada     União de facto     Viúva     Divorciada   
Outra: \_\_\_\_\_

- Altura (em metros): \_\_\_\_\_
- Peso médio antes da gravidez (em kg): \_\_\_\_\_
- Quem vive consigo neste momento? \_\_\_\_\_
- Rendimento médio mensal do agregado familiar: \_\_\_\_\_

- Consumos antes da gravidez (1 mês antes)

Tabaco: Sim  Não  Se sim, carga tabágica: \_\_\_\_\_

Álcool: Sim  Não

Se sim, tipo e frequência: \_\_\_\_\_

Drogas: Sim  Não

Se sim, quais e frequência: \_\_\_\_\_

- Consumos durante a gravidez

Tabaco: Sim  Não  Se sim, carga tabágica: \_\_\_\_\_

Álcool: Sim  Não

Se sim, tipo e frequência: \_\_\_\_\_

Drogas: Sim  Não

Se sim, quais e frequência: \_\_\_\_\_

- Estado de empregabilidade antes da gravidez:

Estudante  Desempregada  Empregada  Outra: \_\_\_\_\_

- Estado de empregabilidade durante a gravidez:

Estudante  Desempregada  Empregada  Outra: \_\_\_\_\_

- Estado de empregabilidade agora:

Estudante  Desempregada  Empregada  Outra: \_\_\_\_\_

1. Se está **empregada** agora:

- Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

- Tenciona voltar ao emprego?

Sim  Não

Se sim, quanto tempo depois do parto? \_\_\_\_\_

- História de violência na relação íntima:

Sim  Não

Tomou algum medicamento antidepressivo antes da gravidez (até 1 mês antes)?

Sim  Não

- Tomou algum medicamento antidepressivo durante a gravidez?

Sim  Não

- Está a tomar algum medicamento antidepressivo agora (depois do parto)?

Sim  Não

Se sim, desde quando (meses)? \_\_\_\_\_

*Obrigada pela sua participação.*

#### **Instruções de preenchimento**

<sup>1</sup>Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.

## Anexo VIII – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### **ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto**

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

### **Depression, Anxiety Stress Scales (DASS-21)**

Por favor leia as seguintes afirmações e coloque um **círculo** na resposta que mais se aplica a si durante os últimos dias. Não há respostas corretas ou incorretas. Não demore demasiado tempo em cada resposta.

#### **NOS ÚLTIMOS DIAS, EU...**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	Não se aplicou a mim	Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo	Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo
1. tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.	0	1	2	3
2. dei-me conta que tinha a boca seca.	0	1	2	3
3. não consegui ter nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico)	0	1	2	3
5. foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. tive tendência para reagir exageradamente em certas situações.	0	1	2	3
7. senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas).	0	1	2	3
8. senti-me muito nervoso.	0	1	2	3
9. preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo.	0	1	2	3
10. senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas).	0	1	2	3

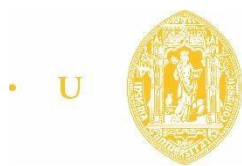
11. senti que estava agitado.	0	1	2	3
12. senti dificuldades em relaxar.	0	1	2	3
13. senti-me triste e deprimido.	0	1	2	3
14. fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer.	0	1	2	3
15. estive perto de entrar em pânico.	0	1	2	3
16. não me consegui entusiasmar com nada.	0	1	2	3
17. senti que não valia muito como pessoa.	0	1	2	3
18. senti que andava muito irritável.	0	1	2	3
19. senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração).	0	1	2	3
20. tive medo sem uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. senti que a vida não tinha nenhum sentido.	0	1	2	3

*Obrigada pela sua participação.*

#### **Instruções de preenchimento**

<sup>1</sup>Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.

## Anexo IX – Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (PDSS-21)



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### ***ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto***

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CÓDIGO<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

### ***Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-21)***

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mulheres grávidas podem ter **DEPOIS DO NASCIMENTO** do seu bebé. Coloque um **círculo** na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante o **ÚLTIMO MÊS**. **Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.**

#### **NO ÚLTIMO MÊS, EU...**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
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

*Obrigada pela sua participação.*

#### **Instruções de preenchimento**

<sup>1</sup>Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.



## Anexo X – Questionário “Experiência de amamentação”



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### ***ESTUDO - Depressão, ansiedade e amamentação na gravidez e pós-parto***

CÓDIGO<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

*(A PREENCHER PELA MÃE)*

Relativamente à experiência de amamentação, responda às seguintes questões.

- Amamentou neste pós-parto?  
Sim  Não
- Está ainda a amamentar o seu bebé?  
Sim  Não

Se **não**, quando deixou de o fazer (meses do bebé)? \_\_\_\_\_

Se **sim**, como é a alimentação do seu bebé?

Exclusivamente leite materno  Leite materno e outros alimentos

Se outros alimentos, quais? \_\_\_\_\_

Se outros alimentos, quando os introduziu (meses do bebé)? \_\_\_\_\_

*Se está agora a amamentar, pode prosseguir à resposta do restante questionário.*

## Anexo XI – Escala de Autoeficácia na Amamentação – versão reduzida (Dennis, 2003)

(A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE)

### **Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (Dennis, 2003)**

Para cada uma das seguintes afirmações, selecione a resposta que melhor descreve **o seu grau de confiança** relativamente à amamentação do seu novo bebé. Assinale a sua resposta colocando um **círculo** à volta do número que melhor **descreve a forma como se sente**. Não existem respostas certas ou erradas.

	1	2	3	4	5			
	Nada confiante	Pouco confiante	Às vezes confiante	Confiante	Muito confiante			
1. Eu consigo sempre perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente.				1	2	3	4	5
2. Eu consigo sempre lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes.				1	2	3	4	5
3. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento.				1	2	3	4	5
4. Eu consigo sempre garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada.				1	2	3	4	5
5. Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação.				1	2	3	4	5
6. Eu consigo sempre gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar.				1	2	3	4	5
7. Eu posso sempre continuar a desejar amamentar.				1	2	3	4	5
8. Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família.				1	2	3	4	5
9. Eu consigo sempre sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar.				1	2	3	4	5
10. Eu consigo sempre lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo.				1	2	3	4	5
11. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama.				1	2	3	4	5
12. Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas.				1	2	3	4	5
13. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede.				1	2	3	4	5
14. Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar.				1	2	3	4	5

*Obrigada pela sua participação.*

#### **Instruções de preenchimento**

<sup>1</sup>Numerar o questionário e registar numa folha em separado a correspondência código / número de utente.