



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DANIELA FILIPA JESUS FERNANDES

***Depressão Perinatal - Seguimento e Impacto  
Pessoal e Familiar***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

DRA SANDRA FILIPA FALCÃO ALVES

ABRIL/2019

***Depressão Perinatal – Seguimento e Impacto  
Pessoal e Familiar***

**Autores:**

Daniela Filipa Jesus Fernandes<sup>1</sup>

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

Dra. Sandra Filipa Falcão Alves<sup>3</sup>

**Afiliação:**

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

<sup>2</sup>USF Coimbra Centro

<sup>3</sup>USF Biosa

e-mail: daniela.filipa5@gmail.com

## Índice

Abreviaturas e Acrónimos .....	3
Resumo.....	4
Abstract.....	6
Introdução .....	8
Materiais e Métodos .....	10
Resultados .....	13
Discussão.....	22
Conclusão .....	27
Agradecimentos .....	28
Bibliografia .....	29
Anexos .....	32

## **Abreviaturas e Acrónimos**

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

DPN - Depressão Perinatal

EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

EQ-5D - *EuroQoL-5 Dimension*

ESP - Escala de *Stress* Parental

ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – Segunda Edição

MF - Médico de Família

*p* - valor de significância

QV - Qualidade de Vida

USF - Unidade de Saúde Familiar

## Resumo

**Introdução:** A depressão perinatal apresenta uma prevalência relatada de 7,1% a 12,7%, sendo considerada uma perturbação de impacto triplo: gestante, feto e família. Os Cuidados de Saúde Primários têm merecido especial destaque na gestão desta patologia, no entanto, escassos são os estudos sobre o seguimento destas mulheres.

**Objetivo:** Avaliar o seguimento de mulheres com depressão perinatal e analisar o impacto a médio prazo desta doença na qualidade de vida, saúde mental, percepção da parentalidade e disfunção familiar.

**Metodologia:** Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo com mulheres que estiveram grávidas entre 01/01/2010 e 31/12/2015, tendo sido estabelecidos dois grupos, um grupo com codificação de depressão entre a gestação e 12 meses após o parto e um grupo controlo. Usou-se um questionário que incluiu a análise do seguimento da gestação e os instrumentos Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), *EuroQoL-5 Dimension* (EQ-5D), APGAR familiar e Escala de Stress Parental (ESP). Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Numa amostra total de 163 participantes encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, nas variáveis atuais de depressão ( $p=0,003$ ), ansiedade ( $p=0,002$ ), stress ( $p<0,001$ ), qualidade de vida ( $p=0,003$ ) e percepção de disfunção familiar ( $p=0,012$ ). O stress parental não variou significativamente entre grupos. As mulheres com depressão perinatal recorreram preferencialmente ao Médico de Família e constatou-se uma correlação entre a depressão ( $p=0,001$ ), ansiedade ( $p=0,005$ ), stress ( $p<0,001$ ) e qualidade de vida ( $p=0,040$ ) e o seguimento pelos Cuidados de Saúde Primários.

**Discussão:** Realça-se a importância do diagnóstico precoce, seguimento adequado e referenciação, quando necessária, de modo a minimizar o impacto psicossocial na mulher e na sua qualidade de vida. Destaca-se o papel do Médico de Família neste processo de seguimento, como profissional com maior proximidade e maior janela de oportunidade, não menosprezando a necessidade de um trabalho multidisciplinar. A selecção da amostra foi realizada com base em codificações dependentes do Médico de Família.

**Conclusão:** O grupo com diagnóstico de depressão perinatal apresentou maior sintomatologia depressiva, maiores níveis de ansiedade e *stress* e menor qualidade de vida a médio prazo, o que se verificou também no subgrupo que foi especificamente seguido nos Cuidados de Saúde Primários. Sugere-se a realização de estudos longitudinais prospetivos para perceber a evolução dos níveis de doença mental, consoante o seguimento, juntamente com fatores socioeconómicos.

**Palavras-chave:** Depressão; perinatal; seguimento; qualidade de vida; família.

## Abstract

**Introduction:** The prevalence of perinatal depression ranges from 7.1% to 12.7% and is considered a disturbance with triple impact, as it affects both pregnant women, fetus and family. Primary Health Care has been a reference in the management of this pathology, yet there are few studies concerning the follow-up of these women.

**Objectives:** To evaluate the monitoring of women with perinatal depression and analyse its mid-term impact on quality of life, mental health, parental perception and family dysfunction.

**Material and Methods:** It was conducted a retrospective cohort study using women that have been pregnant between 01/01/2010 and 31/12/15, from which two groups were established, one with depression codification between pregnancy and 12 months after delivery and one control group. A questionnaire was used, which included the analysis of pregnancy monitoring and the following instruments: *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-21), *EuroQoL-5 Dimension* (EQ-5D), family APGAR and *Escala de Stress Parental* (ESP). Descriptive and inferential statistics have been realized.

**Results:** In a sample of 163 participants, statistical differences were found between both groups, in the following variables: depression ( $p=0.003$ ), anxiety ( $p=0.002$ ), stress ( $p<0.001$ ), quality of life ( $p=0.003$ ) and perception of family dysfunction ( $p=0.012$ ). Parental stress has not significantly varied with the diagnosis. Women with perinatal depression went preferably to their Family Health Doctor and a correlation was found between depression ( $p=0.001$ ), anxiety ( $p=0.005$ ), stress ( $p<0.001$ ) and quality of life ( $p=0.040$ ) and the Primary Health Care monitoring.

**Discussion:** Early diagnosis, proper follow-up and referral when indicated are of extreme importance in order to reduce the psychosocial impact on women and their quality of life. The general practitioner has a major role in providing care for these women, as a professional with more proximity and sense of opportunity towards his patients and in close collaboration with a multidisciplinary teamwork. Although the sample size was adequate, its estimate was based on the inference of the relative risk of a single study. The sample selection was done based on medical record codifications dependent on the General Practitioner.

**Conclusion:** The group with diagnosis of perinatal depression showed more depressive symptoms, higher levels of anxiety and stress and lower quality of life in the medium term, which was also found on the subgroup that was specifically monitored through primary health

care. Further prospective longitudinal studies are needed for better understanding the evolution of the levels of mental illness depending on the follow-up, along with socio-economic factors.

**Keywords:** Depression; perinatal; follow-up; quality of life; family.



## Introdução

A gestação corresponde a um momento de grande vulnerabilidade na vida da mulher, sujeito a alterações biológicas e psicossociais.<sup>1,2</sup> A Direção Geral de Saúde (DGS) realça ser um período de grande adaptação, onde “a mãe adquire uma nova identidade: deixa de ser só uma mulher, uma filha dos seus pais, passando também a ser a mãe do seu próprio bebé”.<sup>3</sup> Por conseguinte, encontramos durante a vida reprodutiva da mulher, uma maior frequência de sintomas depressivos.<sup>1</sup>

Revendo a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* e a décima da *International Classification of Diseases*, verifica-se a ausência de uma classificação unânime que incluía perturbações depressivas no período da gravidez e no pós-parto. Apesar das divergentes classificações, a maioria dos especialistas define depressão perinatal (DPN) como a que ocorre durante a gravidez e no primeiro ano pós-parto.<sup>4,5</sup>

A literatura relata uma prevalência entre 7,1 e 12,7%.<sup>6</sup> Em Portugal tem havido um crescente interesse nesta área e as estatísticas assemelham-se às dos outros países, no entanto, ainda são escassos os estudos epidemiológicos, sobretudo ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).<sup>7,8</sup>

É reconhecido que a DPN pode ter efeitos deletérios, tanto para o feto como para a gestante.<sup>2</sup> Esta relação causa-efeito já se encontra bem estabelecida e aponta efeitos físicos e psicológicos para ambos.<sup>2,4,9</sup> Mas não é só nesse sentido que deve ser avaliada. A DPN é uma depressão com impacto triplo. Para além da relação mãe-filho, esta acarreta consequências para toda a unidade familiar. Benazon e Coyne relataram que cônjuges que viviam com mulheres deprimidas tinham o humor mais deprimido que a população em geral e que 6% tinham critérios de depressão major.<sup>10</sup> Este estudo corrobora a ideia que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus elementos.<sup>1</sup>

A DPN tem sido encarada como um problema de saúde pública com grande impacto psicossocial. Nesta temática o lugar privilegiado do Médico de Família (MF), ao nível dos CSP, tem vindo a ser realçado no que diz respeito ao rastreio, diagnóstico, tratamento e seguimento destas mulheres. A proximidade da relação com a paciente e a maior frequência e consistência do contacto,<sup>9</sup> bem como uma maior janela de oportunidades no período gestacional e pós-parto, são apontados num leque de vantagens neste âmbito. Em Portugal, ainda não existe nenhum rastreio implementado, e juntamente com as elevadas percentagens de subdiagnóstico, pouco se sabe sobre o seguimento destas mulheres.<sup>8</sup>

A qualidade de vida (QV), reconhecida como indicador do estado de saúde e negativamente alterada em pessoas com depressão,<sup>11</sup> foi inversamente associada a sintomas depressivos durante os vários trimestres da gravidez e pós-parto, mais

particularmente, nos domínios da vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental.<sup>12</sup> Também a informação é escassa sobre este indicador a longo prazo nas mulheres que sofreram DPN.

Assim, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar qual o seguimento de mulheres com DPN em Portugal e analisar o impacto a médio prazo desta doença na qualidade de vida, saúde mental, perceção da parentalidade e satisfação com a funcionalidade familiar.

## **Materiais e Métodos**

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (Anexo 1).

A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2018 e março de 2019, em oito Unidades de Saúde Familiar da Região Centro do País (USF Araceti, Biosa, Condeixa, Cruz de Celas, Lousã, Mondego, Pulsar e Topázio), selecionadas por conveniência, tendo sido incluídas as que aceitaram o convite.

A amostra necessária para o estudo foi calculada com recurso à ferramenta *online* <http://epitools.ausvet.com.au/content.php?page=cohortSS>, com base na inferência do risco relativo, segundo um estudo publicado em 2010 intitulado “*Long-term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program*”.<sup>13</sup> Assumindo um risco relativo de depressão após diagnóstico de DPN de 3,6 e 95% de intervalo de confiança, para um estudo de coorte, calculou-se uma amostra recomendada de 58 mulheres grávidas (incluindo um grupo controlo e um grupo com diagnóstico de DPN, com 29 mulheres cada).

No processo de recolha da amostra, os Médicos de Família das unidades colaboradoras utilizaram o sistema informático Sclinico<sup>®</sup> ou o MedicineOne<sup>®</sup>. Foi feita uma pesquisa das mulheres que estiveram grávidas, com codificação W78 (Gravidez) ou W84 (Gravidez de alto risco), da ICPC-2 (Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários)<sup>14</sup>, no período entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2015. Posteriormente, foram selecionadas todas as mulheres que durante este período ou nos 12 meses após o parto apresentaram o diagnóstico P76 (Perturbação depressiva) ou P76.002 (Depressão pós-parto), excluindo situações de aborto, e foi selecionado um grupo controlo de mulheres dessa lista mas sem estes diagnósticos, de forma aleatória.

Os Médicos de Família fizeram o convite às mulheres selecionadas para participar no estudo por telefone, *e-mail* ou no âmbito da consulta. O estudo e os seus objetivos foram explicados e as mulheres que aceitaram participar assinaram o consentimento informado (Anexo 2) e preencheram os questionários, presencialmente ou *online* (Anexo 3).

A informação sobre as variáveis sociodemográficas e obstétricas foram obtidas através de um questionário realizado para o efeito. A avaliação do seguimento foi realizada com recurso a questionário com 16 perguntas elaborado para esse propósito.

Para avaliar as dimensões afetivas negativas utilizou-se a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21), traduzida e validada para a população portuguesa.<sup>15</sup> Consiste num instrumento de autorresposta com 21 itens, com uma escala tipo *Likert* de 1 (não se aplicou nada a mim) a 3 (aplicou-se a maior parte das vezes). A EADS-21 compreende três subescalas, de acordo com o modelo tripartido (Ansiedade, Depressão e *Stress*), sendo cada uma constituída por 7 itens. Os resultados são obtidos através da soma

das notas das três subescalas, podendo a pontuação total variar de 0 (mínimo) a 21 (máximo). Quanto maior for o resultado de cada escala, maiores os níveis de ansiedade, depressão e *stress*. De referir que esta escala consiste numa adaptação da escala original com 42 itens (EADS-42), tendo sido concebida com o intuito de evitar a sobrecarga durante o preenchimento. Ambas têm propriedades psicométricas idênticas e assim, admite-se que os resultados da EADS-21 possam ser comparados com os da EADS-42, multiplicando-se por 2. No presente estudo o  $\alpha$  de Cronbach para a escala total foi de 0,97.<sup>15</sup>

A qualidade de vida foi avaliada através do sistema descritivo, traduzido e validado para a população portuguesa: *EuroQoL-5 Dimension* (EQ-5D). É um instrumento de autopreenchimento, de cinco escalas com valores de 1 a 3. Cada uma das escalas tem três níveis de gravidade associados, variando do nível 1 (sem problemas) ao nível 3 (problemas extremos) vividos ou sentidos pelo indivíduo.<sup>16</sup> Assim sendo, este sistema permite descrever um total de 243 estados de saúde distintos. Para cada indivíduo, o resultado obtido é representado através de um número de cinco dígitos. Após a aplicação do questionário, os estados de saúde encontrados devem ser convertidos num índice, através da aplicação de coeficientes de ponderação específicos para cada país.<sup>17</sup> Na presente amostra o  $\alpha$  de Cronbach para a escala total foi de 0,63.

A satisfação com a funcionalidade familiar foi avaliada com recurso ao questionário APGAR Familiar, traduzido para a língua portuguesa em 1988 por Agostinho & Rebelo.<sup>18</sup> Este instrumento de autorresposta contém 5 itens com três possibilidades de resposta: 0 (Quase nunca), 1 (Algum tempo) e 2 (Quase sempre). A pontuação total da escala obtém-se somando os diferentes itens, variando esta de 0 a 10. Uma pontuação de 7 a 10 sugere uma família altamente funcional, enquanto que uma pontuação de 4 a 6 sugere uma família moderadamente disfuncional e uma pontuação de 0 a 3 uma família severamente disfuncional. Esta escala é amplamente usada em estudos de avaliação da funcionalidade familiar.<sup>18,19</sup> O  $\alpha$  de Cronbach calculado para a presente amostra foi de 0,85.

Por último, a satisfação parental foi avaliada com a Escala de *Stress Parental* (ESP), adaptada para a população portuguesa, por Mixão, Leal e Maroco (2010). Corresponde a um instrumento de autorresposta, constituído por 17 itens com uma escala tipo *Likert* de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente). A cotação da escala é feita através do somatório dos vários itens, sendo que sete destes, por se encontrarem na positiva (1,2,5,6,7,16 e 17), deverão ser invertidos. A pontuação total varia entre 18 e 90, estando valores mais elevados associados a maiores níveis de *stress* parental. Utilizando vários pontos de corte a escala permite diferenciar vários níveis de *stress*: valores totais entre 18 e 42 correspondem a baixos níveis de *stress*; entre 43 e 66 a níveis intermédios e entre 67 e 90 a níveis elevados.<sup>20,21</sup> No nosso estudo o  $\alpha$  de Cronbach para a escala total foi de 0,59.

Os Médicos de Família codificaram os questionários e os questionários respondidos *online* foram direcionados para uma base de dados em Excel<sup>®</sup>, garantindo assim o anonimato das participantes.

Codificaram-se as informações recolhidas e criou-se uma base de dados em Excel<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 e qualitativas e no cálculo da média e desvios-padrão para as variáveis quantitativas discretas e contínuas. Através da aplicação do teste estatístico Kolmogorov-Smirnov, fez-se o estudo da distribuição e normalidade das variáveis a analisar, verificando-se que não havia normalidade nas distribuições. Assim, utilizaram-se para a análise testes não-paramétricos.

Na estatística inferencial, efetuou-se uma análise de comparação de médias, através do Teste U Mann-Whitney para averiguar se existiam diferenças significativas entre as pontuações totais das escalas utilizadas e os dois grupos. O mesmo também foi aplicado para avaliar o impacto no seguimento. O Teste Kruskal-Wallis aplicou-se para avaliar se existiam diferenças entre o agregado (classificados segundo a nomenclatura clássica), no grupo DPN, e as escalas utilizadas.

Para avaliar as variáveis sociodemográficas e complicações durante a gestação e o pós-parto usou-se o Teste Qui-Quadrado. O valor de significância ( $p$ ) considerado foi inferior a 0,05.

## Resultados

A amostra foi constituída por dois grupos distintos: um grupo de mulheres grávidas, com codificação de depressão durante a gestação ou 12 meses pós-parto (grupo DPN), e um grupo de mulheres grávidas, no mesmo período, sem essa codificação (grupo controlo). Foram incluídas no primeiro grupo 71 mulheres e no segundo grupo 92 mulheres, pertencentes a oito USF colaboradoras da região Centro.

A idade média do grupo com diagnóstico de depressão perinatal foi de  $38,80 \pm 5,02$  anos (idade mínima 23 e máxima 49 anos), tendo em média  $1,80 \pm 0,79$  filhos, e a idade média do grupo controlo foi de  $38,38 \pm 4,36$  anos (idade mínima 25 e máxima 50 anos), apresentando  $1,79 \pm 0,86$  filhos, não se objetivando diferenças estatísticas entre os grupos e estas duas variáveis ( $p=0,458$  e  $p=0,724$ , respetivamente).

Em ambos os grupos, a maioria das mulheres (62%) era casada e 86,5% dos agregados familiares correspondiam a famílias nucleares. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à constituição do seu agregado ( $p=0,028$ ), notando-se que 60,3% das famílias nucleares pertenciam ao grupo controlo, e 68,4% das famílias monoparentais e 66,7% das famílias alargadas ao grupo DPN (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, em ambos os grupos, mais de metade completaram o ensino superior (60,8%), com tendência para um nível académico superior no grupo controlo (Tabela 1), no entanto, sem diferenças significativas ( $p=0,426$ ). A maioria das mulheres da nossa amostra encontrava-se empregada (86,5%).

**Tabela 1** – Caracterização da amostra: variáveis sociodemográficas.

		<b>Grupo</b>		
		Grupo Controlo	Grupo DPN	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Estado Civil	Casada	63 (68,5%)	38 (53,5%)	101 (62%)
	Divorciada	6 (6,5%)	8 (11,3%)	14 (8,6%)
	União de Facto	16 (17,4%)	13 (18,3%)	29 (17,8%)
	Viúva	0 (0%)	2 (2,8%)	2 (1,2%)
	Solteira	7 (7,6%)	10 (14,1%)	17 (10,4%)
<i>p=0,149</i>				
Agregado Familiar	Família Nuclear	85 (92,4%)	56 (78,9%)	141 (86,5%)
	Família Monoparental	6 (6,5%)	13 (18,3%)	19 (11,7%)
	Família Alargada	1 (1,1%)	2 (2,8%)	3 (1,8%)
<i>p=0,028</i>				
Grau de Escolaridade	Secundário	25 (27,2%)	26 (36,6%)	51 (31,3%)
	Licenciatura	42 (45,7%)	26 (36,6%)	68 (41,7%)
	Mestrado	16 (17,4%)	10 (14,1%)	26 (16%)
	Doutoramento	3 (3,3%)	2 (2,8%)	5 (3,1%)
	1º Ciclo (4º ano)	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (0,6%)
	2º Ciclo (6º ano)	2 (2,2%)	0 (0%)	2 (1,2%)
	3º Ciclo (9º ano)	4 (4,3%)	6 (8,5%)	10 (6,1%)
<i>p=0,426</i>				
Situação atual perante o trabalho	Empregada	81 (88,0%)	60 (84,5%)	141 (86,5%)
	Desempregada	7 (7,6%)	7 (9,9%)	14 (8,6%)
	Outro	4 (4,3%)	4 (5,6%)	8 (4,9%)
<i>p=0,779</i>				

## 1. Gestação e Pós-Parto

Em ambos os grupos, a vigilância da gestação foi maioritariamente partilhada pelos Cuidados de Saúde Primários e pela Maternidade de referência, constatando-se apenas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no seguimento ao nível da Maternidade (maior no grupo com DPN). Na Tabela 2 encontra-se descrito o seguimento da gestação, por grupo e por profissional de saúde.

**Tabela 2** – Descrição do seguimento da gestação, por grupo e por profissional de saúde.

Seguimento durante a gestação	Grupo			<i>p</i>
	Controlo	DPN	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Médico de Família	69 (75,0%)	58 (81,7%)	127 (77,9%)	0,307
Obstetra da Maternidade	60 (65,2%)	60 (84,5%)	120 (73,6%)	0,006
Obstetra Particular	25 (27,2%)	14 (19,7%)	39 (23,9%)	0,269
Psiquiatra	2 (2,2%)	1 (1,4%)	3 (1,8%)	0,597
Psicólogo	2 (2,2%)	2 (2,8%)	4 (2,5%)	0,587
Outro	0 (0,0%)	1 (1,4%)	1(0,6%)	0,436

Relativamente à ocorrência de complicações na gravidez, foram objetivadas diferenças estatísticas entre os grupos ( $p=0,008$ ), observando-se uma maior percentagem de mulheres com complicações a pertencer ao grupo DPN. Apurou-se que no grupo DPN 42,3% ( $n=30$ ) das mulheres referiram algum tipo de complicação, sendo a diabetes gestacional (18,8%) e a ameaça de parto prematuro (15,6%) as mais frequentes. Comparativamente, no grupo controlo só 22,8% ( $n=21$ ) descreveram complicações, sendo a ameaça de parto prematuro (22,7%) também classificada como uma das mais frequentes, juntamente com o deslocamento da placenta (13,6%).

Relativamente à utilização de psicofármacos durante a gravidez, no grupo DPN, 9,9% das mulheres encontravam-se medicadas com benzodiazepinas e 8,5% com antidepressivos. No grupo controlo 3,3% das mulheres estavam medicadas com benzodiazepinas.

Contrariamente às complicações na gestação, as complicações pós-parto não mostraram correlação entre os grupos ( $p=0,176$ ) (Tabela 3). Apenas 18,3% ( $n=13$ ) das mulheres do grupo DPN referiram complicações no pós-parto, sendo a depressão descrita



como a mais frequente (69,2%). Neste mesmo período, 9,9% das mulheres do grupo DPN referiram estar medicadas com benzodiazepinas e 29,6% com antidepressivos. No grupo controlo 1,1% estavam medicadas com benzodiazepinas.

Também no grupo controlo, 10,9% (n=10) citaram complicações pós-parto, sendo a mastite (27,3%) a patologia mais referida.

**Tabela 3** – Complicações durante a gestação e pós-parto por grupo.

Complicações		Grupo			Teste Qui-Quadrado
		Controlo n (%)	DPN n (%)	Total n (%)	
Complicações durante gravidez	Sim	21(22,8%)	30 (42,3%)	51 (31,3%)	<i>p=0,008</i>
	Não	71(77,2%)	41 (57,7%)	112 (68,7%)	
Complicações até 12 meses pós-parto	Sim	10 (10,9%)	13 (18,3%)	23 (14,1%)	<i>p=0,176</i>
	Não	82 (89,1%)	58 (81,7%)	140 (85,9%)	

## 2. Seguimento

No que concerne às mulheres incluídas no grupo DPN, quando questionadas sobre sintomas depressivos na gravidez ou nos 12 meses após o parto, 60,6% (n=43) responderam afirmativamente. Destas, 36 (83,7%) procuraram ajuda profissional, tendo em média 5,35±4,06 (mínimo 1 - máximo 15) consultas de seguimento, com uma duração média de 17,94±24,71 meses.

No grupo controlo, realça-se que 32,6% (n=30) de mulheres sem diagnóstico de depressão perinatal responderam “sim” à questão sobre sintomas depressivos durante a gravidez ou nos 12 meses pós-parto. Destas, 10 procuraram ajuda profissional (33,3%), tendo em média 3,71±2,43 consultas (mínimo 1 - máximo 7) com uma duração média de 7,63±7,80 meses.

Das mulheres que recorreram a ajuda profissional por sintomas depressivos, a maioria do grupo DPN privilegiou o MF (72,2%), enquanto no grupo de controlo a maioria recorreu ao MF (50,0%) ou ao Médico Psiquiatra (50,0%). Quanto ao seguimento por sintomas depressivos, a maioria do grupo DPN refere um seguimento no Centro de Saúde, contrariamente ao grupo controlo, que refere um seguimento no Centro de Saúde e Maternidade. A procura do profissional e o seu subsequente seguimento encontram-se descritos na Tabelas 4 e 5.

**Tabela 4 – Procura de profissional por sintomas depressivos, por grupo.**

<b>Profissional de Saúde</b>	<b>Grupo</b>		
	Controlo n (%)	DPN n (%)	Total n (%)
Médico de Família	5 (50,0%)	26 (72,2%)	31 (67,4%)
Médico Psiquiatra	5 (50,0%)	13 (36,1%)	18 (39,1%)
Psicólogo	2 (20,0%)	11 (30,6%)	13 (28,3%)
Outro	1 (10,0%)	2 (5,6%)	3 (6,5%)

**Tabela 5 – Seguimento por sintomas depressivos, por grupo.**

<b>Seguimento</b>	<b>Grupo</b>		
	Grupo Controlo n (%)	Grupo DPN n (%)	Total n (%)
Centro de Saúde	4 (40,0%)	27 (75,0%)	31 (67,4%)
Maternidade	4 (40,0%)	10 (27,8%)	14 (30,4%)
Particular	1 (10,0%)	7 (19,4%)	8 (17,4%)
Outro	3 (30,0%)	2 (5,6%)	5 (10,9%)

Atualmente, poucas mulheres mantêm seguimento, 25% (n=9) no grupo DPN e 20% (n=2) no grupo controlo.

Por último, foi questionada a perceção sobre o acompanhamento: 80,6% do grupo DPN respondeu que foi devidamente acompanhada. No grupo controlo as percentagens foram de 90%.

### **3. Depressão, ansiedade, stress, qualidade de vida e satisfação parental atuais**

Em relação à saúde mental, aplicando a EADS-21, discriminaram-se os níveis de depressão, ansiedade e stress atuais. Concluiu-se, após análise com os pontos de corte definidos pelas escalas, que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e a distribuição da gravidade de sintomas depressivos ( $p=0,003$ ). O mesmo também se concluiu relativamente à distribuição da gravidade da ansiedade ( $p=0,002$ ) e stress ( $p<0,001$ ) (Tabelas 6 e 7).

**Tabela 6** – Distribuição da EADS-21 por grupo.

Escalas	EADS-Depressão		EADS-Ansiedade		EADS-Stress	
	Controlo	DPN	Controlo	DPN	Controlo	DPN
<b>Grupo</b>						
Normal	82,6%	63,4%	71,7%	57,7%	78,3%	50,7%
Ligeiro	6,5%	9,9%	10,9%	7,0%	7,6%	9,9%
Moderado	6,5%	14,1%	7,6%	9,9%	4,3%	18,3%
Severo	2,2%	2,8%	1,1%	9,9%	8,7%	14,1%
Muito Severo	2,2%	9,9%	8,7%	15,5%	1,1%	7,0%
<b>Teste U de Mann-Whitney</b>	<i>p=0,003</i>		<i>p=0,002</i>		<i>p&lt;0,001</i>	

Analisando a escala de *stress* parental, não se observaram diferenças estatísticas ( $p=0,493$ ). Ambos os grupos apresentaram níveis baixos de *stress* (87,3% no grupo DPN e 95,7% no grupo controlo). Apenas 11,3% do grupo DPN e 4,3% do grupo de controlo apresentaram níveis intermédios. Exclusivamente o grupo DPN relatou níveis elevados (1,4%).

A QV no grupo DPN apresentou uma média, ajustada à realidade portuguesa, de  $0,75 \pm 0,21$  (mínimo de 0,29 - máximo de 1) e o grupo de controlo uma média de  $0,84 \pm 0,21$  (mínimo de 0,07 - máximo de 1), sendo esta diferença significativa ( $p=0,003$ ).

Quanto à satisfação com a funcionalidade familiar, nenhum dos grupos reportou disfunção acentuada, no entanto, houve diferenças com significância estatística ( $p=0,012$ ). No grupo DPN 42,3% relataram disfunção moderada e 57,7% demonstraram níveis altamente funcionais. No grupo controlo, 55,4% demonstraram disfunção moderada e 44,6% classificaram a sua família como altamente funcional.

**Tabela 7** – Médias das Escalas EADS, ESP, EQ-5D e APGAR por grupo.

	<b>EADS-D<sup>1</sup></b>	<b>EADS-A<sup>2</sup></b>	<b>EADS-S<sup>3</sup></b>	<b>ESP</b>	<b>EQ-5D</b>	<b>APGAR</b>
	Pontuação total média ± $\sigma^4$	Pontuação total média ± $\sigma$	Pontuação total média ± $\sigma$	Pontuação total média ± $\sigma$	Pontuação total média ± $\sigma$	Pontuação total média ± $\sigma$
<b>Grupo DPN</b>	9,15±10,90	8,59±9,49	15,77±11,45	33,08±9,85	0,75±0,21	7,65±2,50
<b>Grupo Controlo</b>	4,74±7,45	5,11±8,64	9,83±9,15	31,35±6,45	0,84±0,21	6,67±1,88
	<i>p</i> =0,003	<i>p</i> =0,002	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> =0,493	<i>p</i> =0,003	<i>p</i> =0,012

<sup>1</sup>EADS – Depressão; <sup>2</sup>EADS – Ansiedade; <sup>3</sup>EADS – Stress; <sup>4</sup>Desvio Padrão.

#### 4. Análise do impacto atual de outras variáveis

Para perceber o impacto do tipo de agregado familiar nas mulheres com DPN, procurou-se a sua relação com os níveis de depressão, ansiedade, stress, QV e satisfação parental atuais, verificando-se associação estatisticamente significativa com a satisfação parental (*p*=0,029). Apurou-se que famílias nucleares se associavam a níveis mais elevados de stress parental, inversamente ao que acontecia com famílias monoparentais e alargadas (Tabela 8).

**Tabela 8** – Médias das escalas EADS-21, ESP, EQ-5D e Apgar por agregado familiar do grupo com depressão perinatal.

<b>Agregado Familiar</b>	<b>EADS-D<sup>1</sup></b>	<b>EADS-A<sup>2</sup></b>	<b>EADS-S<sup>3</sup></b>	<b>ESP</b>	<b>EQ-5D</b>	<b>APGAR</b>
<b>Família Nuclear</b>						
Média ± $\sigma^4$	8,29±10,28	8,64±9,26	16,04±11,43	34,63±10,07	0,75±0,20	7,66±2,42
<b>Família Monoparental</b>						
Média ± $\sigma$	12,92±13,28	9,54±11,02	16,46±11,81	27,92±6,51	0,72±0,24	7,77±2,98
<b>Família Alargada</b>						
Média ± $\sigma$	9,00±12,73	1,00±1,41	4,00±5,66	23,50±6,36	0,88±0,16	6,50±2,12
<b>Teste Kruskal-Wallis</b>	<i>p</i> =0,646	<i>p</i> =0,434	<i>p</i> =0,254	<i>p</i> =0,029	<i>p</i> =0,522	<i>p</i> =0,769

<sup>1</sup>EADS – Depressão; <sup>2</sup>EADS – Ansiedade; <sup>3</sup>EADS – Stress; <sup>4</sup>Desvio Padrão.

Investigando o impacto da procura de ajuda profissional pelas mulheres com diagnóstico de DPN, percebeu-se que esta se relaciona com os níveis atuais de depressão ( $p < 0,001$ ), ansiedade ( $p = 0,012$ ) e *stress* ( $p = 0,001$ ), sendo que mulheres que procuraram ajuda profissional foram mulheres que pontuaram níveis mais elevados na EADS-21 em relação às mulheres com diagnóstico de DPN que não procuraram ajuda profissional. Não foram evidenciadas diferenças na QV ( $p = 0,063$ ), *stress* parental ( $p = 0,732$ ) e disfunção familiar ( $p = 0,334$ ).

Foi analisado o impacto de onde foi feito o seguimento da DPN e constatou-se uma associação com significância estatística entre as mulheres seguidas ao nível dos CSP e maiores níveis de depressão ( $p = 0,001$ ), ansiedade ( $p = 0,005$ ), *stress* ( $p < 0,001$ ), e menor QV ( $p = 0,040$ ). Comparou-se também a diferença do seguimento no que concerne ao número de serviços em que foi seguida. As mulheres seguidas num só serviço apresentaram maiores níveis de depressão ( $p = 0,005$ ), ansiedade ( $p = 0,031$ ), e *stress* ( $p = 0,003$ ) (Tabela 9).

Por último, relativamente ao seguimento atual, verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre a QV e a EADS-21 e mulheres seguidas ou não atualmente. Apesar de não se objetivarem diferenças, as mulheres que ainda são seguidas atualmente apresentaram tendência para maiores níveis de depressão ( $p = 0,263$ ), ansiedade ( $p = 0,218$ ), *stress* ( $p = 0,093$ ) e uma menor QV ( $p = 0,541$ ) que as restantes.

**Tabela 9** – Médias das escalas EADS, ESP, EQ-5D e APGAR por seguimento do grupo com depressão perinatal.

	<b>EADS-D<sup>1</sup></b>	<b>EADS-A<sup>2</sup></b>	<b>EADS-S<sup>3</sup></b>	<b>ESP</b>	<b>EQ-5D</b>	<b>APGAR</b>
	Média±σ <sup>4</sup>	Média±σ	Média±σ	Média±σ	Média±σ	Média±σ
<b>Seguidas no Centro de Saúde</b>						
Sim	13,70±11,83	11,93±10,07	21,56± 9,97	34,00±12,02	0,68±0,21	7,96±2,21
Não	6,36±9,37	6,55±8,61	12,23±10,93	32,52±8,35	0,79±0,19	7,45±2,66
<i>p</i>	<i>p=0,001</i>	<i>p=0,005</i>	<i>p&lt;0,001</i>	<i>p=0,953</i>	<i>p=0,040</i>	<i>p=0,218</i>
<b>Seguidas na Maternidade</b>						
Sim	11,40±12,47	8,60±9,34	18,60±10,79	34,50±8,53	0,68±0,18	7,40±2,12
Não	8,79±10,69	8,59±9,59	15,31±11,58	32,85±10,09	0,76±0,21	7,69±2,57
<i>p</i>	<i>p=0,340</i>	<i>p=0,815</i>	<i>p=0,289</i>	<i>p=0,546</i>	<i>p=0,279</i>	<i>p=0,853</i>
<b>Seguidas no Particular</b>						
Sim	9,43±12,31	7,14±12,05	16,57±12,74	29,57±7,09	0,87±0,17	7,29±2,29
Não	9,13±10,84	8,75±9,28	15,69±11,41	33,47±10,07	0,74±0,21	7,69±2,53
<i>p</i>	<i>p=0,830</i>	<i>p=0,525</i>	<i>p=0,977</i>	<i>p=0,440</i>	<i>p=0,161</i>	<i>p=0,806</i>
<b>Seguidas "Outro"</b>						
Sim	21,00±24,04	22,00±22,62	28,00±19,80	39,50±27,58	0,53±0,34	8,00±2,83
Não	8,81±10,47	8,20±8,93	15,42±11,17	32,90±9,35	0,76±0,20	7,64±2,51
<i>p</i>	<i>p=0,338</i>	<i>p=0,219</i>	<i>p=0,291</i>	<i>p=0,930</i>	<i>p=0,372</i>	<i>p=0,700</i>
<b>Seguimento num único serviço</b>						
Sim	13,63±12,89	11,33±10,18	21,11±11,61	34,52±10,17	0,71±0,23	8,07±2,02
Não	6,41±8,52	6,91±8,74	12,50±10,15	32,20±9,66	0,78±0,18	7,39±2,74
<i>p</i>	<i>0,005</i>	<i>0,031</i>	<i>0,003</i>	<i>0,387</i>	<i>0,148</i>	<i>0,079</i>
<b>Seguimento em 2 serviços</b>						
Sim	13,25±12,56	11,50±13,04	19,00±11,11	32,75±14,45	0,69±0,20	6,75±2,25
Não	8,63±10,67	8,22±9,02	15,37±11,52	33,13±9,27	0,76±0,21	7,76±2,52
<i>p</i>	<i>0,151</i>	<i>0,455</i>	<i>0,382</i>	<i>0,579</i>	<i>0,383</i>	<i>0,262</i>
<b>Seguimento em 3 serviços</b>						
Sim	4,00±0	4,00±0	22,00±0	31,00±0	0,77±0	10,00±0
Não	9,23±10,96	8,66±9,54	15,69±11,51	33,11±9,92	0,75±0,21	7,61±2,50
<i>p</i>	<i>0,901</i>	<i>0,901</i>	<i>0,563</i>	<i>0,930</i>	<i>0,789</i>	<i>0,394</i>

<sup>1</sup>EADS – Depressão; <sup>2</sup>EADS – Ansiedade; <sup>3</sup>EADS – Stress; <sup>4</sup>Desvio Padrão.

## Discussão

No nosso estudo, com o objetivo de avaliar o impacto da depressão perinatal a médio prazo, concluiu-se que mulheres com codificação de depressão, durante a gestação ou nos 12 meses após o parto, apresentaram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva, ansiedade e *stress* atuais, comparativamente com mulheres sem esta codificação. Observou-se, no grupo DPN, uma maior tendência para ter atualmente sintomas depressivos, maiores níveis de ansiedade e *stress*, com uma prevalência de 36,6%, 42,3% e 49,3% respetivamente.

Vários estudos corroboram estes resultados, nomeadamente um estudo realizado por Woolhouse, *et al.*, onde foi investigado o *follow-up* aos 4 anos de mulheres com diagnóstico de depressão pós-parto e se verificou que a prevalência de sintomas depressivos era de 14,5%.<sup>22</sup> Um outro artigo, com a mesma metodologia, refere a mesma ideia, relatando que mulheres com depressão pós-parto têm um risco aumentado de depressão nos 3 a 4 anos subsequentes. Este estudo ainda sugere que a depressão pós-parto pode ser considerada um marcador de vulnerabilidade para depressão futura.<sup>23</sup>

Não se objetivaram diferenças estatísticas ( $p=0,493$ ) relativamente à satisfação parental. No entanto, o grupo DPN reportou uma tendência para níveis mais elevados de *stress* parental do que o grupo controlo. A satisfação parental está intimamente relacionada com a relação precoce mãe-bebé, considerando-se um processo progressivo, bidirecional e interativo. Refere-se às emoções de satisfação e de gratificação, no que diz respeito às suas responsabilidades parentais face à criança, isto é, se os pais retiram prazer do seu papel parental e das responsabilidades intrínsecas a esse papel.<sup>24</sup> Ora, a literatura indica que a vinculação pode estar comprometida em mulheres deprimidas no período perinatal<sup>25</sup> e, estando a satisfação parental relacionada com esta, compreende-se que mulheres com DPN relatem maiores níveis de *stress* parental.

Analisada a satisfação com a funcionalidade familiar, objetivaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,012$ ), sendo que no grupo DPN a percentagem de famílias percecionadas agora como funcionais foi superior à do grupo controlo e famílias classificadas com disfunção moderada apresentaram uma maior prevalência no grupo controlo. Estes dados contrariam o que encontramos na literatura, uma vez que está bem documentado o impacto negativo da DPN em toda a família, sendo que mulheres com DPN relatam uma maior disfunção familiar,<sup>26</sup> desde dificuldades precoces na relação mãe-criança e comportamentos parentais disruptos<sup>8</sup> a disfunção do casal.<sup>26</sup>

No entanto, apesar da correlação obtida no nosso estudo, 42,3% das mulheres do grupo DPN demonstraram uma família classificada com disfunção moderada. Uma justificação para esta inversão dos resultados é o facto de se ter constatado uma

percentagem de 32,6% no grupo controlo de mulheres passíveis de estarem subdiagnosticadas, que poderão ser as que menos foram acompanhadas (nomeadamente pelo seu MF) e conseqüentemente ter maior impacto a nível familiar deste diagnóstico. Este subgrupo corresponde a mulheres que responderam afirmativamente à questão sobre sintomas depressivos durante a gestação ou nos 12 meses seguintes. A literatura também faz referência a esta problemática referindo que existem dramáticas taxas de subdiagnóstico e tratamento. Um estudo realizado em 2018, nos CSP, estimou uma prevalência de 40% para subdiagnóstico de depressão pós-parto.<sup>27</sup> Aproximadamente 75% dos casos de DPN não são identificados por profissionais.<sup>8</sup> Este subdiagnóstico pode também ser entendido por se ter verificado que, na procura pela ajuda profissional, o grupo controlo recorreu menos aos CSP, comparativamente ao grupo DPN, razão pela qual o MF pode não ter tido sequer oportunidade de codificar o problema.

Neste estudo, mulheres com DPN reportaram menor QV atual. De acordo com a nossa pesquisa, não foram encontrados estudos que avaliassem o impacto da DPN neste parâmetro, a médio prazo. Existe no entanto, uma vasta bibliografia que correlaciona sintomas depressivos com menor QV. Alguns estudos relacionam depressão perinatal com QV (durante a gestação, às 4 e 8 semanas pós-parto)<sup>11,28</sup> demonstrando uma diminuição desta última, concluindo que mulheres deprimidas, durante estes períodos, podem apresentar baixa QV devido a distorções cognitivas provocadas pela depressão.<sup>11</sup>

Nesta investigação foi também avaliada a relação entre complicações na gestação e pós-parto com o diagnóstico de DPN, constatando-se que mulheres do grupo DPN apresentavam maior percentagem de complicações auto-referidas durante a gravidez ( $p=0,008$ ).

Também se verificou que 9,9% destas mulheres se encontravam medicadas com benzodiazepinas e 8,5% com antidepressivos durante a gestação. Ao longo dos anos o foco tem sido a depressão pós-parto. Estudos mais atuais salientam a importância do período perinatal e relatam que a depressão gestacional é um dos maiores fatores de risco para a depressão pós-parto,<sup>4</sup> citando-o como o fator de risco mais consistente para a depressão materna.<sup>1,29</sup> Deste modo, a correlação de complicações durante a gestação e o diagnóstico de DPN dá suporte aos últimos estudos.

Relativamente à utilização de psicofármacos durante a gestação, esta pode sugerir um início da depressão na altura da gestação em detrimento do início do pós-parto. No entanto, não podemos fazer essa inferência, pois não podemos estabelecer a causalidade da prescrição e não podemos deixar de colocar a hipótese de se poderem tratar de mulheres com antecedentes de depressão prévios à gravidez. De qualquer forma, antecedentes de depressão também já foram descritos como fatores de risco acrescido para DPN.<sup>1,30</sup>



O nosso estudo tem como objetivo dar a conhecer o seguimento realizado atualmente para mulheres com DPN, visto que pouco se sabe sobre o seu seguimento, havendo inclusive referência a que apenas 10% destas obtêm tratamento.<sup>8</sup>

Em primeira instância verificou-se que das mulheres incluídas no grupo DPN, quando questionadas sobre sintomas depressivos na gravidez ou nos 12 meses após o parto, 60,6% responderam afirmativamente e que, destas, 83,7% procuraram ajuda. Assim, relativamente ao facto de 39,4% das mulheres terem negado sintomas depressivos, podemos apontar como causas um viés de memória ou um viés de seleção, isto é, o fato de se basear numa amostra colhida através de processos de codificação, ou então o não reconhecimento da depressão por parte da mulher e apenas pelo médico, tal como já afirmado por Buist.<sup>31</sup>

Em relação ao acesso à ajuda profissional, observou-se que 16,3% das mulheres que reportaram sintomas, não procuraram apoio médico, situação esta já descrita noutros estudos.<sup>8,31</sup> Possíveis hipóteses colocadas para mulheres com DPN que não procuram ajuda relacionam-se com o não reconhecimento do problema, os recursos disponíveis, o suporte social inadequado e o estigma percecionado por um sentimento de culpa e sofrimento num suposto período de felicidade e realização.<sup>8</sup>

As mulheres com DPN recorreram preferencialmente ao MF (72,2%), seguindo-se o Médico Psiquiatra (36,1%) e o Psicólogo (30,6%). Sendo que o posterior seguimento foi realizado pela maioria no Centro de Saúde (75,0%), durante uma média de 17,94 meses, com uma média de 5,35 consultas. Verificamos que o impacto do seguimento nos CSP demonstrou uma correlação com maiores níveis de depressão ( $p=0,001$ ), ansiedade ( $p=0,005$ ), *stress* ( $p<0,001$ ) e menor QV ( $p=0,040$ ) atual. Por outro lado, apesar de não se evidenciarem diferenças estatisticamente significativas referentes aos outros locais de seguimento, mulheres que foram seguidas no sistema privado relataram menores níveis de depressão, ansiedade, *stress* e maiores níveis de QV atual.

Estes dados suscitam várias hipóteses. Podem refletir que mulheres com patologia mais grave e com maior impacto na QV recorrem mais facilmente ao seu MF ou são mais facilmente identificadas por este. O acompanhamento sistemático pelo MF, desde o início da gravidez, durante a gestação e durante o pós-parto, coloca-o numa posição privilegiada para esse contacto. Além disso, como já referido, mulheres com DPN têm, muitas vezes, dificuldade em procurar ajuda e podem reconhecer no MF, o profissional com mais confiança para o fazerem. Por outro lado, também pode sugerir um seguimento não suficiente a nível dos CSP, razão pela qual mulheres seguidas nos CSP apresentam agora maiores níveis de depressão, ansiedade, *stress* e menor QV. Outro aspeto que não pode ser menosprezado é o fato de que mulheres que recorreram ao particular poderem ter outros fatores a atuar como confundentes e, indiretamente, influenciar o estado de depressão e QV atuais. Condições socioeconómicas que não foram avaliadas nesta

investigação têm que ser consideradas, pois já foram associadas à DPN.<sup>32</sup> Fatores e problemas socioeconómicos podem também ter levado a uma maior procura de seguimento nos CSP, e sabe-se que estes podem ser fatores agravantes da patologia mental, podendo estar a contribuir para que a amostra seguida no Centro de Saúde tenha piores resultados em termos de saúde mental. Seria importante fazer estudos longitudinais prospetivos para perceber a evolução dos níveis de doença mental nas pessoas seguidas nos vários locais, e ainda estudar possíveis fatores socioeconómicos confundentes em futuros estudos.

Também se analisou o seguimento no que concerne ao número de serviços em que a mãe foi seguida, objetivando-se que mulheres seguidas num único serviço apresentavam maiores níveis de depressão ( $p=0,005$ ), ansiedade ( $p=0,031$ ) e *stress* ( $p=0,003$ ). Estes dados reforçam a perspetiva de um seguimento insuficiente e apontam para a hipótese de que talvez uma abordagem multidisciplinar seja a melhor possibilidade a explorar. A gestão dos CSP é uma das competências do MF, centrando-se nas necessidades de cada utente, através da articulação com outras especialidades. Existem vários critérios para referenciação, por exemplo, para a consulta de Psiquiatria, pelo que esta deve ser ponderada e analisada caso a caso.<sup>33</sup> Algumas investigações, particularmente nas áreas da Pediatria e Obstetrícia, realçam a importância do trabalho em rede.<sup>32</sup> Sugerem, por exemplo, que Pediatras aproveitem o contacto nas consultas infantis para rastrear e dar conselhos a mães com DPN.<sup>34</sup> A participação da mulher/parceiro/filho e outros familiares e amigos durante o seguimento também foi incentivada.<sup>32,35</sup>

O tipo de agregado familiar nas mulheres com DPN correlacionou-se com o *stress* parental ( $p=0,029$ ). Apurou-se que famílias nucleares se associavam a níveis mais elevados de *stress* parental, inversamente ao que acontecia com famílias monoparentais e alargadas. A satisfação parental é também considerada um aspeto da QV familiar. Foi entendido como refletor dos laços emocionais entre os pais e a criança durante o processo de desenvolvimento.<sup>29</sup> Encontra-se descrito que mulheres com depressão têm o potencial de afetar o humor dos seus parceiros, uma maior prevalência de dificuldades no relacionamento e uma maior desarmonia conjugal.<sup>10</sup> Pode-se compreender assim que famílias nucleares, com um parceiro deprimido, possam apresentar maiores níveis de *stress* parental por refletirem, indiretamente, problemas na díade mãe-pai. Apesar desta interpretação, neste estudo, os agregados foram classificados segundo uma nomenclatura clássica. À luz da atualidade, verificaram-se mudanças na composição da família e por trás de uma aparente família nuclear poderá haver famílias reconstruídas ou outras. Sugere-se assim um estudo mais aprofundado, incluindo melhor caracterização dos tipos de família, para entender a sua implicação nas relações interpessoais.<sup>36</sup>

Uma das principais limitações do nosso estudo foi o enquadramento da definição de DPN. A seleção da amostra foi feita com base em processos com codificação de depressão

entre a gestação e 12 meses após o parto, realizada através da ICPC-2. Esta codificação é operador-dependente e requer que o médico realize o seu registo durante a consulta. Assim, esta pode ser influenciada pelo tempo que a mulher demora a dirigir-se aos CSP, situação que já foi descrita, pelo atempado e correto diagnóstico, bem como pelo consequente registo.

## Conclusão

Os nossos resultados mostraram uma maior sintomatologia depressiva, maiores níveis de ansiedade, maiores níveis de *stress* e menor QV a médio prazo, em mulheres com sintomas depressivos durante a gestação ou 12 mês após, revelando o impacto psicossocial a médio prazo desta doença.

A nossa investigação concluiu também que mulheres com DPN seguidas nos CSP ou num único serviço apresentaram maiores níveis de depressão, ansiedade e *stress*. O seguimento nos CSP também se correlacionou com menor QV. Estes dados reforçam a importância da necessidade de um rastreio precoce e de um seguimento adequado após estabelecido o diagnóstico. Assim sendo, o seguimento deve implicar uma abordagem multidisciplinar, com especial realce para o papel do Médico de Família que, neste estudo, foi citado como o mais procurado. Apesar da DGS apresentar diretrizes para a promoção de saúde mental na gravidez, devido à complexidade da intervenção e tratamento da DPN, é necessário uma maior sensibilização e formação dos profissionais de saúde e ainda uma maior potencialização das redes multidisciplinares nesta área.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Inês Rosendo, minha orientadora, agradeço toda a sua simpatia e toda a sua disponibilidade prestada na realização deste projeto, ajudando-me a crescer como aluna e pessoa.

À Doutora Sandra Filipa Falcão Alves, minha coorientadora, agradeço toda a sua simpatia, carinho, disponibilidade, ajuda e por ter acreditado em mim e neste trabalho.

Aos coordenadores de todas as USF colaborantes, aos respetivos Médicos de Família colaboradores, Dr<sup>a</sup> Marta Fraga, Dr. Paulo Lopes, Dr<sup>a</sup> Susana Miguel, Dr<sup>a</sup> Rita Cibrão, Dr<sup>a</sup> Carolina Gil, Dr<sup>a</sup> Teresa Pascoal e Dr. Gonçalo Pimenta, e a todas as mulheres participantes, obrigada por terem tornado possível a realização deste projeto.

Ao meu pai, o meu eterno obrigada, por me apoiar durante este percurso, muito mais longo que um curso de medicina, por me ensinar o significado da palavra família e por acreditar sempre em mim.

Às minhas irmãs, Inês, Margarida e Francisca, por estarem sempre presentes, nos momentos de maiores dificuldades e maiores vitórias.

Ao meu namorado, João Ferreira, por todo o seu amor, apoio e paciência demonstrados.

Aos meus amigos, a quem Coimbra apresentei, e que de Coimbra levo, um muito obrigada.

## Bibliografia

1. Costa P. Depressão Perinatal: Das Relações Familiares ao Desenvolvimento da Criança. Estratégias de Prevenção. Mestrado Integrado em Medicina: FMUC;2015.
2. Correia A. Depressão Na Gravidez. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto;2012.
3. Direção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Lisboa; 2006; Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude.aspx>.
4. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression : An Update and Overview. *Curr Psychiatry Rep.* 2014; 16:468.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
6. NIHCM. Identifying and Treating Maternal Depression: Strategies & Considerations for Health Plans. 2010;1–28 Acedido em: [https://www.nihcm.org/pdf/FINAL\\_Maternal\\_Depression6-7.pdf](https://www.nihcm.org/pdf/FINAL_Maternal_Depression6-7.pdf)
7. Maia B, Marques M, Bos S, Pereira A, Soares M, Valente J, et al. Epidemiology of Perinatal Depression in Portugal. Categorical and Dimensional Approach. *Acta Med Port.* 2011; 24(S2): 443-448.
8. Pereira A, Soares M, Bos S, Marques M, Maia B, Valente J, et al. Why should we screen for perinatal depression? Ten reasons to do it. *IJCNMH* 2014; 1:10.
9. Muzik M, Borovska S. Perinatal depression : implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine.* 2010;7:239–47.
10. Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry.* 2003; 15, 243–255.
11. Brancaglioni M, Rückl S, Couto T, Viana L, Nicolato R, Filho H. How Gestational Depression Impacts on Quality of Life. *Journal of Depression&Anxiety.* 2016;5(2):2–5.
12. Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper L, Strobino D, Powe N, et al. Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life During Pregnancy and After Delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) Study. *Matern Child Health J.*2009; 13:577–587.

13. Reay R, Matthey S, Ellwood D, Scott M. Long-term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 129 (1-3): 94–103.
14. Candoso, F, Bico A, Pisco, A, Cepeda C, Costa F, Carlos R, et al. Manual de codificação clínica. Lisboa, 2010;p.12-3. Acedido em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/ManualCodifica%C3%A7%C3%A3o\\_VF\\_21022011.pdf?fbclid=IwAR02neTclwJL8CzD7o-L0aAwwEUv7m1DCpOKnFrjWAF7MatX33aB3PENTil](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/ManualCodifica%C3%A7%C3%A3o_VF_21022011.pdf?fbclid=IwAR02neTclwJL8CzD7o-L0aAwwEUv7m1DCpOKnFrjWAF7MatX33aB3PENTil)
15. Pais-Ribeiro J, 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):229–39.
16. Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*.2013; 26(6):664–675.
17. Reenen M, Oppe . EQ-5D-3L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. Netherlands; 2015. Acedido em: [https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-3L\\_UserGuide\\_2015.pdf](https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-3L_UserGuide_2015.pdf)
18. Sousa F, Figueiredo M, Erdmann A. Instrumentos para avaliação e intervenção na família : um estudo descritivo. *Rev Pesq Saúde*.2010; 11(1):60–3.
19. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function. *The Journal of Family Practice*. 1982;15(2):303–11.
20. Duarte M. Envolvimento paterno em crianças com paralisia cerebral: associações com o stress e a auto-eficácia parental. *Psicologia Clínica: Instituto Universitário*; 2011.
21. Mixão ML, Leal I, Maroco J. Escala de Stress Parental. In: Leal I, Maroco J, editors. *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. Porto: Legis; 2010. p. 199–210.
22. Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown SJ. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG*; 2015;122:312–321.
23. O'Hara M, Philipps L. Prospective Study of Postpartum Depression: 4<sup>1/2</sup>Year Follow-Up of Women and Children. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100 (2):151–155.
24. Parreira J. Satisfação Parental e Bonding Parental na Figura Paterna: Estudo Exploratório. *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade: Instituto Superior de Psicologia Aplicada*;2009.

25. Airosa S, Silva I. Associação entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social na Maternidade. *SPPS*. 2013;14(1):64–77.
26. Roux G, Anderson C, Roan C. Postpartum Depression, Marital Dysfunction, and Infant Outcome: A Longitudinal Study. *The Journal of Perinatal Education*. 2002;11(4):25–36.
27. Balseiro J. Depressão Pós-Parto nos Cuidados de Saúde Primários : Realidades e Perceções dos Médicos de Família Depressão Pós-Parto nos Cuidados de Saúde Primários. Mestrado Integrado em Medicina: FMUC; 2018.
28. Sadat Z, Abedzadeh-kalahroudi M, Atrian MK, Karimian Z, Sooki Z. The Impact of Postpartum Depression on Quality of Life in Women After Child 's Birth. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(2).
29. Pereira P, Lovisi G. Prevalence of gestacional depression and associated factors. *Rev Psiq Clín*. 2008; 35(4):144–53.
30. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev. Psiq. Clín*. 2007; 34 (4); 157–165.
31. Buist A. Perinatal depression - Assessment and management. *Australian Family Physician* 2006;35(9):670–3.
32. Silva M. Depressão Perinatal: Factores de Risco e Estratégias de Prevenção. Mestrado Integrado em Medicina: FMUC; 2013.
33. Firmino H, Santiago L, Andrade J. *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. Lidel, editor. Lisboa; 2018. Volume 1. p. 29–45.
34. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices : A review. *Infant Behavior & Development*. 2010;33:1–6.
35. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic Intervention and Prevention Strategies for Depression During Pregnancy and the Postpartum. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2009;52(3):498–515.
36. Caniço H. Os Novos Tipos De Família E Novo Método De Avaliação em Saúde da Pessoa - Apgar Saudável. *Ciências da Saúde: Universidade de Coimbra*; 2014; Acedido em: <http://hdl.handle.net/10316/25995>



## **Anexos**

## Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> Parecer favorável	<b>DESPACHO:</b> <i>Huchade us tenes</i> <i>3110218</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Signature]</i> Dr.ª Rosa Reis Marques Presidente,
--	--

**ASSUNTO:** 72/2018 - "Depressão Perinatal: Seguimento e Impacto na Qualidade de Vida"

*[Signature]*  
Dr. Luis Manuel Militão Mendes Coimbra  
Vogal

*[Signature]*  
Dr. Mário Ruivo  
Vogal.

Apesar de ser um projeto cujos objetivos estão francamente estudados, do ponto de vista ético-legal não há nenhum aspeto a apontar.

Sobretudo pelo facto de que é assegurado pelas investigadoras de que não terão acesso a qualquer dado pessoal das utentes. Todos os dados que chegarão à posse destas será sob a forma de inquéritos totalmente anonimizados. Assim, e apesar de com a entrada em vigor do RGPD os pedidos de autorização prévios à CNPD terem desaparecido, não se percebe tão-pouco esta necessidade sentida pelas investigadoras já que não trabalharão com dados pessoais mas apenas com dados anonimizados - aspeto que leva à possibilidade de aprovação deste projeto.

Coimbra, 24 de outubro de 2018

O Relator  
*[Signature]*  
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES  
*[Signature]*  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

## Anexo 2 – Consentimento Informado, livre e esclarecido.

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

**Título do estudo:** Depressão Perinatal: Seguimento e Impacto na Qualidade de Vida

**Enquadramento:** Estudo de coorte retrospectivo em UCSPs/USFs do centro de Portugal. Realizado no âmbito da tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Daniela Filipa Jesus Fernandes, sob orientação de Doutora Inês Rosendo e Dra. Filipa Falcão Alves.

**Explicação do estudo:** Este projeto tem como objetivo investigar o impacto na qualidade de vida do seguimento de mulheres diagnosticadas com depressão perinatal no período de 2010 a 2015. Em paralelo, será investigada a relação do mesmo com o estado psicológico e nível de depressão atual, avaliação familiar e parentalidade. No estudo serão incluídas mulheres diagnosticadas com depressão perinatal, no período de 2010 a 2015, que aceitem participar e saibam ler ou tenham acompanhante que lhes possa ler o questionário. A colheita de dados será feita no âmbito das suas consultas ou nas consultas de Saúde Infantil dos filhos. O estudo será realizado tendo como base a aplicação de questionários com perguntas e escalas, no final da consulta, para recolha de informação sobre as variáveis em estudo. Essas variáveis incluem: ansiedade, depressão, *stress*, qualidade de vida, dinâmica familiar e stress parental. Pretende-se esclarecer o tipo de seguimento de mulheres diagnosticadas com depressão perinatal e a sua relação com a qualidade de vida, nível de depressão atual e dinâmica familiar.

**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 mulheres incluídas no estudo. A identificação estará codificada nos dados em excel que vão ser enviados ao investigador principal, no final da recolha de dados, altura em que a chave será destruída. Foi obtida autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD).

**O investigador:** Daniela Filipa Jesus Fernandes

**Assinatura:**

**Data:** 28/11/2018

.....

*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 3 – Questionário Seguimento, EADS-21, ESP, EQ-5D e APGAR Familiar

### I.

<p><b>Identificação</b></p> <p>Centro de Saúde: USF Araceti <input type="checkbox"/> UCSP Águeda <input type="checkbox"/> USF Briososa <input type="checkbox"/> USF Coimbra Centro <input type="checkbox"/> USF Condeixa <input type="checkbox"/> USF Cruz Celas <input type="checkbox"/> USF Serra da Lousã <input type="checkbox"/></p> <p>1. Idade: _____ anos</p> <p>2. Estado civil atual: Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____</p> <p>3. Grau de escolaridade completo: 1º ciclo (4º ano) <input type="checkbox"/> 2º ciclo (6º ano) <input type="checkbox"/> 3º ciclo (9º ano) <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____</p> <p>4. Situação atual perante o trabalho: Empregada <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/></p> <p>5. Quantos filhos tem? _____</p> <p>6. Como é constituído o seu agregado familiar (com quem habita?) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---

### II.

#### As próximas questões dizem respeito ao período em que esteve grávida entre o ano 2010 e 2015

1. Quando é que nasceu o/a seu/sua bebé? \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_
2. Teve alguma complicação durante a gravidez? Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_
3. Fez alguma medicação durante a gravidez? Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_
4. Teve alguma complicação nos 12 meses seguintes ao parto? Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_
5. Fez alguma medicação durante os 12 meses seguintes ao parto? Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_
6. Foi seguida por que profissionais durante a sua gravidez:  
Médico de Família  Obstetra da Maternidade  Obstetra Particular  Psicólogo   
Outro  Qual \_\_\_\_\_

7. Durante a sua gravidez ou depois do parto (nos 12 meses seguintes) alguma vez teve duas semanas ou mais em que se sentiu desanimada, triste deprimida ou em baixo, sem ter interesse e gosto pelas coisas?

Não  Sim

8. Procurou ajuda profissional por causa disso? Não  Sim

9. Se sim, qual?

Médico de Família  Médico Psiquiatra  Psicólogo  Outro

10. Em que serviços foi seguida por esse motivo?

Centro de Saúde  Maternidade  Particular  Outro

11. Quantas consultas teve por esse motivo? \_\_\_\_\_(se não se lembrar ponha número aproximado)

12. Durante quanto tempo foi seguida por esse motivo? \_\_\_\_\_ meses

13. Ainda mantém seguimento? Não  Sim

14. Considera que foi devidamente acompanhada? Não  Sim

15. Tomou medicamentos por causa disso? Não  Sim

16. Fez algum tipo de terapia não medicamentosa (ex: mindfulness, psicologia, outra)?

Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

### III

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante **A SEMANA PASSADA**.

A classificação é a seguinte:

0- não se aplicou nada a mim

1- aplicou-se a mim algumas vezes

2- aplicou-se a mim muitas vezes

3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1-Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2-Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3- Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4- Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5- Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3

6- Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7- Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8- Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9- Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10- Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11- Dei por mim a ficar agitada	0	1	2	3
12- Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13- Senti-me desanimada e melancólica	0	1	2	3
14- Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15- Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16- Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17- Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18- Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19- Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20- Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21- Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

#### IV

Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda, colocando o **número** no respetivo espaço de acordo com a grelha seguinte.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente

1. Estou contente no meu papel de pai (mãe). \_\_\_\_\_
2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s). \_\_\_\_\_
3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar. \_\_\_\_\_
4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s). \_\_\_\_\_

5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s). \_\_\_\_\_
6. Gosto de passar tempo com o(s) meu(s) filho(s). \_\_\_\_\_
7. O(s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afeto para mim. \_\_\_\_\_
8. A maior fonte de stress da minha vida é o meu(s) filho(s). \_\_\_\_\_
9. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não permite uma grande flexibilidade na minha vida. \_\_\_\_\_
10. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro. \_\_\_\_\_
11. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s). \_\_\_\_\_
12. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim. \_\_\_\_\_
13. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s). \_\_\_\_\_
14. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai(mãe). \_\_\_\_\_
15. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida. \_\_\_\_\_
16. Sinto-me satisfeito como pai(mãe). \_\_\_\_\_
17. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis. \_\_\_\_\_

## V

Assinale em cada um dos seguintes grupos, qual melhor descreve o seu estado de saúde.

- |                      |  |
|----------------------|--|
| Mobilidade           | (1) Não tenho problemas em andar<br>(2) Tenho alguns problemas em andar<br>(3) Tenho de estar na cama  |
| Cuidados pessoais    | (1) Não tenho problemas em cuidar de mim<br>(2) Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me<br>(3) Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a  |
| Atividades habituais | (1) Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais<br>(2) Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais<br>(3) Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais |
| Dor/mal-estar        | (1) Não tenho dores ou mal-estar<br>(2) Tenho dores ou mal-estar moderados<br>(3) Tenho dores ou mal-estar extremos  |
| Ansiedade/depressão  | (1) Não estou ansioso/a ou deprimido/a<br>(2) Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a<br>(3) Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a  |

## VI

A. Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.

Quase sempre  2      Algumas vezes  1      Quase Nunca  0

B. Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.

Quase sempre  2      Algumas vezes  1      Quase Nunca  0

C. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.

Quase sempre  2      Algumas vezes  1      Quase Nunca  0

D. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.

Quase sempre  2      Algumas vezes  1      Quase Nunca  0

E. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.

Quase sempre  2      Algumas vezes  1      Quase Nunca  0

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**