



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA - TRABALHO FINAL

INÊS GUEDES LOBO DUARTE DE OLIVEIRA

Influência da Família na Depressão Perinatal

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

SUSANA PATRÍCIA PINHO MIGUEL

MAIO/2020

INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NA DEPRESSÃO PERINATAL

Artigo Científico Original

Inês Guedes Lobo Duarte de Oliveira¹, Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{1,2},
Susana Patrícia Pinho Miguel³

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²USF Coimbra Centro, Coimbra, Portugal

³USF Cruz de Celas, Coimbra, Portugal

Contacto: ines.oliveira.96@live.com.pt

Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina.

Área científica: Medicina Geral e Familiar

MAIO 2020 | Coimbra

RESUMO

Introdução: A depressão perinatal é uma das complicações mais comuns do período pré-natal e pós-parto, apresentando uma prevalência de 10 a 20%. Esta condição tem consequências negativas para a família, sendo o objetivo primário do nosso trabalho investigar a relação entre ambas, nas mulheres em Portugal.

Métodos: Estudo observacional transversal. A amostra incluiu grávidas que se deslocaram aos Cuidados de Saúde Primários em três unidades da Região Centro e que responderam a um questionário com avaliação sociodemográfica e obstétrica; escala de rastreio de ansiedade perinatal (ERAP); escala de ansiedade, depressão e stress (EADS-21); escala FACES IV e escala de satisfação com o suporte social (ESSS). Foi feita uma análise estatística descritiva e inferencial para relacionar as variáveis relativas à família e os níveis de depressão. Procedeu-se ainda à análise de possíveis variáveis de confundimento e relação das variáveis da família com os níveis de ansiedade e stress.

Resultados: A amostra incluiu 63 grávidas, sendo que, dentro das variáveis relativas à família, todas apresentaram uma relação estatisticamente significativa com os níveis de depressão, com a exceção do número de filhos - Coesão ($p < 0,01$), Flexibilidade ($p < 0,001$), Desligada ($p = 0,007$), Emaranhada ($p < 0,001$), Rígida ($p = 0,001$), Caótica ($p < 0,001$), Comunicação ($p < 0,001$), Satisfação ($p = 0,012$), Satisfação Familiar ($p < 0,001$), Intimidade ($p < 0,001$), Estado Civil ($p = 0,036$), “Quem vive consigo” ($p = 0,003$). O grau de escolaridade ($p = 0,004$), profissão ($p = 0,012$), idade ($p = 0,001$), rendimento ($p < 0,001$), os níveis de satisfação com os amigos ($p = 0,031$) e com as atividades sociais ($p < 0,001$) foram identificados como possíveis variáveis de confundimento, com uma relação significativa com os níveis de depressão. Verificou-se ainda que a maioria das variáveis relativas à família se relacionavam também, de forma estatisticamente significativa, com os níveis de ansiedade e stress.

Discussão e Conclusão: A relação encontrada entre as variáveis relativas à família e os níveis de depressão perinatal, bem como com os níveis de ansiedade e stress, reforça a importância de perceber mais a fundo a relação entre estas variáveis em estudos mais amplos e longitudinais. Assim, o funcionamento familiar e, por consequência uma boa satisfação com a família, parecem ser importantes para manter a saúde mental da mulher ao longo do período perinatal.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Família; Stress.

ABSTRACT

Introduction: Perinatal depression is one of the most common complications in the prenatal and postpartum periods, with a prevalence of 10 to 20%. This condition has negative consequences for the family, and the primary objective of our work is to investigate the relationship between both, in women in Portugal.

Methods: Cross-sectional observational study. The sample included pregnant women who went to primary health care in three units in the Centro Region and who answered a questionnaire with sociodemographic and obstetric assessment; perinatal anxiety screening scale (ERAP); anxiety, depression and stress scale (EADS-21); FACES IV scale and social support satisfaction scale (ESSS). A descriptive and inferential statistical analysis was performed to relate the variables related to the family and the levels of depression. The analysis of possible confounding variables and the relationship between family variables and anxiety and stress levels were also carried out.

Results: The sample included 63 pregnant women, and, within the variables related to the family, all showed a statistically significant relationship with the levels of depression, with the exception of the number of children - Cohesion ($p < 0.01$), Flexibility ($p < 0.001$), Off ($p = 0.007$), Tangled ($p < 0.001$), Rigid ($p = 0.001$), Chaotic ($p < 0.001$), Communication ($p < 0.001$), Satisfaction ($p = 0.012$), Family Satisfaction ($p < 0.001$), Intimacy ($p < 0.001$), Marital Status ($p = 0.036$), "Who lives with you" ($p = 0.003$). The level of education ($p = 0.004$), job ($p = 0.012$), age ($p = 0.001$), income ($p < 0.001$), levels of satisfaction with friends ($p = 0.031$) and social activities ($p < 0.001$) were identified as possible confounding variables, with a significant relationship with the levels of depression. It was also found that most of the variables related to the family were also related, in a statistically significant way, to the levels of anxiety and stress.

Discussion and Conclusion: The relationship found between the variables related to the family and the levels of perinatal depression, as well as with the levels of anxiety and stress, reinforces the importance of understanding more deeply the relationship between these variables in broader and longitudinal studies. Thus, family functioning and, consequently, good satisfaction with the family, seem to be important to maintain the woman's mental health throughout the perinatal period.

Keywords: Anxiety; Depression; Family; Stress.

ÍNDICE

ABREVIATURAS E SIGLAS	ii
1. INTRODUÇÃO	1
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	3
2.1. Desenho do estudo.....	3
2.2. Seleção dos participantes.....	3
2.3. Recolha de dados	3
2.4. Análise de dados.....	5
3. RESULTADOS.....	6
3.1. Descrição da amostra.....	6
3.1.1. Caracterização Sociodemográfica	6
3.1.2. Dados Obstétricos	8
3.1.3. Antecedentes Pessoais Patológicos.....	8
3.1.4. Caracterização dos níveis de ansiedade na gravidez, depressão e stress	8
3.1.5. Caracterização da perceção de suporte social.....	8
3.1.6. Caracterização da funcionalidade familiar (FACES IV).....	9
3.2. Relação entre Depressão e Variáveis relativas à Família.....	10
3.3. Outras variáveis associadas a maiores níveis de depressão (possíveis variáveis de confundimento)	11
3.4. Relação entre Ansiedade e Stress e Variáveis relativas à Família	13
4. DISCUSSÃO.....	15
5. CONCLUSÃO.....	19
6. AGRADECIMENTOS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXO I- Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.....	24
ANEXO II – Consentimento informado.....	25
ANEXO III – Questionário Sociodemográfico e Variáveis obstétricas	26
ANEXO IV - Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal (ERAP)	27
ANEXO V – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	29
ANEXO VI – Escala FACES IV	31
ANEXO VII – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	33

ABREVIATURAS E SIGLAS

EADS-21: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

ERAP: Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal

ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social

IG: Idade Gestacional

p – Valor de Significância

r – Coeficiente de Correlação de Pearson

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

A gravidez, sendo um momento de grande felicidade para toda a família, é também um período de vulnerabilidade emocional determinante para a saúde mental da mãe e, por consequência, do bebê, induzindo transformações profundas na dinâmica familiar, principalmente do casal.^{(1),(2),(3)}

A depressão perinatal, com uma prevalência relatada de 10 a 20%, é caracterizada por episódios depressivos major e minor durante a gravidez e nos primeiros 12 meses após o parto, devendo ser avaliada como um problema de saúde pública.^{(1),(4)}

A depressão perinatal é uma das complicações mais comuns do período pré-natal e pós-parto e que tem consequências importantes caso não seja reconhecida e tratada a tempo.^{(4),(5)} Esta condição pode ter efeitos negativos no desenvolvimento do cérebro infantil, disfunção familiar, interrupção da amamentação, tratamento médico inadequado da criança e aumento dos custos de assistência médica.⁽⁶⁾ Adicionalmente, durante este período, vivências e experiências passadas da mãe vão sofrer um processo de reatualização que, inevitavelmente, irão influenciar a futura relação entre mãe e filho.⁽³⁾

Quando reconhecida precocemente, esta condição é altamente tratável, sendo que o seu diagnóstico e tratamento durante o período obstétrico reduz, não só, o risco de resultados adversos imediatos, como também, diminui a percentagem de mulheres em quem a depressão pós-parto se poderia desenvolver.^{(7),(8)}

Deste modo, para uma intervenção precoce impõe-se que se identifiquem as grávidas com maior risco de virem a desenvolver depressão.⁽¹⁾ Entre os fatores de risco para o aparecimento de quadros depressivos durante a gestação destacam-se antecedentes psiquiátricos (história prévia de depressão); fraco suporte social, familiar ou do cônjuge; gravidez não desejada; dependência de álcool, tabaco e outras drogas; história de violência doméstica e *stressful life events*.⁽⁹⁾ Estes últimos obrigam a um reajuste na vida da pessoa e incluem a morte de um familiar ou alguém próximo, divórcio ou conflitos conjugais.^{(9),(1)} Outros fatores como baixa escolaridade, dificuldades financeiras e desemprego também foram identificados como fatores de risco.⁽⁹⁾

No que diz respeito ao impacto familiar no desenvolvimento desta patologia, há alguns estudos que mostram uma possível associação entre estes fatores. Um estudo prospetivo realizado com mulheres chinesas descobriu que um deficiente apoio familiar

constituía um importante fator de risco para depressão pós-parto, sendo que o apoio do conjugue apresentava uma associação mais forte em comparação com o apoio da restante família. ⁽¹⁰⁾ Outro estudo concluiu que uma família nuclear constituía um fator protetor independente da depressão pós parto.⁽¹¹⁾

No entanto, os estudos acerca do impacto da família, nomeadamente o tipo de família, relações e funcionalidade familiar, nesta patologia são ainda escassos, sendo relevante fazer o seu estudo mais aprofundado para entender a relação entre esta patologia e os fatores familiares, de modo a melhorar a sua abordagem e prevenção, nomeadamente sinalizando e trabalhando famílias de risco.

Assim, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo primário de avaliar a relação entre funcionalidade, estrutura e satisfação com o suporte familiar e depressão perinatal das mulheres em Portugal. Adicionalmente, pretendeu-se investigar a possível existência de variáveis de confundimento nesta relação e, por fim, investigar se as variáveis relativas à família estarão relacionadas, para além da depressão, com ansiedade e stress.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Desenho do estudo

Este trabalho trata-se de uma avaliação transversal inicial de um estudo observacional longitudinal de tipo coorte, aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (Anexo I).

2.2. Seleção dos participantes

A amostra necessária para o estudo longitudinal de coorte foi calculada com recurso à ferramenta online <https://epitools.ausvet.com.au/cohortss>, com base na inferência do risco relativo, segundo um estudo⁽¹²⁾ publicado em 2010. Assumindo um risco relativo de depressão por exposição ao fator de risco - não ter apoio familiar - de 4,37% e um intervalo de confiança de 95%, para um estudo de coorte, calculou-se uma amostra total recomendada de 56 mulheres grávidas.

Os Médicos de Família das unidades participantes fizeram o convite às mulheres grávidas no final de cada consulta de seguimento pré-natal. O estudo, assim como os seus objetivos, foram explicados e as mulheres que aceitaram participar assinaram o consentimento informado (Anexo II) e preencheram o questionário presencialmente.

2.3. Recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre janeiro de 2020 e março de 2020, em duas Unidades de Saúde Familiar da Região Centro do País (Cruz de Celas e Coimbra Centro) e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Anadia III), selecionadas por conveniência, tendo sido incluídas todas as mulheres grávidas do 2º ou 3º trimestre que aceitaram o convite.

A informação relativa às variáveis sociodemográficas e obstétricas foi obtida através de um questionário realizado para o efeito (Anexo III).

As dimensões afetivas negativas foram avaliadas recorrendo à *Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal* (ERAP), traduzida e ainda em processo de validação para

a população portuguesa (Anexo IV), e à *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-21) (Anexo V).

A *Escala de Rastreio de Ansiedade Perinatal* (ERAP) consiste num instrumento de autorresposta com 31 itens que são avaliados pela grávida, numa escala de *Likert* de 0 (*nunca*) a 3 (*quase sempre*). A pontuação total varia de 0 a 93, sendo que valores mais elevados estão associados a ansiedade mais severa.⁽¹³⁾ Os sintomas de ansiedade são classificados, consoante a sua gravidade, em ansiedade ligeira (pontuação total de 0 a 20), ansiedade moderada (de 21 a 41) e ansiedade severa (de 42 a 93).⁽¹⁴⁾ Tendo em conta que a escala está em processo de validação para a população portuguesa, utilizaram-se os pontos de corte internacionais da versão original.

A *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-21) é um instrumento de autopreenchimento com 21 itens, usando uma escala tipo *Likert* de 0 (não se aplicou nada a mim) a 3 (aplicou-se a maior parte das vezes). Esta escala é constituída por três subescalas, cada uma constituída por 7 itens: Ansiedade – item 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Depressão – item 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Stress – item 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18. A pontuação total de cada uma das subescalas varia de 0 (mínimo) a 21 (máximo). Quanto maior o resultado de cada subescala, maiores os níveis de ansiedade, depressão e stress respetivamente.⁽¹⁵⁾ No presente estudo, apenas foram analisadas as subescalas de depressão e de stress.

A funcionalidade familiar foi avaliada através da escala “FACES IV” (Anexo VI) que é um instrumento de autorresposta composto por 62 itens, com uma escala de resposta do tipo *Likert*, sendo que do item 1 ao 52 há 5 opções de resposta (1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “indeciso”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente”) e do item 53 ao 62 há apenas 4 opções de resposta (1 = “insatisfeito”; 2 = “geralmente satisfeito”; 3 = “muito insatisfeito”; 4 = “totalmente insatisfeito”).⁽¹⁶⁾ Esta escala é constituída pelas seguintes subescalas: duas subescalas equilibradas com 7 itens cada (coesão e flexibilidade), quatro subescalas desequilibradas com 7 itens cada (desligada, emaranhada, rígida e caótica), uma subescala de comunicação e outra de satisfação, tendo estas duas últimas 10 itens cada.⁽¹⁶⁾ De acordo com Olsan e Gorall⁽¹⁷⁾ há 6 tipos de famílias: famílias equilibradas, rigidamente coesas, medianas, flexivelmente desequilibradas, caoticamente desligadas e desequilibradas. Pontuações mais altas nas subescalas equilibradas correspondem a famílias mais saudáveis do ponto de vista funcional, em oposição às subescalas desequilibradas que quanto mais alta a pontuação de cada subescala, menos saudável será a família. É possível, ainda, avaliar-se a Satisfação

Familiar e Comunicação Familiar, que serão tanto mais elevadas quanto maiores as pontuações de cada uma das subescalas correspondentes.

A satisfação com o suporte social foi avaliada através da “*Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*” (Anexo VII) que é um instrumento de autopreenchimento com 15 itens, em que se deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de *Likert* com cinco opções, «concordo totalmente», «concordo na maior parte», «não concordo nem discordo», «discordo na maior parte», e «discordo totalmente».⁽¹⁸⁾ Esta escala é constituída por quatro subescalas: satisfação com os amigos (SA), que inclui cinco itens – 3, 12 ao 15; intimidade (IN), que inclui quatro itens – 1, 4 ao 6; satisfação com a família (SF), que inclui três itens – 9 ao 11; e atividades sociais (AS) que inclui três itens – 2, 7 e 8.⁽¹⁹⁾ A pontuação total da escala é obtida pela soma das pontuações de cada subescala, podendo variar entre 15 e 75. Os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 têm pontuação somada invertida, já que são questionados pela afirmativa, ao contrários dos restantes. Assim, uma pontuação total da escala mais alta corresponde a uma perceção de maior suporte social, não existindo pontos de corte que possam ser considerados como deficitários.⁽¹⁹⁾

2.4. Análise de dados

As informações recolhidas foram codificadas, criando-se uma base de dados em Excel para o efeito, recorrendo posteriormente ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), para o tratamento dos mesmos.

Inicialmente, foi feita uma análise estatística descritiva da amostra, com o cálculo da média, frequência e desvios-padrão e, de seguida, fez-se o estudo da distribuição e normalidade das variáveis contínuas, através do teste estatístico Kolmogorov-Smirnov, verificando que não havia normalidade nas distribuições. Assim, foram usados testes não-paramétricos para a análise inferencial.

Posteriormente, para a análise estatística inferencial, recorreu-se ao Teste de Spearman para analisar as correlações entre variáveis contínuas. Considerou-se correlação muito fraca se $r \leq 0,19$, fraca se $0,20 \leq r \leq 0,39$, moderada se $0,40 \leq r \leq 0,69$, forte se $0,70 \leq r \leq 0,89$ e muito forte se $0,90 \leq r \leq 1,00$. Adicionalmente, foram usados os testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para comparar variáveis contínuas entre os grupos. Usou-se um nível de significância de 0,05.

3. RESULTADOS

3.1. Descrição da amostra

3.1.1. Caracterização Sociodemográfica

A amostra foi constituída por 63 grávidas, recrutadas a partir de três USF/UCSP da Região Centro (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra pelas USF/UCSP da Região Centro colaborantes no estudo.

USF / UCSP	Número de grávidas (%)
UCSP Anadia III	20 (31,7)
USF Coimbra Centro	19 (30,2)
USF Cruz de Celas	24 (38,1)

A idade média foi de $32,35 \pm 4,33$ anos, variando entre 21 e 43 anos.

Em relação ao grau de escolaridade, a maioria tinha a licenciatura, como é observável na tabela 2.

No que diz respeito às profissões, estas foram classificadas de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010⁽²⁰⁾, sendo que a categoria mais frequente foi “especialista das atividades intelectuais e científicas” (55,6%), como se pode observar na tabela 2.

A média do número de filhos e número de gestações foi 0,46 e 1,70, respetivamente, como se observa na tabela 2.

A idade gestacional média na nossa amostra foi 28,14 semanas e o rendimento mensal médio do agregado familiar foi de 1773,73€, como é observável na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da amostra: Grau de Escolaridade, Profissão, Número de Filhos e de Gestações, Idade Gestacional e Rendimento Mensal Médio do Agregado Familiar

		N (%)	
Grau de Escolaridade	9º Ano	9 (14,3)	
	12º Ano	13 (20,6)	
	Licenciatura	27 (42,9)	
	Mestrado	14 (22,2)	
	TOTAL	63 (100)	
Profissão	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	7 (11,1)	
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	35 (55,6)	
	Pessoal administrativo	4 (6,3)	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	8 (12,7)	
	Trabalhadores não qualificados	7 (11,1)	
	Desempregada	2 (3,2)	
	Total	63 (100)	
			Mínimo - Máximo
Número de	Filhos	0 - 3	0,46 ± 0,69
	Gestações	1 - 5	1,70 ± 0,94
Idade Gestacional		16 - 35	28,14 ± 5,93
Rendimento Mensal Médio		500 - 4000	1773,73 ± 678,18

No que diz respeito ao estado civil, a maioria das inquiridas encontrava-se em união de facto (57.1%), apenas 30,2% estavam casadas e as restantes 12,7% eram solteiras.

Quanto à pergunta “Quem vive consigo?”, a maioria das respostas foi “companheiro/marido” (54%), seguido de “companheiro/marido e filhos” (33,3%). Somente 7,9% viviam sozinhas e 4.8% vivia com os pais.

A maioria das inquiridas encontrava-se a trabalhar antes da gravidez (93,7%). Dos 6.3% restantes, 50% eram estudantes e 50% encontravam-se desempregadas. Quanto à empregabilidade atual, a maioria encontrava-se a trabalhar (96,8%) e somente 3.2% estavam desempregadas.

3.1.2. Dados Obstétricos

Apenas 15,9% (10 casos) das inquiridas afirmaram ter tido complicações na gravidez, sendo que destas 90% (9 casos) foram Diabetes Gestacional e os restantes 10% (1 caso) foram Taquicardia Sinusal.

3.1.3. Antecedentes Pessoais Patológicos

Somente 4,8% (3 casos) responderam “sim” à pergunta “Tem alguma doença crónica?”, sendo que, dessas, todas tinham Trombofilia.

3.1.4. Caracterização dos níveis de ansiedade na gravidez, depressão e stress

Na análise da ERAP, classificaram-se 36,5% com ansiedade ligeira, 25,4% com ansiedade moderada e 38,1% com ansiedade severa.

Quanto à EADS-21, a pontuação média da subescala “Depressão” foi de $4,29 \pm 4,27$, enquanto que a pontuação média da subescala “Stress” foi de $6,67 \pm 4,44$, variando o total de cada uma entre 0 a 21.

3.1.5. Caracterização da perceção de suporte social

De acordo com a escala ESSI, a pontuação média total foi de $62,37 \pm 11,43$, sendo que o total da escala varia de 15 a 75. Na tabela 3, estão descritas as pontuações médias de cada subescala da ESSI.

Tabela 3. Pontuação das subescalas da ESSI.

Subescala ESSI	Média \pm Desvio Padrão	Varição pontuação total da subescala
Satisfação com os Amigos	20,79 \pm 4,20	5 - 25
Intimidade	17,10 \pm 3,27	4 - 20
Satisfação com a Família	12,37 \pm 2,23	3 - 15
Satisfação com as Atividades Sociais	12,11 \pm 2,67	3 - 15

3.1.6. Caracterização da funcionalidade familiar (FACES IV)

Quanto à funcionalidade familiar, a maioria da nossa amostra apresenta níveis de flexibilidade normais, muita coesão, níveis moderados de comunicação e níveis muito baixos de satisfação, como apresentado na tabela 4.

Tabela 4. Níveis das subescalas Coesão, Flexibilidade, Comunicação e Satisfação.

Subescala Nível	Coesão – N (%)	Flexibilidade – N (%)
Baixo	16 (25,4)	0 (0)
Normal	20 (31,7)	41 (65,1)
Muito	27 (42,9)	22 (34,9)
TOTAL	63 (100)	63 (100)
Subescala Nível	Comunicação – N (%)	Satisfação – N (%)
Muito baixo	5 (7,9)	30 (47,6)
Baixo	12 (19,0)	24 (38,1)
Moderado	20 (31,7)	1 (1,6)
Alto	15 (23,8)	8 (12,7)
Muito alto	11 (17,5)	0 (0)
TOTAL	63 (100)	63 (100)

Em relação às subescalas desequilibradas, apresentadas na tabela 5, a maioria da nossa amostra apresentou níveis muito baixos das subescalas “desligada” e “caótica” e níveis baixos das subescalas “emaranhada” e “rígida”.

Tabela 5. Níveis das subescalas Desequilibradas.

Subescala Nível	Muito baixo (%)	Baixo (%)	Moderado (%)	Alto (%)	Muito alto (%)	TOTAL (%)
Desligada	37 (58,7)	18 (28,6)	5 (7,9)	2 (3,2)	1 (1,6)	63 (100)
Emanhada	5 (7,9)	47 (74,6)	10 (15,9)	1 (1,6)	0 (0)	63 (100)
Rígida	16 (25,4)	27 (42,9)	12 (19,0)	6 (9,5)	2 (3,2)	63 (100)
Caótica	37 (58,7)	24 (38,1)	2 (3,2)	0 (0)	0 (0)	63 (100)

3.2. Relação entre Depressão e Variáveis relativas à Família

Como se pode observar na tabela 6, os níveis de depressão mostraram ter uma relação estatisticamente significativa com as variáveis relacionadas com a família quer da escala FACES IV – coesão ($p < 0,001$), flexibilidade ($p < 0,001$), desligada ($p = 0,007$), emaranhada ($p < 0,001$), rígida ($p = 0,001$), caótica ($p < 0,001$), comunicação ($p < 0,001$), satisfação ($p = 0,012$) – quer com as das subescalas da ESSS – Satisfação Familiar e Intimidade ($p < 0,001$ em ambas).

Verificou-se uma correlação positiva fraca entre os níveis de depressão e a variável “desligada” ($r = 0,34$) e uma correlação positiva moderada entre os níveis de depressão e as variáveis “emaranhada” ($r = 0,49$), “rígida” ($r = 0,40$) e “caótica” ($r = 0,45$). Por outro lado, verificou-se uma correlação negativa entre os níveis de depressão e as restantes variáveis da família, sendo que esta correlação foi fraca com a “satisfação” ($r = -0,32$) e moderada com a “coesão” ($r = -0,59$), “flexibilidade” ($r = -0,64$), “satisfação familiar” ($r = -0,49$) e “intimidade” ($r = -0,52$). Isto significa que enquanto estas variáveis aumentam (significando um melhor funcionamento familiar), os níveis de depressão diminuem.

Já o número de filhos não mostrou uma relação estatisticamente significativa com os níveis de depressão, apresentando, no entanto, uma correlação positiva muito fraca ($r = 0,12$).

Tabela 6. Relação entre a pontuação da subescala de rastreio de depressão e as variáveis familiares da Escala FACES IV, número de filhos, satisfação familiar (ESSS) e satisfação com a intimidade (ESSS).

		Coesão	Flexibilidade	Desligada	Emaranhada	Rígida	Caótica	Comunicação	Satisfação	Número de filhos	Satisfação familiar	Intimidade
Depressão	r	-0,59	-0,64	0,34	0,49	0,40	0,45	-0,50	-0,32	0,12	-0,49	-0,52
	p	<0,001	<0,001	0,007	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,012	0,345	<0,001	<0,001

Correlacionou-se ainda o “estado civil” e o parâmetro “quem vive consigo”, sendo que ambos apresentaram uma relação estatisticamente significativa com os níveis de depressão ($p = 0,036$ e $p = 0,003$, respetivamente) (tabela 7). As mulheres “solteiras”,

assim como as que viviam sozinhas (“ninguém”) foram as que apresentaram pontuações mais elevadas na subescala de depressão.

Tabela 7. Relação entre a pontuação da subescala de rastreio de depressão e estado civil e “quem vive consigo”.

		Depressão	
		Média ± DP	p
Estado Civil	Solteira	8,13 ± 5,57	0,036
	Casada	2,74 ± 3,21	
	União de Facto	4,25 ± 4,02	
Quem vive consigo?	Marido/ companheiro	3,44 ± 4,08	0,003
	Marido/ companheiro e filho(s)	4,19 ± 3,36	
	Pais	1,67 ± 2,08	
	Ninguém	12,00 ± 1,41	

3.3. Outras variáveis associadas a maiores níveis de depressão (possíveis variáveis de confundimento)

No que diz respeito às variáveis estudadas (tabela 8), verificou-se que os níveis de depressão se relacionavam, de forma estatisticamente significativa, com o grau de escolaridade e com a profissão ($p=0,004$ e $p=0,012$, respetivamente), sendo que níveis de escolaridade mais baixos e “trabalhadores não qualificados” estavam associados a pontuações mais altas na subescala de depressão.

Verificou-se ainda que os níveis de depressão se relacionavam, de forma estatisticamente significativa, com a “idade” ($p=0,001$), “satisfação com os amigos” ($p=0,031$), “satisfação com as atividades sociais” ($p<0,001$) e com o “rendimento médio mensal do agregado familiar” ($p<0,001$) (tabela 10). À exceção da “satisfação com os amigos” que apresentou uma correlação negativa fraca ($r=-0,27$), todas estas variáveis apresentaram uma correlação negativa moderada com os níveis de depressão – r “idade”= $-0,41$; r “satisfação com atividades sociais”= $-0,51$ e r “rendimento mensal médio agregado”= $-0,55$ – o que significa que níveis mais baixos destas variáveis estão associados a níveis mais altos de depressão.

Tabela 8. Associação entre possíveis fatores de confundimento e pontuação na subescala de rastreio de depressão.

		Depressão	
		Média ± DP	p
Doença crónica	Não	4,20±4,25	0,549
	Sim	6±5,29	
Complicação na gravidez	Não	4,42±4,54	0,826
	Sim	3,60±2,50	
Empregabilidade antes	Empregada	4,24±4,34	0,327
	Desempregada	2	
	Estudante	2	
Empregabilidade atual	Empregada	4,16±4,30	0,173
	Desempregada	8	
Grau de escolaridade	9º Ano	6,89±3,22	0,004
	12º Ano	6,46±4,40	
	Licenciatura	2,59±3,19	
	Mestrado	3,86±5,19	
Profissão	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	5,57±5,74	0,012
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2,86±3,84	
	Pessoal administrativo	5,00±2,16	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3,88±2,59	
	Trabalhadores não qualificados	9,14±3,93	
		r	p
Idade		-0,41	0,001
Satisfação com os Amigos		-0,27	0,031
Satisfação com Atividades Sociais		-0,51	<0,001
Quantas vezes grávida		0,17	0,180
IG atual		0,13	0,313
Rendimento Mensal Médio		-0,55	<0,001

3.4. Relação entre Ansiedade e Stress e Variáveis relativas à Família

Por fim, procedeu-se à análise para comparação dos níveis de ansiedade e stress com as variáveis relacionadas com a família (tabela 9)

Verificou-se que os níveis de ansiedade apresentaram uma correlação positiva moderada com a variável “emaranhada” ($r=0,49$ e $p<0,001$) e uma correlação positiva fraca com as variáveis “desligada” ($r=0,30$ e $p=0,017$), “rígida” ($r=0,37$ e $p=0,003$) e “caótica” ($r=0,29$ e $p=0,021$). Por outro lado, apresentaram uma correlação negativa moderada com a “intimidade” ($r=-0,42$ e $p=0,001$), “satisfação com família” ($r=-0,47$ e $p<0,001$), “coesão” ($r=-0,41$ e $p=0,001$), “flexibilidade” ($r=-0,57$ e $p<0,001$) e uma correlação negativa fraca com a “comunicação” ($r=-0,35$ e $p=0,005$) e “satisfação” ($r=-0,37$ e $p=0,003$).

Já no que diz respeito aos níveis de stress, estes apresentaram uma correlação positiva fraca com as variáveis “desligada” ($r=0,34$ e $p=0,006$), “emaranhada” ($r=0,36$ e $p=0,003$), “rígida” ($r=0,31$ e $p=0,013$) e uma correlação positiva moderada com a variável “caótica” ($r=0,41$ e $p=0,001$). Por outro lado, apresentaram uma correlação negativa fraca com a “intimidade” ($r=-0,36$ e $p=0,003$), “satisfação com família” ($r=-0,35$ e $p=0,005$), “satisfação” ($r=-0,27$ e $p=0,031$) e uma correlação negativa moderada com “coesão” ($r=-0,47$ e $p<0,001$), “flexibilidade” ($r=-0,54$ e $p<0,001$) e “comunicação” ($r=-0,40$ e $p=0,031$).

O número de filhos não apresentou relação nem com os níveis de ansiedade nem com os níveis de stress.

O estado civil mostrou ter uma relação estatisticamente significativa com a ansiedade, sendo que mulheres “solteiras” são as que apresentaram maiores níveis de ansiedade ($p=0,003$). No entanto, não apresentou uma relação estatisticamente significativa com os níveis de stress.

No que diz respeito ao parâmetro “quem vive consigo”, que apresentou uma relação estatisticamente significativa com os níveis de stress e ansiedade ($p=0,009$ e $p=0,011$), as mulheres que viviam sozinhas (“ninguém”) foram as que apresentaram maiores níveis de ambas as sintomatologias.

Tabela 9. Associação entre Ansiedade e Stress e variáveis relativas à família.

		Ansiedade		Stress	
		Coeficiente correlação	p	Coeficiente correlação	p
Número de Filhos		0,17	0,179	0,11	0,406
Intimidade		-0,42	0,001	-0,36	0,003
Satisfação com Família		-0,47	<0,001	-0,35	0,005
Coesão		-0,41	0,001	-0,47	<0,001
Flexibilidade		-0,57	<0,001	-0,54	<0,001
Desligada		0,30	0,017	0,34	0,006
Emaranhada		0,49	<0,001	0,36	0,003
Rígida		0,37	0,003	0,31	0,013
Caótica		0,29	0,021	0,41	0,001
Comunicação		-0,35	0,005	-0,40	0,001
Satisfação		-0,37	0,003	-0,27	0,031
		Média ± DP	p	Média ± DP	p
Estado Civil	Solteira	45,75 ± 16,34	0,003	8,25 ± 5,34	0,321
	Casada	20,00 ± 14,60		5,53 ± 4,69	
	União de Facto	37,19 ± 22,16		6,92 ± 4,07	
Quem vive consigo	Marido/ companheiro	25,82 ± 19,86	0,011	5,94 ± 4,29	0,009
	Marido/ companheiro e filho(s)	40,05 ± 21,28		7,24 ± 4,31	
	Pais	29,33 ± 11,68		2,00 ± 2,00	
	Ninguém	55,60 ± 8,71		12,00 ± 1,00	

4. DISCUSSÃO

Quanto ao objetivo principal deste estudo, avaliar a relação entre a família e a depressão perinatal, verificou-se que todas as variáveis estudadas de estrutura, funcionalidade e satisfação têm uma relação estatisticamente significativa com a depressão, exceto o número de filhos.

As mulheres casadas ou em união de facto, que viviam com o cônjuge, apresentaram níveis mais baixos de depressão em relação às que viviam sozinhas, indo de encontro a outros estudos já existentes^{(10),(12)}, reforçando a importância do envolvimento e apoio do cônjuge durante a gravidez de maneira a melhorar a saúde mental materna.

Num estudo com mulheres mexicanas⁽²¹⁾, já se tinha verificado que baixos níveis de satisfação com o cônjuge eram um fator de risco para depressão perinatal, corroborando com o nosso estudo em que se verificou que níveis mais baixos de satisfação (subescala da escala FACES IV), satisfação familiar e, especificamente, satisfação com a intimidade, ambas subescalas da escala ESSS estavam associadas a níveis mais altos de depressão.

Em relação à funcionalidade familiar, avaliada através das subescalas da FACES IV, verificou-se que níveis mais altos de coesão, flexibilidade e comunicação estavam relacionados com níveis mais baixos de depressão. Olson e Gorall⁽¹⁷⁾ descreveram a coesão familiar como sendo a ligação emocional que mantém a união entre os seus vários elementos, a flexibilidade como a qualidade de liderança e organização dos vários papéis familiares e a comunicação, por sua vez, é facilitadora de ambas. O equilíbrio entre estas dimensões indica maiores níveis de funcionalidade familiar⁽²²⁾, e, por consequência, provavelmente haverá um maior apoio por parte da família à mulher grávida, traduzindo-se por menores níveis de depressão, indo de encontro ao resultado do nosso estudo.

Por outro lado, quanto maior os níveis das subescalas desequilibradas (“desligada”, “emaranhada”, “rígida” e “caótica”), que indicam níveis mais altos de disfuncionalidade familiar⁽²²⁾, também mais altos foram os níveis de depressão. Uma vez que famílias mais desequilibradas têm maior dificuldade a adaptar-se perante uma crise⁽¹⁷⁾, que, neste caso, pode ser interpretada como a mudança a que a gravidez obriga, faz

sentido que apresentem níveis mais altos de depressão, como se verificou no presente estudo.

No que diz respeito às possíveis variáveis de confundimento do nosso estudo, ao contrário do que seria de esperar com base em alguns estudos^{(23),(24)}, ter complicações na gravidez não se relacionou com maiores níveis de depressão ($p=0,826$). De igual modo, o facto de ter uma doença crónica também não mostrou estar relacionado com os níveis de sintomas depressivos ($p=0,549$). Estes factos podem ser justificados pelo baixo número de mulheres com complicações da gravidez e com doença crónica presente na nossa amostra (15,9% e 4,8%, respetivamente), sendo interessante em estudos futuros virados especificamente para esta avaliação, alargar a amostra para incluir maior representatividade de ambas as variáveis anteriores.

Já no que diz respeito à idade, concluímos que idade mais jovem esteve associada a maiores níveis de sintomas depressivos ($r=-0,41$ e $p=0,001$), indo de encontro ao estudo com mulheres mexicanas⁽²¹⁾ anteriormente citado, embora existam outros estudos^{(23),(25)} na literatura que afirmam o contrário.

Neste estudo, foi também avaliada a influência de fatores de risco para a depressão na gravidez, identificados na literatura existente, que incluem baixa escolaridade, desemprego, dificuldades financeiras e fraco suporte social⁽⁹⁾. Ao contrário do expectável, o desemprego, quer antes quer durante a gravidez, não demonstrou uma relação estatisticamente significativa com maiores níveis de depressão ($p=0,327$ e $p=0,173$, respetivamente), que pode ser justificado pelo facto de, na nossa amostra, só 3,2% das mulheres estarem desempregadas antes e durante a gravidez. Os restantes fatores demonstraram ter uma relação estatisticamente significativa com a depressão, como já era de esperar com base na literatura acima referida.

Com isto, verificámos que há diversas variáveis que podem estar a influenciar a relação entre a depressão e as variáveis da família, tornando-se interessante em futuros estudos, nomeadamente no estudo longitudinal que vai ser feito com estas mulheres, tentar eliminar estes fatores de confundimento que incluem idade, satisfação com os amigos e atividades sociais, grau de escolaridade, profissão e rendimentos.

Ainda dentro do nosso estudo, verificou-se que todas as variáveis relativas à família, exceto o número de filhos e o estado civil, apresentaram uma relação estatisticamente significativa com os níveis de ansiedade e stress, reforçando assim a ideia de que os sintomas depressivos podem não ser exclusivos, podendo ser importante avaliar tanto a ansiedade como o stress. Torna-se assim evidente a importância do

desenvolvimento de estratégias a fim de identificar e sinalizar estas componentes influenciadoras da saúde mental da mulher.

Apesar do reduzido tamanho da nossa amostra, reconhecendo este ponto como uma das limitações do presente estudo, verificou-se que algumas das características sociodemográficas da mesma podem ser comparáveis às da população de puérperas em Portugal, descritas pelo INE. A idade média das grávidas da nossa amostra (32,35 anos) foi semelhante à das mulheres ao nascimento de um filho, em Portugal, no ano de 2018 (31,4 anos).⁽²⁶⁾ O nível de escolaridade foi superior nas grávidas da nossa amostra (ensino básico 3º ciclo (9º ano) = 14,3%, ensino secundário (12º ano) = 20,6%, ensino superior (licenciatura e mestrado) = 65,1%) em relação às puérperas de Portugal, no ano de 2019 (ensino básico 3º ciclo = 16%, ensino secundário = 31% e ensino superior = 39%)⁽²⁷⁾. Tal diferença pode ser explicada pelo facto das USF/UCSP que colaboraram no nosso estudo, pertencerem a meios urbanos, e, como tal, a sua população possuir maioritariamente graus de escolaridade mais elevados do que a população em geral. Além disso, um viés de seleção pode ter existido, como é habitual em investigação que implica responder a questionários potencialmente complexos. A situação de empregabilidade das grávidas da nossa amostra (desempregada = 3,2% e empregada = 96,8%) foi semelhante à das puérperas em Portugal, no ano de 2019 (desempregadas = 11,9% e empregadas = 88,1%)⁽²⁸⁾. O número médio de filhos por mulher, na nossa amostra (0,46 filhos) revelou-se inferior ao número de filhos por mulher em idade fértil, em Portugal, em 2018 (1,41 filhos).⁽²⁹⁾ Uma das possíveis justificações encontradas prende-se com o facto de que as mulheres grávidas incluídas da nossa amostra serem, na maioria, primigestas ou ser apenas a sua segunda gestação (“quantas vezes grávida (incluindo esta gravidez)”=1,70 ± 0,94) e, como tal, em estudos futuros, dever-se-á trabalhar com uma amostra mais diversificada no que toca a esta variável.

No presente estudo, houve fatores de risco importantes que não foram avaliados e que podem ter influenciado quer os níveis de depressão na gravidez, quer a funcionalidade familiar e a satisfação com o suporte social, e por consequência a relação entre estas variáveis. Estes fatores de risco, descritos na literatura, incluem antecedentes psiquiátricos (história prévia de depressão); gravidez não desejada; dependência de álcool, tabaco e outras drogas; história de violência doméstica e *stressful life events*.⁽⁹⁾

Há estudos que sugerem que os níveis de depressão podem variar entre trimestres de gestação, indo de encontro a outra das limitações do nosso estudo que se prende com o facto de só ter sido feita uma única avaliação durante a gravidez.^{(2),(4)}

Os instrumentos de autorresposta utilizados para a avaliação das psicopatologias neste estudo podem levar quer a viés de informação, pois apenas servem para rastrear o risco de depressão, ansiedade e stress e não fornecem um diagnóstico clínico das mesmas, quer a viés de memória, uma vez que as escalas se referem ao mês anterior, no caso da ERAP, ou aos dias anteriores, no caso da EADS-21, quer a viés de desajustabilidade social por terem sido aplicados em contexto de centro de saúde. Por conseguinte, pode levar a uma sobre ou subestimação da prevalência destas psicopatologias na amostra. Como tal, em estudos futuros, deve ser considerado o diagnóstico clínico das mesmas, ultrapassando assim esta limitação encontrada.

Uma vez que se trata de um estudo transversal, não é possível concluir sobre a direção de causalidade entre os vários fatores familiares incluídos neste estudo com a depressão, e até mesmo com a ansiedade e stress. Sendo assim, esta limitação poderá ser ultrapassada com a realização da segunda parte deste estudo, desta vez através de um estudo longitudinal. Neste estudo prospetivo, avaliar-se-ão, nas mães, os níveis de depressão, bem como de ansiedade e stress, e novamente a funcionalidade familiar no período pós-parto, uma vez que mulheres que sofrem de depressão durante a gestação frequentemente continuam a apresentar sintomas depressivos nesse período.⁽³⁰⁾

Deste modo, é necessária a realização de estudos futuros longitudinais, com amostras maiores, representando melhor a população com patologias durante a gravidez, medindo outros fatores de confundimento e que tenham diagnóstico clínico das perturbações psiquiátricas abordadas no nosso estudo, de forma a fundamentar e confirmar, de maneira mais robusta, os resultados obtidos.

5. CONCLUSÃO

Os resultados do nosso estudo sugerem que há uma relação entre a influência da estrutura, funcionalidade e satisfação com a família e os níveis de depressão perinatal durante a gravidez, bem como com os níveis de ansiedade e stress. Isto reforça a necessidade de um diagnóstico clínico precoce destas psicopatologias e do seu seguimento adequado, especialmente nas mulheres com alguma fragilidade familiar. Por outro lado, torna-se evidente a importância do acompanhamento familiar, identificando possíveis fatores de risco que podem ser trabalhados de maneira a melhorar o funcionamento familiar e, por consequência, a saúde mental da mulher.

Ainda assim, seria interessante alargar a amostra de modo a incluir mais grávidas com patologia psiquiátrica prévia, de modo a obter amostras mais diversificadas e, deste modo, melhor representativas de Portugal. Num próximo estudo, seria ainda interessante usar critérios clínicos em detrimento das escalas de rastreio, uma vez que são mais fidedignos e clinicamente relevantes.

6. AGRADECIMENTOS

À Doutora Inês Rosendo pela excelente orientação, simpatia e disponibilidade demonstradas ao longo da realização deste projeto.

À Doutora Susana Miguel, minha coorientadora, pela colaboração e ajuda ao longo deste trabalho.

Aos médicos de todas as USF e UCSP que aceitaram colaborar neste projeto e a todas as mulheres participantes que tornaram possível a realização do mesmo.

Aos meus pais e irmão, por toda a confiança e força que me transmitiram ao longo deste trabalho e durante toda a minha vida.

Aos meus amigos que estiveram sempre presentes aos longo destes anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cristina P, Cristina P, Integrado M. FMUC Depressão Perinatal: Das Relações Familiares ao Desenvolvimento da Criança. Estratégias de Prevenção. :1–50.
2. Setse R, Grogan R, Pham L, Cooper LA, Strobino D, Powe NR, 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(5):577–87.
3. DGS. Direção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. - Lisboa: DGS, 2006. - 46 p. 316AD. 400 p.
4. Norma I. Gavin, PhD, Bradley N. Gaynes, MD, MPH, Kathleen N. Lohr, PhD, Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH, Gerald Gartlehner, MD, MPH and TS, Review. Perinatal Depression A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Clin Cases Psychiatry Integr Transl Neurosci Approaches.* 2018;106(5):155–70.
5. Diaz NM, Plunkett BA. Universal screening for perinatal depression. *Neoreviews.* 2018;19(3):e143–51.
6. Earls MF, Yogman MW, Mattson G, Rafferty J. Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics.* 2019;143(1).
7. Santoro K, Peabody H. Identifying and Treating Maternal Depression : Strategies & Considerations for Health Plans. Washington, DC Natl Inst Heal Care Manag. 2010;1–28.
8. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):698–709.
9. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clin.* 2008;35(4):144–53.

10. Tanner Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ, et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *J Fam Psychol*. 2012;26(3):453–63.
11. Silva ASF da. Depressão e ansiedade no pós-parto e experiência de amamentação. 2019;
12. Xie RH, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2010;50(4):340–5.
13. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(5):443–54.
14. 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 [Internet]*. 2015;186:18–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.012>
15. Silva HA da, Passos MHP Dos, Oliveira VMA de, Palmeira AC, Pitanguí ACR, Araújo RC de. Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21: is it valid for Brazilian adolescents? *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;14(4):486–93.
16. António R, Teixeira B. Padrões de Relação Familiar e Padrões de Consumo de Álcool no Concelho de Angra do Heroísmo. 2017;
17. Olson DH, Gorall DM. *FACES IV & the circumplex model*. Life Innov Inc. 2006;1–19.
18. Pais-Ribeiro JL. Social support satisfaction scale (ESSS). *Análise Psicológica*. 1999;3(XVII):547–58.
19. Luis J, Ribeiro P. José Luis Pais Ribeiro. 2011;1–12.
20. Instituto Nacional de Estatística. *Classificação Portuguesa das Profissões 2010 [Internet]*. Lisboa: INE. 2011. 485 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Classificação+Portuguesa+das+Profissões+2010#0>
21. Lara MA, Navarrete L, Nieto L. Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal

- study. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016;19(5):825–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-016-0623-7>
22. Silva I. Validação da FACES IV. 2015;34.
 23. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289–95.
 24. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173(2):639–45.
 25. Katon W, Russo J, Gavin A. Predictors of Postpartum Depression. *J Women's Heal*. 2014;23(9):753–9.
 26. Instituto Nacional de Estatística I. Estatísticas Demográficas - 2018. 2018.
 27. PORDATA. Live births of mothers resident in Portugal: total and by mother's highest level of educational qualifications obtained. Available from: <https://www.pordata.pt/en/Portugal/Live+births+of+mothers+resident+in+Portugal+total+and+by+mother%27s+highest+level+of+educational+qualifications+obtained-2513>
 28. PORDATA. Live births of mothers resident in Portugal: total and by mother's work situation. Available from: <https://www.pordata.pt/en/Portugal/Live+births+of+mothers+resident+in+Portugal+total+and+by+mother%27s+work+situation-3057>
 29. PORDATA. Fertility indicators: total fertility rate and gross reproduction rate. Available from: <https://www.pordata.pt/en/Portugal/Fertility+indicators+total+fertility+rate+and+gross+reproduction+rate-416>
 30. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(10):973–82. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)

ANEXO I- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE (ARS) DO



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>POSITIVO</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Homologando</i> <i>13/02/2020</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p>
---------------------------------------	--

ASSUNTO:

Parecer sobre o Projeto 4/2020 – "Influência da Família na Depressão Perinatal".

[Signature]
Dr. Pedro Reis Marques
Presidente

[Signature]
Dr. João Rodrigues
1.º Vice-Presidente

[Signature]
Dr. João Rodrigues
2.º Vice-Presidente

[Signature]
Dr. João Rodrigues
Vogal

[Signature]
Dr. João Rodrigues
Vogal

Este projeto é apresentado pelas Dr^{as} Inês Guedes Lobo Duarte Oliveira e Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e pela Dr^a Susana Patrício Pinto Miguel da USF Cruz de Celas.

O seu objetivo é "avaliar o impacto da família na depressão perinatal e o impacto desta nas famílias, de forma a entender melhor a possível associação entre estes fatores". A sua implementação será nas USF Briosa e Cruz de Celas e na UCSP Fernão de Magalhães.

Serão utilizados os seguintes instrumentos de medição;

- ERAP – Escala de rastreio da ansiedade perinatal;
- DASS-21 – Escala de ansiedade, depressão e stress;
- Faces IV – Escala de avaliação da flexibilidade e coesão familiar;
- ESSS – Escala de satisfação com o suporte social

O projeto garante o anonimato das participantes quando os dados são fornecidos às investigadoras principais. Face à descrição apresentada deste projeto é emitido agora um parecer positivo

Coimbra, 04 de fevereiro de 2020

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

[Signature]

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

[Signature]

CENTRO

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Influência da Família na Depressão Perinatal

Enquadramento: Estudo coorte prospectivo em UCSPs/USFs de Coimbra. Realizado no âmbito da tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Inês Guedes Lobo Duarte Oliveira, sob orientação de Doutora Inês Rosendo.

Explicação do estudo: Este projeto tem como objetivo investigar a relação entre a depressão perinatal e a influência da família. No estudo, numa primeira fase, serão incluídas mulheres grávidas que se dirijam à consulta, nos cuidados de saúde primários de Coimbra, no período de recolha de dados, durante a gestação e que aceitem participar no mesmo. Posteriormente, será aplicado o mesmo questionário, no período pós-parto, às mesmas mulheres, entre os 2-6 meses. A colheita de dados será então realizada no âmbito das suas consultas. O estudo será realizado tendo como base a realização de questionários às mulheres e a aplicação de escalas às mesmas, no final da consulta, para recolha da informação acerca das variáveis em estudo. Essas variáveis são: dados sócio-demográficos, ansiedade, depressão, stress, satisfação com a família 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.

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.

O investigador: Inês Oliveira

Assinatura: *Inês Oliveira*

Data: 20/12/2019

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 III – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS



Influência da Família na Depressão Perinatal

Questionário

Este questionário tem como objetivo fazer um estudo da influência da família na depressão perinatal, sendo que todos os seus dados serão confidenciais.

O preenchimento deste questionário é voluntário e não haverá prejuízos assistenciais ou outros, caso não queira participar ou abandone o estudo a qualquer momento.

1. Dados

A PREENCHER PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Data da realização da consulta: ____/____/____

Centro de Saúde: _____

- o A grávida tem alguma doença crónica?
Sim Não Se sim, qual? _____
- o A grávida teve alguma complicação durante a gravidez?
Sim Não Se sim, qual? _____
- o Idade Gestacional Atual: _____
- o Data Prevista do Parto: ____/____/____

A PREENCHER PELA GRÁVIDA

- o Idade: ____ anos.
- o Grau de Escolaridade: _____
- o Quantas vezes esteve grávida? (incluindo esta gravidez) _____
- o Quantos filhos tem? _____ Que idade têm? _____
- o Estado Civil: Solteira Casada União de Facto Viúva Divorciada
Outra: _____
- o Quem vive consigo neste momento? _____
- o Rendimento médio mensal do agregado familiar: _____
- o Profissão:
 - o Estado de empregabilidade ANTES da gravidez:
Desempregada Empregada Estudante Outra: _____
 - o Estado de empregabilidade AGORA:
Desempregada Empregada Estudante Outra: _____
Se está empregada, qual a sua profissão? _____

ANEXO IV - ESCALA DE RASTREIO DA ANSIEDADE PERINATAL (ERAP)



2. Escalas

2.1. 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
14. Dificuldade em parar de verificar ou de repetir as coisas, vezes sem conta	0	1	2	3
15. Sentir-me sobressaltada ou facilmente assustada	0	1	2	3
16. Preocupar-me com pensamentos que se repetem	0	1	2	3
17. Estar alerta ou sentir necessidade de ter cuidado	0	1	2	3
18. Ficar perturbada com memórias repetidas, sonhos ou pesadelos	0	1	2	3

19. Preocupar-me com a possibilidade de fazer uma má figura em frente aos outros	0	1	2	3
20. Medo de que os outros me irão julgar negativamente	0	1	2	3
21. Sentir-me muito desconfortável em multidões	0	1	2	3
22. Evitar situações sociais porque posso ficar nervosa	0	1	2	3
23. Evitar coisas que me preocupam	0	1	2	3
24. Sentir-me desligada, como se estivesse a ver-me a mim própria num filme	0	1	2	3
25. Perder a noção do tempo e não conseguir lembrar-me do que aconteceu	0	1	2	3
26. Dificuldade em adaptar-me a mudanças recentes	0	1	2	3
27. Sentir que a ansiedade afecta a minha capacidade de fazer as coisas	0	1	2	3
28. Ter pensamentos acelerados que dificultam a minha concentração	0	1	2	3
29. Medo de perder o controlo	0	1	2	3
30. Sentir-me em pânico	0	1	2	3
31. Sentir-me agitada	0	1	2	3

ANEXO V – ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (EADS-21)

2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-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...

	0	1	2	3
	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

ANEXO VI – ESCALA FACES IV



2.3. FACES IV (Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar IV)

Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale com uma cruz (x) no quadrado respetivo, a opção de resposta que está mais de acordo com a percepção que tem da sua família. Não há respostas “certas” ou “erradas” nem respostas para causar uma boa impressão. Por favor, não deixe nenhuma questão em branco.

Em que medida está de acordo com cada uma das seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1. Os elementos da família envolvem-se na vida uns dos outros.					
2. A nossa família procura novas maneiras para lidar com os problemas.					
3. Damo-nos melhor com pessoas fora da família do que entre nós.					
4. Passamos muito tempo juntos.					
5. Quando se quebram as regras da família há consequências graves.					
6. Na nossa família parece que nunca nos organizamos.					
7. Os elementos da família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
8. Na nossa família os pais partilham a liderança de um modo equilibrado.					
9. Quando estão em casa, os membros da família parecem evitar o contacto uns com os outros.					
10. Os elementos da família sentem-se pressionados para passar a maioria do tempo livre juntos.					
11. Existem consequências claras quando um elemento da família faz algo errado.					
12. É difícil perceber quem é o líder na nossa família.					
13. Nos momentos difíceis os elementos da família apoiam-se uns aos outros.					
14. As regras são justas na nossa família.					
15. Na nossa família sabe-se muito pouco acerca dos amigos uns dos outros.					
16. Na nossa família somos muito dependentes uns dos outros.					
17. A nossa família tem uma regra para quase tudo.					
18. Na nossa família não conseguimos concretizar as coisas					
19. Os elementos da família consultam-se sobre decisões importantes.					
20. A minha família é capaz de se ajustar às mudanças quando é necessário.					
21. Quando há um problema para ser resolvido cada um está por sua conta.					
22. Os elementos da família têm pouca necessidade de ter amigos fora da família.					
23. A nossa família é extremamente organizada.					
24. É pouco claro quem é responsável pelas tarefas e atividades na nossa família.					
25. Os elementos da família gostam de passar parte do seu tempo livre juntos.					
26. Alternamos entre nós as responsabilidades domésticas.					

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
27. Na nossa família raramente fazemos coisas em conjunto.					
28. Sentimo-nos muito ligados uns aos outros.					
29. Na nossa família ficamos frustrados quando há uma alteração nos planos ou rotinas estabelecidas					
30. Não há liderança na nossa família.					
31. Apesar dos elementos da família terem interesses individuais, continuam a participar nas atividades familiares					
32. Na nossa família temos regras e papéis claros.					
33. Os elementos da família raramente dependem uns dos outros.					
34. Ressentimo-nos quando alguém faz coisas fora da família.					
35. É importante seguir as regras na nossa família.					
36. A nossa família temos dificuldades em saber quem faz o quê nas tarefas de casa.					
37. Na nossa família existe um bom equilíbrio entre a separação e a proximidade.					
38. Quando os problemas surgem nós comprometemo-nos.					
39. Geralmente os elementos da família agem de forma independente.					
40. Sentimo-nos culpados quando queremos passar algum tempo longe da família.					
41. Uma vez tomada uma decisão é muito difícil alterá-la.					
42. A nossa família sente-se caótica e desorganizada.					
43. Na nossa família sentimo-nos satisfeitos com a forma como comunicamos uns com os outros.					
44. Os elementos da família são muito bons ouvintes.					
45. Na nossa família expressamos afeto uns pelos outros.					
46. Os elementos da família são capazes de pedir uns aos outros o					
47. Na nossa família podemos discutir calmamente os nossos problemas.					
48. Os elementos da família debatem as suas ideias e convicções.					
49. Quando colocamos questões uns aos outros recebemos respostas honestas.					
50. Os elementos da família tentam compreender os sentimentos uns dos outros.					
51. Quando nos zangamos raramente dizemos coisas negativas uns aos outros.					
52. Os elementos da família expressam os seus verdadeiros sentimentos uns aos outros.					
	Insatisfeito	Geralmente satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito	
53. O grau de proximidade entre os membros da família.					
54. A capacidade da família lidar com o stress.					
55. A capacidade da família para ser flexível.					
56. A capacidade da família para partilhar experiências positivas.					
57. A qualidade da comunicação entre os elementos da família.					
58. A capacidade da família para resolver conflitos.					
59. O tempo que passamos juntos enquanto família.					
60. A forma como os problemas são discutidos.					
61. A justiça das críticas na família.					
62. A maneira como os elementos da família se preocupam uns com os outros.					

ANEXO VII – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)



FMUC FACULDADE
DE MEDICINA
UNIVERSIDADE
DE COIMBRA

2.4. Escalas de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E