



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

INÊS CATARINA SIMÕES GONÇALVES

***Impacto da Atividade Física na Prevenção
da Depressão Pós-Parto***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO
DRA JOANA DANIELA DE OLIVEIRA SILVA

MAIO/2020

Impacto da Atividade Física na Prevenção da Depressão Pós-Parto

Autores:

Inês Catarina Simões Gonçalves¹
Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{1,2}
Joana Daniela de Oliveira Silva³
Marta Cardoso,³ Ana Rita Laranjeiro,³ Isabel Fragoso,³
Marta Fraga,³ Mariana Duarte³
Vânia Moutinho⁴
Daniela Oliveira,⁵ Ana Cristina Guimarães⁵
Filipe Vaz⁶
Diana Rocha,⁷ Tânia Ferreira⁷
Ana Luísa Mendes⁸
Rita Marques⁹
Francisca Mendes¹⁰
Teresa Nogueira,¹¹ Ana Sofia Martins,¹¹ Sara Cantarinho¹¹
Ana Aveiro¹²
Ana Paula Cordeiro¹³
Daniela Cruz¹⁴
Dinis Oliveira¹⁵

Afiliação:

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal¹
ARSCentro²
USF Araceti³
USF Mealhada,⁴ USF Caminhos do Cértoma,⁵ USF Marquês de Marialva,⁶ USF
Progresso e Saúde,⁷ USF Coimbra Centro,⁸ USF Pulsar,⁹ USF Briosas,¹⁰ USF
Coimbra Sul,¹¹ USF Condeixa,¹² USF Fernando Namora,¹³ USF São Martinho de
Pombal¹⁴ e UCSP Montemor-o-Velho¹⁵

Índice

Abreviaturas e Acrónimos	3
Resumo	4
Abstract	5
Introdução	6
Materiais e Métodos	8
Resultados	11
Discussão	16
Conclusão	20
Agradecimentos	21
Bibliografia	22
Anexos	25
Anexo I - Autorização da Comissão de Ética da ARSC	26
Anexo II – Consentimento Informado	28
Anexo III – Questionário	29

Abreviaturas e Acrónimos

AF – Atividade física

DGS – Direção-Geral de Saúde

DPP – Depressão Pós-Parto

IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física

n – Número da amostra

NR – Não respondeu

p – Valor de significância

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

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidades de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: Cerca de uma em cada seis puérperas sofre de depressão pós-parto, pelo que se torna importante estudar os possíveis fatores protetores, que possam ser potencializados precocemente. Parece haver uma associação entre a prática de atividade física e a depressão pós-parto, no entanto os estudos são escassos e contraditórios e são poucos os estudos que englobam a prática de atividade física ainda no período pré-concepcional. O nosso objetivo foi analisar o impacto na prevenção da depressão pós-parto da atividade física praticada de forma contínua e regular tanto no período pré-concepcional, como gestacional e no pós-parto.

Métodos: Estudo do tipo caso-controlo, de puérperas no primeiro ano pós-parto, que recorreram a consulta nos Centros de Saúde colaboradores entre janeiro e março de 2020. Aplicou-se um questionário que incluiu a Escala de Rastreamento de Depressão Pós-Parto (PDSS-21) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial.

Resultados: A amostra total de 92 mulheres foi dividida em dois grupos: grupo em risco de depressão pós-parto (PDSS >40) – grupo DPP, e grupo controlo (PDSS ≤ 40). Entre ambos os grupos, não se encontrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,757$) quanto à prática contínua de atividade física no período pré-concepcional, gestacional e pós-parto. Apenas 8,5% das mulheres do grupo DPP estava diagnosticada com depressão pós-parto. Havia diferença significativa quanto à idade materna entre os grupos ($p=0,028$).

Discussão: Este trabalho apresenta como limitações principais o reduzido tamanho da amostra, o viés de memória próprio de um estudo retrospectivo e o uso de questionários não complementados de diagnóstico clínico. São necessários futuros estudos longitudinais prospetivos, com amostras maiores, que acompanhem a mulher desde o período pré-concepcional até ao pós-parto e com avaliação clínica após aplicação de questionário. Realça-se a importância do rastreio desta patologia como prática médica comum.

Conclusão: Apesar de ser recomendada a prática de atividade física regular, não encontramos relação entre a atividade física e depressão pós-parto, nesta amostra.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Prevenção; Atividade Física; Exercício Físico; Cuidado Pré-Concepcional.

Abstract

Introduction: One out of six woman suffers from postpartum depression. Therefore, it is important to find prevention strategies that can be enhanced early. There may be a relation between physical activity and postpartum depression, however, there are few studies concerning the physical activity during preconception period. The aim of this study was to assess the efficacy on the prevention of postpartum depression of regular physical activity during preconception, pregnancy and postpartum period.

Material and Methods: A case-control study was carried out with women in the first year of postpartum, followed in the Health Centers cooperating with us, between January and March 2020. A questionnaire was used, which included the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-21) and the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Descriptive and inferential statistics have been realized.

Results: A sample of 92 women was divided into two groups: women at risk of postpartum depression (PDSS >40) – DPP group), and a control group (PDSS ≤ 40). There was no significant difference between the groups regarding the physical activity during preconception, pregnancy and postpartum ($p=0,757$). Only 8,5% of the women from DPP group were diagnosed with postpartum depression. We found statistically significant association between groups concerning maternal age ($p=0,028$).

Discussion: The main limitations of this study are the small sample size, the memory bias typical of a retrospective study and the use of questionnaires not complemented by clinical diagnosis. Future prospective studies are necessary, with bigger samples, following women since preconception until the end of postpartum and with clinical evaluation after applying a questionnaire. We want to highlight that the screening oh this disease is of extreme importance as a common medical practice.

Conclusion: Although it is recommended regular physical activity, we did not find association between physical activity and postpartum depression, in this sample.

Keywords: Postpartum Depression; Prevention; Physical Activity; Exercise; Preconception Care.

Introdução

O período pós-parto compreende profundas transformações na vida da mulher, tanto a nível biológico como a nível social, psicológico e emocional,¹ o que o torna propício ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas. A Direção-Geral de Saúde (DGS) refere que este é, de facto, “o período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do humor em todo o ciclo vital da mulher.”²

A quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* apenas faz referência ao diagnóstico de Episódio Depressivo Major com início perinatal, assumindo que este pode ocorrer durante a gravidez ou nas quatro semanas após o parto.³ No entanto, é aceite e comumente usado pela comunidade científica o termo de Depressão Pós-Parto (DPP) como uma patologia que pode surgir durante o primeiro ano de vida da criança, sendo mais comum a partir da 6ª semana do período pós-natal.²

Segundo a DGS, uma em cada seis puérperas sofrem de DPP.⁴ Sendo esta uma condição clínica prevalente com repercussões graves, não só a nível da saúde materna como para todo o sistema familiar, é necessário estar atento para o possível aparecimento desta patologia. Dado que, todas as transformações a que a grávida está sujeita começam bem cedo, logo nos primeiros meses de gravidez, o ideal é que haja uma prevenção precoce, ainda no período pré-concepcional, para que a mulher se encontre preparada física e psicologicamente para tais mudanças.

Em todas as fases da vida, são inúmeros os benefícios da atividade física (AF). Desta forma, também o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda a prática de AF pela mulher antes, durante e após a gravidez. Além da melhoria do bem-estar psicológico, são reconhecidas outras vantagens como controlo de peso, benefícios cardiovasculares, diminuição do risco de diabetes gestacional, entre outros.^{5,6}

Contudo, o impacto total da AF na saúde mental da mulher é ainda desconhecido. Há muitos estudos desenvolvidos nesta área com resultados díspares. Alguns evidenciam relação entre a prática de AF e a redução do risco de sintomas de DPP,⁷ no entanto, outros revelam não haver associação estatisticamente significativa.⁸ São necessários mais estudos nesta área, nomeadamente estudos que englobem os estilos de vida da mulher ainda no período pré-concepcional que permitam avaliar de forma mais clara a relação entre a AF e a DPP. Seria importante também esclarecer que tipo, frequência, duração e intensidade de AF tem mais

efeitos benéficos na diminuição do risco de sintomas de DPP, bem como qual o momento gestacional em que a AF deve preferencialmente ser realizada.⁸

Desta forma, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto da AF praticada de forma contínua e regular no período pré-concepcional, durante a gravidez e após o parto na prevenção da DPP.

Materiais e Métodos

Este trabalho de investigação consistiu num estudo observacional analítico, tipo caso-controlo, aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (Anexo I).

A população-alvo abrangeu todas as mulheres que se encontravam no primeiro ano do período pós-parto (isto é, mães de filhos de idades entre 1 a 12 meses), que entre janeiro e março de 2020, recorreram a consulta numa das 13 unidades de saúde da região Centro do país que aceitaram colaborar no nosso estudo.

A amostra necessária para o estudo foi calculada com base num artigo publicado em 2019,⁹ no qual se obteve uma diferença na prevalência de DPP de 14,5% para 29,8% ao comparar mulheres inseridas ou não num programa de exercício físico durante a gravidez. Utilizou-se a ferramenta online EpiTools epidemiological calculators[®], com um intervalo de confiança de 95% e poder de estudo de 0.8, para um estudo de tipo caso-controlo. Obteve-se uma amostra recomendada de 384 mulheres, incluindo um grupo em risco de DPP e um grupo controlo, com 192 mulheres em cada grupo.

Diversas unidades de saúde foram convidadas a colaborar neste estudo, tendo aceitado 12 Unidades de Saúde Familiar (USF) e 1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Região Centro do país: USF Mealhada, USF Caminhos do Cértoma, USF Marquês de Marialva, USF Araceti, USF Progresso e Saúde, USF Coimbra Centro, USF Pulsar, USF Briosa, USF Coimbra Sul, USF Condeixa, USF Fernando Namora, USF São Martinho de Pombal e UCSP Montemor-o-Velho.

Às mães que compreenderam e aceitaram colaborar, foi-lhes pedido o devido consentimento por escrito (Anexo II) e foi-lhes entregue um questionário (Anexo III) elaborado pelas investigadoras principais, para o preencherem na unidade de saúde ou em casa (com posterior entrega ao médico responsável).

Os investigadores locais atribuíram um código a cada uma das suas utentes intervenientes no estudo, identificando o questionário de cada uma com o respetivo código, para os investigadores principais não terem acesso à identificação das mesmas.

No questionário foram incluídas variáveis sociodemográficas: idade da mulher, estado civil, grau de escolaridade, número de gestações e de filhos e a idade do filho da gravidez mais recente.

Para avaliar o risco de DPP recorreu-se à Escala de Rastreio de Depressão Pós-Parto (PDSS-21) (Anexo III), validada para a população portuguesa.¹⁰ Consiste num instrumento de autorresposta constituído por 21 itens, com uma escala tipo Likert de 1 (discordo muito) até 5 (concordo muito). A pontuação total da escala varia de 21 a 105 pontos, sendo que pontuações mais elevadas representam níveis mais graves de depressão. O ponto de corte de 40 permite rastrear mulheres em risco ou não de depressão major, adaptada ao pós-parto.

O nível de AF foi avaliada no período pós-parto, gestacional e pré-concepcional, através da utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Anexo III), validado para a população portuguesa.¹¹ Foi utilizada a sua forma curta, composta por 9 itens que fornecem informação do tempo passado a caminhar, em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa e do tempo passado sentado. Em modelo auto-administrativo, foi pedido às mães que estimasse o número de dias, horas e minutos passados em AF, para o período de referência de uma semana habitual. Assim, este questionário permite agrupar as mulheres em 3 classes consoante os critérios¹² que de seguida se apresentam:

- Vigorosamente ativas
 - a) 3 ou mais dias de AF vigorosa, com um gasto energético total de pelo menos 1500 METs.minutos por semana; ou
 - b) 7 ou mais dias de qualquer combinação de AF de intensidade moderada, vigorosa ou caminhada, com um total de pelo menos 3000 METs.minutos por semana.
- Moderadamente ativas
 - a) 3 ou mais dias de AF vigorosa, pelo menos 20 minutos por dia; ou
 - b) 5 ou mais dias de AF moderada ou caminhada, pelo menos 30 minutos por dia; ou
 - c) 5 ou mais dias de qualquer combinação de AF de intensidade moderada, vigorosa ou caminhada, com um total de pelo menos 600 METs.minutos por semana.
- Insuficientemente ativas
 - a) Sem AF reportada; ou
 - b) Não atingem os critérios que compõem as categorias supracitadas.

Para identificar a qual dos grupos pertencia a mulher, nos diferentes períodos estudados, recorreu-se a um ficheiro em Excel para cálculo automático dos dados do IPAQ.¹³

O questionário incluiu ainda uma parte final com 4 perguntas de resposta fechada que foi preenchida pelo médico responsável, a fim de averiguar a existência de antecedentes ou suspeita de patologia depressiva à data da consulta.

As informações recolhidas foram registadas numa base de dados em Microsoft® Excel e posteriormente utilizou-se o programa SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0, para tratamento de dados e análise estatística.

A fim de caracterizar a amostra, recorreu-se à estatística descritiva que consistiu na apresentação de frequências para as variáveis quantitativas e qualitativas, medidas de tendência central (média aritmética) e medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão) para as variáveis quantitativas discretas e contínuas.

Para estudar a distribuição e normalidade das variáveis a analisar, aplicou-se o teste estatístico Kolmogorov-Smirnov. Verificando-se que não havia normalidade nas distribuições, utilizaram-se testes não-paramétricos para a análise.

Na estatística inferencial, usou-se o teste de U de Mann-Whitney para comparação da idade materna média entre os dois grupos, assim como para a idade média do filho da última gravidez. Para avaliar o grau de escolaridade e o estado civil aplicou-se o teste Qui-Quadrado e o teste Exato de Fisher.

Utilizaram-se igualmente os testes Qui-Quadrado e teste Exato de Fisher, a fim de avaliar as relações entre os níveis de AF no período pós-parto, gestacional e pré-concepcional e a existência de sintomatologia de DPP.

Para todos os testes, foram considerados valores de significância (p) inferiores a 0,05.

Resultados

Foram obtidos 102 questionários, sendo excluídos aqueles com omissão de resposta total ou parcial nos seguintes itens: PDSS-21 e IPAQ no pós-parto, na gravidez e no período pré-concepcional. Desta forma, 92 questionários foram considerados válidos para análise estatística no presente estudo.

A amostra foi constituída por dois diferentes grupos: um grupo de mulheres em risco de DPP (PDSS > 40) – grupo DPP, e um grupo de mulheres sem risco de DPP (PDSS ≤ 40) – grupo controlo. No primeiro grupo foram incluídas 59 mulheres (64,1%) e no segundo grupo 33 mulheres (35,9%).

A idade materna média no grupo DPP foi de 32,19±5,83 anos (idade mínima 19 e máxima 42 anos), e no grupo controlo foi de 35,00±4,02 anos (idade mínima 25 e máxima 42 anos). Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos quanto à idade materna média ($p=0,019$), sendo que 66,1% das mulheres do grupo DPP tinham idade inferior a 35 anos e no grupo controlo 57,6% das mulheres tinham idade superior ou igual a 35 anos (Tabela 1).

No grupo DPP, o filho da gravidez mais recente tinha em média 5,69±2,56 meses e no grupo controlo tinha em média 4,27±2,59 meses, havendo uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,005$). O valor mínimo foi de 2 meses e o valor máximo é de 12 meses, nos dois grupos.

Em ambos os grupos a maioria das mulheres (69,6%) tinham um número de gestações igual ao número de filhos (Tabela 1).

Quanto ao grau de escolaridade, em ambos os grupos, a maioria das mulheres (66,3%) não tinham ensino superior. Apesar de se ter verificado uma tendência para um nível académico superior no grupo controlo relativamente ao grupo DPP (Tabela 1), não se encontrou uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,185$).

Relativamente ao estado civil, 40,2% das mulheres eram casadas, 39,1%, estavam em união de facto, 18,5% eram solteiras e 1,1% divorciadas (Tabela 1).

Tabela I - Caracterização da amostra

		Grupo		p	Total n (%)
		Grupo DPP n (%)	Grupo Controlo n (%)		
	Idade materna ≥ 35	20 (33,9%)	19 (57,6%)	0,028	39 (42,4%)
	Idade materna < 35	39 (66,1%)	14 (42,4%)		53 (57,6%)
Nº gestações	1	25 (42,4%)	13 (39,4%)	0,738	38 (41,3%)
	2	22 (37,3%)	12 (36,4%)		34 (37,0%)
	3	7 (11,9%)	7 (21,2%)		14 (15,2%)
	4	3 (5,1%)	1 (3,0%)		4 (4,3%)
	5	2 (3,4%)	0 (0,0%)		2 (2,2%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
Nº filhos	1	34 (57,6%)	17 (51,5%)	0,754	51 (55,4%)
	2	22 (37,3%)	15 (45,5%)		37 (40,2%)
	3	3 (5,1%)	1 (3,0%)		4 (4,3%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
	Nº gestações = Nº filhos	41 (69,5%)	23 (69,7%)	0,984	64 (69,6%)
	Nº gestações ≠ Nº filhos	18 (30,5%)	10 (30,3%)		28 (30,4%)
Grau de Escolaridade	2ºCiclo (6º ano)	2 (3,4%)	1 (3,0%)	0,534	3 (3,3%)
	3ºCiclo (9ºano)	10 (16,9%)	5 (15,1%)		15 (16,3%)
	Secundário	28 (47,5%)	13 (39,4%)		41 (44,6%)
	Licenciatura	8 (13,6%)	7 (21,2%)		15 (16,3%)
	Mestrado	9 (15,3%)	5 (15,2%)		14 (15,2%)
	Doutoramento	0 (0,0%)	2 (6,1%)		2 (2,2%)
	Outro	2 (3,4%)	0 (0,0%)		2 (2,2%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
	Tem ensino superior	17 (28,8%)	14 (42,4%)	0,185	31 (33,7%)
	Não tem ensino superior	42 (71,2%)	19 (57,6%)		61 (66,3%)
Estado Civil	Solteiras	13 (22,0%)	4 (12,1%)	0,702	17 (18,5%)
	União de Facto	22 (37,3%)	14 (42,4%)		36 (39,1%)
	Casadas	22 (37,3%)	15 (45,5%)		37 (40,2%)
	Divorciada	1 (1,7%)	0 (0,0%)		1 (1,1%)
	Outro	1 (1,7%)	0 (0,0%)		1 (1,1%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)

A maioria das mulheres (89,1%) que participaram no estudo não apresentavam, no seu processo clínico, codificação para depressão num dos seguintes períodos: pré-concepcional, gravidez, pós-parto. Apenas 3,3% das mulheres foi considerada estar deprimida pelo Médico de Família, no momento da consulta. Para ambas as variáveis, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos (Tabela 2).

Tabela II – Antecedentes de patologia depressiva; Estado atual

		Grupo		p	Total n (%)
		Grupo DPP n (%)	Grupo controlo n (%)		
Diagnóstico de Depressão no Pós-parto	Sim	3 (5,1%)	0 (0,0%)	0,548	3 (3,3%)
	Não	56 (94,9%)	30 (90,9%)		86 (93,5%)
	NR	0 (0%)	3 (9,1%)		3 (3,3%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
Diagnóstico de Depressão na Gravidez	Sim	3 (5,1%)	0 (0,0%)	0,548	3 (3,3%)
	Não	56 (94,9%)	30 (90,9%)		86 (93,5%)
	NR	0 (0%)	3 (9,1%)		3 (3,3%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
Diagnóstico de Depressão Pré-concepcional	Sim	2 (3,4%)	2 (6,1%)	0,601	4 (4,3%)
	Não	57 (96,6%)	28 (84,8%)		85 (92,4%)
	NR	0 (0%)	3 (9,1%)		3 (3,3%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
Diagnóstico de Depressão	Sim	5 (8,5%)	2 (6,1%)	1,000	7 (7,6%)
	Não	54 (91,5%)	28 (84,8%)		82 (89,1%)
	NR	0 (0%)	3 (9,1%)		3 (3,3%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
Deprimida em Consulta	Sim	3 (5,1%)	0 (0%)	0,548	3 (3,3%)
	Não	55 (93,2%)	30 (90,9%)		85 (92,4%)
	NR	1 (1,7%)	3 (9,1%)		4 (4,3%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)

Níveis de Atividade Física

No período pós-parto verificou-se que, no grupo DPP, 47,5% das mulheres eram insuficientemente ativas, 39,0% moderadamente ativas e 13,6% vigorosamente ativas. Já no grupo controlo, 54,5% eram insuficientemente ativas, 33,3% moderadamente ativas e 12,1% vigorosamente ativas. Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos ($p=0,868$).

Criou-se uma nova variável: “AF no pós-parto”, associando as mulheres “moderadamente ativas” e “vigorosamente ativas” em apenas um grupo, “mulheres ativas”, e as restantes a pertencerem ao grupo de “mulheres não ativas” (correspondente às mulheres “insuficientemente ativas”). Porém, também não se verificou diferença estatisticamente significativa ($p=0,514$) entre o grupo DPP e grupo controlo para a nova variável.

Quanto ao nível de AF durante a gravidez, no grupo DPP, verificou-se que 23,7% das mulheres eram insuficientemente ativas, 37,3% moderadamente ativas e 39,0% vigorosamente ativas. No grupo controlo, 27,3% das mulheres eram insuficientemente ativas, 36,4% moderadamente ativas e 36,4% vigorosamente ativas. Também para esta variável não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos ($p=0,928$).

Relativamente ao nível de AF no período pré-concepcional, no grupo DPP, 20,3% das mulheres eram insuficientemente ativas, 11,9% moderadamente ativas e 67,8% vigorosamente ativas. No grupo controlo, 15,2% eram insuficientemente ativas, 21,2% moderadamente ativas e 63,6% vigorosamente ativas. O valor de significância (p) encontrado foi de 0,454, não havendo igualmente diferença estatisticamente significativa para esta variável.

Também se criou uma nova variável para o período gestacional e pré-concepcional (“AF na gravidez” e “AF no período pré-concepcional”, respetivamente), porém, também para estas duas variáveis não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,707$ e $p=0,539$, respetivamente).

Constatou-se que no geral, as mulheres praticaram mais AF no período pré-concepcional (81,5%) e durante a gravidez (75%) do que no período pós-parto (50%).

A fim de avaliar o impacto da AF praticada de forma contínua no período pré-concepcional, gestacional e após o parto, dividimos as mulheres entre as que praticaram atividade física nos 3 períodos referidos e as que não o fizeram em 1 ou mais destes períodos. Desta forma, verificou-se que no grupo DPP, 45,8% das mulheres realizou sempre AF, percentagem

semelhante à apresentada no grupo controlo (42,4%), não se verificando diferença estatisticamente significativa ($p=0,757$).

Todos os dados apurados relativamente aos níveis de AF encontram-se descritos na Tabela 3.

Tabela III - Nível de atividade física

		Grupo		p	Total n (%)
		Grupo DPP n (%)	Grupo controlo n (%)		
IPAQ pós-parto	Insuficientemente ativas	28 (47,5%)	18 (54,5%)	0,868	46 (50,0%)
	Moderadamente ativas	23 (39,0%)	11 (33,3%)		34 (37,0%)
	Vigorosamente ativas	8 (13,6%)	4 (12,1%)		12 (13,0%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
AF pós-parto	Ativa	31 (52,5%)	15 (45,5%)	0,514	46 (50,0%)
	Não ativa	28 (47,5%)	18 (54,5%)		46 (50,0%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
IPAQ gravidez	Insuficientemente ativas	14 (23,7%)	9 (27,3%)	0,928	23 (25,0%)
	Moderadamente ativas	22 (37,3%)	12 (36,4%)		34 (37,0%)
	Vigorosamente ativas	23 (39,0%)	12 (36,4%)		35 (38,0%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
AF gravidez	Ativa	45 (76,3%)	24 (72,7%)	0,707	69 (75,0%)
	Não ativa	14 (23,7%)	9 (27,3%)		23 (25,0%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
IPAQ pré-concepcional	Insuficientemente ativas	12 (20,3%)	5 (15,2%)	0,454	17 (18,5%)
	Moderadamente ativas	7 (11,9%)	7 (21,2%)		14 (15,2%)
	Vigorosamente ativas	40 (67,8%)	21 (63,6%)		61 (66,3%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
AF pré-concepcional	Ativa	47 (79,7%)	28 (84,8%)	0,539	75 (81,5%)
	Não ativa	12 (20,3%)	5 (15,2%)		17 (18,5%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)
AF contínua	Sim	27 (45,8%)	14 (42,4%)	0,757	41 (44,6%)
	Não	32 (54,2%)	19 (57,6%)		51 (55,4%)
	Total	59 (100%)	33 (100%)		92 (100%)

Discussão

No presente estudo, o achado principal foi que a prática contínua e regular de AF no período pré-concepcional, gestacional e pós-parto não revelou estar significativamente associada à prevenção de valores de risco de DPP ($p=0,757$). Também não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a redução de risco de DPP e a intensidade de AF praticada ou a atividade praticada em cada momento gestacional, não identificando nenhum como mais importante para a sua realização.

Há na literatura diversos estudos com resultados distintos entre si e muitos são aqueles que, tal como o nosso estudo, não obtiveram resultados que relacionem significativamente a AF com prevenção da DPP, nomeadamente um estudo realizado por Mohammadi, et al., onde grávidas foram aleatoriamente integradas em 3 grupos: um grupo que recebeu treino para exercício durante a gravidez, outro que recebeu treino para exercício durante a gravidez e o pós-parto e outro grupo que não teve qualquer intervenção. Tanto no primeiro como no segundo mês do pós-parto, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas no aparecimento de DPP entre os 3 grupos.¹⁴ Igualmente, dois outros artigos, com metodologias semelhantes, não revelaram diferenças significativas na prevalência de DPP entre mulheres aleatoriamente distribuídas num programa de exercício regular durante a gravidez e um grupo controlo a receber um tratamento gestacional regular.^{15,16} Ersek, et al., que relaciona a prática de AF pré-concepcional com DPP, também não encontrou uma associação estatisticamente significativa entre a AF praticada no período pré-concepcional e/ou na gravidez e a sintomatologia depressiva.¹⁷

No entanto, como se pode concluir observando o número da amostra recomendada (384 mulheres) e o número efetivo da nossa amostra (92 mulheres), esta foi de dimensão manifestamente reduzida, sendo uma das grandes limitações deste estudo. Desta forma, os resultados obtidos não podem ser considerados uma representação fidedigna da população em estudo, havendo a necessidade de uma interpretação cuidadosa dos mesmos e podendo este facto explicar algumas das contradições encontradas entre este estudo e outros estudos nesta área.

Efetivamente, existem outros estudos que contrariam os nossos resultados, assim como são também muitos os benefícios reconhecidos da AF na saúde da grávida e puérpera. Um estudo de Nakamura, et al., justifica os efeitos benéficos da AF na saúde mental da mulher pelo aumento dos níveis de beta-endorfinas associados à melhoria de humor, euforia e

entusiasmo, pelo aumento dos níveis de neurotransmissores cerebrais associados a sentimentos de satisfação e euforia e ainda por mecanismos psicossociais, nomeadamente, mudanças na eficiência pessoal, autoestima, autocontrolo, distração e ativação comportamental.⁷ Relações estatisticamente significativas entre a AF e o seu efeito preventivo no desenvolvimento de DPP são apresentadas em estudos como o de Vargas-Terrones, et al.⁹

No nosso estudo, no período pré-concepcional, a percentagem de mulheres ativas no grupo controlo é maior que no grupo DPP (84,8% e 79,7%, respetivamente) indicando que a AF pode conferir algum grau de prevenção na DPP. No entanto, esta associação não é estatisticamente significativa, para além de que, tanto na gravidez como no pós-parto, se verifica uma maior percentagem de mulheres ativas no grupo DPP.

A percentagem de mulheres ativas diminuiu do período pré-concepcional até ao período pós-parto, sendo que 81,5% das mulheres eram fisicamente ativas no período pré-concepcional, durante a gravidez esta percentagem diminuiu para 75% e, no pós-parto, apenas 50% das mulheres eram ativas. Este achado é consistente com estudos prévios, que registam igual diminuição da prática de AF pelas mulheres ao longo da gestação.¹⁷ Concluimos assim, que a prática regular, contínua e disciplinada de AF por parte das mulheres é muitas vezes abandonada, e talvez este seja um fator importante que confira à AF um efeito preventivo na DPP.

Importa realçar que os níveis de AF foram medidos, neste estudo, através de uma ferramenta de autorrelato (IPAQ). Este é um instrumento de medida subjetivo com consequentes limitações, sendo comum o relato de níveis de AF praticada diferentes dos reais. No estudo de Harrison, et al., é adiantado que a precisão deste tipo de questionários é mais reduzida quando se estima o caminhar, muito frequente em grávidas, e é dito ainda que as mulheres, frequentemente, relatam níveis de AF superiores à realidade.¹⁸

Acresce que, pedir às intervenientes para interpretar e separar os níveis de AF nas diversas intensidades (como é pedido no IPAQ) pode aumentar a imprecisão no autorrelato. Todos estes pontos, aliados ao possível viés de memória inerente ao tipo de estudo praticado (retrospectivo), pode explicar a elevada percentagem de mulheres consideradas ativas neste projeto de investigação. De facto, às participantes do nosso estudo foi-lhes pedido que reportassem os seus níveis de AF até 21 meses antes da data do questionário.

Encontrámos um número mínimo de mulheres com diagnóstico clínico de depressão no grupo DPP (8,5%), explicado com a existência comprovada de altas taxas de subdiagnóstico de

DPP.¹⁹ Este facto vem reforçar a importância do rastreio desta doença como prática comum pelos profissionais de saúde que seguem a recente progenitora, acompanhado pela implementação do uso de escalas validadas para o efeito como a PDSS-21. A falta de iniciativa por parte das mães em obter assistência, devido ao pouco conhecimento sobre DPP, a dificuldade de falarem sobre os seus sentimentos, o medo de serem consideradas fracas e um fardo para a sua família e a vergonha de serem vistas como doentes mentais²⁰ num momento da vida da mulher do qual só se esperam sentimentos positivos, pode também contribuir para o grande número de casos não identificados. Por outro lado, a discrepância entre a percentagem de mulheres com diagnóstico de depressão e o número de mulheres pertencentes ao grupo DPP, evidencia que escalas de risco de depressão podem não ser a medida mais fiável por si só, e que estas beneficiariam de uma posterior avaliação clínica para determinação da real depressão clínica ou não nestas mulheres.

Verificámos que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,028$) quanto à idade materna, sendo que a idade materna avançada (≥ 35 anos) parece conferir proteção ao desenvolvimento de DPP. Isto pode dever-se a estarem associados, a mães mais jovens, outros fatores como malnutrição, desintegração e abandono familiar, relacionamentos instáveis com falta de apoio do parceiro e dificuldades económicas.²¹ Encontram-se mais estudos com resultados semelhantes como o de Karaçam, et al.²²

Segundo os dados encontrados no nosso estudo, há mais grávidas com sintomas de DPP com o passar do tempo (uma vez que a média do tempo decorrido após o parto no grupo DPP – $5,69 \pm 2,56$ meses, é maior que a do grupo controlo – $4,27 \pm 2,59$ meses). Todavia, estes dados contrariam o que encontramos na literatura, estando descrito que a prevalência da DPP diminui com o aumento do tempo decorrido após o parto.^{22,23}

É referido na literatura que famílias monoparentais são um fator de risco para o desenvolvimento de DPP.²¹ Apesar de não termos explorado no nosso estudo o tipo de família, perguntámos o estado civil, podendo observar realmente que a percentagem de mulheres solteiras é maior no grupo DPP e a percentagem de mulheres casadas e em união de facto é maior no grupo controlo.

Verifica-se uma tendência para um nível académico superior no grupo controlo relativamente ao grupo DPP. Apesar desta diferença não ser estatisticamente significativa na nossa amostra ($p=0,185$), verifica-se o mesmo padrão noutros estudos.²² Sabemos inclusive, que o nível académico está em grande medida relacionado com a situação profissional e esta com o nível socioeconómico. Portanto, se tivermos em consideração que níveis académicos mais

altos estão associados a níveis socioeconómicos superiores, sendo estes fatores protetores de depressão,²⁴ explica-se os resultados obtidos no nosso estudo.

Vale a pena salientar que, numa amostra de 92 mulheres, obtivemos 59 mulheres em risco de DPP e apenas 33 sem este risco. Esta distribuição não é corroborada pelos números descritos na literatura que apresentam a DPP como uma doença com uma prevalência bastante mais baixa, cerca de 10-13% entre as puérperas.¹ A variação sazonal da DPP, descrita na literatura como tendo maior incidência de episódios no Outono/Inverno²⁵ (época em que foram recolhidos os questionários) poderá sobrevalorizar, em certa medida, os resultados obtidos pela PDSS-21. Temos também de lembrar a possibilidade de vieses associados à autoadministração da PDSS-21, comparativamente com avaliações clínicas objetivas.

Até ao momento, de acordo com a nossa pesquisa, são poucos os estudos a incluir e relacionar os níveis de atividade física da mulher no período pré-concepcional e DPP, sendo necessários mais estudos futuros.

Estudo posteriores podem beneficiar ainda da análise do tipo de AF e em que contexto é realizada, uma vez que AF no trabalho é diferente de AF feita em lazer, por exemplo, e, portanto, com possíveis repercussões distintas na prevenção da DPP.

Idealmente, estudos observacionais prospetivos acompanhando mulheres do período fértil até ao pós-parto, inclusive, com questionários mais frequentes sobre os seus níveis de AF (por exemplo diários de autorrelato de AF ou recorrendo a aplicações móveis) seriam importantes para perceber se entre as mulheres que se mantiveram sempre ativas, há uma menor prevalência de DPP (recorrendo a avaliação clínica após a aplicação dos questionários de rastreio de depressão).

Conclusão

Apesar das recomendações e benefícios reconhecidos da prática de AF perinatal, não encontramos nesta amostra evidência significativa do efeito preventivo da AF na DPP. No entanto, notamos que muitas mulheres não mantêm níveis de AF contínuos e regulares durante o período pré-concepcional, gestacional e pós-parto, o que poderia ser um fator promotor da saúde física e mental da mulher.

Destaca-se a importância do rastreio sistemático de DPP, pois parece haver subdiagnóstico desta doença.

Apontado como principal limitação do nosso estudo, uma reduzida amostra, viés de memória e falta de diagnóstico clínico, reforçamos a ideia de que futuros estudos com amostras mais representativas da população são necessários, assim como estudos que acompanhem e relatem os níveis AF da mulher e o diagnóstico de depressão, de forma prolongada e mais rigorosa.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Inês Rosendo, pela cordialidade, prontidão e disponibilidade prestadas em todos os momentos de realização deste trabalho, que sem ela jamais seria possível.

À minha coorientadora, Doutora Joana Silva, pela simpatia e auxílio incondicional, igualmente imprescindível na concretização deste trabalho.

Aos Médicos de Família, a toda a equipa de saúde que os acompanha e a todas as mães que aceitaram dar um bocadinho do seu precioso tempo para me ajudar a concretizar este estudo.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e me fazem acreditar que tudo o que desejo é possível de alcançar com o devido esforço e empenho.

À minha irmã, o meu maior exemplo de garra e dedicação.

Aos meus amigos que me apresentaram uma nova Coimbra, bem como uma nova vida, e aos que me mostraram a mesma Coimbra de sempre, eterno porto de abrigo.

Bibliografia

1. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*. 2015 Jul;57(Suppl 2):S216–S221.
2. Direcção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de saúde [document on the Internet]. Lisboa: DGS; 2006. [cited 2020 January 30] Available from: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude_mental_e_gravidez_folheto_dgs_2005-pdf.aspx
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
4. Direcção-Geral de Saúde. DMS2017 - Depressão no pós-parto [document on the Internet]. [cited 2020 January 30] Available from: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-no-pos-parto.aspx>
5. Jaffe S. US global health leadership hangs on election result. *Lancet (London, England)*. 2016;388(10055):1969–70.
6. Perales M, Artal R, Lucia A. Exercise during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2017;72(8):459–60.
7. Nakamura A, van der Waerden J, Melchior M, Bolze C, El-Khoury F, Pryor L. Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;246:29–41.
8. Pacheco ABFMA. Physical activity and physical exercise in perinatal depression prevention: a Systematic review and Meta-analysis. Mestre [dissertation]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019.
9. Vargas-Terrones M, Barakat R, Santacruz B, Fernandez-Buhigas I, Mottola MF. Physical exercise programme during pregnancy decreases perinatal depression risk: A randomised controlled trial. *Br J Sports Med*. 2019;53(6):348–53.
10. Pereira ATF. Postpartum Depression Screening Scale - Validação para a população portuguesa. PhD [dissertation]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2008.
11. Campaniço HMPG. Validada Simultânea do Questionário Internacional de Actividade Física Através da Medição Objectiva da Actividade Física por Actigrafia Proporcional. Mestre [dissertation]. Universidade de Lisboa; 2016.

12. International Physical Activity Questionnaire. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms [document on the Internet]. 2005 [cited 2020 Março 5] . Available from: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnx0aGVpcGFxfGd4OjE0NDgxMDk3NDU1YWRIZTM>
13. International Physical Activity Questionnaire. IPAQ - AUTOMATIC REPORT - English advanced version - Self-admin short [document on the Internet]. 2016 [cited 2020 Março 5]. Available from: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnx0aGVpcGFxfGd4OjEzMjk3OTBIOWNiYzUwNTM>.
14. Mohammadi F, Malakooti J, Babapoor J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. The effect of a home-based exercise intervention on postnatal depression and fatigue: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(5):478–85.
15. Songøygard KM, Stafne SN, Evensen KAI, Salvesen KÅ, Vik T, Mørkved S. Does exercise during pregnancy prevent postnatal depression?: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(1):62–7.
16. Coll C de VN, Domingues MR, Stein A, da Silva BGC, Bassani DG, Hartwig FP, et al. Efficacy of Regular Exercise During Pregnancy on the Prevention of Postpartum Depression: The PAMELA Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw open*. 2019;2(1):e186861.
17. Ersek JL, Brunner Huber LR. Physical activity prior to and during pregnancy and risk of postpartum depressive symptoms. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(5):556–66.
18. Harrison CL, Thompson RG, Teede HJ, Lombard CB. Measuring physical activity during pregnancy. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8:19.
19. Seehusen DA, Baldwin LM, Runkle GP, Clark G. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression?. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(2):104–12.
20. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*. 2006;33(4):323–31.
21. Silva MTGA. Depressão Perinatal: Factores De Risco e Estratégias de Prevenção. Mestre [dissertation]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2013.
22. Karaçam Z, Çoban A, Akbaş B, Karabulut E. Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Health Care Women Int*. 2018; 39(7):821-841.
23. Fonseca A, Canavarro MC. Depressão Pós-Parto. Artmed Panamericana Editora.

PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde – Ciclo 1. 2017.

24. Kołomańska-Bogucka D, Mazur-Biały AI. Physical activity and the occurrence of postnatal depression—a systematic review. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9).
25. Sylvén SM, Papadopoulos FC, Olovsson M, Ekselius L, Poromaa IS, Skalkidou A. Seasonality patterns in postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(5):413.e1-6.

Anexos

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



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Assinado</i> <i>14/12/19</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Assinatura]</i> Dr. João Reis Marques Presidente.
--	---

ASSUNTO:

109/2019 - "Impacto da Atividade Física na Prevenção da Depressão Pós-Parto"

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

[Assinatura]
Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente.

[Assinatura]
Dr. Luís Militão Cabral
Vogal.

Como autores este trabalho tem Inês Catarina Simões Gonçalves, Estudante do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano/Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Joana Daniela De Oliveira Silva/USF Araceti.

Objetivos:

Averiguar se a prática regular de atividade e exercício físico no período pré-concepcional leva a uma redução do aparecimento de sintomas depressivos no período pós-parto.

Analisar a continuação da prática de atividade física durante a gravidez e no período pós-parto.

Material e métodos:

Estudo observacional tipo coorte retrospectivo.

Selecionar-se-ão as mulheres com filhos de idades entre 2 a 9 meses, de unidades da Administração Regional de Saúde do Centro e, com o devido consentimento por escrito das intervenientes. Ser-lhes-á solicitado a resposta a um questionário com o objetivo de serem recolhidas as seguintes variáveis:

- 1) Demográficas;
- 2) Presença de sintomas depressivos no período pós-parto;
- 3) Realização de atividade física/ exercício físico no período pós-parto (tipo, duração e frequência);

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

- 4) Realização de atividade física/ exercício físico durante a gravidez (tipo, duração e frequência);
- 5) Realização de atividade física/ exercício físico durante o mês anterior à conceção (tipo, duração e frequência);
- 6) Antecedentes de patologia depressiva.

Início da realização dos questionários após disponibilização do resultado da submissão do pedido de autorização à Comissão de Ética da ARS Centro.

Local de realização: USF Araceti e USF Coimbra Centro.

As despesas serão suportadas pelos investigadores. Sem fonte de financiamento.

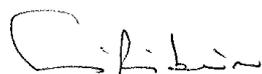
Expetativa de resultados:

Com a realização deste estudo pretende-se saber como a prática regular de atividade física ou exercício físico por mulheres no período pré-concepcional, durante a gravidez e no período pós-parto atuando como fatores protetores do aparecimento de sintomas de Depressão Pós-Parto.

O consentimento informado está conforme os ditames desta CE, nomeadamente explicações sobre o trabalho, pedido de resposta e de utilização de dados para análise estatística, bem como assinatura dos autores e da pessoa respondente. Existem declarações da USF aceitando a realização do trabalho.

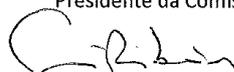
Estudo interessante e com bom desenho, merece a aprovação desta Comissão de Ética.

Coimbra, 11 de novembro de 2019



 Luiz Miguel Santiago
Relator

Carlos Fontes Ribeiro
Presidente da Comissão de Ética



Anexo II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Impacto da Atividade Física na Prevenção da Depressão Pós-Parto”

Enquadramento: Estudo realizado em Centros de Saúde de unidades da ARS do Centro, no âmbito de tese de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Inês Catarina Simões Gonçalves, orientado por Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano e coorientado por Joana Daniela De Oliveira Silva.

Explicação do estudo: Pretendemos averiguar se a prática de atividade física num período pré-concepcional, bem como, durante a gravidez e no período pós-parto, leva a uma redução do aparecimento de sintomas depressivos no período pós-parto. Desta forma, realizaremos questionários a serem preenchidos por mulheres com filhos de idades entre 2 a 9 meses, aquando de consulta na respetiva unidade de saúde, com o objetivo de serem recolhidas as seguintes variáveis: Demográficas (idade, estado civil, grau de escolaridade, número de filhos e idade do filho da última gravidez); Realização de atividade física durante o mês anterior à concepção, durante a gravidez e no período pós-parto (frequência, duração e tipo – moderado ou vigoroso); Presença de sintomas depressivos no período pós-parto; Antecedentes de patologia depressiva.

Condições e financiamento: Estudo sem fontes de financiamento. Não há pagamentos a investigadores e participantes de deslocações ou contrapartidas. **Participação de carácter voluntário e sem prejuízos caso não queira participar.** O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSC.

Confidencialidade e anonimato: Contactos feitos em ambiente de privacidade. Os investigadores locais terão uma base de identificação das suas utentes, identificação esta que irão codificar antes de entregarem os dados ao investigador principal, não tendo este acesso à identificação das mesmas. A identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Nome do investigador principal: Inês Catarina Simões Gonçalves – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – Contacto telefónico: 912444581, e-mail: ines.sg96@gmail.com.

Nome dos investigadores colaboradores: Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e-mail: inesrcs@gmail.com; Joana Daniela De Oliveira Silva – USF Araceti, e-mail: joana.oliveira.silva@hotmail.com.

Assinatura/s: Inês Simões Gonçalves
.....
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

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:

Assinatura:

Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA <input type="checkbox"/></p>
--

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

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdipl/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Anexo III – Questionário



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Estudo – *Impacto da Atividade Física na Prevenção da Depressão Pós-Parto*

CÓDIGO¹: _____

Questionário a ser realizado por mulheres com filhos de idades entre 2 a 9 meses.

Centro de Saúde: _____
Data de realização da consulta: ____ / ____ / ____ (dia/mês/ano)

Idade (da mulher a realizar o questionário): ____ anos

Estado civil atual: Solteira Casada União de Facto Divorciada Viúva
Outro _____

Grau de escolaridade completo: 1o ciclo (4o ano) 2o ciclo (6o ano) 3o ciclo (9o ano)
Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento
Outro _____

Quantas vezes esteve grávida? _____
Quantos filhos tem? _____
Qual a Idade do filho da gravidez mais recente? _____

Instruções de preenchimento

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

POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE (PDSS-21)

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

1	2	3	4	5
Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito

No último mês, eu...

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

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

I – Período pós-parto

Responda às questões que se seguem tendo em conta o tempo que despendeu na atividade física durante uma semana habitual nas 6 semanas **APÓS O NASCIMENTO** do seu último filho.

Este questionário inclui questões acerca de atividades que faz no trabalho, para se deslocar de um lado para outro, atividades referentes à casa ou ao jardim e atividades que efetua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Atividade física vigorosa refere-se a atividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa que o normal.

Atividade física moderada refere-se a atividades que requerem esforço físico moderado e torna a respiração um pouco mais intensa que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1a Nas **6 semanas após o nascimento** do seu último filho, habitualmente, por semana, quantos dias fez atividades físicas **vigorosas** como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

___ dias por semana
___ Nenhum (passe para a questão **2a**)

1b Quanto tempo costumava fazer atividade física vigorosa por dia? ___ horas ___ minutos

2a Nas **6 semanas após o nascimento** do seu último filho, normalmente, por semana, quantos dias fez atividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar.

_____ dias por semana
_____ Nenhum (passe para a questão **3a**)

2b Quanto tempo costumava fazer atividade física moderada por dia? ___ horas ___ minutos

3a Nas **6 semanas após o nascimento** do seu último filho, habitualmente, por semana, quantos dias **caminhava** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

____ dias por semana

____ Nenhum (passe para a questão **4a**)

3b Quanto tempo costumava caminhar por dia? ____ horas ____ minutos

3c A que passo costumava caminhar?

____ Passo **vigoroso**, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal;

____ Passo **moderado**, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;

____ Passo **lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração;

As últimas questões referem-se ao tempo que costumava estar sentada diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo sentada numa secretária, a visitar amigos, a ler ou sentada/deitada a ver televisão.

Nas **6 semanas após o nascimento** do seu último filho...

4a ...Quanto tempo costumava estar sentada num **dia de semana**? ____ horas ____ minutos

4b ...Quanto tempo costumava estar sentada num **dia de fim-de-semana**? ____ horas ____ minutos

II – Durante a gravidez

Responda agora às questões que se seguem tendo em conta o tempo que despendeu na atividade física durante uma semana habitual durante o **PERÍODO QUE ESTEVE GRÁVIDA**.

1a Durante o **período que esteve grávida**, habitualmente, por semana, quantos dias fez atividades físicas **vigorosas** como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

- dias por semana
 Nenhum (passe para a questão **2a**)

1b Quanto tempo costumava fazer atividade física vigorosa por dia? horas minutos

2a Durante o **período que esteve grávida**, normalmente, por semana, quantos dias fez atividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar.

- dias por semana
 Nenhum (passe para a questão **3a**)

2b Quanto tempo costumava fazer atividade física moderada por dia? horas minutos

3a Durante o **período que esteve grávida**, habitualmente, por semana, quantos dias **caminhava** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

- dias por semana
 Nenhum (passe para a questão **4a**)

3b Quanto tempo costumava caminhar por dia? horas minutos

3c A que passo costumava caminhar?

- Passo **vigoroso**, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal;
 Passo **moderado**, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;
 Passo **lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração;

As últimas questões referem-se ao tempo que costumava estar sentada diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo sentada numa secretária, a visitar amigos, a ler ou sentada/deitada a ver televisão.

Durante o **período que esteve grávida...**

4a ...Quanto tempo costumava estar sentada num **dia de semana**? ____ horas ____ minutos

4b ...Quanto tempo costumava estar sentada num **dia de fim-de-semana**? ____ horas ____ minutos

III - Período pré-concepcional

Responda agora às questões que se seguem tendo em conta o tempo que despendeu na atividade física durante uma semana habitual durante o **MÊS ANTERIOR A ENGRAVIDAR** (isto é, o mês anterior à conceção).

1a Durante o **mês anterior a engravidar**, habitualmente, por semana, quantos dias fez atividades físicas **vigorosas** como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

___ dias por semana
___ Nenhum (passe para a questão **2a**)

1b Quanto tempo costumava fazer atividade física vigorosa por dia? ___ horas ___ minutos

2a Durante o **mês anterior a engravidar**, normalmente, por semana, quantos dias fez atividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar ténis? Não inclua o andar/caminhar.

_____ dias por semana
_____ Nenhum (passe para a questão **3a**)

2b Quanto tempo costumava fazer atividade física moderada por dia? ___ horas ___ minutos

3a Durante o **mês anterior a engravidar**, habitualmente, por semana, quantos dias **caminhava** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

___ dias por semana
___ Nenhum (passe para a questão **4a**)

3b Quanto tempo costumava caminhar por dia? ___ horas ___ minutos

3c A que passo costumava caminhar?

_____ Passo **vigoroso**, que torna a sua respiração muito mais intensa que o normal;
_____ Passo **moderado**, que torna a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;
_____ Passo **lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração;

As últimas questões referem-se ao tempo que costumava estar sentada diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem o tempo sentada numa secretária, a visitar amigos, a ler ou sentada/deitada a ver televisão.

Durante **o mês anterior a engravidar...**

4a Quanto tempo costumava estar sentada num **dia de semana**? ____ horas ____ minutos

4b Quanto tempo costumava estar sentada num **dia de fim-de-semana**? ____ horas ____ minutos

Obrigada pela sua participação!

A preencher pelo profissional de saúde

Existe alguma codificação de depressão no processo da paciente?

Antes da gravidez ----- Sim Não

Durante a gravidez ----- Sim Não

Depois da gravidez ----- Sim Não

Considera que a paciente esteja deprimida neste momento? Sim Não

Obrigada pela sua colaboração!