

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ANA SOFIA DIAS PIRES MORAIS

**A importância do nível socioeconómico no
desenvolvimento da depressão pós-parto
nos cuidados de saúde primários**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL
ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob orientação de:

Doutora Joana Matos

Professor Doutor Luiz Santiago

Março de 2023

A importância do nível socioeconómico no desenvolvimento da depressão pós-parto nos cuidados de saúde primários

Ana Sofia Dias Pires Morais (*,1)

Joana Matos (**,1)

Luiz Santiago (***,1)

(*) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

(**) MD. USF Fernando Namora, ACES Baixo Mondego

(***) MD, PhD. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

1 CONCEÇÃO, ANÁLISE DE DADOS, ESCRITA DO TEXTO E REVISÃO CIENTÍFICA

Autor responsável:

Ana Sofia Dias Pires Morais

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548, Coimbra.

Email: sofiadpmorais22@hotmail.com

ÍNDICE

Índice de Tabelas -----	4
Índice de Figuras -----	5
Guia de abreviaturas -----	6
Resumo -----	7
Abstract -----	8
Introdução -----	9
Materiais e métodos -----	11
Resultados -----	13
Discussão e conclusão -----	18
Agradecimentos -----	20
Referências bibliográficas -----	21
Anexos -----	22
Anexo I: Parecer da comissão de ética da ARS Centro	
Anexo II : Autorização do director executivo da ACES Cova da Beira	
Anexo III : Autorização do director executivo da ACES Baixo Mondego	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das puérperas consoante as divisões das regiões de Cova da Beira e Baixo Mondego:

Tabela 2: Prevalência de DPP nas diferentes divisões das regiões de BM e CB

Tabela 3: Estatística descritiva sobre o momento do diagnóstico de DP

Tabela 4: Estatística descritiva sobre a vigilância da gravidez

Tabela 5: Estatística descritiva sobre a isenção por insuficiência económica

Tabela 6: Estatística descritiva sobre o início da IE

Tabela 7: Prevalência de isenção de insuficiência económica nas utentes com DPP por secção das regiões de BM e CB

Tabela 8: Estatística descritiva sobre a escolaridade das puérperas.

Tabela 9: Resultados da análise analítica da relação entre IE e momento do diagnóstico de depressão

Tabela 10: Resultados da análise analítica da relação entre os momentos de início de IE e diagnóstico de DP

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Escala de Graffar adaptada

Figura 2: Escala de Kuppuswamy

RESUMO

Introdução: A maternidade é reconhecida como um importante fator de stress psicossocial que está associado ao desenvolvimento de perturbações mentais que incluem a DPP. Esta patologia é uma forma específica de depressão que tem início na gravidez ou até 12 meses após o parto e apresenta uma prevalência nacional de 12,4%. Segundo a literatura existem vários fatores que aumentam significativamente o risco de se desenvolver DPP, entre eles o baixo índice socioeconómico. O presente trabalho focou-se em estudar esta relação na ARS Centro com o objetivo de alertar os médicos de Medicina Geral e Familiar para a importância da avaliação deste parâmetro na determinação do risco das puérperas desenvolverem DPP.

Materiais e métodos: Para avaliar a relação descrita anteriormente fez-se um estudo observacional transversal com intenção analítica das puérperas com o diagnóstico de depressão pós-parto com seguimento nos Cuidados de Saúde Primários da ARS Centro. A amostra incluiu todas as grávidas acompanhadas nos CSP do Baixo Mondego e da região de Cova da Beira em 2020 e 2021 com o diagnóstico de gravidez e a presença simultânea de código de depressão. Os dados obtidos foram analisados descritivamente e, com recurso, ao teste qui-quadrado foi possível estudar a relação de dependência entre a isenção por IE e outras variáveis em estudo.

Resultados: Os testes qui-quadrado que relacionaram a isenção por insuficiência económica com o momento de diagnóstico de depressão ($p=0,096$), localização ($p=0,280$) e o início de IE e do diagnóstico ($p=0,118$) não revelaram a não independência das variáveis em estudo. Em contraste, foi possível observar uma elevada prevalência de IE em puérperas com DP em algumas secções das regiões de CB e BM. Foi ainda possível concluir-se que o período de diagnóstico com maior prevalência é 2 a 11 meses após o parto.

Discussão e conclusões:

Apesar das várias limitações de dados encontradas ao longo do estudo, foi possível observar a prevalência de 30% de insuficiência económica nas utentes com DPP. Este facto demonstrou a necessidade de realização de estudos com dados mais exaustivos e a importância da avaliação do nível socioeconómico nas consultas de seguimento de gravidez e de puerpério.

Denota-se, ainda, uma baixa prevalência de DPP comparativamente à prevalência nacional. Este facto pode ser explicado por diversos fatores como o reduzido tamanho amostral, a baixa adesão às consultas de puerpério, estigma, tempo reduzido para as consultas, baixo nível de literacia em saúde e elevadas exigências profissionais.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, nível sócio-económico, educação para a saúde e Medicina Geral e Familiar

ABSTRACT

Introduction: Maternity is recognised as an important psychosocial stressor that is associated with the development of mental disorders including PPD. This pathology is a specific form of depression that begins in pregnancy or up to 12 months after birth and has a national prevalence of 12.4%. According to the literature, there are several factors that significantly increase the risk of developing PPD, including low socioeconomic status. This study focused on the study of this relation in ARS centro, with the aim of alerting Family Doctors to the importance of assessing this parameter in determining the risk of postpartum women developing PPD.

Materials and methods: To assess this relationship, a cross-sectional observational study with analytical intention was conducted on puerperae diagnosed with postpartum depression and followed-up in Primary Health Care in ARS Centro. The sample included all pregnant women followed up in the PHC of Baixo Mondego and Cova da Beira region in 2020 and 2021 with the diagnosis of pregnancy and the simultaneous presence of depression code. The data obtained were descriptively analyzed and, using the chi-square test, it was possible to study the dependence relationship between EI exemption and other variables under study.

Results: The chi-square tests that related the exemption for economic insufficiency with the moment of diagnosis of depression ($p=0.096$), location ($p=0.280$) and the onset of IE and the diagnosis ($p=0.118$) did not reveal the non-independence of the variables under study. In contrast, it was possible to observe a high prevalence of Economic exemption in puerperae with PD in some sections of the CB and WB region. It was also possible to conclude that the diagnostic period with the highest prevalence is 2 to 11 months after delivery.

Discussion and conclusions: Despite the various data limitations encountered throughout the study, it was possible to observe the 30% prevalence of economic insufficiency in women users with PPD. This fact demonstrated the need for studies with more comprehensive data and the importance of assessing the socioeconomic status in pregnancy and puerperium follow-up consultations.

We also observed a low prevalence of PPD compared to the national prevalence. This fact can be explained by several factors such as the small sample size, low adherence to puerperium consultations, stigma, reduced time for consultations, low level of health literacy, and high professional demands.

Key-words: Postpartum depression, socio-economic status, health education and Family Medicine

INTRODUÇÃO

A gravidez e o pós-parto são períodos para a mulher de profunda exigência quer a nível físico, psicológico como interpessoal. Neste contexto, apesar da nossa sociedade associar o nascimento de um bebé a sentimentos de alegria e de contentamento, a maternidade também é reconhecida como um fator importante de stress psicossocial ¹.

As perturbações mentais puerperais foram reconhecidas inicialmente por Hipócrates, o Pai da Medicina. Estas perturbações tinham como características principais: a associação de melancolia e de mania com o parto, excelente prognóstico, tendência para recorrer em gravidezes seguintes e associação com a doença mental hereditária ²

A DPP, o tema principal do presente trabalho, foi reconhecida primeiramente por Trotula de Salerno no livro “Passionibus Mulierum Curandorum”. Este livro procurava instruir os médicos sobre o corpo da mulher, os sintomas da gravidez, puerpério e período menstrual. Esta magnífica obra foi utilizada como referência obrigatória nas universidades europeias até ao século XVI.

Existiram vários autores que demonstraram um grande interesse por este tema como Esquirol, Brockington e Marcé.

A DPP é uma forma específica de depressão, com uma prevalência nacional de 12,4%, que tem início na gravidez ou no período pós-parto, que corresponde aos primeiros 12 meses de vida do bebé³. Os critérios, segundo o manual DSM-V, incluem cinco dos seguintes sintomas no mesmo período de duas semanas: humor deprimido, acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades do dia a dia, alteração significativa do peso ou do apetite, insónia ou hipersónia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva, capacidade diminuída de pensamento e de concentração e pensamentos recorrentes sobre a morte. Esta sintomatologia provoca um sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo e não está associada ao consumo de nenhuma substância ou outra condição médica.

Apesar da DPP ser clinicamente semelhante a depressões ocorridas noutros períodos da vida, existem algumas especificidades nesta condição clínica: uma maior labilidade emocional, preocupações exageradas com o bem-estar do bebé e com a sua competência parental, medo de estar sozinha com o bebé, de sair com ele ou de o magoar, sintomas de ansiedade, elevado número de queixas físicas como fadiga, dores de cabeça e falta de apetite, uma menor probabilidade de ideação suicida, dificuldade em estabelecer ligação com o bebé e diminuição do desejo sexual pelo companheiro¹. Todos estes sintomas têm um efeito muito nefasto no funcionamento da dinâmica familiar e na saúde da mãe e do bebé e podem, em casos severos, culminar no suicídio da mãe ou no homicídio do bebé.

As mães com esta patologia apresentam uma maior hostilidade e irritabilidade, alternância entre pouca estimulação e controlo excessivo, menos interações face-a-face e menor envolvimento em atividades didáticas ⁴

Esta exposição prolongada a sintomatologia depressiva, pode acarretar alterações comportamentais na criança que comprometem o estabelecimento de interações positivas.¹

É importante frisar que se podem identificar outro tipo de perturbações psicopatológicas no período pós-parto. Cutrona, em 1982, identificou três classes de perturbações: DPP, blues pós-parto e psicose puerperal ⁵

As três perturbações apresentam importantes características em comum: estreita relação temporal com o nascimento do bebé, sintomatologia relacionada com a temática parto, bebé e maternidade e uma rápida remissão.

Os blues pós-parto são uma perturbação de humor deprimido transitória e auto-limitada que inclui sintomas como tristeza, choro fácil, exaustão, irritabilidade, ansiedade, insónia, diminuição da concentração e labilidade emocional. Estes sintomas desenvolvem-se nos primeiros dois a três dias após o parto e desaparecem após duas semanas⁶

A psicose puerperal foi definida como um quadro delirante grave que aparece de forma aguda, nas primeiras duas semanas pós-parto. Inicialmente as doentes apresentam insónia, ansiedade, irritabilidade e flutuações de humor. Posteriormente desenvolvem delírios e alucinações visuais ou auditivas⁷

Segundo a literatura existem vários fatores que aumentam significativamente o risco da puérpera desenvolver DPP, entre eles o baixo nível socioeconómico⁸

O presente trabalho focou-se em estudar esta relação na região ARSCentro com o objetivo de alertar os médicos internos e especialistas de medicina geral e familiar para a importância da avaliação do nível socioeconómico na determinação do risco das puerperas desenvolverem DPP.

Esta patologia, tal como outras perturbações mentais, é alvo de elevada estigmatização por parte da sociedade e pensa-se que este seja um dos motivos que leva à baixa procura de ajuda médica nestas situações⁹. Para além deste facto, como foi descrito anteriormente, representa graves riscos para a saúde da puérpera e do bebé e ainda, afeta negativamente o funcionamento da dinâmica familiar.

Tendo em conta todos estes fatores aliados à elevada prevalência, justifica-se uma maior atenção para esta patologia por parte da comunidade médico, nomeadamente os médicos de família.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para avaliar a relação entre DPP e nível socio-económico realizou-se um estudo observacional transversal com intenção analítica das puérperas com o diagnóstico de depressão pós-parto com seguimento nos Cuidados de Saúde Primários de unidades de saúde com aleatorização da amostra das mulheres cujo seguimento da gravidez e puerpério foi realizado nos Cuidados de Saúde primários de unidades da ARS Centro.

A amostra incluiu todas as grávidas acompanhadas nos CSP do Baixo Mondego e da região de Cova da Beira em 2020 e 2021 com o diagnóstico de gravidez e a presença simultânea de código de depressão (codificados durante ou após a gravidez).

Inicialmente, o objetivo seria o de usar a Escala de Graffar Adaptada, para perceber o nível socioeconómico das puérperas em estudo, no entanto, tal não foi possível por insuficiência de dados. Neste sentido, e porque não tivemos acesso a dados suficientes para aplicar qualquer escala, tivemos de deprender, através da Isenção por Insuficiência Económica que as pacientes supramencionadas se encontravam num nível socioeconómico baixo. Esta depreensão advém do estudo de diferentes escalas (Graffar e Kuppuswamy), onde em ambas, um elemento comum era o rendimento anual familiar per capita baixo, o que nos leva a admitir que, quem tem a Isenção por Insuficiência Económica, tem, seguindo a lógica inversa, um nível socioeconómico baixo. Após esta depreensão, foi possível realizar estudos descritivos e o teste qui-quadrado para avaliar a relações entre o momento do diagnóstico de depressão e o momento da isenção por insuficiência económica, entre a isenção económica e as várias secções da região de CB e BM e entre o momento do diagnóstico de DP e a isenção económica.

Figura 1- Escala de Graffar adaptada ¹⁰

Graus	Profissão	Nível de instrução	Fonte do rendimento familiar	Conforto do alojamento	Local de residência	Pontos
1	<ul style="list-style-type: none"> Grandes empresários Gestores de topo do sector público e privado (> de 500 empregados); Profissionais com títulos universitários; Militares de alta patente; Altos dirigentes políticos; Profissões liberais (curso superior) 	<ul style="list-style-type: none"> Ensino universitário ou equivalente - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> Fortuna herdada ou adquirida. 	<ul style="list-style-type: none"> Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto. 	<ul style="list-style-type: none"> Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> Médios empresários; Dirigentes de empresas (≤ de 500 empregados); Agricultores e proprietários; Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; Oficiais das forças armadas; Professores do ensino básico e secundário. 	<ul style="list-style-type: none"> Bacharelato. 	<ul style="list-style-type: none"> Altos vencimentos ou honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) Lugares bem remunerados 	<ul style="list-style-type: none"> Casa ou andar que sem ser tão luxuoso é espaçoso e confortável. 	<ul style="list-style-type: none"> Zona residencial boa, de ruas largas com casa confortáveis e bem conservadas. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> Pequenos empresários (≤ de 50 empregados); Empregados e operários qualificados; Quadros médios; Médios agricultores; Sargentos e equiparados. 	<ul style="list-style-type: none"> 12º ano; Nove ou mais anos de escolaridade. 	<ul style="list-style-type: none"> Vencimento mensal fixo. 	<ul style="list-style-type: none"> Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e W.C. 	<ul style="list-style-type: none"> Zona antiga Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto em geral menos confortável. 	
4	<ul style="list-style-type: none"> Operários especializados com ensino primário completo; Operários semi-qualificados; Técnicos administrativos; Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas; Pequenos agricultores e rendeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Vencimentos incertos Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional Pensionistas ou reformados. 	<ul style="list-style-type: none"> Com cozinha e W.C., mas: <ul style="list-style-type: none"> - Degradado e/ou - Sem electrodomésticos essenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> Bairro operário/social, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc. 	
5	<ul style="list-style-type: none"> Trabalhadores manuais, operários não especializados/indiferenciados; Assalariados agrícolas. 	<ul style="list-style-type: none"> Escolaridade < 4 anos; Analfabetos. 	<ul style="list-style-type: none"> Assistência/Beneficência pública ou privada (não se inclui subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho). 	<ul style="list-style-type: none"> Barraca ou andar sem ventilação/iluminação, ou onde moram demasiadas pessoas. Alojamentos impróprios. 	<ul style="list-style-type: none"> Bairro de lata. 	
Pontos totais						

Classe I (classe alta) - pontuação entre 5 e 9

Classe II (classe média alta) – pontuação entre 10 e 13

Classe III (classe média) – pontuação entre 14 e 17

Classe IV (classe média baixa) – pontuação entre 18 e 21

Classe V (classe baixa) – pontuação entre 22 e 25

Figura 2- Escala de Kuppuswamy¹¹

Education of head of family		Score	
Professional degree		7	
Graduate or postgraduate		6	
Intermediate or post high school diploma		5	
High school certificate		4	
Middle school certificate		3	
Primary school certificate		2	
Illiterate		1	
Occupation of head of family			
Professional (white collar)		10	
Semi-professional		6	
Clerical, shop-owner/farm		5	
Skilled worker		4	
Semi-skilled worker		3	
Unskilled worker		2	
Unemployed		1	
Monthly income of family			
In 2001 (Base year)	In 2017 (January 2017 CPI)	In 2019 (February 2019 CPI)	Score
≥15,197	≥41,430	≥52,734	12
7,595-15,196	20,715-41,429	26,355-52,733	10
5,694-7,594	15,536-20,714	19,759-26,354	6
3,793-5,693	10,357-15,535	13,161-19,758	4
2,273-3,792	6,214-10,356	7,887-13,160	3
761-2,272	2,092-6,213	2,641-7,886	2
≤760	≤2,091	≤2,640	1
Socioeconomic class		Total score	
I	Upper	26-29	
II	Upper middle	16-25	
III	Lower middle	11-15	

RESULTADOS

Estatística descritiva

A amostra deste estudo é formada por 3037 puérperas de diferentes proveniências como demonstra a seguinte tabela:

Tabela 1: Distribuição das puérperas consoante as divisões das regiões de Cova da Beira e Baixo Mondego:

Localização	Número	Percentagem
Cantanhede	247	8,13%
Celas	58	1,91%
Condeixa	101	3,33%
Eiras	130	4,28%
Figueira	458	15,08%
Fernão de Magalhães	231	7,61%
Mealhada	109	3,59%
Mira	103	3,39%
Montemor	133	4,38%
Mortágua	56	1,84%
Norton de Matos	276	9,09%
Penacova	55	1,81%
S.Martinho	172	5,66%
Soure	100	3,29%
Santa Clara	106	3,49%
Belmonte	46	1,51%
Covilhã	425	13,99%
Fundão	231	7,60%

Relativamente às puérperas com depressão, foram contabilizadas 85, com idades entre 20 e 44 anos, com um valor médio de 31,22, mediana de 31, desvio padrão de 6,34 e moda de 24

A DPP tem diferentes prevalências consoante a região em causa:

Tabela 2: Prevalência de DPP nas diferentes divisões das regiões de BM e CB

Localização	Número	Percentagem
Belmonte	1	2,17%
Cantanhede	4	1,62%
Celas	0	0%
Condeixa	3	2,97%
Eiras	3	2,30%
Figueira da Foz	10	2,18%
Fernão de Magalhães	9	3,9%
Mira	5	4,85%
Mealhada	3	2,75%
Mortágua	2	3,57%
Montemor	1	0,75%
Norton de Matos	16	5,8%
Penacova	1	1,82%
S. Martinho	5	2,91%
Soure	3	3%
Santa Clara	2	1,89%

Covilhã	10	2,35%
Fundão	7	3,03%

O momento do diagnóstico variou substancialmente entre as puérperas em estudo, como demonstra a tabela seguinte:

Tabela 3: Estatística descritiva sobre o momento do diagnóstico de DP

Início da depressão	Frequência	Percentagem
Gravidez	16	18,8
1 semana PP	2	2,4
4 semanas PP	6	7,1
2-11 meses PP	27	31,8
1-2 anos PP	23	27,1
2-5 anos PP	4	4,7
>5 anos PP	7	8,2
Total	85	100,0

Em relação à vigilância da gravidez, observou-se que 15,3% (N=13) das puérperas com depressão não foram vigiadas durante a gravidez e não obtivemos informação acerca da vigilância de 2,4 % (N=2).

Tabela 4: Estatística descritiva sobre a vigilância da gravidez

Gravidez vigiada	Frequência	Percentagem
Sim	70	82,4
Não	13	15,3
Sem informação	2	2,4
Total	85	100,0

Relativamente à situação económica das puérperas com o diagnóstico de depressão, 31,8% (n=27) viviam em situação de insuficiência económica.

Tabela 5: Estatística descritiva sobre a isenção por insuficiência económica

Isenção por insuficiência económica	Frequência	Percentagem
Sim	27	31,8
Não	58	68,2
Total	85	100,0

Tabela 6: Estatística descritiva sobre o início da IE

Início IE	Frequência	Percentagem
>5 anos antes gravidez	5	18,5%
2-5 anos antes gravidez	9	33,3%
1-2 anos antes gravidez	1	3,7%
<12 meses antes gravidez	1	3,7%
Gravidez	3	11,1%
<12 meses PP	3	11,1%
1-2 anos PP	3	11,1%
>5 anos PP	2	7,4%

A prevalência das utentes com DPP com insuficiência económica variava substancialmente consoante a secção das regiões de BM e CB:

Tabela 7: Prevalência de isenção de insuficiência económica nas utentes com DPP por secção das regiões de BM e CB

Localização	Número	Percentagem
Covilhã	7	70%
Mealhada	2	66,67%
Mira	3	60%
Fundão	3	42,86%
Condeixa	1	33,33%
Soure	1	33,33%
Fernão de Magalhães	3	33,33%
Figueira da Foz	3	30%
São Martinho	1	20%
Norton de Matos	3	18,75%
Celas	0	0%
Cantanhede	0	0%
Eiras	0	0%
Mortágua	0	0%
Penacova	0	0%
Belmonte	0	0%
Santa Clara	0	0%
Montemor	0	0%

Em termos de escolaridade, foi apenas possível obter acesso ao nível de escolaridade de 22 puérperas como demonstra a seguinte tabela:

Tabela 8: Estatística descritiva sobre a escolaridade das puérperas

Escolaridade	Frequência	Percentagem
Menos de 4 anos	1	1,2
6 anos	1	1,2
9 anos	2	2,4
12 anos	6	7,1
Curso tecnológico nível 3	1	1,2
Licenciatura	7	8,2
Mestrado	4	4,7
Sem indicação	63	74,1
Total	85	100

Estatística analítica

Foram realizados vários testes estatísticos qui-quadrado para avaliar a relação entre diferentes variáveis em estudo. Primeiramente para averiguar se existe relação de dependência entre a isenção económica e o momento do diagnóstico de depressão ($p = 0,096 > 0,05$):

Tabela 9: Resultados da análise analítica da relação entre IE e momento do diagnóstico de depressão

Testes qui-quadrado			
	Valor	Df	Nível de Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	21,238	14	0,096
Razão de verossimilhança	25,969	14	0,026
N de Casos Válidos	85		

Foi ainda avaliada a relação entre os momentos de início IE e de diagnóstico de DP ($p = 0.312 > 0,05$):

Tabela 10: Resultados da análise analítica da relação entre os momentos de início de IE e diagnóstico de DP

Testes qui-quadrado					
	Valor	df	Nível de Significância Assintótica (Bilateral)		
Qui-quadrado de Pearson	67,979 ^a	63	0,312		
Razão de verossimilhança	48,750	63	0,907		
N de Casos Válidos	27				

Concomitantemente, verificou-se ainda se existia dependência entre a isenção por IE e as secções regionais de BM e CB ($p=0,280 > 0,05$):

Tabela 10: Resultados da análise analítica da relação entre IE e as secções regionais de BM e CB.

Testes qui-quadrado			
	Valor	df	Nível de Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	18,786	16	0,280
Razão de verossimilhança	22,178	16	0,138
N de Casos Válidos	85		

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O nosso estudo é um dos primeiros a relacionar o nível socio-económico e a DPP na região da ARS Centro. Apesar desta patologia apresentar graves consequências, como foi descrito anteriormente, ainda existem poucos artigos científicos em Portugal sobre este tema.

Após a análise dos dados de 3037 puérperas da região do baixo Mondego e Cova da Beira, verificou-se uma prevalência de 2,79% que contrasta significativamente com o valor nacional de 12,4%. Existem vários fatores que podem explicar este contraste nomeadamente o reduzido tamanho amostral justificado pela baixa adesão às consultas do puerpério, o estigma relacionado com as perturbações mentais e o nível em literacia em saúde da nossa população em relação a estas temáticas. Em relação a fatores relacionados com a comunidade médica, estão descritas algumas causas que podem justificar o subdiagnóstico como a limitação de tempo durante as consultas e as elevadas exigências a nível profissional.

As perturbações mentais, como a DPP, são alvo de estigmas presentes na sociedade atual que podem comprometer o seu diagnóstico ao retardar ou impedir a procura de cuidados de saúde⁹. Adicionalmente, as puérperas apresentam dificuldade em reconhecer, aceitar e procurar ajuda para o seu problema devido à falta de literacia relacionada com esta temática¹²

Neste sentido, é importante aumentar a literacia em saúde mental, nomeadamente em relação à DPP e promover uma atitude assertiva contra mitos, estereótipos negativos e discriminação social. O médico de família, enquanto profissional de saúde mais próximo da comunidade, deve estar atento a estas temáticas e tentar reduzir o estigma através da educação dos seus doentes, com o intuito de melhorar os cuidados e o apoio ao doente e à sua rede familiar.

Em relação ao momento de diagnóstico de depressão, verificou-se que a maioria das puérperas da região em estudo, eram diagnosticadas até dois anos após o parto. Este facto ilustra a importância da avaliação prolongada do bem-estar mental durante as consultas de seguimento após a gravidez.

Apesar de estar demonstrado na literatura, que existe uma relação entre o baixo nível socioeconómico e o desenvolvimento de DPP, os nossos estudos analíticos não revelaram uma relação estatisticamente significativa entre a isenção por IE e o momento de diagnóstico de DP. Este facto pode ter ocorrido devido a várias limitações relacionadas com os dados necessários para a determinação do nível socioeconómico das utentes.

Neste sentido, é imperativo realizar estudos posteriores mais exaustivos que incluam os diversos fatores avaliados na escala de Graffar. Estes parâmetros devem ser analisados em todas as grávidas e não apenas nas grávidas com diagnóstico de DP.

O nosso estudo verificou ainda uma prevalência significativa (até 30%) de insuficiência económica em algumas secções da região de BM e CB nomeadamente Covilhã, Mealhada, Mira, Fundão, Condeixa, Soure, Fernão de Magalhães e Figueira da Foz. Neste sentido, seria relevante compreender verdadeiramente o contexto socioeconómico destas pequenas regiões.

Apesar de todas as limitações que encontramos ao longo do estudo, foi possível concluir que 3 em cada 10 puérperas apresentavam isenção por insuficiência económica, ou seja, um baixo nível socioeconómico. Este dado permite reforçar a importância da avaliação do nível socioeconómico nas consultas de seguimento durante a gravidez e puerpério. Este tipo de consultas, apesar da fraca adesão por parte das utentes, é essencial para o reconhecimento das famílias e das mães que apresentam vulnerabilidade para o

desenvolvimento de perturbações mentais e assim, combater os efeitos nefastos destas patologias ao nível da saúde da mãe e do bebé e do funcionamento da dinâmica familiar.

AGRADECIMENTOS

Esta tese não teria sido possível de realizar sem o apoio e dedicação de várias pessoas. Começo por agradecer à minha orientadora Dra. Joana Matos e co-orientador Professor Luiz Santiago pelo apoio, orientação e sabedoria manifestados.

À Dra. Conceição Loureiro, pela sua ajuda e disponibilidade para recolher os dados indispensáveis para a realização deste trabalho.

Aos meus pais, por serem incansáveis no seu apoio, que nunca me deixam esquecer do quanto eu sou capaz e que me fazem sempre acreditar que os meus sonhos são possíveis.

Ao Filipe e Pedro, os meus irmãos, por todas as palavras de força e de orgulho que me transmitiram ao longo de toda a minha vida académica.

Ao Gustavo, por todo o apoio, carinho e ajuda indispensável para a realização deste trabalho. A todos os meus amigos, pela amizade, motivação constante e apoio mesmo nas épocas mais difíceis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ana Fonseca, Maria Cristina Canavarro. Depressão Pós-Parto. Accessed March 31, 2023. <https://core.ac.uk/reader/144051000>
2. Brockington I. *Motherhood and Mental Health*. Oxford University Press; 1996:xv, 612.
3. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
4. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol*. 2009;65(12):1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644
5. Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression: A review of recent research. *Clin Psychol Rev*. 1982;2(4):487-503. doi:10.1016/0272-7358(82)90026-5
6. Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2023. Accessed March 31, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/>
7. Osborne LM. Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018;45(3):455-468. doi:10.1016/j.ogc.2018.04.005
8. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First Time Mothers? *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2010;20(2):96-104. doi:10.1016/j.whi.2009.11.003
9. Thorsteinsson EB, Loi NM, Farr K. Changes in stigma and help-seeking in relation to postpartum depression: non-clinical parenting intervention sample. *PeerJ*. 2018;6:e5893. doi:10.7717/peerj.5893
10. Escala de Graffar Adaptada.pdf. Accessed April 1, 2023. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/80863/2/Escala%20de%20Graffar%20Adaptada.pdf>
11. Wani RT. Socioeconomic status scales-modified Kuppuswamy and Udai Pareekh's scale updated for 2019. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8(6):1846-1849. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_288_19
12. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth Berkeley Calif*. 2006;33(4):323-331. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x

Anexo I:



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL.	DESPACHO: <i>Tudo conhecido e deliberado homologar o parecer final do Conselho de Ética para a Saúde 17.11.2022</i>
----------------------------------	--

ASSUNTO:	106/2022 - A importância dos antecedentes familiares de doenças psiquiátricas e do nível socioeconómico no desenvolvimento de depressão pós-parto nos cuidados de saúde primários
----------	---

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.

[Signature]
Dr.ª Rosa Rita Marques
Presidente,

[Signature]
Dr. Mário Ruivo
Vogal,

[Signature]
Dr. Fernando Cravo

A investigadora espera verificar se as puérperas com depressão pós-parto, seguidas nos anos 2020 e 2021 nos cuidados de saúde primários pertencentes às unidades da ARS Centro, apresentam uma prevalência significativa de história familiar de antecedentes psiquiátricos e mais baixo nível socioeconómico, o que implicará trabalho formativo e informativo das equipas de saúde em Cuidados de Saúde Primários e aos médicos da Especialidade de Medicina Geral e Familiar.

O trabalho será elaborado todo ele assente na consulta de dados anonimizados. Do ponto de vista ético-jurídico não há nada a questionar.

Coimbra, 17 de novembro de 2022

O Relator: Dra. Carla Barbosa

[Signature]

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

[Signature]

Anexo II:

Declaração de autorização

Eu, Manuel Tomás Geraldês, na qualidade de responsável da Unidade D.E. ACE, COVA DA BEIRA, declaro por minha honra que autorizo a realização do estudo na instalação supracitada, após ter sido informado(a) de todo o protocolo de investigação e de me assegurar estarem reunidas todas as condições para a concretização do mesmo.

O Director Executivo do
ACES Cova da Beira

O responsável, _____
Dr. Manuel Tomás Geraldês

Covilhã, 17 de 01 de 2023