



Catarina Cláudia
Santos Nogueira

**A MULHER COM RISCO DE DEPRESSÃO
PÓS-PARTO: INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**



Catarina Cláudia Santos Nogueira **A MULHER COM RISCO DE DEPRESSÃO
PÓS-PARTO: INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

**WOMEN AT RISK FOR POSTPARTUM
DEPRESSION: FAMILIY NURSE
INTERVENTION**

Relatório de estágio de natureza profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo e do Professor Doutor João Lindo Simões, Professores Adjuntos da Escola Superior de Saúde de Aveiro - Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à Professora Doutora Elsa Melo, Professor Doutor João Simões, Enfermeira Maria João Bilelo e aos utentes da UCSP Vagos II que tanto contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências profissionais.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marília Rua
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Ana Galvão
Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança

Orientadora

Professora Doutora Elsa Melo
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos à Professora Doutora Elsa Melo, que me orientou na implementação deste projeto, mostrando inteira disponibilidade para qualquer dúvida e acompanhando de perto todo este processo. Também ao Professor Doutor João Simões, co-orientador deste projeto, pelo seu pragmatismo e metodicismo, especialmente importantes em situações de maior ansiedade. À Enfermeira Anabela Resende, supervisora do estágio, por ter aceite o mesmo e pelo cuidado sempre demonstrado; à Enfermeira Ana Cláudia Fernandes, coordenadora da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vagos II, local no qual decorreu o estágio e foi implementado o projeto, pelos conhecimentos transmitidos e boa disposição; e à Enfermeira Maria João Bilelo, pela contínua presença, disponibilidade, pela informação partilhada, pelos conhecimentos transmitidos, pela sua simpatia e pela excelência demonstrada na sua prática profissional. Agradeço ainda a toda a equipa profissional da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vagos II, que me acolheu de forma calorosa, facilitou e otimizou todo o meu processo de aprendizagem, destacando, entre os vários elementos, o Dr. Gafanhão, diretor da referida unidade, a Enfermeira Salomé Belinha e a Enfermeira Sílvia Neves. Agradeço ainda a todas as utentes que aceitaram participar neste projeto, pela paciência e tempo dispendido. Também a toda a minha família, pelo incentivo e coragem transmitidos durante toda esta caminhada.

Palavras-chave

Gravidez; Depressão Pós-Parto; Fatores de Risco; Enfermagem. (DeCS)

Resumo

O presente relatório reporta-se ao estágio de natureza profissional desenvolvido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Vagos II, no período compreendido entre 14 de setembro de 2015 e 15 de março de 2016.

Tem como objetivos descrever de forma sistematizada o percurso desenvolvido por mim no contexto da prática clínica do Enfermeiro de Família, fomentar a minha reflexão sobre o mesmo e apresentar o estudo empírico realizado durante o estágio, intitulado “A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Família”, desenvolvido com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher grávida, no âmbito da enfermagem de saúde familiar e de saúde mental, por parte da equipa de enfermagem da UCSP Vagos II.

Este estudo é do tipo descritivo, de cariz quantitativo. A questão norteadora do mesmo foi: “Quais as mulheres grávidas, utentes da UCSP Vagos II, em risco de desenvolver depressão pós-parto?”. A população em estudo foi constituída pelas mulheres grávidas que frequentaram a consulta de vigilância de saúde materna da UCSP Vagos II, no período compreendido entre 18 de dezembro de 2015 e 15 de março de 2016 e o método de amostragem selecionado foi o não probabilístico e de conveniência, tendo-se obtido uma amostra de 30 mulheres.

Para a concretização do presente estudo utilizou-se um questionário, constituído por quatro partes, respetivamente, caracterização sociodemográfica; caracterização da gravidez atual e de antecedentes pessoais; Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Foram consideradas em risco de desenvolvimento de depressão pós-parto as mulheres grávidas que apresentavam perceção de apoio por parte do conjugue inferior ao esperado, e/ou história psiquiátrica prévia, e/ou níveis de ansiedade significativos e/ou probabilidade de depressão.

Durante o estudo, foram cumpridos todos os procedimentos éticos exigidos pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

A análise dos dados foi realizada recorrendo a estatística descritiva, com o apoio do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences Statistics* (SPSS) *Version 21.0*.

Os resultados obtidos mostram que existe uma elevada percentagem de mulheres em risco de depressão pós-parto (53,3%) e que a maioria (68,8%) apresenta níveis de ansiedade significativos. Mostram ainda que a perceção que a mulher grávida tem de apoio insuficiente por parte do conjugue/companheiro, constituiu o critério de identificação de mulheres em risco de depressão pós-parto menos frequente entre as mesmas.

A título conclusivo, considera-se que os objetivos do estudo foram cumpridos, bem como os do relatório.

Keywords

Pregnancy; Depression, Postpartum; Risk Factors; Nursing.
(DeCS)

Abstract

This report refers to the stage of a professional nature developed in the Unit of Personalized Health Care (UCSP) Vagos II, in the period between September 14, 2015 and March 15, 2016.

It aims to describe in a systematic way the course developed by me in the context of the clinical practice of the Family Nurse, to encourage my reflection on it and to present the empirical study carried out during the internship, titled "Women at Risk for Postpartum Depression: Intervention of the Family Nurse ", developed with a view to improving the quality of care provided to pregnant women, in the scope of nursing family health and mental health, by the nursing team of UCSP Vagos II. This is a descriptive, quantitative study. The guiding question was: "Which pregnant women, users of UCSP Vagos II, are at risk of developing postpartum depression?". The study population consisted of pregnant women who attended the maternal health surveillance visit of the Vagos II UCSP in the period between December 18, 2015 and March 15, 2016, and the sampling method was non-probabilistic and Convenience, with a sample of 30 women.

For the accomplishment of the present study a questionnaire was used, consisting of four parts, respectively, sociodemographic characterization; Characterization of current pregnancy and personal history; Spielberger State Anxiety Trait Inventory and Edinburgh Postpartum Depression Scale. Pregnant women with lower than expected spouse support perception and / or previous psychiatric history, and / or significant anxiety levels and / or likelihood of depression were considered to be at risk of developing postpartum depression.

During the study, all the ethical procedures required by the Ethics Committee of the Regional Health Administration of the Center were complied with.

Data analysis was performed using descriptive statistics, with the support of the Statistical Package for Social Sciences Statistics (SPSS) Version 21.0.

The results show that there is a high percentage of women at risk of postpartum depression (53.3%) and that the majority (68.8%) have significant anxiety levels. They also show that the perception that the pregnant woman has insufficient support from the spouse / partner, was the criterion for identifying women at risk of postpartum depression less frequent among them.

By way of conclusion, it is considered that the objectives of the study have been fulfilled, as well as those of the report.

Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BPP – Blues Pós-Parto

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Diabetes *mellitus*

DPP – Depressão Pós-Parto

DSM V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
V

EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences Statistics*

STAI – Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de
Spielberger

STAI Y1 – Escala de Ansiedade-Estado

STAI Y2 – Escala de Ansiedade-Traço

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	16
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	18
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO.....	22
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	38
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	40
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	42
2.1. Conceito de Depressão Pós-Parto	42
2.2. Fatores de Risco para a DPP	34
2.3. Intervenção do Enfermeiro de Família na Prevenção da DPP.....	35
3. METODOLOGIA.....	39
3.1. Tipo de estudo	39
3.2. Questão de investigação e objetivos do estudo	39
3.3. População e amostra	40
3.4. Procedimento de colheita de dados.....	40
3.5. Descrição da intervenção.....	47
3.6. Procedimentos éticos.....	48
3.7. Análise de dados	48
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	49
4.1. Caracterização sociodemográfica das participantes	49
4.2. Caracterização da gravidez e antecedentes pessoais das participantes	50
4.3. Caracterização da avaliação da ansiedade e depressão das participantes	53
4.4. Caracterização das mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto.....	53
5. DISCUSSÃO	57
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	64
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS E APÊNDICES	78

Anexo I - Critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Major, de acordo com a DSM V (2013)	80
Anexo II - Autorização do Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro para realização do estudo	82
Anexo III – Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para realização do estudo	84
Apêndice I – Instrumento de recolha de dados	86
Apêndice II - Autorização do Coordenador da UCSP Vagos II para realização do estudo	98
Apêndice III – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	100
Apêndice IV - Ação de sensibilização intitulada “A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Família”	102

Lista de Tabelas

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas em estudo e respetivos indicadores

Tabela 2: Variáveis e indicadores relativos à caracterização clínica da gravidez atual e antecedentes pessoais

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica das participantes (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Tabela 4: Caracterização clínica da gravidez e antecedentes pessoais das participantes (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Tabela 5: Caracterização da avaliação da ansiedade e depressão das participantes (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Tabela 6: Dados relativos à história psiquiátrica prévia e perceção de apoio esperado por parte da mulher, relativamente ao conjuge / companheiro, durante a gravidez (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Tabela 7: Percentagem de mulheres com níveis de ansiedade significativos (ansiedade-estado e ansiedade-traço) e probabilidade de depressão (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Lista de Figuras

Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na UCSP Vagos II em 2015 (UCSP Vagos II, 2015)

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, têm origem na reforma do sistema de saúde e da assistência, delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, que consistiu na integração progressiva de postos clínicos da previdência no Sistema Nacional de Saúde (Miguel & Sá, 2010).

Posteriormente, em 1978, a conferência de Alma Ata vem estabelecer que os CSP são a chave para a melhoria das condições sociais e económicas das populações e que os governos são responsáveis pela promoção e proteção da saúde dessas populações (Organização Mundial de Saúde, 1978). Desde então, várias e profundas têm sido as reformas na prestação de CSP, sendo que a última se encontra ainda em curso (Biscaia, 2006).

De acordo com Pisco (2007), a face mais visível desta última reforma parte da Missão para os CSP. Esta dá início à condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF's) (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro).

As USF's emergem como contexto direcionador da prática de cuidados para o sistema familiar (Figueiredo, 2009), tendo por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio-familiares dos utentes (Pisco, 2007).

A conceção da enfermagem, desde a definição das metas de saúde para o século XXI, está ancorada no cuidado e no trabalho com as famílias, tendo sido com a Declaração de Munique (Organização Mundial de Saúde, 2000) que a figura do “Enfermeiro de Família” ganhou maior relevância (Monteiro, 2009).

A atuação do Enfermeiro de Família, dada a sua especificidade e alvo de intervenção, assume um carácter privilegiado em contexto de CSP, já que o enquadramento legislativo atual dos mesmos incorpora um modelo de intervenção direcionado para os cuidados de proximidade, acessibilidade, pró-atividade para com os grupos mais vulneráveis, prioridade à proteção e promoção da saúde, intervenções multidisciplinares e intersectoriais e garantia da qualidade e envolvimento do cidadão, efetivados pelas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP's) e USF's (Nunes et al., 2012).

Atualmente, em Portugal, a Enfermagem de Saúde Familiar é entendida como um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Centra-se na interação entre o enfermeiro e a família, o que implica o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico, que tem por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando todos os seus elementos a serem proativos no seu processo de saúde (Sousa,

2014). Concebe a família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família e integra uma filosofia de cuidados colaborativos, visando apoiar a família na procura de soluções para os problemas identificados e englobando-a no planeamento e execução das intervenções (Figueiredo, 2009).

A família, enquanto grupo identitário, “constitui-se como fator de adversidade ou de proteção, relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento” (Figueiredo, 2009, p. 31), influenciando e sendo influenciada por cada um dos seus elementos.

De acordo com o decreto-lei nº 118/2014 (p. 4070), o Enfermeiro de Família é “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”. Atua enquanto *pivot* no seio de uma equipa multiprofissional, constituindo uma “entidade co-responsável pelo contínuo de cuidados, desde a conceção até à morte e nos acontecimentos de vida críticos, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida” (Nunes et al., 2012, p.2) e dá enfoque às relações e interações, sendo a mudança a finalidade da intervenção, numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interacionais, funcionais e estruturais do sistema familiar (Figueiredo, 2009).

Assim sendo, o Enfermeiro de Família constitui o profissional de referência e suporte qualificado que, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, responde às necessidades da família no exercício das funções familiares, nomeadamente no que toca à identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na dinâmica familiar e ao reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde (Nunes et al., 2012). Atua como parceiro na gestão da saúde da família, organizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia; como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde; e como mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família (Monteiro, 2009).

No sentido de se aprofundarem conhecimentos do foro da Enfermagem de Saúde Familiar e no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, pertencente ao primeiro semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, foi efetuado um estágio, numa UCSP¹, cuja experiência de aprendizagem se explana neste relatório.

O presente documento pretende assim descrever de forma sistematizada o percurso desenvolvido, dando ênfase à análise e reflexão acerca da aquisição de competências no contexto da prática clínica do Enfermeiro de Família. Pretende também a apresentação do

¹ O estágio de natureza profissional estava programado para ser desenvolvido na USF Senhora de Vagos. No entanto, a unidade não tinha condições para suportar mais um estagiário, pelo que foi encaminhada para a UCSP Vagos II.

estudo empírico realizado em contexto de estágio, intitulado “A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Família”, desenvolvido com vista à melhoria dos cuidados prestados às utentes grávidas da UCSP Vagos II, no âmbito da enfermagem de saúde familiar e de saúde mental, durante a consulta de vigilância de saúde materna.

Este documento divide-se em três partes fundamentais: Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências, que inclui a contextualização do estágio clínico de natureza profissional realizado, bem como uma reflexão relativa às competências desenvolvidas a partir do mesmo; Estudo Empírico, que envolve a apresentação, de forma estruturada, do estudo realizado no contexto da prática clínica, encontrando-se organizado em seis subcapítulos, referentes à contextualização do estudo, enquadramento teórico, metodologia, apresentação de resultados, discussão e conclusões do estudo; e, por fim, uma Síntese Conclusiva do Relatório, que visa um resumo relativo às principais aprendizagens realizadas e às dificuldades percecionadas e uma breve reflexão relativa às implicações do estágio clínico de natureza profissional para a minha prática profissional.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O presente relatório refere-se ao estágio, de 480 horas, desenvolvido na UCSP Vagos II, durante o período compreendido entre 14 de setembro de 2015 e 15 de março de 2016, sob supervisão da Enfermeira Anabela Resende (Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública), tutoria da Enfermeira Maria João Bilelo (Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) e orientação da Professora Doutora Elsa Melo.

A UCSP Vagos II insere-se no distrito de Aveiro, concelho de Vagos. Pertence ao Centro de Saúde de Vagos, à semelhança da Unidade de Saúde Familiar Senhora de Vagos, Unidade de Cuidados Continuados de Vagos e Unidade de Saúde Pública de Vagos (UCSP Vagos II, 2015).

O Município de Vagos abrange uma área geográfica de 164,9km² e tem como limites territoriais, a Norte, os concelhos de Ílhavo e Aveiro; a Sul, os concelhos de Mira e Cantanhede; a Este, o concelho de Cantanhede e Oliveira do Bairro e a Oeste, o oceano Atlântico, possuindo costa marítima que se estende por 7Km (Câmara Municipal de Vagos, 2010). É composto por oito freguesias: Gafanha da Boa Hora, Calvão, Covão do Lobo-Fonte de Angeão, Ouca, Ponte de Vagos-Santa Catarina, Sosa, Santo António de Vagos-Vagos e Santo André (Câmara Municipal de Vagos, 2010) e, de acordo com os Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011) apresenta uma população residente de 22.851 indivíduos.

A UCSP Vagos II, que depende orgânica e funcionalmente da Administração Regional de Saúde do Centro e pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Vouga, tem a sua área de influência nas freguesias de Ponte de Vagos-Santa Catarina, Calvão, Covão do Lobo-Fonte de Angeão e Ouca (UCSP Vagos II, 2015). Dá resposta a 8818 utentes, sendo a maioria adultos, entre os 20 e os 64 anos, como se pode verificar através da pirâmide etária representada na Figura 1 (UCSP Vagos II, 2015).

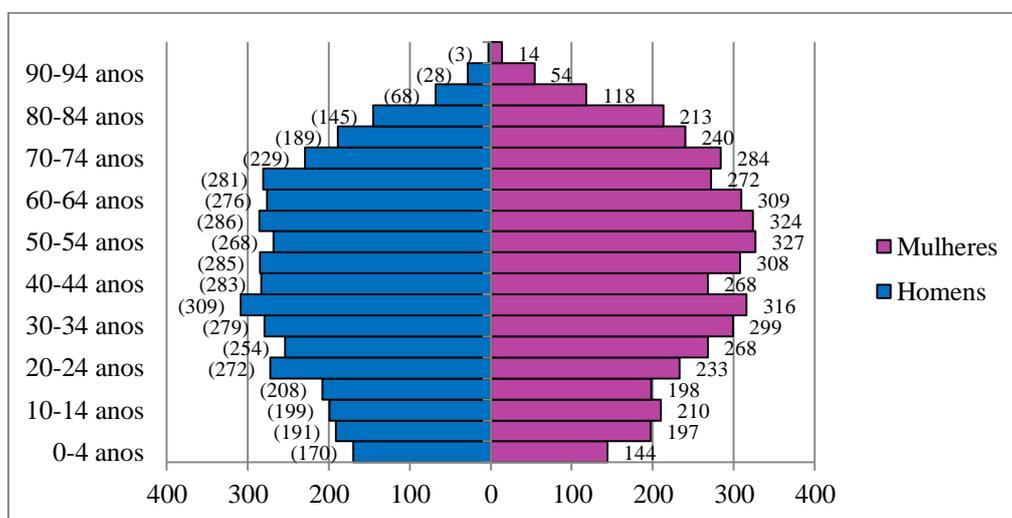


Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na UCSP Vagos II em 2015 (UCSP Vagos II, 2015)

Entre os 8818 utentes da UCSP Vagos II destaca-se que, em termos de situação de saúde, no ano de 2015, 1890 mulheres encontravam-se em idade fértil, 55 estiveram grávidas, 655 tinham diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo I ou tipo II e 1830 tinham diagnóstico de hipertensão arterial (UCSP Vagos II, 2015).

Em virtude de elevada percentagem dos utentes inscritos por cada médico (sendo nesta inscrição privilegiada a estrutura familiar), consistirem em população idosa, sem meios de transporte para a sua deslocação, e em virtude da falta de capacidade da estrutura física de um único edifício, a UCSP Vagos II mantém em funcionamento, além da sede em Ponte de Vagos-Santa Catarina, dois outros pólos: o pólo de Ouca e o pólo de Covão do Lobo-Fonte de Angeão (tendo o presente estágio decorrido essencialmente em Ponte de Vagos-Santa Catarina e Covão do Lobo-Fonte de Angeão).

A sede encontra-se em funcionamento de segunda a sexta-feira, em horário ininterrupto, entre as 08h e as 20h. Nos pólos de Ouca e Covão do Lobo-Fonte de Angeão existe uma adaptação do horário, em virtude dos profissionais de saúde terem de ajudar a responder à necessidade de manter aberta a sede 12h por dia (UCSP Vagos II, 2015).

A sede disponibiliza consultas de medicina geral e familiar, consultas médicas e de enfermagem de vigilância no âmbito dos programas nacionais de saúde infantil e juvenil, de saúde reprodutiva, de saúde materna, de saúde do idoso e programa nacional para as doenças oncológicas. Disponibiliza ainda a consulta de doenças agudas, consulta de doenças crónicas (nomeadamente de hipertensão arterial e de diabetes *mellitus*), consultas médicas e de enfermagem ao domicílio, vacinação e tratamentos. As consultas dos programas de vigilância encontram-se concentradas em Ponte de Vagos-Santa Catarina, sendo que as consultas de clínica geral funcionam em todos os pólos, bem como os tratamentos e vacinação. A consulta de intersubstituição funciona também em Ponte de Vagos-Santa Catarina, todos os dias, das 8h às 9h, das 13h às 14h e das 17h às 20h, destinando-se a todos os utentes com doença aguda, que não tenham tido possibilidade de aceder à consulta do seu médico de família, devido à sua ausência ou por pontualmente haver sobrecarga de atendimento.

A UCSP Vagos II dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por 5 médicos, 5 enfermeiras (entre as quais uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), 5 assistentes técnicos e 3 assistentes operacionais. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos a quem presta cuidados e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, para melhorar o bem estar e a qualidade de vida de todos (UCSP Vagos II, 2015). Para tal, tem definidos como objetivos (UCSP Vagos II, 2015):

- Assegurar uma maior eficácia e eficiência dos CSP;
- Alcançar um bom grau de satisfação dos utentes;
- Aumentar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde;
- Promover a personalização da prestação dos cuidados de saúde.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional e considerando o contexto de prestação de cuidados, foram definidos os seguintes objetivos de aprendizagem:

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Promoção da literacia em saúde e no auto-cuidado;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Concretizar um estudo empírico e elaborar o presente relatório de estágio.

Com vista ao cumprimento dos referidos objetivos, pretendeu-se que fossem desenvolvidas as seguintes competências (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2015):

- Reconhecimento da complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe conferem uma organização específica;
- Conceção da família enquanto unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- Desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões da estrutura, do desenvolvimento e do funcionamento;
- Reconhecer situações de especial complexidade, formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Avaliação de intervenções, de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

Assim sendo, segue-se a este capítulo uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências referidas.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO

Este capítulo é referente ao percurso formativo desenvolvido no âmbito do estágio de natureza profissional que foi realizado e prevê a reflexão sobre as várias competências desenvolvidas. Através deste pretendo assim documentar parte da minha aprendizagem, evidenciando os processos de autorreflexão subjacentes à mesma.

Segundo Alarcão (2001), a dimensão reflexiva apoia todo o processo de formação e desenvolvimento profissional, numa ligação entre o pensamento e a ação. Consiste num importante meio de desenvolvimento da capacidade de auto-análise, de meta-cognição e de meta-comunicação, que visa criar laços de análise da prática (Fernandes, Alves, & Arantes, 2004), conduzindo à construção ativa do conhecimento (Alarcão, 2001). Assim sendo, torna-se imprescindível uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências em contexto de estágio, bem como a exploração dos significados atribuídos às mesmas.

Apesar de todas estas se interligarem de forma significativa, começo por me debruçar sobre a primeira unidade de competência a desenvolver com este estágio, que se prende com o **reconhecimento da complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização.**

Neste sentido, opto por refletir sobre o conceito de família, à luz do pensamento sistémico. De acordo com este, a família constitui uma “unidade social ou todo colectivo, composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerado como um sistema, que é maior do que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010, p. 115).

No contexto deste estágio de natureza profissional tive a oportunidade de contactar com diferentes famílias, com estruturas variadas, mecanismos de organização diversificados em diferentes fases do ciclo vital. Através desta interação pude compreender que o comportamento de cada um dos membros da família é indissociável do comportamento dos restantes e aquilo que lhe acontece afeta a família no seu conjunto (tanto ao nível dos indivíduos como das relações do sistema) (Alarcão, 2006), o que esclarece o conceito de globalidade.

A título de exemplo, destaco a vivência familiar da situação de uma utente com esquizofrenia, que sofreu vários episódios de agudização da doença. Em virtude da minha atividade profissional decorrer no serviço de internamento de agudos de Psiquiatria da área de residência da utente, já a conhecia. Em contexto de internamento, pude constatar os sentimentos de tristeza da família, pela presença da doença; a culpa, por não terem tomado medidas atempadamente e terem permitido que a situação da utente chegasse até onde chegou, segundo referiam; e também a ansiedade, perante a incerteza do futuro da utente.

Estes pais acompanhavam a utente a cada consulta ou visita ao hospital. Reencontrá-los, durante o estágio clínico, numa fase em que a doença se encontrava compensada,

permitiu-me conhecer uma família totalmente diferente, no âmbito da sua dimensão funcional. Assim sendo, num contexto comunitário, mostraram uma comunicação familiar otimizada, reveladora da existência de medidas de coping familiar produtivas; uma faceta que em circunstância de doença aguda não tinha sido possível identificar e que me permitiu compreender e refletir acerca da importância do conhecimento dos vários contextos para a avaliação e intervenção familiar, sustentada nas forças da família e dos seus membros, individualmente.

Também as propriedades de equifinalidade e auto-organização das famílias foram exploradas e bem reconhecidas com este estágio clínico. Em relação a esta questão destaco, a título de exemplo, a situação referente a uma mulher grávida do primeiro filho, de 43 anos de idade, casada com um homem de 63 anos. Esta tomou conhecimento da gravidez apenas aos 5 meses de gestação, não tendo até então valorizado a ausência de período menstrual, pois julgava ser uma menopausa precoce. Dois anos antes este casal tinha efetuado várias tentativas para engravidar, recorrendo inclusivamente a fertilização *in vitro*, sem sucesso. Apesar de já não esperarem pela notícia da gravidez, o casal recebeu-a, segundo me foi transmitido, com alegria e felicidade. Pouco tempo depois, tomam conhecimento de que o feto apresentava uma alteração genética – trissomia 21, com implicações no desenvolvimento futuro da criança. Apesar deste diagnóstico inesperado e dramático, o aborto não foi, em momento algum, considerado; tendo o casal reagido com uma naturalidade, força e vigor, admiráveis, demonstrando uma enorme capacidade de reformulação de expectativas. Assim sendo, cada família é, definitivamente, “una e única” (Relvas, 1996, p. 11) devendo ser compreendida como um sistema aberto, sujeito a influências externas e a forças internas (Figueiredo, 2013) perante as quais se organizam e tomam decisões.

A segunda unidade de competência desenvolvida com o estágio de natureza profissional realizado relaciona-se com a **conceção da família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.**

Em relação a esta, importa fazer uma pequena reflexão acerca do ciclo vital da família. De acordo com Relvas (1996), este consiste numa sequência previsível de transformações da organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas. O ciclo vital da família concretiza-se assim no caminho que a família (nuclear, particularmente) percorre, desde o nascimento até à morte (Relvas, 1996) e divide-se em etapas distintas, que variam consoante os autores. Ao longo do estágio clínico tive a oportunidade de contactar com famílias nas diferentes fases do seu ciclo vital, desenhando as minhas intervenções em articulação com as mesmas, com o objetivo de facilitar o processo de adaptação do equilíbrio por parte da família (Figueiredo, 2013). Para tal, senti que foi importante compreender que os maiores níveis de stress se encontram nos pontos de transição de uma fase para a outra e que devem ser acautelados os riscos de normalização e espartilhamento da realidade familiar (que poderá acontecer se a conceitualização do ciclo vital da família for aplicada numa perspetiva simplista e linear, que desconsidere a individualidade de cada família) (Relvas, 1996).

A terceira unidade de competência trabalhada consistiu no **desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo**. Relativamente a esta saliente, das múltiplas experiências que tive, o contexto da consulta de saúde infanto-juvenil. Considerando que dificilmente a criança comparece à consulta de Saúde Infantil e Juvenil sem um acompanhante, normalmente o pai ou a mãe, este constitui um ótimo momento para a avaliação das relações interpessoais, das dinâmicas e das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que a criança/jovem pertence. Este tipo de contato tornou-se assim fulcral para a compreensão do comportamento dos vários elementos da família e o desenvolvimento e formulação, da minha parte, de intervenções e planos de atuação eficazes e contextualizados, que interagissem com as finalidades próprias da família da criança/jovem (Relvas, 1996). No entanto, esta atividade nem sempre foi simples. Destaco, em relação à saúde infantil, o tema da diversificação alimentar. Sendo que as opiniões e as recomendações por parte dos diferentes profissionais de saúde são muito variadas, apesar de, dentro da unidade de saúde em questão, existir grande consonância relativamente ao tema, foi por vezes um desafio para mim adaptar os meus conhecimentos aos conhecimentos, crenças e desejos dos pais do bebé. Neste sentido, compreendi que há que reconhecer e respeitar a competência da família para tomar decisões e gerir o seu modo de vida, dando-se ênfase às suas opiniões e ideias e articulando as mesmas com as orientações dos enfermeiros, desenvolvendo desta forma a parceria no processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e capacitando os pais para promoverem o crescimento e desenvolvimento da criança.

Ainda em relação ao desenvolvimento desta terceira unidade de competência queria destacar que realizei o estudo de uma família, tendo por base o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e respetiva matriz, nas suas três dimensões – estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2013). A partir deste interaji com a família em estudo através de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, que me permitiu avaliar a família, visando a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, formulação de prognósticos, formulação de objetivos e planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

A quarta unidade de competência em desenvolvimento centra-se na **avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões da estrutura, do desenvolvimento e do funcionamento**.

Em relação a esta competência destaco a importância da visita domiciliária, que consiste num ótimo instrumento de proximidade aos utentes de uma unidade de saúde, permitindo a prestação de cuidados no local de habitação do utente/família e no seu ambiente de vida, revelando-se o melhor meio de conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural, bem como as suas redes de apoio (Rice, 2004)

Durante esta experiência tive a oportunidade de realizar algumas visitas domiciliárias, cada uma delas única e enriquecedora. De todas, destaco a visita a uma família (subsistema

conjugal) cuja mulher já tinha atendido em consulta de Diabetes, bem como o seu cônjuge, em momentos distintos. Construí, naturalmente, uma imagem mental desta família, através da avaliação individual dos membros da mesma. A dada altura fiz, em colaboração com a minha tutora e o médico, uma visita domiciliária a esta família. Afinal não viviam só os dois, a família integrava o sogro da utente, o qual era totalmente dependente nas atividades de vida diária. Ao conhecer o contexto de vida diária deste casal (re)avaliei de forma diferente as várias dimensões desta família (estrutura, desenvolvimento e funcionamento). Pude ir além da avaliação individual dos membros da família para me centrar de forma muito mais consistente no funcionamento da unidade familiar. Conheci um lado deste casal que não tinha conhecido em contexto de consulta: o lado do prestador de cuidados. Compreendi as preocupações da família relacionadas com o estado de saúde da pessoa dependente, as dúvidas, crenças, dramas e dificuldades, que em contexto domiciliar foram expostos de modo destemido, levando à identificação de pontos fortes e de limitações da família (Ordem dos Enfermeiros, 2010), e à consequente definição de algumas estratégias para controlo de determinados sintomas. Pude, deste modo, desenvolver uma visão holística da família em questão “potenciando melhores estratégias para que se mudem padrões de comportamento e se promova uma melhor qualidade de vida” (Abreu, 2012, p.1), favorecendo-se assim uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das forças da família, os seus recursos e as suas competências (Figueiredo, 2013). Em conclusão, através desta e de outras visitas domiciliárias, pude compreender que o sucesso do cuidado domiciliar está em olhar para o indivíduo e sua família no seu contexto, considerando o seu meio social, as suas inserções, o seu local de residência, que é muito mais que um espaço e inclui os seus hábitos, relações e qualquer outra coisa ou situação que faça parte do seu existir e estar no mundo (Lacerda, 2010). Pude ainda compreender que esta perspetiva permite uma avaliação muito mais completa em termos de estrutura, desenvolvimento e funcionamento da unidade familiar.

As outras duas unidades de competência que se perspectivava desenvolver com este estágio de natureza profissional foram relativas ao **reconhecimento de situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar e à realização e avaliação de intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.**

Neste âmbito e pela dificuldade em expor todas as situações vivenciadas opto por refletir sobre a vivência do diagnóstico inaugural de uma doença crónica no sistema familiar.

Considerando que o aparecimento de doenças crónicas e o envelhecimento são processos que normalmente cursam em simultâneo (Pinto & Botelho, 2007) e considerando que o subsistema conjugal constitui o subsistema central das famílias na 5ª etapa do Ciclo Vital da Família (Relvas, 1996) – uma vez que a permanência conjunta e isolada do casal se torna frequente (Hanson, 2005; Alarcão, 2006) –, considero fulcral compreender a vivência conjugal neste tipo de transição, por forma a fomentar-se a resiliência familiar (Cunha, 2013).

Para tal, reporto-me à experiência que tive com um casal de idosos, que vivia só, com aproximadamente 80 anos de idade, independentes nas atividades de vida diária, sem filhos a

viver nas proximidades e sem qualquer outro suporte social formal, nos primeiros meses após o diagnóstico de Diabetes *mellitus* (DM) tipo II à pessoa do sexo masculino.

O diagnóstico inaugural de uma doença crónica, como a DM, consiste num acontecimento não normativo, que vulgarmente conduz a uma transição do tipo saúde-doença, de acordo com a Teoria das Transições de Meleis (Meleis, 2010). Neste sentido, quer os doentes, quer as suas famílias necessitam de se ajustar, de forma positiva, às novas circunstâncias de vida, adaptando-se a uma doença que não é passível de esquecimento, na medida em que exige a integração do seu controlo nas atividades de vida diária (Cunha, 2013). Numa perspetiva bioecológica, esta integração só será possível em colaboração com o sistema familiar.

Neste caso em particular, essa colaboração foi sem dúvida fulcral. Numa fase inicial notou-se uma clara desvalorização, por parte do doente, da sua situação clínica e da importância do tratamento. Assim sendo, após o insucesso das medidas de primeira linha, designadamente o ensino e incentivo para estilos de vida saudáveis e cumprimento do regime medicamentoso com antidiabéticos orais, para controlo da glicemia, foram reformuladas as estratégias propostas e acordado, com o casal, a introdução de insulino-terapia. A ansiedade, o medo, mas também a partilha e a co-responsabilização manifestada pelo casal tornaram esta, sem dúvida, uma experiência especial. A esposa acompanhou o marido em todas as consultas, colocando dúvidas de forma interessada e funcionando como elemento determinante na adoção de estilos de vida mais saudáveis. Passou a confeccionar as refeições de acordo com as orientações da equipa de saúde, responsabilizava-se pelo registo dos valores da glicemia capilar monitorizados no domicílio e ligava para a unidade de saúde colocando dúvidas à equipa de enfermagem. Constatei, da parte da equipa de enfermagem, uma intervenção estruturada nas várias fases do processo de transição, enfatizando as interações para que o casal pudesse, em conjunto, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde (Hennessy & Gladin, 2006), através de respostas afetivas e cognitivas e demonstrando compreensão para a incorporação nos cuidados das práticas curativas tradicionais da família (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Verificou-se assim um cuidado colaborativo, promotor da participação da família e maximizador do seu potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010), que permitiu a capacitação da família face às exigências decorrentes do processo de transição (Figueiredo, 2009).

Após alguns meses, este casal estava perfeitamente adaptado à nova situação e plenamente comprometido com o seu plano de saúde. Verificou-se um crescente envolvimento do doente com a sua própria patologia, o que permitiu confirmar que os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros (Figueiredo, 2009).

Interligando todas as competências mencionadas importa ainda fazer referência ao estudo empírico desenvolvido durante o período de estágio, já que foi com o desenvolvimento deste que tive, pela primeira vez, contacto com um processo de investigação.

Assim sendo, através deste percebi que a investigação é fundamental para a excelência da enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Exige do investigador um espírito e pensamento críticos, associado à adoção de uma filosofia de aprendizagem que reitera a importância da humildade, como uma das principais características do investigador (Martins, 2008). Consiste num processo exigente e rigoroso, que implica persistência e dedicação, fundamental para a adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades do cidadão e melhoria dos resultados em saúde (Martins, 2008), permitindo uma prática baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Deste modo, o desenvolvimento deste estudo consistiu num importante momento de desenvolvimento pessoal e profissional.

Em síntese, sinto que, apesar das dificuldades que se prenderam, sobretudo, com a distância do local de estágio em relação ao meu local de residência e de trabalho e com o facto da minha experiência profissional se restringir ao contexto hospitalar, este estágio foi extremamente enriquecedor, permitindo-me uma visão integrada do cuidado holístico ao indivíduo e família e o reconhecimento da importância do contexto familiar, social e de suporte na avaliação e intervenção em saúde familiar. Considero que atingi os objetivos propostos e desenvolvi as competências preconizadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A depressão é a mais comum das alterações do humor que podem ocorrer durante o período peri-natal (período desde a concepção até ao fim do primeiro ano pós-parto) (Brockington, 2004), sendo que, segundo Cepêda, Brito, & Heitor (2006), cerca de 10% das mulheres tem depressão durante a gravidez e esta perturbação tem uma alta probabilidade de persistir após o parto, caso não seja prontamente diagnosticada e tratada.

Nos primeiros 12 meses após o parto estima-se uma prevalência de depressão ainda mais elevada, atingindo entre 12% a 16% das mães, sendo este, portanto, o período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do humor em todo o ciclo vital da mulher (Cepêda, Brito, & Heitor, 2006).

A Depressão Pós-Parto (DPP), que na grande maioria das mulheres se manifesta nas primeiras 12 semanas após o parto (Dennis & Dowswell, 2013), afeta a qualidade de vida das puérperas, podendo comprometer o desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico do bebé e de toda a unidade sócio-familiar (Lintner & Gray, 2006), pelo que é fundamental detetar as situações de risco o mais precocemente possível, visando o diagnóstico e tratamento atempado (Cepêda, Brito, & Heitor, 2006).

Devido à sua elevada prevalência e impacto negativo na puérpera e família, é de grande interesse que seja dada uma maior atenção à problemática em questão.

Considerando que no período pré-natal as mulheres contactam frequentemente com os cuidados de saúde, nomeadamente com o Enfermeiro de Família, existem muitas oportunidades para a identificação da presença dos principais fatores de risco para a DPP e para a prevenção da instalação da mesma (Stewart, Robertson, Dennis, Grace, & Wallington, 2003). Apesar disso, esta é ainda uma doença frequentemente subvalorizada pelos profissionais de saúde, contrariamente ao que acontece com outras patologias associadas à gravidez, como a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial, que são alvo de despiste ao longo de toda a gestação (Tavares & Botelho, 2009).

No sentido de se explorar esta temática foi realizado um estudo empírico, durante o período de estágio, intitulado “A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Família”, cuja questão de investigação norteadora foi: “Quais as mulheres grávidas, utentes da UCSP Vagos II, em risco de Depressão Pós-Parto?”. Os objetivos do mesmo consistiram em identificar as mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de DPP, caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres em estudo e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação do risco de desenvolvimento de DPP.

O referido estudo é explanado no presente capítulo, que se divide em cinco partes principais: o enquadramento teórico, no qual se efetua a exploração da temática através da revisão da literatura; a metodologia, onde se descreve, de forma detalhada, o modo como o estudo foi realizado; a apresentação e análise dos resultados, decorrentes do processo de colheita de dados; a discussão dos resultados, em que se efetua o confronto entre os resultados obtidos no presente estudo com outros estudos e, finalmente, as conclusões.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o enquadramento teórico pretende-se expor a informação obtida através da consulta bibliográfica que se julgou relevante para a compreensão da temática em análise e ajudar a responder cientificamente à questão norteadora do estudo.

Assim sendo, o presente subcapítulo visa a abordagem de três temas em específico, diretamente relacionados com o estudo a apresentar, sendo estes: Conceito de Depressão Pós-Parto (DPP), Fatores de Risco para a DPP e Intervenção do Enfermeiro de Família na Prevenção da DPP.

2.1. Conceito de Depressão Pós-Parto

A maternidade consiste numa experiência única, que envolve adaptações fisiológicas significativas a nível físico, psíquico, social e emocional, com diferentes implicações no bem-estar materno (Alderdice, McNeill, & Lynn, 2013). Exige a aprendizagem de novas tarefas e papéis e a aquisição de saberes e competências associados ao cuidado da criança, que podem trazer grande ambivalência de emoções (Cantwell & Cox, 2006). Deste modo, o período pós-parto constitui um tempo de ajustamento psicológico e de adaptação, no qual ocorrem variações hormonais significativas (Raynor, 2006), que tornam a mulher particularmente vulnerável a alterações do humor (Munk-Olsen, Laursen, Pederson, Mors, & Mortensen, 2006). Entre estas distinguem-se o Blues Pós-Parto (BPP) e a DPP (Macedo & Pereira, 2014).

O BPP consiste numa condição transitória, experimentada por cerca de 40 a 60% das mulheres, que ocorre normalmente entre o 3º e o 5º dia após o parto (Cepêda, Brito, & Heitor, 2006). É considerada uma reação normal, comum e passageira, que se deve às alterações hormonais e ao nível de stress que os primeiros tempos de vida do bebé trazem consigo (Lee & Chung, 2007). Caracteriza-se por choro fácil (não necessariamente acompanhado por sentimentos de depressão ou tristeza) e labilidade emocional, sendo que algumas mulheres experienciam alegria e disforia ao mesmo tempo ou alternam rapidamente ao longo do dia (Henshaw, 2003). O BPP não constitui uma condição psicopatológica, já que não altera a capacidade da mulher funcionar adequadamente, não requer tratamento profissional e o apoio sócio-familiar costuma ser suficiente para acelerar a sua resolução (Hanley, 2009), distinguindo-se da DPP precisamente devido a este aspeto.

Em relação à DPP, apesar dos dados estatísticos serem alarmantes, não existe um diagnóstico diferencial. Esta constitui, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (DSM V, 2013) um tipo de Transtorno Depressivo Major com o especificador “com início no peri-parto”. Este pode ser aplicado se o início dos sintomas ocorrer durante a gravidez ou nas 4 semanas seguintes ao parto, o que não se encontra em concordância com a maioria dos autores, por exemplo O'Hara & McCabe (2013), que estendem esse período até aos 12 meses pós-parto.

No que se refere ao padrão da sintomatologia da DPP é importante salientar que, apesar de se considerar que esta tem uma apresentação clinicamente similar a outros episódios depressivos major (critérios diagnósticos de depressão major, segundo a DSM V, no anexo I) desvaloriza-se, na DPP, a intensidade do humor deprimido, que não é necessariamente o mais importante sintoma, e destaca-se a exacerbação da ansiedade (Beck & Indman, 2005).

Hendrick, Altshuler, Strouse, & Grosser (2000) constataram que as mulheres com DPP apresentavam com maior frequência características ansiosas do que as deprimidas noutros períodos das suas vidas e que este sintoma se apresenta, portanto, como central na DPP. Ross, Evans, Sellers, & Romach (2003) concluíram que cerca de 50% das mulheres com DPP apresentam ansiedade elevada. Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh (2003) verificaram que a avaliação da ansiedade e não apenas da depressão aumentava até 100% as taxas de deteção de casos com necessidade de tratamento psiquiátrico para a DPP e Dion (2002) refere-se à ansiedade “como uma das mais terríveis facetas da depressão perinatal”. Outra particularidade associada à DPP prende-se com o facto de que, apesar das flutuações do humor e do stress associado à gravidez e pós-parto, o comportamento suicidário no período perinatal é um fenómeno relativamente raro no mundo inteiro, o que sugere que a maternidade constitui um fator de proteção para o risco de suicídio (Paris, Bolton, & Weinberg, 2009).

Para além dessas particularidades, a situação específica de se ser mãe influencia, naturalmente e em larga escala, o conteúdo das cognições depressivas e o modo como os diversos sintomas se manifestam, destacando-se assim os pensamentos obsessivos egodistónicos relacionados com fazer mal ao bebé, sentimentos de culpa por não se sentirem mães suficientemente boas, preocupações irracionais acerca do bem-estar e desenvolvimento do bebé e incapacidade para sentirem proximidade e interesse pelo bebé (Riecher-Rossler & Rohde, 2005).

Assim sendo, a interação mãe-bebé pode ficar comprometida (Cepêda, Brito, & Heitor, 2006). De acordo com Field (2011), mães com DPP fornecem menos *feedback* positivo ao bebé e respondem menos às suas necessidades, mostrando-se menos sensitivas, menos empáticas quando brincam, menos ativas, menos estimuladoras, menos afetuosas e mais ansiosas. De acordo com Stanley, Murray, & Stein (2004) estas mães são também mais inseguras, irritáveis e intrusivas. Estes comportamentos afetam a qualidade da vinculação da díade mãe-bebé (Edhborg, Lundh, Seimyr, & Widström, 2001), que se afirma pela sua extrema importância, na medida em que influencia o desenvolvimento cerebral do bebé, contribuindo para modular as suas emoções, o pensamento, a sua aprendizagem e o seu comportamento (Cepêda, Brito, & Heitor, 2006). Não obstante, a qualidade desta relação influencia também o desenvolvimento da criança a longo prazo. Hay, Pawlby, Waters, & Sharp (2008) constataram que o risco de adolescentes de 11 anos de idade sofrerem uma perturbação psiquiátrica (emocional e/ou comportamental) era 4 vezes superior em filhos de mulheres com DPP aos 3 meses de período pós-parto.

A relação conjugal é também frequentemente afetada em situações de DPP e o risco do companheiro vir a desenvolver depressão também aumenta. Goodman (2004) verificou que a

incidência de depressão paterna variava entre 1 e 26% em amostras comunitárias e entre os 24 e os 50% nos parceiros de mulheres com DPP, sendo a depressão materna o maior preditor de depressão paterna durante o período pós-parto.

De notar que, uma vez que o nascimento e a situação específica de se ser mãe traz consigo profundas alterações fisiológicas, nomeadamente em termos hormonais, humor, apetite, energia e padrão sono-repouso, poder-se-á tornar difícil a distinção entre os sintomas depressivos e os sintomas físicos normais da gravidez e de cuidar de um bebé (O'Hara & McCabe, 2013), atrasando o diagnóstico. Para além disso, as mulheres também podem adiar o pedido de ajuda para tentarem conformar-se ao mito ocidental da felicidade na maternidade, isto é, na gravidez e no pós-parto qualquer mulher deve sentir-se feliz (Buist, 2006), o que compromete o tratamento precoce.

2.2. Fatores de Risco para a DPP

Devido à gravidade do quadro clínico e às graves repercussões individuais e familiares, reconhecer os principais fatores de risco para a DPP torna-se fulcral, na medida em que este constitui um passo essencial para o desenvolvimento de medidas de prevenção / intervenção precoce nas mulheres em risco.

Até à data, a etiopatogenia da depressão pós-parto é, em boa parte, desconhecida, embora tudo aponte para uma etiologia multifatorial: fatores psicossociais, genéticos e biológicos interagem provocando a doença (Macedo & Pereira, 2014).

Entre os vários estudos sobre fatores de risco para a DPP destaca-se o de O'Hara & Swain (1996), que constitui a metanálise sobre o tema com mais crédito, por resultar de métodos analíticos mais rigorosos (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). De acordo com estes autores verifica-se uma associação considerável entre a DPP e a depressão e ansiedade durante a gravidez, apoio social reduzido, nomeadamente a relação marital / conjugal, e antecedentes pessoais de psicopatologia, sobretudo depressão. Também Beck (2001) realizou uma metanálise de relevância considerável sobre a temática, pese embora o facto de se ter suportado num número mais elevado de trabalhos não publicados e dissertações (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004), sendo que, à semelhança de O'Hara & Swain (1996), Beck (2001) concluiu que os preditores mais significativamente associados ao desenvolvimento de DPP são os estados emocionais negativos na gravidez (depressão e ansiedade), referindo-se à história psiquiátrica prévia e ao baixo apoio social como fatores preditivos de DPP de magnitude moderada.

Para além dos estudos de O'Hara & Swain (1996) e Beck (2001), também outros têm associado a depressão na gravidez (Karaçam & Ançel, 2009; Giardinelli et al., 2012; Ferreira, Orsini, Vieira, Paffaro, & Silva, 2015), a ansiedade na gravidez (Andersson et al., 2003; Ferreira, Orsini, Vieira, Paffaro, & Silva, 2015; Akiki, Avison, Speechley, & Campbell, 2016), a perceção por parte da mulher grávida de apoio social insuficiente do conjuge / companheiro (Milgrom et al., 2008; Ferreira, 2013) e a história psiquiátrica prévia (Johnstone, Boyce, Hickey,

Morris-Yates, & Harris, 2001; Rich-Edwards et al., 2006; Sousa, 2012), à DPP, com conclusões similares.

Outros potenciais fatores de risco têm já sido estudados e analisados, sendo que, as conclusões apresentadas na literatura relativamente a este tema não são homogêneas.

De notar que se verificam diversas limitações nos estudos efetuados, nomeadamente em termos de variabilidade na definição de depressão pós-parto e no período de tempo analisado, instrumentos utilizados, tamanho das amostras e métodos de recrutamento (Pope, Watts, Evans, McDonald, & Henderson, 2000).

Assim sendo, a ambivalência em relação à gravidez ou não planeamento da gravidez estão associados a um maior risco de DPP, de acordo com Robertson, Grace, Wallington & Stewart (2004); Chee et al. (2005); Lee & Chung (2007); ou Karaçam & Ançel (2009). Por outro lado, Kim, Hur, Kim, Oh, & Shin (2008) não verificaram uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

A experiência subjetiva negativa do parto encontra-se, de acordo com Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet, & Manzano (1998) associada à sintomatologia depressiva no pós-parto, bem como a presença de história de interrupções de gravidezes anteriores: Csator dai et al. (2007) verificaram que *outcomes* obstétricos negativos prévios (aborto induzido, espontâneo ou morte intra-uterina) encontram-se associados à DPP; Neugebauer (2003) refere que um aborto prévio ou um nado morto são fatores de risco para a DPP e McCarthy et al. (2015) referem que mulheres grávidas com um aborto prévio têm níveis aumentados de ansiedade e depressão.

Alguns estudos referem também associações entre DPP e multiparidade (Csator dai et al., 2007; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009), embora outros não encontrem uma associação significativa (Da Costa, Larouche, Dritsa, & Brender, 2000; Giardinelli et al., 2012).

Clout & Brown (2015) reportam que mulheres com história de parto anterior por fórceps ou cesariana têm maior ocorrência de DPP, sendo que no estudo Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates, & Harris (2001) não foram encontradas associações entre história obstétrica, complicações durante a gravidez e / ou parto e a DPP.

No que se refere à relação entre a história familiar psiquiátrica e a DPP, Steiner (2002) verificou que mulheres com DPP apresentam uma proporção mais elevada do que o esperado de familiares em primeiro grau com história psiquiátrica. Por outro lado, O'Hara & Swain (1996) ou Dennis & Ross (2006) não encontraram associações estatisticamente significativas entre a história familiar psiquiátrica e a DPP.

De acordo com a Cepêda, Brito, & Heitor (2006), para além destas, existem outras áreas que devem ser investigadas para a deteção precoce de situações de risco, nomeadamente os sentimentos da mãe e do pai acerca da gravidez e do bebé (ausência de referência ao bebé, em particular na segunda metade da gravidez; referências negativas relativamente à gravidez e ao bebé, por vezes expressas de modo áspero e grosseiro; expectativas negativas em relação ao bebé, ao parto e ao futuro); memórias da mãe em relação

à sua própria infância e relação com os próprios pais ou substitutos (sentimentos de insegurança, rejeição ou abandono ligados à infância; dificuldade de relação com os próprios pais ou substitutos, incluindo maus-tratos; colocação familiar ou institucional); e fatores sociais (pobreza ou privação socioeconómica; imigrantes ou refugiados; condições habitacionais precárias). No que ao suporte social e emocional à mãe diz respeito, de acordo com Cepêda, Brito, & Heitor (2006) deve atentar-se à tendência para o isolamento social; ausência de apoio na guarda da criança; ausência de alguém com quem falar e partilhar alegrias e dificuldades; relação difícil, sem suporte, conflituosa ou violenta com o companheiro ou separação / divórcio; e dificuldades económicas graves.

Para além dos fatores de risco, existem os fatores protetores, que podem dificultar / impedir a doença. Pope, Watts, Evans, McDonald, & Henderson (2000) apresentam como fatores protetores possíveis o otimismo e auto-estima, relação conjugal positiva, disponibilidade de apoio social e preparação adequada para as mudanças físicas e psicossociais associadas a maternidade.

2.3. Intervenção do Enfermeiro de Família na Prevenção da DPP

De acordo com Buist et al. (2002) os profissionais de saúde falham em diagnosticar mais de 50% dos casos de depressão perinatal, sendo os principais motivos para a dificuldade de deteção aduzidos pelos profissionais a falta de tempo para realizar a história clínica (Misri & Joe, 2008), a falta de conhecimentos sobre a área (Olson et al., 2002) e o desconhecimento da existência de instrumentos de rastreio (Wiley, Burke, Gill, & Law, 2004).

De acordo com Smith et al. (2004), a reduzida taxa de reconhecimento desta patologia deve-se a uma formação insuficiente dos profissionais, que contribui para que não adotem uma postura pró-ativa na pesquisa dos sinais e sintomas; a algumas especificidades clínicas dos quadros de ansiedade no período perinatal, como seja o facto do curso e intensidade da ansiedade perinatal apresentar oscilações consideráveis ao longo do tempo (Beck & Driscoll, 2007) e ao facto dos sintomas não são serem sempre facilmente reconhecidos ou aceites pela mulher em sofrimento (Schetter, 2011).

Sendo o Enfermeiro de Família o profissional que toma por foco de atenção as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente (Regulamento nº 126/2011, de 18 de fevereiro), pode-se concluir que este se afirma como um elemento privilegiado da equipa de saúde na promoção da saúde mental da grávida, prevenção da DPP e intervenção precoce perante a instalação da doença.

Deste modo, e no cumprimento dos elementos específicos dos cuidados especializados, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, o estabelecimento de uma parceria colaborativa com a mulher grávida e família, com vista ao seu envolvimento, participação e negociação (Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho). Já que apenas um caminho que faça sentido para os implicados obterá a adesão e participação dos mesmos

(Hesbeen, 2001), só através desta parceria será possível o estabelecimento com a mulher grávida e família de objetivos para a mudança, na perspectiva de novas formas de funcionamento ajustadas aos processos de transição normativos (Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho).

Cabe também ao referido profissional o reconhecimento da competência da família para tomar decisões na gestão dos seus projetos de saúde, o respeito pelas suas capacidades e pelo seu sistema de crenças e o recurso a técnicas culturalmente sensíveis, apropriadas à sua multidimensionalidade e especificidade, assim como aos seus padrões transacionais (Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho). A questão da culturalidade é especialmente sensível quando se aborda a temática da gravidez e da maternidade, dado que estas não se

esgotam em factos biológicos, abrangendo dimensões que são construídas cultural, social, histórica e afetivamente (Paim, 1998).

É também importante que seja minimizado o impacto dos fatores stressores relacionados com a transição e que sejam validadas, por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, as tomadas de decisão da família, as suas forças, recursos e problemas, devendo este centrar-se na utilização de estratégias de intervenção orientadas para as primeiras (Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho). Estes aspetos também se revestem de particular relevância na promoção da saúde mental da grávida e prevenção da DPP, dado que a perceção de apoio social por parte da mulher, principalmente em relação ao conjuge, é descrita por vários autores (Beck, 2001; Milgrom et al., 2008; Ferreira, 2013) como um fator de risco ou de proteção (conforme seja diminuída ou elevada, respetivamente) para a DPP.

Neste sentido, devem ser mobilizados meios com vista à otimização da rede social familiar, primária e secundária (Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho). Para o sucesso desta intervenção é prioritário que o enfermeiro considere, nas suas ações e intervenções, a função desempenhada por cada membro que compõe a família, bem como a dinâmica nela própria estabelecida (Ribeiro & Andrade, 2009). Matão, Miranda, Campos, Oliveira, & Martins (2011) destacam que o suporte dado pela família, é fundamental para o enfrentamento de condições stressantes e que isso proporciona à mulher a segurança necessária para as dificuldades do período puerperal.

A procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação eficaz com a família e a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções constituem também elementos fundamentais para a promoção da saúde mental da grávida e prevenção da DPP, da competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho). De acordo com Collière (2003) as emoções e os sentimentos constituem uma fonte incomensurável de saberes, pelo que, segundo Falcone, Mãder, Nascimento, Santos, & Nóbrega (2005), deve ser proporcionado à família, nesta fase da vida, um cuidar voltado para os sentimentos, percepções e vivências que inconscientemente interferem na manutenção da saúde mental materna. Seguindo esta linha de pensamento importa ainda considerar que a parentalidade exige aos pais uma adaptação das suas

expectativas, sentimentos, comportamentos, atitudes e preocupações, sendo que a adoção de respostas comportamentais de ajustamento é suscetível (Bispo, 2015).

Visando uma intervenção precoce na área da saúde mental durante a gravidez, Cepêda, Brito, & Heitor (2006) emitiram algumas orientações de atuação. Assim sendo, recomendam que seja potenciado o acompanhamento da gravidez (solicitando-se a presença do pai nas consultas, avaliando-se o estado emocional da grávida, detetando-se situações de risco psicossocial, implementando-se a visitação domiciliária aos grupos de risco e reorganizando-se os grupos de preparação para o parto com a presença do casal); que seja fomentada a continuação dos grupos de pais no pós-parto; que se realizem programas de “educação para a parentalidade” ajustados à escolaridade dos participantes; e que se organizem grupos de pais / futuros pais, orientados por um enfermeiro, psicólogo ou um técnico de serviço social, que promovam a partilha de experiências e informações, o suporte mútuo e facilitem o desenvolvimento das relações pais-criança.

De notar contudo que, apesar da evidência científica produzida sobre a DPP e fatores de risco ser considerável, não foram encontrados muitos estudos debruçados sobre as intervenções mais eficazes para a sua prevenção, nomeadamente no período pré-natal (Tavares & Botelho, 2009).

Neste contexto, têm sido propostos alguns programas de intervenção, que diferem em vários aspetos: profissional que conduz a intervenção (profissionais de saúde mental *versus* profissionais que não trabalham na área), modalidade (individual *versus* grupal); tipo de intervenção (psicoeducação *versus* psicoterapia); número de sessões e momento da intervenção (sessões pré-natais *versus* sessões no pós-parto). Os resultados têm sido muito diversificados, pelo que, segundo Dennis & Creedy (2007) a eficácia das intervenções psicossociais e psicológicas na prevenção de DPP, não foi ainda demonstrada. No entanto, reforçam que as consequências graves da DPP sugerem a importância de abordagens preventivas e Stuart, O'Hara, & Gorman (2003) afirmam parecer existir dados a favor da eficácia das mesmas.

Dos vários estudos analisados salienta-se o de Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein, & Howard (2001), no qual foi aplicado o *Beck Depression Inventory*, a 37 mulheres em risco de sofrerem de DPP, que foram posteriormente divididas de forma aleatória em 2 grupos: o grupo experimental (constituído por 18 mulheres), sujeito a 4 sessões de psicoeducação orientada; e um grupo de controlo (composto por 19 mulheres), ao qual não foi efetuado qualquer tipo de intervenção. A intervenção consistia em 4 sessões de grupo (constituído por 4 a 6 mulheres) de 60 minutos, durante um período de 4 semanas. A primeira sessão fornecia psicoeducação acerca dos BPP e da DPP, enquanto as outras 3 envolviam áreas de “problemas interpessoais”, de transição de papéis, de conflito interpessoal e definição de objetivos. Verificou-se que aos 3 meses pós-parto nenhuma das mulheres do grupo experimental tinha desenvolvido DPP, ao contrário de 33% das mulheres do grupo de controlo; verificou-se ainda que a mudança nas pontuações no *Beck Depression Inventory* da fase anterior à intervenção

para os 3 meses pós-parto foi significativamente maior no grupo experimental, o que constitui também um resultado favorável à intervenção.

Assim sendo, as consequências negativas da DPP são vastas e graves (Stewart, 2005). No entanto, esta é uma doença prevenível (Dennis, 2005) e tratável (Fitelson, Kim, Baker, & Leight, 2010). Para uma atuação preventiva eficaz da DPP é assim determinante que o Enfermeiro de Família construa uma relação de confiança com os pais, de respeito e reconhecimento mútuos, destacando a importância central da relação pais-criança e focando este aspeto em todas as consultas / entrevistas com os pais / substitutos (Cepêda, Brito, & Heitor, 2006).

3. METODOLOGIA

A fase metodológica diz respeito à segunda etapa do processo de investigação (Fortin, 2009). Neste capítulo proporciona-se uma descrição detalhada sobre o modo como a investigação foi realizada, abordando-se assim os aspetos metodológicos do estudo, nomeadamente o tipo de estudo, a questão de investigação e os objetivos, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, o procedimento de colheita de dados, a descrição da intervenção, os procedimentos éticos e a processo de análise de dados.

3.1. Tipo de estudo

O presente estudo consiste num estudo do tipo descritivo, na medida em que visa identificar as características do fenómeno de maneira a obter uma visão geral da situação (Fortin, 2009). É ainda de cariz quantitativo, já que traduz em números as informações para, em seguida, poderem ser analisadas (Vilelas, 2009).

De salientar que o projeto inicial do presente estudo teve de ser ajustado². Este previa uma intervenção psicoeducativa individualizada, dirigida à mulher grávida e família, de cariz teórico e prático, adaptada às principais alterações identificadas em cada mulher em risco de desenvolvimento de DPP. Previa ainda a avaliação da eficácia da intervenção, através da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo às seis semanas de puerpério.

O estudo que de seguida se apresenta consiste assim no ciclo inicial de um projeto mais complexo, a colocar em prática oportunamente. Através deste foram identificadas as mulheres em risco de desenvolvimento de DPP e os seus principais fatores de risco, entre os selecionados, conforme se explanará adiante.

3.2. Questão de investigação e objetivos do estudo

A questão de investigação norteadora do presente estudo foi: “Quais as mulheres grávidas, utentes da UCSP Vagos II, em risco de desenvolver depressão pós-parto?”.

Este estudo teve como objetivos: identificar as mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de DPP; caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres grávidas em estudo e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação do risco de DPP em mulheres grávidas.

² Devido a constrangimentos alheios ao meu controlo, nomeadamente no que se refere aos tempos de análise e resposta, mais longos do que o esperado, da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

3.3. População e amostra

A população em estudo foi constituída pelas mulheres grávidas que frequentaram a consulta de vigilância de saúde materna da UCSP Vagos II, no período compreendido entre 18 de dezembro de 2015 e 15 de março de 2016.

O método de amostragem selecionado foi não probabilístico, de conveniência, que consiste em escolher indivíduos facilmente acessíveis, que respondem a critérios de inclusão pré-estabelecidos e precisos e não apresentam critérios de exclusão (Fortin, 2009).

Assim sendo, a seleção da amostra foi efetuada tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Mulheres grávidas, com consulta de vigilância de saúde materna agendada entre 18 de dezembro de 2015 e 15 de março de 2016;
- Mulheres grávidas com capacidade cognitiva para leitura e interpretação das questões realizadas;
- Mulheres grávidas com idade superior ou igual a 18 anos.

Foram excluídas do estudo as mulheres que não apresentavam domínio da língua portuguesa, falada ou escrita.

Obteve-se assim uma amostra final de 30 mulheres com questionários válidos, tendo-se eliminado um por preenchimento incorreto.

3.4. Procedimento de colheita de dados

Para a colheita de dados foi utilizado um questionário (Apêndice I) constituído por quatro partes: caracterização sociodemográfica, que inclui 8 questões fechadas e 2 abertas; caracterização clínica da gravidez atual e antecedentes pessoais, que foi avaliada através de 12 perguntas fechadas e de 5 perguntas abertas; Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger (STAI) e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).

O questionário é assim constituído por 77 perguntas, 7 abertas e 70 fechadas, é de autopreenchimento e demorou em média 15 minutos a preencher.

A variável dependente do presente estudo consiste no risco de depressão pós-parto e na Tabela 1 são apresentadas as variáveis em estudo relativas à caracterização sociodemográfica (variáveis independentes). A categorização dos níveis de ensino foi realizada tendo em conta a Lei nº 49/2005 e as idades das mulheres em estudo não foram categorizadas devido ao tamanho reduzido da amostra.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas em estudo e respetivos indicadores

Variáveis de caracterização sociodemográfica	Indicadores
Idade da gestante	n.a.
Idade do conjuge	n.a.
Estado civil da gestante	Solteira Casada / Viver junto Divorciada / Separada Viúva
Estrutura familiar	Nuclear Alargada Reconstituída Monoparental
Escolaridade da gestante	Analfabeta 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ensino Secundário Bacharelato / Licenciatura Mestrado / Doutoramento
Escolaridade do conjuge	Analfabeto 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ensino Secundário Bacharelato / Licenciatura Mestrado / Doutoramento
Situação sócio-profissional da gestante	Empregada Desempregada Estudante Outra Profissão
Situação sócio-profissional do conjuge	Empregado Desempregado Estudante Outra Profissão
n.a. – não aplicável	

A caracterização clínica da gravidez atual e dos antecedentes pessoais foi realizada tendo por base as orientações de Cepêda, Brito, & Heitor (2006) e inclui as variáveis independentes apresentadas na Tabela 2.

A divisão das semanas de gravidez por trimestres foi realizada de acordo com a prática do local de estágio, considerando-se o 1º trimestre o período compreendido entre a 1ª e a 13ª semana de gestação, com mais 6 dias; o 2º trimestre o período entre a 14ª e a 26ª semana de gravidez, com mais 6 dias e o 3º trimestre o período entre a 27ª e o final da gravidez.

Tabela 2: Variáveis e indicadores relativos à caracterização clínica da gravidez atual e antecedentes pessoais

Variáveis de caracterização clínica da gravidez atual e antecedentes pessoais	Indicadores
Semanas de gravidez	1º trimestre (1ª-13ª semanas + 6 dias) 2º trimestre (14ª-26ª + 6 dias) 3º trimestre (27ª-final da gravidez)
Planeamento e aceitação da gravidez	Gravidez planeada e desejada Gravidez não planeada, mas aceite por ambos os pais Gravidez não planeada e não aceite por ambos os pais Não aceitação da gravidez por parte do pai/mãe.
Reações/mudanças positivas na gravidez	n.a.
Reações/mudanças negativas na gravidez	n.a.
Perceção de apoio familiar predominante durante a gravidez	Marido / Companheiro Mãe / Pai Amigo (a) Médico que vigia a gravidez Outro
Perceção de apoio do conjuge/companheiro	Todo o esperado Menos do que o esperado Nenhum
Fatores geradores de ansiedade durante a gravidez	Parto Aspeto físico atual ou após o parto Incapacidade de responder às necessidades do bebé Saúde do bebé Falta de apoio após o parto
História de interrupções de gravidez(es) anterior(es)	Interrupção voluntária da gravidez Razões médicas Abortos espontâneos Sem história
Número de filhos vivos	n.a.
Número de gravidezes anteriores	n.a.
Tipo de parto anterior (se existente)	Normal Cesariana Fórceps
Antecedentes da gravidez atual	Abortos espontâneos Tratamentos para a infertilidade Dificuldades em engravidar Sem antecedentes de relevância Outro
História psiquiátrica prévia	n.a.
História de doença psiquiátrica na família	n.a.

n.a. – não aplicável

Para avaliação da ansiedade foi utilizado o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). De notar que não existe, validado para a população portuguesa, nenhum instrumento

específico para o período perinatal (Macedo & Pereira, 2014), pelo que vários autores (Austin, Tully, & Parker, 2007; Grant, McMahon, & Austin, 2008; Ferreira, Orsini, Vieira, Paffaro, & Silva, 2015; Fontein-Kuipers et al., 2015; McCarthy et al., 2015; Akiki, Avison, Speechley, & Campbell, 2016) têm optado pela utilização do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) no período pré-natal.

Este inventário foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs (1983) na Califórnia, e validado para a população portuguesa por Santos & Silva (1997). Compreende duas escalas separadas, de autorrelato. A primeira avalia a ansiedade-estado, designada por STAI Y1 e a segunda avalia a ansiedade-traço, designada por STAI Y2. Os valores de consistência interna de cada uma das escalas foram medidos através do cálculo dos coeficientes alfa e são de 0,85 na escala de ansiedade-estado e 0,86 na escala de ansiedade-traço (Santos & Silva, 1997).

O conceito de ansiedade-estado define-se como um estado emocional transitório do organismo humano que varia em intensidade e flutua ao longo do tempo, em função da perceção de uma ameaça. Caracteriza-se essencialmente por sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983).

A sua medição é realizada através da Escala de Ansiedade-Estado (STAI Y1), composta por vinte itens que avaliam o grau de ansiedade no momento. As respostas indicam a intensidade do sentimento (“nada”, “um pouco”, “moderadamente” ou “muito”) (Santos & Silva, 1997) e cada ítem é avaliado numa escala tipo Likert, cuja pontuação varia entre 1 e 4, sendo que “nada”=1; “um pouco”=2; “moderadamente”=3; “muito”=4. Os ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20 são cotados de forma invertida (Santos & Silva, 1997).

A ansiedade-traço refere-se a diferenças individuais, relativamente estáveis, na tendência para perceber um conjunto amplo de situações como perigosas ou ameaçadoras e para responder a essas situações com um aumento da ansiedade-estado (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983).

Esta é medida através da Escala de Ansiedade-Traço (STAI Y2), constituída por vinte ítems que avaliam o perfil ansioso da pessoa ao longo do tempo. Nesta, os inquiridos devem indicar o modo como geralmente se sentem, assinalando a frequência com que cada uma das vinte frases se aplica à sua situação: “quase nunca”, “algumas vezes”, “frequentemente” ou “quase sempre” (Santos & Silva, 1997). Também nesta escala, cada ítem é avaliado numa escala tipo Likert, cuja pontuação varia entre 1 e 4, sendo que “quase nunca” = 1; “algumas vezes” = 2; “frequentemente” = 3; “quase sempre” = 4. Os ítems 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 e 39 são cotados de forma invertida (Santos & Silva, 1997).

A pontuação final de cada escala pode variar entre 20 e 80, sendo que os autores da validação da escala para a população portuguesa não definiram pontos de corte. No entanto, de acordo Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa (2009); Bunevicius et al. (2013); Dennis, Coghlan, & Vigod (2013); Tendais, Costa, Conde, & Figueiredo (2014); Podvornik, Velikonja, & Praper (2015), o *cut-off* utilizado para definir um nível elevado de ansiedade foi de

45 pontos, tanto para a escala de ansiedade-estado, quanto para a escala de ansiedade-traço. Este constitui então o ponto de corte utilizado para o presente estudo.

Para a aplicação do inventário, Santos & Silva (1997) recomendam que a escala de Ansiedade-Estado seja apresentada em primeiro lugar, para que as respostas aos ítems desta não sejam influenciadas pelo clima emocional suscitado pela apresentação prévia da escala mais geral (Escala de Ansiedade-Traço); esta recomendação foi tida em consideração neste estudo.

Foi também utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), para a medição de sintomas emocionais e cognitivos de depressão. De notar que existem outros instrumentos especificamente construídos para o período pré-natal, como o Predictive Index for Postpartum Depression – Revised, o Postpartum Depression Prediction Inventory ou o Pregnancy Risk Questionnaire, não tendo sido, contudo, até então, demonstrada a sua adequada sensibilidade, especificidade e valor preditivo (Hewitt et al., 2009). De salientar também que existem outros instrumentos de rastreio de quadros depressivos como o Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961, as cited in Gorenstein & Andrade, 1998), que têm sido frequentemente utilizados em amostras de mulheres na gravidez e no pós-parto mas, devido ao ênfase que coloca na sintomatologia somática, alguns peritos consideram que tende a produzir pontuações totais mais elevadas no período perinatal e, portanto, mais falsos positivos do que em outras populações (Gaynes et al., 2005; Hewitt et al., 2009).

A EPDS consiste num instrumento de auto-avaliação, que foi desenvolvida em Edimburgo por Cox, Holden, & Sagovsky (1987) e validado para a população portuguesa por Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo (1996), com uma consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,85.

Tem sido um dos instrumentos mais largamente utilizado em estudos científicos para a deteção de sintomatologia depressiva no período pré-natal (Eberhard-Gran, Tambs, Opjordsmoen, Skrandal, & Eskild, 2004; Gorman et al., 2004; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Giardinelli et al., 2012; Koutra et al., 2014; Fontein-Kuipers et al., 2015; Gourounti, Karapanou, Karpathiotaki, & Vaslamatzis, 2015), já que se considera que a depressão na gravidez é quase tão comum como no pós-parto, sendo que mais de metade das mulheres que apresentam pontuações elevadas em escalas de sintomas na gravidez, também as apresenta no pós-parto (Marques, 2011).

Esta escala é constituída por 10 ítems de autorresposta que descrevem, em frases curtas, sintomas depressivos comuns: incapacidade de rir, de perspetivar o futuro com esperança, autoculpabilização, sentimentos de ansiedade e preocupação, sentimentos de medo e pânico, sentimentos de que está a ser ultrapassada a sua capacidade de lidar com os acontecimentos, sentimentos de tristeza, dificuldade em dormir devido a sentimentos de tristeza, choro frequente devido a sentimentos de tristeza e pensamentos de fazer mal a si própria (Macedo & Pereira, 2014). Para cada um destes ítems, a mulher escolhe a resposta que melhor descreve o modo como se sentiu nos últimos 7 dias, assinalando uma das quatro

opções de resposta. As respostas são cotadas entre 0 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, sendo que os itens 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotados de forma invertida (Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996). A pontuação total é obtida a partir do somatório de todos os itens, podendo variar entre 0 e 30.

Apesar da EPDS se referir especificamente ao período pós-parto na sua designação, de acordo com Cepêda, Brito, & Heitor (2006) pode ser aplicada durante a gravidez, para avaliação do risco de DPP. À semelhança de Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo (1996) e de Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa (2009), foi utilizado, no presente estudo, um *cut-off* de 10, sendo que uma pontuação igual ou superior ao referido valor indica probabilidade de depressão.

Salienta-se ainda que a EPDS mede sintomas emocionais e cognitivos da DPP, excluindo propositadamente os sintomas somáticos de depressão, com a exceção das dificuldades em dormir que, apesar de poderem ser afetadas pelas vicissitudes próprias do período pós-parto, foram relacionadas com sentimentos de tristeza (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

Relativamente ao processo de recolha de dados, as mulheres grávidas que cumpriam os critérios de inclusão e não apresentavam critérios de exclusão foram identificadas pela tutora deste estágio de natureza profissional. Posteriormente, no momento da consulta de vigilância de saúde materna, estas mulheres foram convidadas a participar no estudo. Foi-lhes solicitado o preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica, do questionário de dados da gravidez atual e de antecedentes pessoais, do STAI e da EPDS, que foram fornecidos pela investigadora, depois de terem dado o consentimento livre e esclarecido.

Foram consideradas em risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto as mulheres grávidas com:

- Percepção de apoio social inferior ao esperado, por parte do conjuge / companheiro durante a gravidez;
- História de doença psiquiátrica prévia;
- Resultados superiores ou iguais a 45 pontos para a STAI Y1 e / ou STAI Y2;
- Pontuação superior ou igual a 10 na EPDS.

3.5. Descrição da intervenção

Depois de se ter efetuado o estudo de identificação e caracterização do perfil das mulheres grávidas consideradas em risco de DPP, foi realizada uma ação de sensibilização dirigida à equipa de enfermagem da UCSP Vagos II (Apêndice IV). Apesar de inicialmente ter sido planeada para a equipa de enfermagem, acabou por adquirir um cariz multidisciplinar, incluindo os médicos da UCSP Vagos II.

Teve a duração aproximada de 45 minutos e a sua apresentação foi realizada com recurso ao programa informático *Power Point*.

Consistiu na apresentação dos resultados do estudo realizado, esclarecimento e discussão de questões relacionadas com o tema, com destaque para a importância do rastreio da sintomatologia depressiva e ansiosa durante a gravidez e da relevância da abordagem de aspetos relacionados com a temática durante as consultas de vigilância da gravidez.

Durante esta ação de sensibilização, foi analisada a possibilidade de integração da avaliação do risco de DPP no âmbito das consultas de vigilância da gravidez de enfermagem.

3.6. Procedimentos éticos

Toda a investigação científica é uma atividade de grande responsabilidade ética, pelas características que lhe são inerentes (Martins, 2008), pelo que para a concretização do presente estudo foram cumpridos os procedimentos éticos exigidos pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Assim sendo, foi solicitada autorização para realização do presente estudo ao Coordenador da UCSP Vagos II (Apêndice II), Dr. António Gafanhão, ao Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (Anexo II), Professor Doutor Rui Jorge Costa e ao Diretor Executivo do ACES do Baixo Vouga (que encaminhou o projeto para a Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro – Anexo III).

Após a obtenção destas autorizações e antes da colheita de dados, foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III), a todas as mulheres grávidas que aceitaram participar no estudo, depois de devidamente explicados os objetivos do estudo e respetiva metodologia, afim de se proceder à recolha de dados, com respeito pela confidencialidade e anonimato durante todo o processo.

3.7. Análise de dados

A análise dos dados foi realizada recorrendo à estatística descritiva, com o apoio do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences Statistics (SPSS) Version 21.0*. Através desta descreveu-se a amostra, determinando-se frequências absolutas e percentuais, valores mínimos e máximos e medidas de localização e dispersão, como a média e o desvio padrão.

Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas e a operacionalização das variáveis foi efetuada através da quantificação dos indicadores e agrupamento de resultados.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos, decorrentes do processo de colheita de dados, relativos à amostra total (n=30) e à subamostra das mulheres grávidas em risco de desenvolver depressão pós-parto (n=16). Este subdivide-se em quatro partes: caracterização sociodemográfica das participantes, caracterização da gravidez e antecedentes pessoais das participantes, caracterização da avaliação da ansiedade e da depressão das participantes e caracterização das mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de DPP.

4.1. Caracterização sociodemográfica das participantes

A amostra total foi constituída por 30 grávidas (Tabela 3), na sua maioria, casadas ou a viver junto (90%), sendo que apenas 3,3% eram divorciadas.

Quase todas pertenciam a uma família nuclear (73,3%) e somente 10% a uma família reconstituída. Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que a maioria era detentora do terceiro ciclo de escolaridade (33,3%), havendo também uma elevada prevalência de mulheres com o ensino secundário (30%) e ensino superior (30%); apenas 6,7% apresentava o 2º ciclo.

No que diz respeito à situação sócio-profissional da gestante e do cônjuge / companheiro, constatou-se que uma elevada percentagem de mulheres (73,3%) e de homens (96,7%) se encontrava empregada/o (73,3%); no entanto, 26,7% das grávidas estavam desempregadas.

Analisando o grupo de mulheres em risco de desenvolver DPP (Tabela 3) verificou-se que estas, na sua maioria, eram casadas ou estavam a viver junto (87,5%). Pertenciam, maioritariamente, a uma família nuclear (75%) e apenas 6,3% pertencia a uma família reconstituída. Em termos de habilitações literárias, 43,8% tinham o 3º ciclo de escolaridade, sendo que 6,3% tinha o 2º ciclo. De notar ainda que 75% das mulheres grávidas consideradas em risco de DPP se encontrava empregada e tinham, na sua grande maioria, o conjuge / companheiro também empregado (94%).

Como já foi referido, devido ao tamanho reduzido da amostra não foram categorizadas as idades das mulheres em estudo, sendo que estas variaram entre os 21 e 42 anos na amostra total e entre os 23 e 38 anos, nas mulheres em risco de desenvolvimento de DPP.

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica das participantes (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Variáveis em Estudo	Indicadores	Amostra Total n (%)	Mulheres com risco de DPP n (%)
Estado civil da gestante	Solteira	2 (6,7%)	1 (6,3%)
	Casada / Viver junto	27 (90%)	14 (87,5%)
	Divorciada / Separada	1 (3,3%)	1 (6,3%)
	Viúva	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Estrutura familiar	Nuclear	22 (73,3%)	12 (75,0%)
	Alargada	5 (16,7%)	3 (18,8%)
	Reconstituída	3 (10,0%)	1 (6,3%)
	Monoparental	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Escolaridade da gestante	2º Ciclo	2 (6,7%)	1 (6,3%)
	3º Ciclo	10 (33,3%)	7 (43,8%)
	Ensino Secundário	9 (30,0%)	4 (25,0%)
	Bacharelato / Licenciatura	7 (23,3%)	2 (12,5%)
	Mestrado / Doutoramento	2 (6,7%)	2 (12,5%)
Escolaridade do conjuge	2º Ciclo	5 (16,7%)	2 (12,5%)
	3º Ciclo	8 (26,7%)	5 (31,3%)
	Ensino Secundário	11 (36,6%)	7 (43,8%)
	Bacharelato / Licenciatura	6 (20,0%)	2 (12,5%)
	Mestrado / Doutoramento	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Situação sócio-profissional da gestante	Empregada	22 (73,3%)	12 (75,0%)
	Desempregada	8 (26,7%)	4 (25,0%)
Situação sócio-profissional do conjuge	Empregado	29 (96,7%)	15 (94,0%)
	Desempregado	1 (3,3%)	1 (6,3%)

4.2. Caracterização da gravidez e antecedentes pessoais das participantes

Em termos de caracterização da gravidez e de antecedentes pessoais das participantes pode-se verificar, através da observação da Tabela 4, que as mulheres grávidas da amostra total se encontravam, na sua maioria, no 3º trimestre de gravidez, encontrando-se apenas 13,3% das mulheres no 1º trimestre.

Verificou-se ainda, relativamente a esta mesma amostra, que 80% destas mulheres vivenciava uma gravidez planeada e desejada pelo casal; as restantes 20% não planearam, mas aceitaram a gravidez, juntamente com os respetivos conjuges / companheiros.

A perceção de apoio por parte do conjuge / companheiro foi classificado como “todo o esperado” por 90% das mulheres da amostra total; de salientar que nenhuma o classificou como ausente.

Relativamente ao principal fator gerador de ansiedade na gravidez, 40% das mulheres da amostra total indicou o parto e nenhuma referiu a falta de apoio após o nascimento do bebé.

De salientar, em relação a esta questão, que se for referido mais do que um fator gerador de ansiedade, 70% das mulheres indicaram o parto.

No que se refere à história de interrupção de gravidez anterior, 83,3% das mulheres negaram este antecedente, sendo que as restantes 16,7% referiram história de interrupção de uma gravidez anterior por aborto espontâneo.

É também de notar que 56,7% das mulheres estudadas estavam grávidas de um primeiro filho e 90% não referiram antecedentes obstétricos relevantes durante a gravidez.

Em termos de história psiquiátrica prévia verificou-se que 80% das mulheres em estudo negou antecedentes, sendo que, das 20% que revelou história psiquiátrica prévia, foi prescrita terapêutica antidepressiva a 16,7% e terapêutica antipsicótica a 3,3%.

A história de doença psiquiátrica na família foi negada por 90% das mulheres, contudo, 10% das grávidas revelaram história psiquiátrica em familiares de primeiro grau (6,7% depressão; 3,3% esquizofrenia, remetendo-se sempre à mãe da gestante).

No que concerne à amostra parcial (mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de DPP), verifica-se que, na sua maioria, se encontravam no 3º trimestre de gravidez (75%), planejaram / desejaram a gravidez em concomitância com o seu conjuge / companheiro (75%) e tinham uma percepção de apoio social por parte do companheiro / conjuge adequada às expectativas (81,3%). À semelhança da amostra total, referiram o parto como aspeto da gravidez gerador de maior ansiedade (31,3%), não tinham história de interrupção de gravidezes anteriores (81,3%) e não referiram antecedentes obstétricos de relevância relacionados com a gravidez atual (87,5%). Na sua maioria, também não revelaram história de doença psiquiátrica prévia (62,5%) e não revelaram história de doença psiquiátrica na família (87,5%).

Tabela 4: Caracterização clínica da gravidez e antecedentes pessoais das participantes (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Variáveis em Estudo	Indicadores	Amostra Total n (%)	Mulheres com risco de DPP n (%)
Semanas de gravidez	• 1º trimestre	4 (13,3%)	2 (12,5%)
	• 2º trimestre	6 (20,0%)	2 (12,5%)
	• 3º trimestre	20 (66,7%)	12 (75,0%)
Planeamento e desejo da gravidez atual	• Gravidez planeada / desejada	24 (80,0%)	12 (75,0%)
	• Gravidez não planeada, mas aceite por ambos os pais	6 (20,0%)	4 (25,0%)
	• Gravidez não planeada e não aceite por ambos os pais	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	• Gravidez não planeada e não aceite por um dos pais	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Perceção de apoio do conjugue / companheiro	• Todo o esperado	27 (90,0%)	13 (81,2%)
	• Menos do que o esperado	3 (10,0%)	3 (18,8%)
	• Nenhum	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Aspetos da gravidez geradores de ansiedade	• Parto	12 (40,0%)	5 (31,3%)
	• Aspeto físico atual ou após o parto	1 (3,3%)	1 (6,3%)
	• Incapacidade de responder às necessidades do bebé	1 (3,3%)	1 (6,3%)
	• Saúde do bebé	7 (23,3%)	4 (25,0%)
	• Falta de apoio após o parto	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	• Parto + Saúde do bebé	7 (23,3%)	3 (18,8%)
	• Parto + Saúde do bebé + Aspeto físico atual ou após o parto	1 (3,3%)	1 (6,3%)
	• Parto + Incapacidade de responder às necessidades do bebé	1 (3,3%)	1 (6,3%)
História de interrupções de gravidezes anteriores	• Sim	5 (16,7%)	3 (18,8%)
	• Interrupção voluntária da gravidez	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	• Razões médicas	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	• Abortos espontâneos	5 (16,7%)	3 (18,8%)
	• Não	25 (83,3%)	13 (81,3%)
História de partos anteriores	• Futuras Primíparas	17 (56,7%)	8 (50,0%)
	• Multíparas / Futuras Multíparas	13 (43,4%)	8 (50,0%)
Tipo de parto anterior (se existente)	• Eutócico	11 (84,6%)	7 (87,5%)
	• Cesariana	1 (7,7%)	0 (0,0%)
	• Fórceps	1 (7,7%)	1 (12,5%)
Antecedentes da gravidez atual	• Abortos espontâneos	1 (3,3%)	1 (6,3%)
	• Tratamentos para a infertilidade	1 (3,3%)	0 (0,0%)
	• Dificuldades em engravidar	1 (3,3%)	1 (6,3%)
	• Sem antecedentes de relevância	27 (90,0%)	14 (87,5%)
	• Outro	0 (0,0%)	0 (0,0%)
História psiquiátrica prévia	• Sim	6 (20,0%)	6 (37,5%)
	• Não	24 (80,0%)	10 (62,5%)
História de doença psiquiátrica na família	• Sim	3 (10,0%)	2 (12,5%)
	• Não	27 (90,0%)	14 (87,5%)

4.3. Caracterização da avaliação da ansiedade e depressão das participantes

Como se pode observar a partir da Tabela 5, a média da STAI Y1, STAI Y2 e EPDS é superior nas mulheres em risco de desenvolvimento de DPP. A pontuação máxima obtida é igual, tanto na amostra total, como no grupo de mulheres em risco de desenvolvimento de DPP, já que pontuações elevadas nestas escalas (iguais ou superiores a 45 para a STAI Y1 e STAI Y2, e a 10 para a EPDS) constituem critérios de inclusão para o referido grupo.

Tabela 5: Caracterização da avaliação da ansiedade e depressão das participantes (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Variáveis	Escalas	Participantes	\bar{x}	Pontuação mínima obtida	Pontuação máxima obtida
Avaliação da ansiedade	STAI Y1	Amostra total	38	20	62
		Mulheres em risco de DPP	43	26	62
	STAI Y2	Amostra total	35,8	20	64
		Mulheres em risco de DPP	39,9	26	64
Avaliação da depressão	EPDS	Amostra total	6,4	0	19
		Mulheres em risco de DPP	7,3	1	19

4.4. Caracterização das mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto

Foram consideradas em risco de desenvolvimento de DPP, 16 mulheres grávidas (53,3% da amostra total), por apresentarem perceção de apoio por parte do conjuge / companheiro inferior ao esperado, história psiquiátrica prévia, níveis de ansiedade significativos (avaliados através do inventário STAI Y) ou probabilidade de depressão (avaliada através da EPDS).

A partir da observação da Tabela 6 pode-se verificar que, da amostra global, 20% das mulheres apresenta história psiquiátrica prévia e 10% das mesmas refere perceção de apoio insuficiente por parte do conjuge / companheiro.

Tabela 6: Dados relativos à história psiquiátrica prévia e percepção de apoio esperado por parte da mulher, relativamente ao conjuge / companheiro, durante a gravidez (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Variáveis	Presente / Sim		Ausente / Não	
	Amostra total n (%)	Mulheres em risco de DPP n (%)	Amostra total n (%)	Mulheres em risco de DPP n (%)
História psiquiátrica	6 (20%)	6 (37,5%)	24 (80%)	10 (62,5%)
Todo o apoio esperado	27 (90%)	13 (81,2%)	3 (10%)	3 (18,8%)

Verifica-se ainda que, entre as mulheres consideradas em risco de desenvolvimento de DPP, 37,5% referiu história psiquiátrica prévia e 18,8% afirmou uma percepção de apoio por parte do cônjuge / companheiro inferior ao esperado.

Relativamente à avaliação da ansiedade e da depressão, conforme se pode observar na Tabela 7, verificou-se que 16,7% das mulheres da amostra global pontuou igual ou acima do *cut-off* definido para a escala de ansiedade-estado (45 pontos), tendo evidenciado, níveis de ansiedade-estado significativos.

Tabela 7: Percentagem de mulheres com níveis de ansiedade significativos (ansiedade-estado e ansiedade-traço) e probabilidade de depressão (amostra total n=30 e amostra de mulheres com risco de DPP n=16)

Variáveis	Escalas	Amostra total n (%)	Mulheres com risco de DPP n (%)
Avaliação da ansiedade	STAI Y1	5 (16,7%)	5 (31,3%)
	STAI Y2	8 (26,7%)	8 (50%)
Avaliação da depressão	EPDS	4 (13,3%)	4 (25%)

Verificou-se também que 26,7% das mulheres da amostra global apresentou níveis de ansiedade-traço significativos (pontuação ≥ 45 na STAI Y2) e que 13,3% apresentou probabilidade de depressão (pontuação ≥ 10 na EPDS).

No que se refere às mulheres consideradas em risco de desenvolvimento de DPP pode observar-se, através da mesma tabela, que 31,3% apresenta níveis de ansiedade-estado significativos e 50% apresenta níveis de ansiedade-traço também significativos. Relativamente aos resultados obtidos através da EPDS, verifica-se que 25% das mulheres consideradas em risco de desenvolvimento de DPP apresenta probabilidade de depressão.

De notar ainda que algumas mulheres grávidas foram incluídas no grupo de mulheres em risco de desenvolvimento de DPP, devido à presença de mais do que um fator de risco. Assim sendo, 25% das mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de DPP apresentou dois fatores de risco em concomitância (6,25% das mulheres grávidas com STAI Y2 \geq 45 pontos e EPDS \geq 10 pontos; 6,25% das mulheres grávidas com STAI Y1 \geq 45 pontos e EPDS \geq 10 pontos; 6,25% das mulheres grávidas com STAI Y1 \geq 45 pontos e STAI Y2 \geq 45 pontos; 6,25% das mulheres grávidas com STAI Y1 \geq 45 pontos e história psiquiátrica prévia) e 12,5% das mulheres grávidas apresentou quatro (6,25% das mulheres grávidas com STAI Y1 \geq 45 pontos, STAI Y2 \geq 45 pontos, EPDS \geq 10 pontos e história psiquiátrica prévia; 6,25% das mulheres grávidas com STAI Y2 \geq 45 pontos, EPDS \geq 10 pontos, história psiquiátrica prévia e percepção de apoio insuficiente por parte do conjugue / companheiro). As restantes 62,5% mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de DPP foram incluídas no grupo devido a um único fator de risco.

5. DISCUSSÃO

Os frequentes e numerosos contactos da mulher grávida com os Cuidados de Saúde Primários, concedem ao Enfermeiro de Família um papel fundamental na avaliação do risco de desenvolvimento de DPP, que é crucial para prevenir a instalação da doença (Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard, & Sweeney, 2006).

De acordo com o presente estudo verificou-se que 16 mulheres grávidas estavam em risco de desenvolvimento de DPP – segundo os critérios definidos, sustentados pelos autores O'Hara & Swain (1996) e Beck (2001) – o que corresponde a 53,3% da amostra total.

Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein, & Howard (2001) realizaram um estudo no qual, a partir de uma amostra de 122 mulheres grávidas, entre a vigésima e trigésima segunda semana de gestação, destacaram 82 mulheres (67,2%) como estando em risco de desenvolver DPP. Os critérios foram: história prévia de depressão, baixo suporte social, pontuação no Inventário de Depressão de Beck superior a 10 e acontecimento de vida stressante recente. Supõe-se que a diferença de resultados se prenda essencialmente com o último critério de seleção, que se apresenta como sendo bastante abrangente.

Csator dai et al. (2007) também realizaram um estudo semelhante, que decorreu na Hungria, com 1656 mulheres, entre as 0 e as 6 semanas após o parto, que visava avaliar a vulnerabilidade para a DPP, através de um questionário (questionário Leverton, validado no referido país). Os resultados foram muito semelhantes aos presentemente apresentados, sendo que os autores consideraram que 53,5% das mulheres entrevistadas tinha uma vulnerabilidade moderada ou severa para o desenvolvimento de DPP (pontuação ≥ 10).

De notar que, apesar do estudo de Csator dai et al. (2007) não apresentar resultados que permitam inferir a taxa de desenvolvimento de DPP na amostra estudada, no estudo de Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein, & Howard (2001) verificou-se que 33% das mulheres consideradas em risco de DPP, sujeitas às intervenções padronizadas na unidade de saúde, desenvolveu DPP, até aos três meses pós-parto. Estes autores aplicaram ainda uma intervenção diferenciada a um subgrupo de mulheres em risco de DPP, sendo que entre estas nenhuma desenvolveu DPP aos três meses pós-parto.

De facto, estes resultados tornam clara a necessidade de análise e implementação de intervenções direcionadas para a prevenção da DPP.

Em termos de caracterização sociodemográfica e clínica, devido ao tamanho da amostra das mulheres em risco de desenvolvimento de DPP, as conclusões obtidas não podem ser generalizadas e a aplicação de estatística inferencial poderia conduzir a falsas conclusões. No entanto, é interessante notar o curso tendencial da amostra.

Em termos sociodemográficos salientam-se os resultados obtidos relativamente à escolaridade das gestantes. Verifica-se que 70% das mulheres com o terceiro ciclo foi selecionada para o grupo de risco de desenvolvimento de DPP e que 100% das mulheres com mestrado / doutoramento da amostra total, também preencheram critérios para inclusão no grupo de risco. A maioria dos autores associam a DPP a um nível de escolaridade baixo (Gurel

& Gurel, 2000; Morais, Fonseca, David, Viegas, & Otta, 2015; Gourounti, Karapanou, Karpathiotaki, & Vaslamatzis, 2015). No entanto, num estudo realizado por Yonkers et al. (2001), em Dallas, com 802 mulheres com diagnóstico de DPP, obtiveram-se resultados semelhantes aos do presente estudo. De acordo com Yonkers et al. (2001), a DPP está associada a mulheres com o terceiro ciclo de escolaridade (*odds ratio*=1,96) sendo também frequente em mulheres com mestrado / doutoramento (*odds ratio*=1,80). Ou seja, mulheres com o terceiro ciclo de escolaridade têm uma maior probabilidade de desenvolver DPP quando comparadas com aquelas que têm um nível de escolaridade diferente, bem como as mulheres com mestrado / doutoramento.

No que respeita aos dados clínicos destaca-se que, entre as mulheres que se encontravam no 1º trimestre de gravidez, 50% foram incluídas no grupo de mulheres em risco de desenvolvimento de DPP; em relação às que se encontravam no 2º trimestre, 33,3% foram incluídas no grupo e relativamente às que se encontravam no 3º trimestre, 60% foram incluídas.

De notar que, de acordo com um estudo realizado por Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover (2004), os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados no 3º trimestre da gestação, o que se aproxima dos resultados obtidos.

Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa (2009) também abordaram esta questão no seu estudo, concluindo que os níveis de ansiedade encontravam-se mais elevados no 1º e 3º trimestres de gravidez, o que também se verificou nos resultados obtidos.

Acredita-se que a vivência do 2º trimestre de gravidez seja, de facto, experienciada com menor ansiedade, já que existe, em relação ao 1º trimestre, uma maior adaptação ao estado de gravidez, uma diminuição dos desconfortos próprios dos primeiros tempos da mesma (nomeadamente as náuseas e vômitos) e uma maior confiança acerca da viabilidade da gravidez (Maldonado, 2013). Considera-se também que, no 3º trimestre, os níveis de ansiedade tendem a elevar-se novamente, devido à iminência do momento do parto, à aproximação da chegada do novo elemento à família, ao aumento das preocupações com a saúde do bebé, à acentuação do medo de não se ser uma “boa mãe”, entre outros motivos (Maldonado, 2013).

Relativamente ao planeamento da gravidez, salienta-se que 66,7% das mulheres grávidas que não planearam a gravidez foram introduzidas no grupo de risco de desenvolvimento de DPP. Rich-Edwards et al. (2006) realizou um estudo com 1278 mulheres, que foram avaliadas em três momentos do período peri-natal (aproximadamente às 10 semanas de gestação, às 28 semanas de gestação e 6 meses após o parto) relativamente à presença de sintomatologia depressiva, através da EPDS. Foi-lhes aplicado também um questionário de caracterização clínica. Estes autores verificaram que as mulheres com gravidezes não planeadas, mas aceites, têm uma probabilidade ligeiramente aumentada de desenvolver DPP, relativamente às que planeiam a gravidez (*odds ratio* de 1,16).

De acordo com Canavarro (2001), independentemente do desejo de engravidar, o reconhecimento de que a concepção aconteceu gera na mulher sentimentos de ambivalência

em relação à viabilidade da própria gravidez, à aceitação do feto, às mudanças associadas ao seu novo estado e, ainda, à própria maternidade. Considera-se, contudo, que a existência de um planeamento da gravidez poderá permitir a reflexão prévia sobre estas questões, facilitando a vivência das mesmas de uma forma mais consciente e menos inesperada.

A percepção da mulher grávida relativamente ao apoio do cônjuge / companheiro constituiu um dos critérios de inclusão no grupo de risco de desenvolvimento de DPP, tendo-se constatado, neste estudo, que 10% das mulheres grávidas referiram que este era inferior ao esperado. Estes resultados são corroborados por Ferreira (2013) que realizou um estudo com uma amostra de 81 mulheres grávidas seguidas no Centro Hospitalar Cova da Beira, demonstrando que 9,9% das mulheres refere não dispôr de todo o apoio esperado durante a gravidez, por parte do companheiro.

Também é interessante salientar que, num estudo realizado por Baptista, Baptista, & Torres (2006), com 44 gestantes utentes de um Centro de Saúde do interior de São Paulo, Brasil, se verificou que uma mais elevada percepção da gestante sobre o seu suporte social se encontrava associada a valores mais baixos na EPDS, STAI Y1 e STAI Y2.

No presente estudo, 33,3% das mulheres que referiram que o apoio por parte do companheiro era inferior ao desejado apresentou probabilidade de depressão (EPDS \geq 10) e níveis significativos de ansiedade (STAI Y2 \geq 45).

Por fim, é ainda de destacar que num estudo realizado por Konradt et al. (2011) com 1019 mulheres grávidas, no Brasil, constatou-se que 7,8% (n=79) das mulheres grávidas referiu não receber o suporte esperado por parte do companheiro, tendo-se verificado que 36,7% (n=29) destas grávidas desenvolveram DPP, apesar do controlo da sintomatologia depressiva e ansiosa no período pré-natal.

De facto, a percepção que a mulher tem do seu relacionamento conjugal parece estar relacionada com a sintomatologia depressiva e ansiosa durante a gravidez e no período pós-parto. Sendo o enfermeiro de família o profissional que toma por foco de atenção as dinâmicas internas da família e as suas relações (Regulamento nº 126/2011, de 18 de fevereiro), intervir nesta questão constitui uma importante medida de atuação no sentido da prevenção da DPP.

Em relação aos aspetos referentes à gravidez com maior potencial ansiogénico é relevante notar que todas as mulheres que indicaram o “aspeto físico atual ou após o parto” têm critérios de seleção para o grupo de risco, bem como todas as mulheres que indicaram a “incapacidade de responder às necessidades do bebé”. É também importante salientar que estes dois fatores remetem de forma muito direta para o conceito de auto-estima, que é definido por Rosenberg (1965, cit. por Romano, Negreiros, & Martins, 2007) como a autoavaliação que as pessoas fazem de si próprias, implicando um sentimento de valor, que engloba uma componente sobretudo afetiva, expressa numa atitude de aprovação / desaprovação em relação a si mesma.

De acordo com Leigh & Milgrom (2008) a baixa auto-estima constitui o fator preditivo de depressão pré-natal mais forte, sendo que esta, como já foi verificado, está significativamente relacionada com o desenvolvimento de DPP. Beck (2001) indicou a auto-estima como um dos

preditores de DPP de magnitude moderada. Ainda em relação a este assunto salientam-se as investigações de Kim, Hur, Kim, Oh, & Shin (2008), que realizaram um estudo na Coreia do Sul com 60 mulheres, 30 das quais com DPP (EPDS \geq 9,5 – *cut-off* validado no referido país) e outras 30 sem DPP (EPDS $<$ 9,5). Das 3 mulheres que referiram, às 24 semanas de gestação, o aspeto físico como fonte principal de ansiedade durante a gravidez, 2 desenvolveram DPP até às 6 semanas pós-parto.

Relativamente à história de interrupção de gravidezes anteriores, verificou-se que 60% das mulheres com abortos espontâneos prévios foram incluídas no grupo de mulheres de risco de desenvolvimento de DPP. Um estudo realizado por Csator dai et al. (2007), na Hungria, com 1656 mulheres no período pós-natal (0-6 semanas) apontou para uma relação entre DPP e aborto(s) espontâneo(s) prévio(s). Também Talabér, Bachorecz, Szemes, & Baji (2014), num estudo realizado em Budapeste, com 265 mulheres grávidas que tiveram, pelo menos, um aborto espontâneo numa gravidez prévia, concluíram que existe uma relação entre a vivência de um aborto prévio e probabilidade de depressão na gravidez (que constitui um fator de risco para a DPP), monitorizada através da EPDS. Essa relação torna-se significativamente mais elevada em mulheres com história de dois abortos ou mais.

Ainda neste contexto, salienta-se o estudo de McCarthy et al. (2015), que estabeleceu uma relação entre aborto(s) prévio(s) e o aumento dos níveis de stress, dos níveis de ansiedade, dos níveis de depressão e das alterações do padrão de sono-reposo, durante uma nova gravidez, fatores estes que aumentam o risco de desenvolvimento de DPP.

Em relação à paridade, verificou-se que 61,5% das futuras múltiparas encontravam-se em risco de DPP, sendo que entre as futuras primíparas, encontravam-se em risco 47%. De acordo com Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa (2009) existe uma associação entre a DPP e a multiparidade, o que poderá justificar estes resultados.

No que refere aos antecedentes da gravidez atual, no presente estudo apenas 1 mulher grávida referiu dificuldades em engravidar, tendo esta critério de inclusão no grupo de risco de desenvolvimento de DPP. Segundo Csator dai et al. (2007), não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre dificuldades em engravidar (por um período de tempo superior a 1 ano) e DPP (avaliada através de uma pontuação \geq 10 na escala Leverton).

A história psiquiátrica prévia constituiu também um dos critérios de inclusão das mulheres grávidas no grupo de risco de desenvolvimento de DPP, verificando-se que 20% das mulheres estudadas referiu este antecedente de saúde. De acordo com Rich-Edwards et al. (2006), através de um estudo realizado com 1662 mulheres grávidas, nos Estados Unidos da América, a história prévia de depressão constituiu o fator de risco mais forte para a presença de sintomatologia depressiva na gravidez, sendo que esta última constituiu o maior fator de risco para o desenvolvimento de DPP. Considera-se que a história psiquiátrica prévia consiste num fator de risco forte para o aparecimento de sintomatologia depressiva na gravidez já que, de acordo com Blasco, Levites, & Monaco (2012), um dos principais preditores de recidiva do quadro depressivo, diz respeito à sensação de falta de controlo sobre as circunstâncias da

vida, o que se verifica comumente durante a gravidez e no período pós-parto. De notar que, no presente estudo, entre as mulheres que revelaram história psiquiátrica prévia, 33,3% apresentava probabilidade de depressão.

Para finalizar a discussão dos dados clínicos, destaca-se que 66,7% das mulheres com história psiquiátrica na família (familiares em primeiro grau - mãe) foi incluída no grupo de risco. Relativamente a este aspeto, os dados da literatura científica são pouco consistentes. Dennis & Ross (2006) não confirmaram a história familiar psiquiátrica como fator de risco para sintomatologia depressiva às 8 semanas do período pós-parto (EPDS \geq 10). No entanto, Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates, & Harris (2001) através de um estudo realizado na Austrália, com 504 mulheres às 8 semanas pós-parto, relataram uma associação entre história de depressão por parte da figura materna das participantes e DPP.

Na opinião de Robertson, Grace, Wallington, & Stewart (2004), este é um aspeto de difícil avaliação, já que as mulheres entrevistadas teriam de ter um conhecimento fidedigno da história psiquiátrica familiar, o que nem sempre acontece. Concorda-se com estes autores, considerando-se a possibilidade dos resultados obtidos não corresponderem a uma identificação correta do diagnóstico, podendo em alguns casos ser apenas uma percepção da história de doença psiquiátrica na família.

Relativamente à ansiedade verificou-se que, da amostra global estudada, 16,7% das mulheres grávidas apresentou pontuações que permitiram diagnosticar uma ansiedade-estado significativa (pontuações acima dos *cut-off* determinados na escala STAI Y1), o que se aproximou dos resultados obtidos por Podvornik, Velikonja, & Praper (2015). Estes autores avaliaram a ansiedade de 348 mulheres grávidas, verificando que 15,7% das mesmas apresentou níveis de ansiedade significativos, monitorizados através da STAI Y1, com um *cut-off* de 45 pontos.

Também Giardinelli et al. (2012) num estudo semelhante, constataram que, na sua amostra de 590 mulheres grávidas entre a 28ª e a 32ª semana de gestação, 20,5% apresentaram níveis de ansiedade clinicamente significativos, avaliados através da mesma escala, considerando para a análise dos resultados um *cut-off* de 40.

Em relação à ansiedade-traço verificou-se, no presente estudo, que 26,7% das mulheres apresentou pontuações superiores aos *cut-off* determinados para a STAI Y2. Também Sutter-Dalay, Giaccone-Marcеше, Glatigny-Dallay, & Verdoux (2004) avaliaram a presença de sintomatologia ansiosa durante a gravidez verificando, através do Mini International Neuropsychiatric Interview, que, numa amostra de 119 mulheres grávidas residentes em França, 24% apresentou um qualquer distúrbio ansioso (agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo ou fobia social). Considerando que a presença de um distúrbio ansioso remete ao conceito de ansiedade-traço, avaliado através da STAI Y2 no presente estudo, verificou-se uma considerável aproximação dos resultados obtidos.

Fontein-Kuipers et al. (2015) também realizaram um estudo, utilizando para a avaliação da ansiedade-traço a escala STAI Y2. Verificaram que 14,4% das 458 mulheres grávidas

estudadas apresentou ansiedade clinicamente significativa. Giardinelli et al. (2012), utilizando o mesmo instrumento, verificaram que 25,3% das mulheres grávidas apresentou uma pontuação na STAI Y2 superior ao *cut-off* definido, o que vai de encontro aos resultados obtidos no presente estudo.

De facto, gravidez e maternidade são transições de vida relevantes, gerando emoções intensas, por vezes contraditórias – alegria, expectativa, receio, tristeza, ansiedade –, as quais constituem manifestações emocionais normais e comuns nos progenitores (Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004). Há, no entanto, que distinguir a ansiedade normal, que não interfere com o funcionamento habitual, por oposição à ansiedade patológica que se caracteriza por ser clinicamente significativa, persistente, geradora de angústia / distress, perturbando diferentes áreas do funcionamento (Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005).

De notar também que 68,8% das mulheres incluídas no grupo de risco de desenvolvimento de DPP apresentou pontuações acima dos *cut-off* determinados nas escalas de avaliação da ansiedade (STAI Y1 e/ou STAI Y2), constituindo este o principal fator de inclusão das mulheres grávidas no referido grupo.

Rodrigues & Shiavo (2011) realizaram um estudo no Brasil que relacionou a ansiedade de 43 gestantes avaliadas no terceiro trimestre e sintomatologia de DPP ao 45º dia após o nascimento do neonato, através do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp. Verificaram que apenas 6% das mulheres que não revelaram ansiedade significativa na primeira avaliação desenvolveu DPP e que 71,4% das mulheres com níveis de ansiedade significativos identificados durante o período de gestação desenvolveu DPP, permitindo concluir a existência de uma correlação positiva entre os sintomas de ansiedade apresentados na gestação e os sintomas de DPP.

Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover (2004) num estudo com 8323 mulheres, realizado em Inglaterra, verificou que níveis de ansiedade elevados, avaliados através do Crown-Crisp Experimental Index às 32 semanas de gestação, se encontraram associados a um aumento considerável de DPP (3 vezes mais) às 8 semanas e 8 meses pós-parto, mesmo após estabilização e controlo da sintomatologia depressiva durante a gestação. Verificou-se deste modo que níveis de ansiedade elevados estão associados ao desenvolvimento de DPP, pelo que este é um ótimo fator preditivo (Austin, Tully, & Parker, 2007; Grant, McMahon, & Austin, 2008).

No que se refere à monitorização da depressão no período gestacional tem-se que, de acordo com os resultados apresentados no presente estudo, 13,3% das mulheres grávidas apresenta valores acima do *cut-off* definido para a EPDS.

Um estudo realizado por Eberhard-Gran, Tambs, Opjordsmoen, Skrandal, & Eskild (2004) com 54 mulheres grávidas, apontou que 11,1% destas, entre o segundo e terceiro trimestre, apresentou resultados na EPDS superiores ou iguais a 10, indicando probabilidade de depressão.

No que se refere ao nosso país, não foram encontrados muitos estudos sobre a prevalência / incidência de depressão perinatal. No entanto, Areias, Kumar, Barros, &

Figueiredo (1996) conduziram um estudo longitudinal com 54 mulheres sobre a incidência da depressão na gravidez verificando, através da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, que a prevalência de depressão durante este período foi de 16,7%.

Também Gorman et al. (2004), num estudo multi-sítio que incluiu o nosso país (cidade do Porto), com uma amostra de 64 mulheres grávidas, encontrou uma prevalência de 10,9% para a depressão (EPDS ≥ 10), o que se aproxima dos valores obtidos no presente estudo.

Estudos mais recentes indicaram resultados semelhantes. Assim sendo, num estudo realizado por Koutra et al. (2014), foi aplicada a EPDS a 438 mulheres grávidas entre a 28^o e a 32^a semana de gestação, sendo que destas, 16,7% apresentou probabilidade de depressão (*cut-off* utilizado de 13 pontos). Também Milgrom et al. (2008) recorrendo ao mesmo instrumento para avaliação da sintomatologia depressiva durante a gravidez, aplicado a 35374 mulheres grávidas, verificaram que 8,8% destas apresentava probabilidade de depressão (*cut-off* > 12). De acordo com estes autores, durante a gravidez e 6 semanas após o parto, as mulheres com uma pontuação elevada na EPDS (superior a 12) durante a gravidez, apresentam um risco 5,6 vezes superior de desenvolver DPP, em comparação com as outras, o que justifica a importância da avaliação deste fator.

Há ainda a destacar que, no presente estudo, 100% das mulheres que apresentaram probabilidade de depressão (EPDS ≥ 10) evidenciaram scores elevados na STAI. De acordo com o estudo de Sutter-Dalay, Giaccone-Marcasche, Glatigny-Dallay, & Verdoux (2004), as mulheres grávidas que apresentaram pelo menos um distúrbio de ansiedade, são quatro vezes mais propensas a desenvolver sintomatologia depressiva significativa concomitantemente. Este facto é bastante elucidativo do cariz ansioso do quadro depressivo típico da gravidez e do pós-parto, implicando aos enfermeiros uma intervenção eficaz, não só na avaliação do risco, mas no acompanhamento durante a gravidez.

Sendo assim, relativamente à presença de ansiedade e sintomatologia depressiva significativas em concomitância, durante a gestação, verificou-se, no presente estudo, que esta foi de 13,3% (igual à percentagem de presença de sintomatologia depressiva significativa, avaliada através da EPDS), o que vai de encontro aos resultados obtidos por Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa (2009). Estes autores realizaram um estudo com 300 mulheres grávidas (portuguesas ou a residir em Portugal há mais de um ano) às quais aplicaram a escala STAI e a EPDS, concluindo que, no primeiro trimestre de gravidez, 10,6% das mulheres em estudo apresentou pontuações elevadas (de risco) para o STAI e EPDS, em simultâneo; no segundo trimestre 7,7% das gestantes apresentou este mesmo resultado e no terceiro trimestre este valor aumentou para 11,1%. De destacar contudo que, de acordo com o estudo realizado por Sutter-Dalay, Giaccone-Marcasche, Glatigny-Dallay, & Verdoux (2004), a comorbilidade entre ansiedade e depressão, não se traduz num aumento da probabilidade de pontuações elevadas na EPDS no período pós-parto, em comparação com a presença isolada de um distúrbio da ansiedade durante a gravidez; dado este que não pode, por questões de limitação de tempo, ser avaliado no estudo em apresentação.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A título conclusivo, verifica-se que existe uma percentagem elevada de mulheres em risco de DPP na população estudada, considerando os critérios definidos.

Conclui-se também que a grande maioria destas mulheres apresenta níveis de ansiedade significativos, avaliados através da STAI Y1 e STAI Y2 e todas as mulheres com probabilidade de depressão na gravidez apresentam ansiedade significativa (ansiedade-estado ou ansiedade-traço).

Pode ainda concluir-se que a história psiquiátrica prévia na amostra estudada foi relativamente frequente, já que 1/5 destas mulheres revelou alterações no seu estado de saúde mental no passado, diagnosticadas e tratadas medicamentosamente; e que a percepção da mulher grávida de apoio insuficiente por parte do conjuge / companheiro constituiu o critério de identificação de mulheres em risco de desenvolvimento de DPP menos frequente entre as mesmas.

Ainda a título conclusivo importa salientar que, de facto, a gravidez e os primeiros anos de vida da criança são períodos de grande vulnerabilidade para a mulher e família, pelo que é fundamental que exista algum investimento nesta área (Macedo & Pereira, 2014). Os profissionais de CSP, nomeadamente o Enfermeiro de Família, dispõe de um contacto privilegiado com a mulher e família nesta fase do ciclo vital familiar. Deste modo, é premente que estejam alerta para os fatores de risco inerentes a este período, bem como para as potencialidades de mudança comportadas por estes momentos e para o modo como a sua intervenção pode ser catalizadora do desenvolvimento das famílias e das crianças (Brito, 2009).

No que se refere a limitações do presente estudo há que destacar o tamanho reduzido da amostra, que impossibilitou a análise dos dados com recurso a estatística inferencial. Também o facto do estudo em questão não se restringir a um trimestre em específico, sendo abordadas mulheres com preocupações, dificuldades e vivências muito diferentes, constituiu uma limitação. Considerando que o terceiro trimestre é aquele em que se encontraram as maiores taxas de depressão e ansiedade significativas (Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009), poderia ter sido interessante que o presente estudo se restringisse a mulheres grávidas no terceiro trimestre, o que não foi possível devido aos períodos de tempo definidos para realização do estágio de natureza profissional.

Relativamente às implicações do estudo para a prática clínica de enfermagem considera-se que, devido ao contacto continuado com a temática da DPP por parte dos elementos da equipa de enfermagem da UCSP Vagos II (através do envolvimento com o presente trabalho, durante o período de estágio); e devido à ação de sensibilização realizada no final do estágio, foram esclarecidos vários aspetos relativos à importância da avaliação e promoção da saúde mental da mulher grávida. De destacar que, na ação de sensibilização, foi

apresentado o conceito de DPP, os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento, a relevância do papel do enfermeiro de família na detecção de situações de risco e a importância do recurso a escalas de avaliação da ansiedade e depressão, tendo também sido apresentados e discutidos os principais resultados obtidos através deste estudo.

Em termos de trabalhos futuros sugere-se, e considerando que uma elevada percentagem de mulheres grávidas são acompanhadas em Cuidados de Saúde Primários e em ambiente hospitalar, um projeto de articulação de cuidados do foro da saúde mental entre as duas unidades de saúde.

Acredita-se ainda que seria interessante o desenvolvimento de um projeto de intervenção personalizado, dirigido a mulheres grávidas com risco de DPP e suas famílias e sustentado nos fatores de risco neste estudo identificados, por parte dos enfermeiros de família.

Deste modo, perante níveis de ansiedade elevados, sugerem-se sessões de psicoeducação individual sobre a temática da ansiedade, prática de técnicas de auto-controlo da mesma, nomeadamente a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Jacobson, 1938) e identificação dos principais fatores ansiogénicos, com uma intervenção psicoeducativa sustentada nos mesmos. Na presença de probabilidade de depressão, sugere-se uma intervenção psicoterapêutica, focada no quadro depressivo, nos seus sinais de alarme, sintomas e riscos, alternando-se sessões individuais com sessões familiares. Em situações de perceção de apoio social reduzido da mulher grávida em relação ao conjuge, propõem-se sessões de psicoeducação individual e sessões de psicoeducação em conjunto com o conjuge, focadas no processo de transição em decurso e na importância do envolvimento familiar. Nos casos das mulheres grávidas com história psiquiátrica prévia a intervenção seria mais abrangente, composta por sessões de psicoeducação individuais e em família, reunindo de forma menos aprofundada todos os outros temas abordados anteriormente.

Em suma, considera-se que os objetivos do presente estudo foram devidamente alcançados, através do cumprimento rigoroso do processo metodológico definido, tendo sido dada resposta à questão de investigação norteadora do estudo, já que foram identificadas as mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de DPP.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A realização deste relatório permitiu-me constatar que, de facto, o estágio clínico realizado foi uma experiência extremamente enriquecedora, a nível pessoal, profissional e académico.

Através deste, pude compreender a família como uma “organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio, derivada de consequentes processos de transformações sociais, que foram por ela assimilados” (Figueiredo, 2013, p. 2), cujo equilíbrio dinâmico deverá ser salvaguardado pelo Enfermeiro de Família. Também apreendi verdadeiramente que o Enfermeiro de Família se assume como elemento fulcral na conquista deste equilíbrio dado que a proximidade entre este e as famílias lhe atribui uma posição e oportunidade privilegiada de intervenção, no sentido do acompanhamento das famílias na iminência de processos de transição, facilitando a aprendizagem de novas habilidades e competências em situações de saúde-doença, tal como refere Santiago (2012).

Deste modo, mediante a concretização deste relatório e respetivo estágio tornou-se possível a mobilização pessoal de conhecimentos no sentido do desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, tendo por base o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, em 2011.

O trabalho e desenvolvimento contínuo destas competências durante o estágio permitiu-me a integração mental do papel do Enfermeiro de Família no acompanhamento das famílias, sendo que esta passa pela(o): prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente; identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar; reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde; parceria na gestão da promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, através da identificação e mobilização dos recursos necessários à promoção da máxima autonomia; atuação na qualidade de elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde; e atuação na qualidade de mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2009) afirmou-se também como fulcral neste processo de aprendizagem, permitindo o contacto com as famílias através de um método organizado, dinâmico e sistematizado, com vista à avaliação familiar nas suas dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcionamento e permitindo a integração da informação numa perspetiva sistémica e ecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Ao longo do estágio e da realização do presente relatório foi também possível esquematizar ideias relativas ao estudo realizado. Este permitiu-me concluir que existe uma percentagem elevada de mulheres em risco de DPP, pelo que o desenvolvimento da doença deve ser prevenido de forma ativa. Sendo que o Enfermeiro de Família compila dados sobre cada família, que lhe permitem a identificação de problemas, a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento de intervenções ou contratos de ação com a família, entende-se que este pode ter um papel fulcral na promoção da saúde mental e prevenção do desenvolvimento de DPP (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em termos de dificuldades percecionadas durante todo o processo a que o presente relatório se refere, destaco a distância entre o meu local de trabalho/domicílio e o meu local de estágio. Apesar de considerar que a UCSP Vagos II constituiu um local de excelência para o desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem de saúde familiar, situa-se a cerca de 40km de distância do meu local de trabalho, o que dificultou a gestão da minha disponibilidade. O cumprimento dos objetivos em termos de horas de estágio no período de tempo definido inicialmente, constituiu também, para mim, uma enorme dificuldade. No entanto, esta questão foi resolvida com o decorrer do estágio, já que houve alargamento do período do mesmo.

Relativamente às implicações para a minha prática profissional, importa salientar que a realização do presente relatório e do estágio a que o mesmo se refere, constituiu uma importante oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento, a nível pessoal e profissional.

Espera-se que o estudo desenvolvido neste contexto contribua para uma intervenção mais consciente e sustentada em termos de saúde mental na gravidez, por parte do enfermeiro de família, traduzindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. (2012). *Visitação Domiciliária*. Ordem dos Enfermeiros.
- Akiki, S., Avison, W., Speechley, K., & Campbell, M. (2016). Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 196, 260–267. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.016
- Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Alderdice, F., McNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29, 389-399.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189, 148-154. doi: 10.1067/mob.2003.336
- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Austin, M., Tully, L., & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101, 169–174. doi: 10.1016/j.jad.2006.11.015
- Baptista, M., Baptista, A., & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia do Vetor Editora*, 7 (1), 39-48.
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
- Beck, C., & Indman, P. (2005). The Many Faces of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34 (5), 569–576. doi: 10.1177/0884217505279995
- Beck, C., & Driscoll, J. (2007). Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52 (6), 74-75. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.07.005
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 67–79.

- Bispo, E. (2015). *Enfermeiro de Saúde Familiar e a comunicação: Transição para a Parentalidade*. Instituto Politécnico de Santarém.
- Blasco, P., Levites, M., & Monaco, C. (2012). Quase metade dos pacientes com depressão grave tem recidivas num período de seis anos. *Diagnóstico & Tratamento*, 17 (2), 62-63.
- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, 600–604.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363, 303–310.
- Buist, A. (2006). Perinatal depression: Assessment and management. *Australian Family Physician*, 35 (9), 670–673.
- Buist, A., Barnett, B., Milgrom, J., Pope, S., Condon, J., Ellwood, D., ... Hayes, B. (2002). To screen or not to screen — that is the question in perinatal depression. *Medical Journal of Australia*, 177, 101–105.
- Bunevicius, A., Staniute, M., Brozaitiene, J., Pop, V., Neverauskas, J., & Bunevicius, R. (2013). Screening for anxiety disorders in patients with coronary artery disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11-37. doi: 10.1186/1477-7525-11-37
- Câmara Municipal de Vagos. (2010). Município de Vagos. Retrieved from <http://www.cm-vagos.pt/PageGen.aspx>
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto editora.
- Cantwell, R., & Cox, J. (2006). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 13, 7-13. doi: 10.1016/j.curobgyn.2005.11.001
- Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Chee, C., Lee, D., Chong, Y., Ng, T., Tan, L., & Fones, C. (2005). Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: A transcultural study in Singapore. *Journal of Affective Disorders*, 89, 157–166. doi: 10.1016/j.jad.2005.09.004
- Clout, D., & Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*, 188, 60–67. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.054
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10 items EPDS. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Csator dai, S., Kozinszky, Z., Devosa, I., Tóth, É., Krajcsi, A., Sefcsik, T., & Pál, A. (2007). Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Education and Counseling*, 67, 84–92. doi: 10.1016/j.pec.2007.02.004

- Cunha, L. (2013). *Vivência conjugal na transição para o diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2*. Universidade de Coimbra.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 59, 31–40.
- Decreto-Lei nº 118/2014 de 05 de agosto. *Diário da República nº 149 - 1ª série*. Lisboa.
- Dennis, C. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (8), 489-498.
- Dennis C, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.
- Dennis, C., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (6), 588–599. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x
- Dennis, C. L., Coghlan, M., & Vigod, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory?. *Journal of Affective Disorders*, 150, 1217–1220. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.049
- Dennis, C., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). *The Cochrane Collaboration*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3
- Dion, X. (2002). Anxiety: a terrifying facet of postnatal depression. *Community Practitioner*, 75 (10).
- Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrondal, A., & Eskild, A. (2004). Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25 (1), 15–21. doi: 10.1080/01674820410001737405
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widström, A. (2001). The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: A preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (1), 61-71. doi: 10.1080/02646830123255
- Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. (2015). *Guia orientador: estágio*. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.
- Falcone, V., Mäder, V., Nascimento, C., Santos, J., & Nóbrega, F. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*, 39 (4), 612–618.
- Ferreira, A. (2013). *Sintomas Psicopatológicos e Suporte Social na Gravidez e no Pós-Parto: Um olhar sobre a parentalidade*. Universidade da Beira Interior.
- Ferreira, C., Orsini, M., Vieira, C., Paffaro, A., & Silva, R. (2015). Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291, 999–1003. doi: 10.1007/s00404-014-3508-x

- Fernandes, J., Alves, M., & Arantes, M. (2004). Impacto de uma experiência de formação nas concepções e práticas de avaliação de professores estagiários. *Revista de Estudos Curriculares*, 2 (2), 263-298.
- Field, T. (2011). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behaviour Development*, 33 (1), 1–9. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005.Postpartum
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. (2013). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência
- Fitelson, E., Kim, S., Baker, A., & Leight, K. (2010). Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health*, 3, 1-14.
- Fontein-Kuipers, Y., Ausems, M., Budé, L., Limbeek, E., Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2015). Factors influencing maternal distress among dutch women with a healthy pregnancy. *Women and Birth*, 28, 36-43. doi: 10.1016/j.wombi.2015.02.002
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G., ... Miller, W. (2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy and Screening Outcomes. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 119, 1-e2.
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M., Lino, G., Lunardi, C., ... Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an italian sample. *Archives Womens Mental Health*, 15, 21-30. doi: 10.1007/s00737-011-0249-8
- Goodman, J. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 26–35.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). *Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/284700806>
- Gorman, L., O'Hara, M., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M., ... Sutter-Dallay, A. (2004). Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV: Disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *The British Journal of Psychiatry*, 184 (46), 17–23. doi: 10.1192/bjp.184.46.s17
- Gourounti, K., Karapanou, V., Karpathiotaki, N., & Vaslamatzis, G. (2015). Anxiety and depression of high risk pregnant women hospitalized in two public hospital settings in Greece. *International Archives of Medicine*, 8 (25), 1–6. doi: 10.3823/1624
- Grant, K., McMahon, C., & Austin, M. (2008). Maternal anxiety during the transition to

- parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101-111.
- Gurel, S., & Gurel, H. (2000). The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 91 (1), 21-24. doi: 10.1016/S0301-2115(99)00224-9
- Hanley, J. (2009). *Perinatal Mental Health: A Guide for Professionals and Users*. Wiley-Blackwell.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hay, D., Pawlby, S., Waters, C., & Sharp, D. (2008). Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (10), 1079–1088. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01959.x
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety*, 11, 66–72.
- Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study*. Copenhagen: World Health Organization.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (2), 33-42. doi: 10.1007/s00737-003-0004-x
- Heron, J., O'Connor, T., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65–73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hewitt, C., Gilbody, S., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., ... Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment*, 13 (36). doi: 10.3310/hta13360
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Statistics Portugal. Retrieved from <https://www.ine.pt>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2ª ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Johnstone, S., Boyce, P., Hickey, A., Morris-Yates, A., & Harris, M. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 69–74.
- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25, 344–356. doi: 10.1016/j.midw.2007.03.006
- Kim, Y., Hur, J., Kim, K., Oh, K., & Shin, Y. (2008). Prediction of postpartum depression

- by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 331–340. doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01801.x
- Konradt, C., Silva, R., Jansen, K., Vianna, D., Quevedo, L., Souza, L., ... Pinheiro, R. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33 (2), 76-79.
- Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Chatzi, L., & Kogevinas, M. (2014). Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 711–721. doi: 10.1007/s00127-013-0758-z
- Lacerda, M. (2010). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5), 2621–2626.
- Lee, D., & Chung, T. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2), 183–191. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.10.003
- Lei 49/2005 de 30 de agosto. Diário da República nº 166 - I série-A. Lisboa.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Parenting stress. *Biomed Center Psychiatry*, 8 (24), 1-11. doi: 10.1186/1471-244X-8-24
- Lintner, N., & Gray, B. (2006). Childbearing and depression: what nurses need to know. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines*, 10 (1), 50–57. doi: 10.1111/j.1552-6356.2006.00002.x
- Macedo, A., & Pereira, A. (2014). *Saúde Mental Perinatal*. Lisboa: Lidel.
- Maldonado, M. (2013). *Psicologia da gravidez*. Rio de Janeiro: Jaguatirica Digital.
- Marques, M. (2011). *Fatores de risco da depressão pós-parto: Uma abordagem multidimensional*. Universidade de Coimbra.
- Martins, J. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66.
- Matão, M., Miranda, D., Campos, P., Oliveira, L., & Martins, V. (2011). Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1 (3), 283-293.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *Journal of Affective Disorders*, 74, 139–147. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00012-5
- McCarthy, F., Moss-Morris, R., Khashan, A., North, R., Baker, P., Dekker, G., ... O'Donoghue, K. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122, 1757–1764. doi: 10.1111/1471-0528.13233
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Miguel, L., & Sá, A. (2016). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Milgrom, J., Gemmill, A., Bilszta, J., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147–157. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.014
- Misri, S., & Joe, K. (2008). Perinatal mood disorders: an introduction. In Stone SD & Menken AE (Eds.) *Perinatal and Postpartum Mood Disorders: Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner*. Springer Publishing Company, New York, pp. 65-83.
- Monteiro, M. (2009). Enfermagem de família: a construção de competências. In *Da Investigação à prática de enfermagem de família* (pp 13-19).
- Morais, M., Fonseca, L., David, V., Viegas, L., & Otta, E. (2015). Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 40–49. doi: 10.5935/1678-4669.20150006
- Munk-Olsen, T., Laursen, T., Pedersen, C., Mors, O., & Mortensen, P. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *Journal of the American Medical Association*, 296 (21), 2582-2589. doi: 10.1001/jama.296.21.2582
- Neugebauer, R. (2003). Depressive symptoms at two months after miscarriage: interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depression and anxiety*, 17, 152–161. doi: 10.1002.da.10019
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., ... Ramos, V. (2012). *Papel do enfermeiro de saúde familiar nos CSP: pressupostos para a sua implementação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- O'Hara, M., & McCabe, J. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O'Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37-54.
- Olson, A., Kemper, K., Kelleher, K., Hammond, C., Zuckerman, B., & Dietrich, A. (2002). Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics*, 100 (6), 1169-1176.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata: conferência internacional sobre cuidados primários de Alma-Ata*.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Declaração de Munique*.

- Paim, H. (1998). Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In *Doença, sofrimento, perturbação* (pp. 31–47).
- Paris, R., Bolton, R., & Weinberg, M. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infants interactions. *Archives Women's Mental Health*, 12 (5), 309-321.
- Pinto, A., & Botelho, M. (2007). Fisiopatologia do envelhecimento. In A. Pinto, *Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*, 493-514. Lisboa: Lidel.
- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde. *Cadernos de Economia*, 60–66.
- Podvornik, N., Velikonja, V., & Praper, P. (2015). Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Zdravstveno Varstvo*, 54(1), 45–50. doi: 10.1515/sjph-2015-0006
- Pope, S., Watts, J., Evans, S., McDonald, S., & Henderson, J. (2000). *Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- Raynor, M. (2006). Pregnancy and the puerperium: The social and psychological context. *Psychiatry*, 5 (1), 1-4.
- Regulamento nº 126/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República nº 35 - 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Regulamento nº 367/2015 de 29 de junho. *Diário da República nº 124 - 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família*. Porto: Edições Afrontamento.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de outubro. *Diário da República nº 196 - I Série-B*. Presidência do Conselho de Ministros: Lisboa.
- Ribeiro, W., & Andrade, M. (2009). O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP). *Informe-se em promoção da saúde*, 5 (1), 7-9.
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. Loures: Lusodidacta.
- Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B., McLaughlin, T., Joffe, H., & Gillman, M. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 221–227. doi: 10.1136/jech.2005.039370
- Riecher-Rössler, A., & Rohde, A. (2005). Diagnostic classification of perinatal mood disorders. In A. Riecher-Rössler, & M. Steiner, *Perinatal stress, mood and anxiety disorders. From bench to bedside*, 6-28. Switzerland: Karger.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49, 167–180.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289–295. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006
- Rodrigues, O., & Schiavo, R. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma

- correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252–257.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para validação da escala de autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 109-116.
- Ross, L., Evans, S., Sellers, E., & Romach, M. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (1), 51–57. doi: 10.1007/s00737-002-0155-1
- Santiago, P. (2012). *Enfermagem de saúde familiar e a doença de Alzheimer*. Instituto Politécnico de Santarém.
- Santos, S., & Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Form Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62, 531-558. doi: 10.1146/annurev.psych.031809.130727
- Smith, M., Rosenheck, R., Cavaleri, M., Howell, H., Poschman, K., & Yonkers, K. (2004). Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric Services*, 55 (4), 407-414.
- Sousa, S. (2012). *Depressão pós-parto: estudo de prevalência e deteção de fatores de risco*. Universidade da Beira Interior.
- Sousa, A. (2014). O enfermeiro de família. Ordem dos Enfermeiros.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Stanley, C., Murray, L., & Stein, A. (2004). The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and performance on an instrumental learning task. *Development and Psychopathology*, 16 (1), 1-18.
- Steiner, M. (2002). Postnatal depression: a few simple questions. *Family Practice*, 19 (5), 469–470.
- Stewart, D. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51, 1061-1067.
- Stewart, D., Robertson, E., Dennis, C., Grace, S., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program.
- Stuart, S., O'Hara, M., & Gorman, L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Womens Mental Health*, 6 (2), 57-69. doi: 10.1007/s00737-003-0003-y
- Sutter-Dallay, A., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort.

- *European Psychiatry*, 19, 459–463. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.025
- Talabér, J., Bachorecz, M., Szemes, Z., & Baji, I. (2014). The effects of previous spontaneous abortion on the mental problems of current pregnancy. *New Medicine*, 3, 98–102.
- Tavares, M., & Botelho, M. (2009). Prevenir a Depressão Pós-Parto: Uma análise ao conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 19–29.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, 142–148. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005
- Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish Journal of Psychology*, 17(e7), 1–9. doi: 10.1017/sjp.2014.7
- UCSP Vagos II. (2015). *Plano de Ação 2015-2017*. Vagos: UCSP Vagos II.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wenzel, A., Haugen, E., Jackson, L., & Brendle, J. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 295–311. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.04.001
- Wiley, C., Burke, G., Gill, P., & Law, N. (2004). Pediatricians' views of postpartum depression: A self-administered survey. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 231–236. doi: 10.1007/s00737-004-0058-4
- Yonkers, K., Ramin, S., Rush, J., Navarrete, C., Carmody, T., March, D., ... Leveno, K. (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an Inner-City Maternal Health Clinic System. *American Journal of Psychiatry*, 158 (11), 1856–1863.
- Zlotnick, C., Johnson, S., Miller, I., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 638–640. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.638
- Zlotnick, C., Miller, I., Pearlstein, T., Howard, M., & Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 163 (8), 1443-1445.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I - Critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Major, de acordo com a DSM V (2013)

A: Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.*

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Anexo II - Autorização do Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro para realização do estudo



AUTORIZAÇÃO

Rui Jorge Dias Costa, na qualidade de Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, vem por este meio conceder autorização de desenvolvimento do projeto intitulado "A Mulher com risco de depressão pós-parto: intervenção do enfermeiro de saúde familiar" pela Dra. Catarina Cláudia Santos Nogueira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, sob a orientação científica da Professora Doutora Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo e do Professor Doutor João Filipe Lindo Simões.

Aveiro, 29 de Julho de 2015

Diretor da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

(Professor Doutor Rui Jorge Dias Costa)

Anexo III – Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro para realização do estudo



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARÊCER FINAL:</p> <p>Favorável.</p> <p>Tornar-se-á definitivo após apresentação de relatório final, ou de publicação, a esta CE.</p>	<p><i>Prorrogar a análise do parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i></p> <p><i>17.12.2015</i></p> <p>Carregado Distinto de ARSC do Centro de R.</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. José Manuel Soares Mendes</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Maria José Costa</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Luís Manuel Gomes Cabral</p>
---	--

<p>ASSUNTO: 66/2015 - "A mulher com risco de depressão pós-parto: Intervenção da Enfermeira de Saúde Familiar".</p>	
<p>Parêcer favorável.</p>	
<p>Coimbra, 18 de dezembro de 2015.</p>	
<p><i>[Signature]</i></p> <p>(Prof. Doutor Luis Santiago)</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Presidente da CES</p> <p>(Prof. Doutor Fortes Ribeiro)</p>

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados



I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A MULHER COM RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO A MULHERES GRÁVIDAS

O questionário encontra-se dividido em 4 partes: questionário de caracterização sociodemográfica, questionário de dados da gravidez atual e antecedentes pessoais; Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger e Escala de Depressão Pós-Parto.

Para cada questão pretende-se que assinale com uma cruz a opção que corresponde à sua realidade.

A sua colaboração é essencial e voluntária e o questionário é confidencial.

Obrigada pela colaboração.

Código _____

1) Dados Demográficos

Data: ___/___/___

Idade da gestante: _____

Idade do conjugue/companheiro: _____

a) Estado civil da gestante:

- Solteira
- Casada / Viver junto
- Divorciada / Separada
- Viúva

b) Estrutura familiar:

- Nuclear (pais e filhos)
- Alargada (pais, filhos e avós/tios)
- Reconstituída (casal em que pelo menos um filho é de uma relação anterior)
- Monoparental

c) Escolaridade da gestante:

- Analfabeta
- 1º Ciclo
- Ensino Básico (4º ano)
- 2º Ciclo Ensino Básico (5º/6º ano)
- 3º Ciclo Ensino Básico (9º ano)
- Ensino Secundário (12º ano)
- Bacharelato / Licenciatura
- Mestrado / Doutoramento

- d) Escolaridade do conjugue:
- Analfabeto
 - 1º ciclo
 - Ensino Básico (4º ano)
 - 2º Ciclo ensino Básico (5º/6º ano)
 - 3º ciclo Ensino Básico (9º ano)
 - Ensino Secundário (12º ano)
 - Bacharelato / Licenciatura
 - Mestrado / Doutoramento
- e) Situação Sócio-Profissional da gestante:
- Empregada
 - Desempregada
 - Estudante
 - Outra: _____
- f) Situação Sócio-Profissional do conjugue:
- Empregado
 - Desempregado
 - Estudante
 - Outra: _____
- g) Se empregada, especifique a sua profissão: _____
- h) Se conjugue / companheiro empregado, especifique a sua profissão: _____

2) Dados da gravidez atual e antecedentes pessoais

a) Gravidez

i) Semanas de gravidez: _____

ii) A gravidez foi:

Planeada / Desejada

Não planeada, mas aceite por ambos os pais

Não planeada e não aceite por ambos os pais

Não planeada e não aceite por um dos pais (especifique): _____

iii) Identifique as reações / mudanças positivas que ocorreram durante a gravidez: _____

iv) Identifique as reações / mudanças negativas que ocorreram durante a gravidez: _____

v) Durante a gravidez quem são as pessoas que mais a têm apoiado?

Marido / Companheiro

Mãe / Pai

Amigo (a)

Médico que vigia a gravidez

Outro: _____

vi) Durante a gravidez sente que tem o apoio do seu marido / companheiro:

Todo o que esperava

Podia ter mais

Nenhum

vii) Quais os aspetos referentes à gravidez que lhe causam mais ansiedade?

Parto

Aspeto físico atual ou após o parto

Incapacidade de responder às necessidades do bebé

Saúde do bebé

Falta de apoio após o parto

viii) Teve interrupções da gravidez? () Sim () Não

Se Sim:

- () Interrupção voluntária da gravidez
- () Médica (por malformações, violação)
- () Abortos espontâneos

ix) Número de filhos vivos: _____

x) Número de gravidezes anteriores: _____

xi) No caso de terem existido gravidezes anteriores especifique se o parto foi:

- () Normal
- () Cesariana
- () Fórceps
- () Outro: _____

xii) A gravidez atual foi antecedida de:

- () Abortos espontâneos
- () Recurso a tratamentos de infertilidade
- () Dificuldades em engravidar
- () Normal
- () Outros: _____

b) História psiquiátrica prévia

i) Necessitou de alguma ajuda ou de efetuar algum tratamento psicológico / psiquiátrico ao longo da sua vida?

- () Sim () Não

Se sim, especifique o motivo do tratamento e duração: _____

ii) Existe história de doença psiquiátrica na família?

- () Sim () Não

Se sim, especifique o(s) familiar(es) a que se refere: _____

Se sim, especifique o tipo de doença: _____

Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger

Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Versão portuguesa: Santos, S., & Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Form Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.

STAI Forma Y-1

Data: __/__/____

Idade: ____

Sexo: M ____ F ____

Instruções: Abaixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (x) no número da direita que indique como se sente **agora**, isto é, **neste preciso momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	NADA	UM POUCO	MODERA- DAMENTE	MUITO
1. Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso (a)	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me transtornado	1	2	3	4
7. Presentemente estou preocupado (a) com coisas más que possam acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito (a)	1	2	3	4

9. Sinto-me assustado (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante em mim próprio (a)	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me agitado (a)	1	2	3	4
14. Estou indeciso (a)	1	2	3	4
15. Sinto-me repousado (a)	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Sinto-me preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

STAI Forma Y-2

Instruções: Abaixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (x) no número da direita que indique como se sente **em geral**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever melhor como se sente geralmente.

	QUASE NUNCA	QUASE VEZES	ALGUMAS TEMENTE	FREQUEN- SEM- PRE	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem	1	2	3	4	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto (a)	1	2	3	4	4
23. Estou astisfeito comigo próprio	1	2	3	4	4
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4	4
25. Sinto-me que sou um fracasso	1	2	3	4	4
26. Sinto-me descansado (a)	1	2	3	4	4
27. Sinto-me calmo (a), refrescado (a) e composto (a)	1	2	3	4	4
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não posso vencê-las	1	2	3	4	4
29. Preocupo-me demasiado com coisas que realmente não importam	1	2	3	4	4
30. Sou feliz	1	2	3	4	4
31. Tenho pensamentos incomodativos	1	2	3	4	4
32. Não tenho confiança em mim próprio (a)	1	2	3	4	4
33. Sinto-me seguro (a) ou livre de perigo	1	2	3	4	4
34. Faço decisões com facilidade	1	2	3	4	4
35. Sinto-me inadequado (a)	1	2	3	4	4
36. Sinto-me contente	1	2	3	4	4
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e que me incomodam	1	2	3	4	4
38. Fico tão sentido (a) com desapontamentos que não consigo deixar de pensar neles	1	2	3	4	4
39. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4	4
40. Fico tenso ou transtornado (a) quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	1	2	3	4	4

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10 items EPDS. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Versão portuguesa: Areias, M., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.

Data: ___ / ___ / ___

Pontuação: _____

Aplicador da escala: _____

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1. *Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.*

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. *Tenho tido esperança no futuro.*

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. *Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.*

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. *Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.*

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

5. *Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.*

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. *Tenho sentido que são coisas demais para mim.*

- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como antes

7. *Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.*

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. *Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.*

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

9. *Tenho-me sentido tão infeliz que choro.*

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

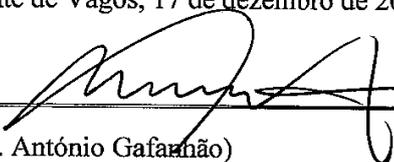
10. *Tive ideias de fazer mal a mim mesma.*

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

Apêndice II - Autorização do Coordenador da UCSP Vagos II para realização do estudo

Eu, **António Manuel da Maia Gafanhão**, Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vagos II, declaro o meu consentimento para o desenvolvimento do estudo intitulado “A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar”.

Ponte de Vagos, 17 de dezembro de 2015



(Dr. António Gafanhão)

ANTÓNIO GAFANHAO
MED. GERAL/FAMILIAR
234781400

Apêndice III – Termo de consentimento livre e esclarecido

Exma Sr^a,

Eu, Catarina Cláudia Santos Nogueira, Enfermeira, no âmbito da realização do estágio inserido no 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Familiar da Universidade de Aveiro, venho convidá-la a participar num estudo com o título: “A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar”.

Este terá como objetivos identificar as mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto, caracterizar o seu perfil sociodemográfico e clínico e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância desta avaliação.

A sua participação envolve o preenchimento de um questionário sociodemográfico, de dados da gravidez atual e de antecedentes pessoais; o preenchimento da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger.

A sua participação é voluntária e em qualquer momento pode desistir. A sua recusa em participar ou posterior abandono não prejudicará a sua relação com a equipa de saúde, nem o processo de prestação de cuidados.

É garantido absoluto sigilo relativamente aos dados obtidos e, agradecendo a sua colaboração, coloco-me à sua disposição para mais informações, por e-mail para a33211@ua.pt.

Atenciosamente,

Vagos, __/__/__, _____

(Catarina Nogueira)

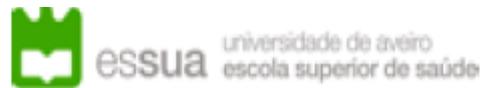
Termo de Consentimento

Eu, _____, aceito participar no estudo “A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar”, declarando que tomei conhecimento dos seus objetivos e principais implicações.

__ / __ / __, Vagos

(Assinatura)

Apêndice IV - Ação de sensibilização intitulada “A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Família”



A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto

Intervenção do Enfermeiro de Família

Catarina Nogueira
Professora Doutora Elsa Melo (Orientadora)
Professor Doutor João Simões (Co-orientador)

07 de junho de 2016

1



Sumário

- **Introdução**
- **Contextualização teórica**
- **Estudo empírico**
- **Conclusão**
- **Bibliografia**

07 de junho de 2016

2

Introdução

- Trotula de Salerno (1040-1097)
- João Rodrigues de Castelo Branco (1511-1568)



“De uma mulher que ao dar à luz, se tornava melancólica e louca”.

(Branco, 1547, citado em Brockington, 1996, p. 166).

- Pitt (1968) conduziu o primeiro estudo epidemiológico rigoroso relativo à Depressão Pós-Parto (DPP).

07 de junho de 2016

3

Introdução

- Nos primeiros 12 meses após o parto 12%-16% das mulheres desenvolve um quadro depressivo (Cepêda, Brito, & Heitor, 2006). Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais estas taxas aumentam para 28-70% (Friedman, Yang, Parsons, Friedman, & Martin, 2013).
- No período perinatal, as mulheres contactam com frequência com os cuidados de saúde, existindo muitas oportunidades para a identificação, prevenção ou intervenção precoce na doença (Stewart, 2005).

07 de junho de 2016

4

Contextualização teórica



07 de junho de 2016

5

Contextualização

- Maternidade é stressante porque:
 - Grande número de fatores de stress psicossociais;
 - Mudanças fisiológicas e hormonais;
 - Exigências físicas e dor associada à gravidez e ao nascimento;
 - Possibilidade de vir ser alvo de intervenções obstétricas física e psicologicamente stressantes.

Boyce & Condon, 2000

07 de junho de 2016

6

Contextualização

- Tratar precocemente ou Prevenir!!!
 - No entanto...
 - Falta de tempo para constituição da história clínica (Misri & Joe, 2008);
 - Falta de conhecimento sobre a patologia (Olson, Kemper, & Kelleher, 2002);
 - Desconhecimento da existência de instrumentos de rastreio (Wisley, Burke, Gill, & Law, 2004).

07 de junho de 2016

7

Contextualização

Sinais e Sintomas

Fatores de Risco

07 de junho de 2016

8

Contextualização

- Sinais e Sintomas
 - Humor deprimido
 - Perda de interesse/prazer
 - Diminuição ou aumento do apetite ou do peso;
 - Insónia ou hipersónia;
 - Agitação ou lentificação psicomotoras;
- Sinais e Sintomas
 - Fadiga ou perda de energia;
 - Sentimentos de desvalorização ou de culpa excessivos;
 - Dificuldade de concentração ou de tomada de decisão;
 - Pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio.

DSM V, 2013

07 de junho de 2016

9

Contextualização teórica

- Sinais e sintomas
 - Atentar a outros sintomas psicológicos:
 - Desilusão relativamente ao parto, amamentação e outros aspetos da prestação de cuidados ao bebé;
 - Sentimentos de inadequação, fracasso, insegurança e incapacidade para lidar com as novas exigências;
 - Labilidade emocional;
 - Medo de estar sozinha com o bebé ou de sair de casa sozinha com ele;

Macedo & Pereira, 2014

07 de junho de 2016

10

Contextualização teórica

- Sinais e sintomas
 - Atentar a outros sintomas psicológicos:
 - Medo de fazer mal ao bebé;
 - Pensamentos angustiantes de deixar tudo para trás;
 - Medo de ser rejeitada pelo marido;
 - Profunda sensação de perda – da identidade, do controlo, da energia e da vida social.

Macedo & Pereira, 2014

07 de junho de 2016

11

Contextualização teórica

Constelação de sintomas variada!!!

- Humor deprimido não é o principal causador de sofrimento...
- ANSIEDADE!

07 de junho de 2016

12

Contextualização teórica

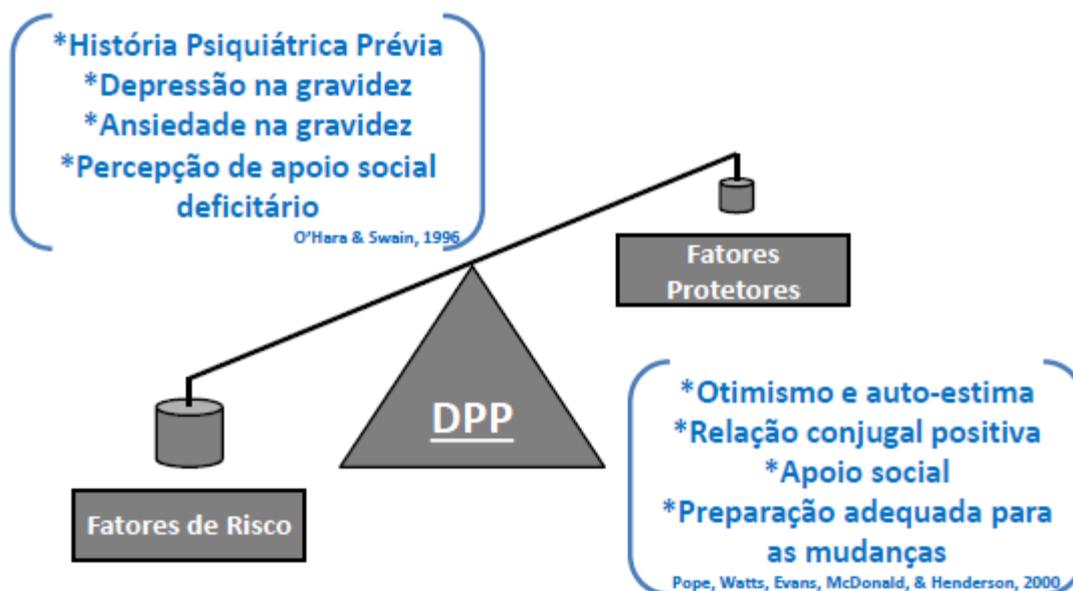
- Sinais e sintomas

- Dificuldade em distinguir entre os sintomas depressivos e os sintomas físicos normais de se cuidar de um bebé;
 - Alterações do peso, do sono e da energia, fadiga e labilidade do humor são normais (Bernstein, Rush, & Yonkers, 2008).
- Atenção ao blues pós-parto;
- [EPDS.pdf](#)

07 de junho de 2016

13

Contextualização teórica



07 de junho de 2016

14

Contextualização teórica

- Manifestações de ansiedade no período perinatal:
 - Agitação e inquietação
 - Choro fácil
 - Idas frequentes ao serviço de urgência
 - Procura recorrente de tranquilização
 - Comportamentos de evitamento: faltar a consultas, contacto visual pobre, postura submissa, vergonha.

Schetter, 2011

07 de junho de 2016

15

Contextualização teórica

- Questões úteis para a deteção de perturbações da ansiedade no período perinatal:
 - Tem passado grande parte do seu tempo a preocupar-se? Tem tido dificuldade em controlar a sua preocupação?
 - Tem tido pensamentos que não fazem sentido e que insistem em voltar mesmo quando tenta não pensar neles?
 - Tem tido ataques de pânico que surgem sem motivo aparente?
 - Tem estado especialmente nervosa quando está com outras pessoas?
 - Tem estado especialmente ansiosa ou receosa acerca de alguma coisa do parto/cuidar do bebé? Tem evitado situações devido a esse receio?
 - O seu parto anterior foi difícil ou traumático?

• Cepêda, Brito, & Heitor, 2006

07 de junho de 2016

16

Estudo Empírico

A Mulher com Risco de Depressão Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro de Família

- Tipo de estudo: Descritivo, quantitativo.

07 de junho de 2016

17

Estudo Empírico

- População: Mulheres grávidas que frequentaram a consulta de Saúde Materna da UCSP Vagos II entre 18 de dezembro de 2015 e 15 de março de 2016.
- Método de amostragem: Não probabilístico de conveniência.
- Critérios de inclusão: Mulheres grávidas; Mulheres com consulta de Saúde Materna agendada entre 18 de dezembro de 2015 e 15 de março de 2016; Mulheres com capacidade cognitiva para leitura e interpretação das questões realizadas; Idade ≥ 18 anos.
- Critério de exclusão: Constrangimentos significativos no domínio da língua portuguesa.
- Amostra: 30 mulheres grávidas.

07 de junho de 2016

18

Estudo Empírico

- **Objetivos:**
 - Identificar as mulheres grávidas em risco de desenvolver Depressão Pós-Parto;
 - Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres grávidas em risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto;
 - Sensibilizar da equipa de enfermagem para a abordagem de aspetos diretamente relacionados com a Depressão Pós-Parto na consulta de vigilância da gravidez.

07 de junho de 2016

19

Metodologia

- **Instrumentos de avaliação**
 - Questionário sociodemográfico
 - Questionário de dados da gravidez atual e antecedentes pessoais
 - Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI)
 - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

07 de junho de 2016

20

Metodologia

- Instrumentos de avaliação
 - EPDS
 - Instrumento de auto-avaliação, desenvolvida em Edimburgo por Cox, Holden, & Sagovsky (1987) e validada em Portugal por Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo (1996).
 - Permite a medição de sintomas emocionais e cognitivos de DPP, nos últimos 7 dias.
 - Apresenta 10 itens de autorresposta que descrevem sintomas depressivos comuns.
 - As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, sendo que algumas questões estão cotadas inversamente. Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total (máximo de 30). Uma pontuação ≥ 10 indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

07 de junho de 2016

21

Metodologia

- Instrumentos de avaliação
 - STAI
 - Desenvolvido por Spielberg, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs (1983) em Palo Alto, Califórnia, e validado em Portugal por Santos & Silva (1997).
 - Escala de Ansiedade-Estado (STAI Forma Y-1) e Escala de Ansiedade-Traço (STAI Forma Y-2).
 - *Cut-off* utilizado: 45 pontos.
 - A avaliação da ansiedade é incluída nesta fase já que, entre outros estudos, Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh (2003) verificaram que a avaliação da ansiedade e não apenas da depressão aumentava até 100% as taxas de deteção de casos com necessidade de tratamento psiquiátrico para a DPP.

07 de junho de 2016

22

Metodologia

- Mulheres em risco de desenvolvimento de DPP:
 - Mulheres com história psiquiátrica prévia;
 - Mulheres com percepção de apoio deficitário por parte do companheiro / conjugue;
 - Mulheres com pontuação igual ou superior a 45 valores na STAI Y
 - Mulheres com pontuação igual ou superior a 10 valores na EPDS.

07 de junho de 2016

23

Análise dos Resultados

- De acordo com os critérios estabelecidos, 53,3% das mulheres estudadas encontrava-se em risco de desenvolvimento de DPP:
 - 37,5% tem história psiquiátrica prévia;
 - 18,8% tem percepção de apoio deficitário por parte do companheiro / conjugue;
 - 31,3% tem pontuações \geq a 45 valores na STAI Y1 (ansiedade-estado);
 - 50% tem pontuações \geq a 45 valores na STAI Y2 (ansiedade-traço);
 - 25% tem pontuações \geq a 10 na EPDS.

07 de junho de 2016

24

Análise dos Resultados

- Relativamente aos dados sociodemográficos, no grupo das mulheres em risco:
 - Casadas (87,5%)
 - Família nuclear (75%)
 - 3º ciclo (43,8%)
 - Empregada (75%)

07 de junho de 2016

25

Análise dos Resultados

- Relativamente aos dados da gravidez atual e de antecedentes pessoais:
 - 3º trimestre (75%)
 - Gravidez planeada (75%)
 - Sem história de abortos espontâneos (81,3%)
 - 50% futuras primíparas; 50% múltiparas/futuras múltiparas
 - Sem antecedentes clínicos relativos à gravidez atual (87,5%)
 - Sem história familiar psiquiátrica (87,5%).

07 de junho de 2016

26

Discussão e Conclusão

- Elevada percentagem de mulheres em risco de DPP.
- Presença de níveis de ansiedade significativos entre as mulheres em risco de DPP.
- Seria interessante averiguar se as mulheres identificadas como estando em risco de DPP desenvolveram realmente a doença, num período de 12 meses.

07 de junho de 2016

27

Discussão e Conclusão

- A Depressão Pós-Parto (DPP) afeta a qualidade de vida das puérperas, podendo comprometer o desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico do bebé e de toda a unidade sócio-familiar (Linter & Gray, 2006), pelo que é fundamental detetar as situações de risco o mais precocemente possível, visando o diagnóstico e tratamento atempado (DGS, 2005).

07 de junho de 2016

28

Discussão e Conclusão

- Os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar tomam por foco de atenção as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente (Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro).

Bibliografia

- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). *DSM-V: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
- Bernstein, I., Rush, A. & Yonkers, K. (2008). Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depress Anxiety*, 25 (1), 20-26.
- Boyce, P., & Condon, J. (2000). *Traumatic childbirth and the role of debriefing. Stress debriefing: a critical appraisal of practice, evidence and clinical outcomes*. Cambridge University Press.
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford University Press, Oxford.

Bibliografia

- Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10 items EPDS. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Friedman, S., Yang, S., Parsons, S., Friedman, H. & Martin, R. (2013). Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr*, doi: 10.1111/apa.12323.
- Macedo, A. & Pereira, A. (2014). *Saúde mental perinatal*. Lisboa: Lidel.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *Journal of Affective Disorders*, 74, 139-147. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00012-5.

07 de junho de 2016

31

Bibliografia

- Misri, S. & Joe, K. (2008). Perinatal mood disorders: an introduction. *Perinatal and postpartum Mood Disorders: Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner*. Springer Publishing Company, New York, 65-83.
- O'Hara, M. & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37-54.
- Olson, A., Kemper, K., & Kelleher, K. (2002). Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics*, 100 (6), 1169-1176.
- Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- Pope, S., Watts, J., Evans, S., McDonald, S. & Henderson, J. (2000). *An information paper. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999*. National Health and Medical Research Council, Canberra.

07 de junho de 2016

32

Bibliografia

- Regulamento nº 126/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República nº 35 - 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Santos, S., & Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Form Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Shetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychological models and emerging research issues. *Annu Rev Psychol*, 62, 531-558.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Stewart, D., (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51 (8), 1061-1063.
- Wisley, C., Burke, G., Gill, P. & Law, N. (2004). Pediatricians' views of postpartum depression: a self-administered survey. *Arch Womens Health*, 7, 231-236.

07 de junho de 2016

33

Fim...

07 de junho de 2016

34