

Ansiedade e depressão puerperal – o efeito da pandemia COVID-19

Ana Luisa Gomes Soares

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Fernanda Taliberti Pereto Meyer
Co-orientadora: Prof. Doutora Sara Monteiro Morgado Dias Nunes

fevereiro de 2022

Agradecimentos

À orientadora, Professora Doutora Fernanda Pereto Meyer, pela orientação, entusiasmo e disponibilidade prestada.

À coorientadora, Professora Doutora Sara Nunes, pela colaboração fundamental na componente estatística assim como por todo o apoio e constante disponibilidade.

À Filipa, que me ajudou a organizar, traçar objetivos definidos e, ainda mais importante, me ajudou a encontrar o caminho deste projeto quando perdia o norte.

À Silvia, a máquina que sempre me motivou na prontidão da realização deste projeto e ainda me ajudou nos detalhes mais peculiares da redação do mesmo.

Aos meus colegas de casa, Pedro e Rita, por toda a paciência, por reverem a minha base de dados vezes sem conta e ainda me ajudarem a sorrir e a respirar fundo no final de um dia longo.

À Catarina pela partilha de motivação, dedicação e companheirismo, desde as primeiras reuniões, serões a recolher dados até o momento de finalizar esta etapa.

Aos meus pais e aos meus irmãos que são a minha força, a minha base, a minha definição de sorte na vida. Todos eles me acrescentam algo a cada dia e isso vai moldando a minha forma de ser, tornando-me capaz do próximo passo, capaz de ver e ir além. `

À Francisca e à Margarida, que seguraram as pontas em situações de “crise”, me fizeram dar gargalhadas puras e fizeram da distância um detalhe minimalista comparativamente à sua presença constante.

À Rita pela sintonia constante, confiança e amizade independentemente dos vastos quilómetros que nos separavam.

Aos amigos, com quem criei uma segunda família na Covilhã. Os que me acompanharam nesta jornada e a tornaram tão autêntica e tão especial.

Resumo

Introdução: A saúde mental perinatal abrange a saúde mental durante a gravidez e o primeiro ano após o nascimento, sendo isso influenciado pelos antecedentes psiquiátricos da paciente, pelo seu contexto socioeconómico e ainda pela ocorrência de uma panóplia de alterações na esfera psicossocial e fisiológica durante todo este período. Desta forma, é fundamental aprofundar o nosso conhecimento assim como apostar nos cuidados a serem prestados num período tão vulnerável para uma mulher. Neste momento, vivemos a pandemia COVID-19 que representa uma crise nos diversos domínios da nossa sociedade. Dadas todas as alterações que esta crise causou no quotidiano da população e em especial, da mulher grávida, tanto no seguimento e acompanhamento das utentes, como face às consequências a nível psicológico em que todas essas medidas culminaram, podemos assumir a pandemia como um fator agravante deste estado de vulnerabilidade.

Objetivos: Explorar o efeito das medidas de prevenção ao COVID-19 na saúde mental de puérperas acompanhadas no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, nomeadamente na incidência de Ansiedade e Depressão Pós-Parto.

Métodos: Estudo cuja amostra inicial é composta por 240 mulheres, das quais 132 responderam à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, respostas estas sujeitas a estudo. A análise estatística foi realizada através dos programas informáticos Microsoft Excel 365® e IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0® (IBM Corp., Armonk, NY).

Resultados: Não encontramos associação estatística significativa entre as variáveis estudadas à exceção da variável “idade gestacional” em que um maior período de gestação se poderá ter traduzido numa maior propensão em ter desenvolvido Depressão Pós-Parto, no ano 2019, pré-pandemia.

Conclusão: A COVID-19 parece ser um fator predisponente ou potenciador dos fatores de risco de entidades como a Ansiedade e Depressão Pós-Parto. No entanto, considera-se importante e interessante, a existência de mais estudos para aprofundar estes resultados.

Palavras-chave

Ansiedade e Depressão; Ansiedade Pós-parto; Depressão Pós-parto; COVID-19; SARS-CoV-2

Abstract

Introduction: Perinatal mental health covers mental health during pregnancy and the first year after birth. As this is influenced by the patient's psychiatric background, by her socioeconomic context and also by the occurrence of a range of changes in the psychosocial and physiological sphere throughout this period, it is of interest to deepen our knowledge as well as to invest on the care to be provided in such a vulnerable period for a woman. We are currently experiencing the COVID-19 pandemic, which represents a crisis in the various domains of our society. Given all the changes that this crisis has caused in the daily lives of the population and, in particular, of pregnant women, both in the follow-up of patients and in the psychological consequences in which all these measures culminated, we can assume the pandemic as an aggravating factor of this vulnerability state.

Objectives: To explore the effect of COVID-19 prevention measures on the mental health of postpartum women followed at the Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, in particular, on the incidence of Postpartum Anxiety and Depression.

Methods: The initial sample of this study is composed by 240 women, of which 132 answered to the EPDS scale - Edinburgh Postpartum Depression Scale, answers that are subject to study. Statistical analysis was performed using Microsoft Excel 365® and IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0® software (IBM Corp., Armonk, NY).

Results: We didn't find a statistically significant association between the variables, the year and the result obtained on the EPDS scale, except for a longer gestation period, which could translate into a greater propensity to have developed Postpartum Depression, in the year 2019, pre-pandemic.

Conclusion: The COVID-19 factor seems to be a predisposing factor or potentiator of risk factors for pathologies such as Anxiety and Postpartum Depression, however, it is important and interesting to have more studies to deepen these results.

Key words

Anxiety and Depression; Postpartum Anxiety; Postpartum Depression; COVID-19; SARS-CoV-2

Índice

1	Introdução	1
1.1	Ansiedade	1
1.1.1	Ansiedade e gravidez	2
1.2	Depressão	3
1.2.1	Depressão e gravidez	4
1.3	Ansiedade, depressão e gravidez	4
1.4	Pandemia Covid-19 e gravidez	5
2	Materiais e Métodos	7
2.1	Procedimento	7
2.2	Participantes	7
2.2.1	Critérios de inclusão	7
2.2.2	Critérios de exclusão	7
2.3	Recolha de dados	7
2.4	Descrição das variáveis	8
2.5	Escalas utilizadas	8
2.5.1	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	8
2.6	Análise Estatística	8
3	Resultados	9
3.1	Apresentação da amostra	9
3.2	Ano	9
3.3	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	10
3.4	Ano, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e restantes variáveis	12
4	Discussão	17
5	Conclusão	19
6	Referências Bibliográficas	21
7	Anexos	23
7.1	Aprovação da Comissão de Ética do CHUCB	23
7.2	Consentimento Informado	24
7.3	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	25

Lista de Tabelas

Tabela 1	Caracterização da amostra segundo o ano de vigilância da gravidez e parto.
Tabela 2	Relação entre Peso do RN ao nascer, APGAR ao quinto minuto e o total que as mães obtiveram na EPDS.
Tabela 3	Relação entre os antecedentes obstétricos e a soma obtida pelas mães na EPDS.
Tabela 4	Relação entre a Idade no Parto, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.
Tabela 5	Relação entre a Idade Gestacional, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.
Tabela 6	Relação entre o número de gestações, número de partos, antecedentes de aborto, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.
Tabela 7	Relação entre o tipo de parto, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.
Tabela 8	Relação entre o peso ao nascer do recém-nascido, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.
Tabela 9	Relação entre o APGAR ao quinto minuto, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.

Lista de Acrónimos

CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
ICD-10	International Classification of Diseases 10th Revision
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição
PAG	Perturbação de Ansiedade Generalizada
OMS	Organização Mundial da Saúde
Sars-CoV2	Síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2
GC	Grupo de controlo
GE	Grupo de estudo
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
RN	Recém-Nascido
BPN	Baixo Peso ao Nascer

1. Introdução

A saúde mental perinatal abrange a saúde mental durante a gravidez assim como durante o primeiro ano após o nascimento, sendo influenciada pelos antecedentes psiquiátricos da utente, assim como pelo seu contexto socioeconómico. Desta maneira, é de salientar a importância de um cuidado contínuo na saúde mental da vida de uma mulher (1).

1.1. Ansiedade

As perturbações da ansiedade subdividem-se em fobias, perturbação de ansiedade generalizada (PAG), perturbação de pânico e outras perturbações de ansiedade. Todas elas compartilham uma dimensão universal de sofrimento e afetividade negativa e têm, não só uma predisposição genética como também uma neurobiologia comum (2). Segundo a National Institute for Health and Care Excellence, estas perturbações têm um início em idade relativamente jovem, com sinais e sintomas provavelmente propiciados na infância ou adolescência. Geralmente, nesta faixa etária, apresentam um curso crónico e estão associadas a um aumento da predisposição a outras perturbações do foro mental, incluindo, por exemplo, depressão e uso indevido de substâncias. A identificação precoce, prevenção e tratamento destas perturbações em crianças e jovens torna-se cada vez mais importante (3).

A (PAG) define-se pela sensação de ansiedade contínua cuja intensidade flutua e é independente da circunstância. Os sintomas que a caracterizam dividem-se em três grupos:

- Ativação psicológica desde irritabilidade, sensibilidade ao barulho, diminuição da concentração, medo antecipatório e preocupações ruminantes sem qualquer foco e forma de controlar(4);
- Sintomas somáticos desde tremor, cefaleias, mialgias, tonturas, alterações da qualidade do sono (mais frequentemente relatam insónia inicial, um sono fragmentado, não reparador e com pesadelos), inquietação, entre outros. Estes sintomas normalmente, são o motivo da procura de cuidados médicos(4);
- Hiperativação autonómica como, por exemplo, boca seca, palpitações, suores, dor epigástrica, disfagia, compressão no peito, micção urgente, dificuldade a inalar, hiperventilação, entre outros(4).

A International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), diferem nos critérios que estabelecem o diagnóstico, mas ambos se baseiam na clínica estabelecida, no tempo de manutenção dos sintomas e no impacto dos mesmos a nível social e ocupacional da vida do paciente.

Segundo a DSM-5, a PAG é então definida pelos seguintes critérios de diagnóstico:

- Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias durante pelo menos seis meses com distintos e diversos eventos ou atividades(4);
- O indivíduo não consegue controlar a preocupação(4);
- A ansiedade e preocupação estão associadas a três ou mais dos seguintes seis sintomas (também eles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses):
 - Inquietação;
 - Fadiga;
 - Diminuição da concentração;
 - Irritabilidade;
 - Tensão muscular;
 - Perturbações do sono.
- A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (4).

1.1.1. Ansiedade e gravidez

A gravidez é um período muito peculiar e complexo na vida de uma mulher, sendo considerado um estado altamente emocional do ponto de vista psicossocial. As alterações fisiológicas, psicológicas e sociais ocorrem desde o início ao final da gravidez, incluindo o pós-parto. Surgem desde mudanças visíveis no corpo até inúmeras mudanças nos afetos, na sexualidade, na feminidade e inclusive no papel da mulher. Esta está sujeita, durante a gravidez, a uma ambivalência psicológica, alterações de humor constantes e uma predisposição a perturbações de ansiedade ou humor. A literacia em saúde aumentou e os cuidados a que as mulheres têm de estar atentas aumentaram na mesma medida. Desta forma, as apreensões específicas quanto ao curso da gravidez e o seu resultado, tornam uma grávida particularmente vulnerável e bastante dependente das capacidades adaptativas da sua personalidade, assim como da qualidade dos cuidados médicos a que são sujeitas (1,5).

Segundo Buckwalter et al. e Margaret Mead, na maioria das mulheres, a gravidez influencia a atitude face a si próprias, ao seu ambiente e à sua vida futura pois é um período de adaptação determinado também pela respetiva educação e cultura. As convicções da gestante sobre a gravidez, assim como o seu suporte social/familiar vão ser parte do equilíbrio dinâmico entre o alívio e manutenção de tensões psíquicas. Estas tensões são normalmente geradas, consciente ou inconscientemente, pelo medo de perder a identidade pessoal, sentimentos de incerteza e solidão, medo de perder o filho ou até mesmo do curso do parto (1,5).

Em muitos casos, a gravidade e o efeito dos sintomas de ansiedade não chegam ao nível de evocar um diagnóstico. Contudo, eles causam níveis leves a moderados de angústia e prejuízo.

Sendo o curso da PAG crónico, muitas mulheres engravidam já com história desta perturbação, um dos maiores fatores de risco para aumentar a intensidade e o grau de comprometimento associado a perturbação de ansiedade perinatal. Não só a história pessoal de doença psiquiátrica como as condições sociais, familiares e ambientais da gravidez têm uma influência preponderante no desenvolvimento de PAG. Estudos sugerem que uma idade mais jovem, o humor negativo do parceiro e um mau relacionamento, são fatores que predizem uma instabilidade emocional aquando da vigilância da gravidez, o parto e o pós-parto. Para além disso, sugerem que tensões, ansiedade, episódios depressivos, desacordos conjugais de longa duração, problemas financeiros, entre outros, podem ter efeitos desfavoráveis no desenvolvimento psíquico subsequente da criança (1,6).

1.2. Depressão

A depressão é uma condição de processamento de informação enviesada em que há uma constante distorção negativa da realidade. É resultado de uma interação complexa que envolve fatores genéticos, o eixo neuroendócrino, fatores ambientais, sociais e inclusive traços da personalidade da pessoa. Há diversos fatores precipitantes, desde eventos precedentes negativos, vulnerabilidade social, doença orgânica até eventos na infância, embora não seja necessário um fator precipitante claro para o desenvolvimento desta patologia (7).

O sintoma cardinal desta condição é o humor deprimido caracterizado por uma tristeza persistente e a anedonia, ou seja, perda/ausência de interesse/prazer em atividades anteriormente agradáveis para o doente (8).

Tanto a ICD-10 como a DSM-5 consideram a clínica juntamente com o impacto da disfunção social/ocupacional na vida da pessoa, para estabelecer o diagnóstico de episódio depressivo major.

Segundo a DSM-5, o episódio depressivo major é caracterizado por:

- Pelo menos cinco dos seguintes sintomas sendo que o humor deprimido ou a anedonia têm de estar presentes, durante pelo menos duas semanas, representando uma rutura com o funcionamento prévio:
 - Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;
 - Anedonia face a quase todas as atividades, na maior parte do dia, quase todos os dias;
 - Perda ou ganho de peso significativo;
 - Insónia ou hipersónia todos os dias;
 - Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias;
 - Fadiga ou perda de energia;
 - Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva;

- Capacidade de concentração diminuída;
 - Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.
- A sintomatologia causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo.
 - Este episódio não é atribuível aos efeitos de uma substância ou outra condição médica (4).

1.2.1. Depressão e gravidez

A depressão é uma condição bastante comum em mulheres durante o período perinatal. Segundo alguns estudos, sentimentos de choro e emoções instáveis (“baby blues”) ocorrem até 80% das mães recentes devido a alterações bioquímicas, no entanto, estes sintomas são geralmente breves e não duram mais do que 10 dias (7).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10-20% das mães desenvolvem Depressão Pós-Parto e o pico da gravidade dos sintomas é sentido dois a seis meses após o parto. No entanto, é de salientar que as emoções negativas podem ocorrer já durante a vigilância da grávida, geralmente, durante o segundo e o terceiro trimestre da gravidez (9).

Os fatores de risco para depressão perinatal incluem história de depressão, perturbações de ansiedade e depressão durante a gravidez, adolescência ou idade maior ou igual a quarenta anos, nascimento múltiplo, medo do parto, gravidez/parto difícil ou traumático, intercorrências durante a gravidez, nomeadamente Diabetes Gestacional, problema de saúde contínuo com o bebé, neuroticismo, baixa autoestima, tristeza pós-parto, relacionamento conjugal pobre, falta de apoio social com baixo nível socioeconómico (10,11).

Portanto, existem três esferas em constante relação: antecedentes de doença psiquiátrica, fatores stressantes da qualidade de vida e relações sociais precárias. A deteção destes fatores é fundamental pois o sentimento de tristeza intensa e ansiedade que invadem a mãe pode trazer consequências não só para ela, como também para o bebé. A depressão pode ter como consequências a maior incidência de parto prematuro, pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer (BPN), ausência ou encurtamento do tempo de amamentação, vinculação pobre ou inexistente e comprometimento do desenvolvimento social, cognitivo e emocional do bebé. Em última instância pode mesmo levar a mãe a pensar em suicídio (7,10,11).

1.3. Ansiedade, depressão e gravidez

A depressão e a ansiedade são as perturbações mais comuns durante a gravidez. Cerca de 12% das mulheres vivencia episódios de depressão e 13% de ansiedade. Aproximadamente 15 a 20% das mulheres experiencia ambas as perturbações, durante o primeiro ano após o nascimento (12).

Como em ambas as perturbações isoladas, os antecedentes de perturbação psiquiátrica aumentam a probabilidade de experienciar ou exacerbar sintomas de depressão ou ansiedade durante a gravidez. O contexto socioeconómico em que a grávida está inserida tem bastante influência na gestão da gravidez, uma vez que a mulher tem de gerir eventos da vida relacionados com o seu estado de saúde, com a relação com o seu parceiro/a, com conflitos familiares, e até mesmo com eventos relacionados com o trabalho, finanças e casa, contribuindo para um grande impacto a nível psicológico para a mulher (13).

1.4. Pandemia COVID-19 e gravidez

A 12 de janeiro de 2020, a OMS anunciou oficialmente a doença COVID-19, tendo sido declarada como pandemia a 11 de março de 2020. Com o objetivo de limitar a propagação da doença, algumas restrições foram implementadas como, por exemplo, o confinamento, a etiqueta respiratória e a higienização frequente. As novas condições de vida traduziram-se em mudanças nas rotinas diárias, na transformação da vida social, na perda da liberdade e na constante preocupação com o contágio, com os efeitos da infeção e também com os desafios que poderiam vir a encontrar no âmbito profissional, podendo ou não ficar desempregadas (14,15).

Segundo alguns estudos, a síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (Sars-CoV2) não causa um curso grave de infeção em mulheres grávidas pois, normalmente são jovens e sem comorbilidades. Não há também evidências que o vírus possa ser transmitido verticalmente ou através da amamentação da mãe para o feto (15,16).

Contudo, outros estudos relatam que existe a possibilidade desta infeção estar associada a uma comorbilidade grave em grávidas assim como está associada a um desfecho fetal adverso, desde aborto espontâneo, restrição de crescimento intrauterino a parto pré-termo (17).

A pandemia COVID-19 representa não só uma crise de saúde pública, como também uma crise social, demográfica e económica pelo que tem um efeito psicossocial negativo para toda a gente e em especial, para grupos vulneráveis, como as mulheres grávidas (17).

O bem-estar fetal é, em condições normais, uma das maiores preocupações maternas, de modo que, durante a pandemia, as mulheres foram condicionadas a uma maior dificuldade de acesso a cuidados médicos, contribuindo para uma maior preocupação e sentimento de insegurança. A proibição da presença hospitalar por parte dos familiares incluindo nos partos, no pós-parto e mesmo nas consultas de vigilância da gravidez representa também um fator bastante preponderante para a instabilidade psicológica da mulher visto que, num momento tão delicado, a mãe é deixada sozinha e dependente apenas da assistência médica que nem sempre é capaz de prestar os cuidados na medida em que cada jovem mãe precisa, principalmente em contexto de pandemia. Atualmente, a maioria dos estudos encontrou um aumento na incidência de ansiedade pré-natal e sintomas depressivos entre mulheres grávidas durante a pandemia COVID-19(17,18).

2. Materiais e Métodos

2.1. Procedimento

O presente projeto foi desenhado no ano letivo de 2019/2020, procurando perceber as consequências a nível da saúde mental, das medidas de prevenção à COVID-19 a que mulheres foram sujeitas durante a vigilância da gravidez, o parto e os cuidados pós-parto. Foi autorizado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB) a 19/03/2021 (anexo 7.1).

Também durante o ano letivo 2019/2020 foram escolhidos os melhores métodos para entrar em contacto com as utentes assim como para atingir o objetivo do estudo. A recolha de processos de utentes iniciou-se em abril de 2021 e a aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (anexo 7.2) iniciou-se em setembro de 2021, terminando a recolha de dados a 14 de novembro de 2021.

2.2. Participantes

O estudo tem por base dois grupos de análise. O grupo de controlo (GC) foi constituído por utentes cuja vigilância da gravidez e parto ocorreram pré-pandemia (parto entre setembro e dezembro de 2019) e o grupo de estudo (GE) foi constituído por utentes acompanhadas durante a pandemia (parto entre abril e junho de 2020).

2.2.1. Critérios de inclusão

- Vigilância da gravidez, parto e cuidados pós-parto realizado no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher do CHUCB.

2.2.2. Critérios de exclusão

- Vigilância da gravidez, parto e cuidados pós-parto não realizado no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher do CHUCB.

2.3. Recolha de dados

A recolha de dados teve início com a escolha de processos, aleatória e respeitando os critérios de inclusão e exclusão acima descritos, perfazendo um total de 240 processos recolhidos.

Após a recolha de processos, iniciou-se o contacto por chamada telefónica das utentes de forma a explicar o estudo e obter consentimento informado para o envio da escala em formato de questionário on-line (via e-mail ou mensagem). Nesta fase do estudo, não foi possível contactar 70 pessoas e 7 pessoas não aceitaram participar no mesmo.

Dos 240 processos recolhidos, esperávamos 163 respostas e ao dia 14 de novembro de 2021 obtivemos 132 respostas, sendo que 31 mulheres não responderam ao questionário, mesmo após serem lembradas via mensagem.

Para prossecução deste projeto, foi obtida a autorização do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher e do Núcleo de Investigação e da comissão de ética do CHUCB (anexo 7.1).

2.4. Descrição das variáveis

Dos processos clínicos das mulheres foram analisados os seguintes vetores:

- Parâmetros sociodemográficos (idade materna à data do parto);
- Antecedentes obstétricos relevantes (paridade, antecedentes de aborto);
- Parâmetros relativos ao parto (idade gestacional aquando do parto; tipo de parto; peso do recém-nascido; índice APGAR).

Das respostas à EPDS, analisámos o resultado total.

2.5. Escalas utilizadas

2.5.1. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Utilizamos a EPDS (anexo 7.2), desenvolvida em 1987 e já validada em Portugal. É um instrumento utilizado nos cuidados pós-parto pelos obstetras, com fiabilidade e sensibilidade, para identificar a depressão no período pós-natal.

As respostas são cotadas de 0 a 3, com exceção das questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, que são cotadas inversamente (de 3 a 0). Por fim, obtém-se o total através da soma das cotações de cada pergunta e se superior ou igual a 12, a probabilidade de existir depressão pós-parto é considerável (19).

2.6. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através dos programas informáticos Microsoft Excel 365® e IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0® (IBM Corp., Armonk, NY), e avaliada ao nível de significância de 5%.

A associação entre variáveis qualitativas foi analisada através do teste de Qui-Quadrado. Por sua vez, a comparação das variáveis quantitativas entre dois grupos foi avaliada pelo Teste T ou pelo Teste U de Mann Whitney para o caso de não se verificarem os pressupostos necessários para a aplicação de Testes Não Paramétricos. As variáveis em análise de natureza qualitativa foram analisadas de acordo com a metodologia descritiva como as frequências relativas e absolutas, média e desvio-padrão.

3. Resultados

3.1. Apresentação da Amostra

A amostra é constituída por um grupo de 240 mulheres cuja vigilância da gravidez e o parto foram realizados no CHUCB. Destas 240 mulheres, 131 constituem o GC (GC – em 2019) e 109 integram o GE (GE – em 2020). A média da idade das mulheres aquando do parto é $32,23 \pm 5,45$ anos. Sendo que 0,8% tinham menos de 18 anos, 70,4% encontrava-se na faixa etária entre os 18 e os 35 anos e 28,8% das mulheres tinham mais de 35 anos de idade.

Relativamente aos parâmetros obstétricos relevantes:

- 39,2% das mulheres são primigestas e 60,8% são multigestas;
- 47,5% das mulheres são nulíparas e 52,5 % são múltiparas;
- 77,9% das mulheres não têm antecedentes de aborto e 22,1% têm.

Face aos parâmetros relativos ao parto:

- A idade gestacional média aquando do parto foi $38,91 \pm 1,77$ semanas;
- Cerca de 39,2% dos partos foram realizados por cesariana, 12,5% foram distócicos instrumentados e 48,3% eutócicos;
- 84,2% dos recém-nascidos nasceram com o peso normal, 3,8% eram macrossómicos (Peso > 4000 gramas) e 12,1% tinham BPN (Peso < 2500 gramas);
- Relativamente ao APGAR apenas 2,1% dos recém-nascidos registaram um valor menor/igual que 7 ao quinto minuto, enquanto 97,9% registaram um valor maior que 7.

A EPDS foi preenchida por 132 de um total de 240 mulheres e a média do total das suas respostas foi $8,97 \pm 5,50$ pontos.

3.2. Ano

Como foi referido em cima, a amostra é constituída por um grupo de 240 mulheres, das quais 131 mulheres constituem GC e 109 integram o GE. A média da idade gestacional do GC foi de $38,77 \pm 1,71$ semanas e do GE $39,08 \pm 1,84$ semanas.

Sendo a amostra constituída por mais de 30 elementos, foi utilizado o Teste T para demonstrar que não há associação significativa entre os grupos GC e GE e a variável “Idade Gestacional” pois o p-value é 0,179 (>5%).

A tabela 1 representa os dados sociodemográficos e obstétricos relevantes para caracterizar os GC (vigilância da gravidez e parto em 2019) e GE (vigilância da gravidez e parto em 2020).

Pelo teste de Qui-Quadrado, como o $p\text{-value} > 5\%$, não foi possível verificar associação estatística significativa entre as variáveis “Idade no parto”, “Número de gestações”, “Número de partos”, “Antecedentes de Aborto” e os anos 2019 e 2020.

Tabela 1: Caracterização da amostra segundo o ano de vigilância da gravidez e parto.

	Total		GC (2019)		GE (2020)		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Idade no parto							
<18 anos	2	0,8%	2	0,8%	0	0,0%	0,274
18 – 35 anos	169	70,4%	88	36,7%	81	33,8%	
>35 anos	69	28,8%	41	17,1%	28	11,7%	
Número de gestações							
1	94	39,2%	51	21,3%	43	17,9%	1,000
>1	146	60,8%	80	33,3%	66	27,5%	
Número de partos							
0	114	47,5%	60	25,0%	54	22,5%	0,605
≥1	126	52,5%	71	29,6%	55	22,9%	
Antecedentes de Aborto							
Não	187	77,9%	106	44,2%	81	33,8%	0,274
Sim	53	22,1%	25	10,4%	28	11,7%	

3.3. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Dos 240 processos recolhidos, apenas 132 mulheres responderam à EPDS. Sendo os seguintes dados referentes a uma amostra constituída apenas por essas mesmas utentes.

Como referido anteriormente, a probabilidade de existir depressão pós-parto é considerável se o total da soma das cotações de cada pergunta for ≥ 12 .

No ano 2019 e no ano 2020, 14,4% e 15,9% das mulheres, respetivamente, somaram um total ≥ 12 na EPDS. Apesar da percentagem ser maior em 2020, ou seja, após a implementação das medidas de prevenção ao covid, pelo teste de Qui-Quadrado, como o $p\text{-value} > 5\%$ ($p\text{-value} = 0,850$), não foi possível verificar associação estatística significativa entre o ano e a probabilidade de ter existido depressão pós-parto.

Face à idade no momento do parto, 11,4% das mulheres que tinham mais de 35 anos de idade e 18,9% das mulheres que tinham entre 18 e 35 anos, obtiveram um total ≥ 12 na EPDS. Pelo teste de Qui-Quadrado, como o $p\text{-value} > 5\%$ ($p\text{-value} = 0,417$), não foi possível apurar associação significativa entre a idade aquando do parto e a probabilidade de ter existido depressão pós-parto mesmo com valores distintos entre os grupos.

Notamos que, no que concerne à idade gestacional, as mulheres que obtiveram um total ≥ 12 na EPDS tiveram em média uma gestação de $39,02 \pm 1,58$ semanas, enquanto as utentes que

somaram um total <12 e assim correspondiam a uma menor probabilidade de terem desenvolvido Depressão Pós-Parto, tiveram em média uma gestação de 38,79 ± 1,96 semanas.

Apesar de existir uma diferença entre os grupos de utentes, através de Testes Não Paramétricos, demonstramos que não existe associação estatística significativa entre a idade gestacional e a probabilidade de terem desenvolvido Depressão Pós-Parto pois o p-value é >5% (p-value = 0,519).

Na tabela 2 temos representadas as relações entre o peso do RN ao nascer, o APGAR ao quinto minuto e o total que as mulheres obtiveram na EPDS.

É de notar que a média do peso ao nascer dos filhos cujas mães somaram uma pontuação ≥ 12 na escala é maior do que a média do peso ao nascer dos recém-nascidos cujas mães somaram uma pontuação <12. No entanto, o p-value obtido pelos Testes Não Paramétricos é 0,386.

Tendo em conta que as amostras eram de dimensão distinta, utilizamos então os Testes Não Paramétricos para demonstrar que não há associação estatística significativa entre o peso do RN ao nascer e o APGAR ao quinto minuto com a possibilidade das mães terem desenvolvido depressão pós-parto visto que os respetivos p-value são > 5%.

Tabela 2: Relação entre Peso do RN ao nascer, APGAR ao quinto minuto e o total que as mães obtiveram na EPDS.

	≥ 12			<12			p-value
	N	Mean	Desvio Padrão	N	Mean	Desvio Padrão	
Peso RN ao nascer	40	3184,50	516,63	92	3050,76	500,17	0,386
	N	Mean	Desvio Padrão	N	Mean	Desvio Padrão	
APGAR ao 5º min	40	9,85	0,43	92	9,78	0,64	0,868

Com o objetivo de relacionar os antecedentes obstétricos das mulheres com a EPDS criamos três grupos:

- Grupo 1 – Primigestas: Primeira gestação, sem parto anterior e sem antecedente de aborto;
- Grupo 2 - Primíparas: Mais do que uma gestação, sem parto anterior e com antecedente de aborto;
- Grupo 3 – Secundíparas: Mais do que uma gestação, com parto(s) anterior(res), com ou sem antecedentes de aborto.

Na tabela 3, está representada a relação entre as variáveis acima referidas:

Tabela 3: Relação entre os antecedentes obstétricos e a soma obtida pelas mães na EPDS.

	Total		≥ 12		<12		p-value	
	N	%	N	%	N	%		
Grupo 1	54	40,9%	17	12,9%	37	28,0%	0,716	
	N	%	N	%	N	%		
Grupo 2	11	8,3%	2	1,5%	9	6,8%		
	N	%	N	%	N	%		
Grupo 3	67	50,8%	21	15,9%	46	34,8%		

É de notar que o grupo 3, secundíparas, é o que tem uma percentagem maior face ao resultado total ≥ 12 na EPDS, ou seja, maior probabilidade de terem desenvolvido depressão pós-parto. Contudo, e apesar das diferenças entre os três grupos, o Teste de Qui-Quadrado comprova que não há associação estatisticamente significativa entre os antecedentes obstétricos e os resultados obtidos na escala dado que o p-value é $>5\%$.

3.4. Ano, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e restantes variáveis

Para percebermos a diferença nos anos 2019 e 2020, procedemos à análise através de Testes U de Mann-Whitney e Testes de Qui Quadrado.

Tabela 4: Relação entre a Idade no Parto, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.

Idade No Parto	Ano	Total		≥ 12		<12		p-value	
	18-35 anos	N	%	N	%	N	%	2019	2020
		2019	42	63,6%	10	15,2%	32	48,5%	0,184
	2020	48	72,7%	15	22,7%	33	50,0%		
	>35 anos	N	%	N	%	N	%		
	2019	24	36,4%	9	13,6%	15	22,7%		
	2020	18	27,3%	6	9,1%	12	18,2%		

Através do Teste de Qui-Quadrado, comprovamos que não existe associação estatisticamente significativa entre a idade no parto e o resultado obtido na EPDS, nem no ano 2020 nem no ano 2019, tendo em conta que ambos os p-values são $>5\%$.

Tabela 5: Relação entre a Idade Gestacional, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.

Idade Gestacional		≥ 12			<12			p-value
		N	Mean	Desvio Padrão	N	Mean	Desvio Padrão	
	2019	19	39,38	1,56	47	38,24	2,17	0,019
	N	Mean	Desvio Padrão	N	Mean	Desvio Padrão		
2020	21	38,71	1,57	45	39,36	1,53	0,090	

Face à idade gestacional, é interessante notar que, através dos Testes U de Mann-Whitney, comprovamos associação estatisticamente significativa entre a idade gestacional e a probabilidade das mulheres terem desenvolvido Depressão Pós-Parto quando a vigilância da gravidez e o parto foram realizados antes da pandemia pois o p-value é <5% (p-value = 0.019). Em média, as mulheres que cotaram uma pontuação ≥ 12 na EPDS, tiveram uma gestação de 39,38 ± 1,56 semanas.

O mesmo não ocorreu com as mulheres cujo parto ocorreu em 2020, durante a pandemia. A duração da gestação foi, em média, 38,71 ± 1,57 semanas e 39,36 ± 1,53 semanas, para mulheres que somaram ≥ 12 e <12 na EPDS, respetivamente. Segundo Testes U de Mann-Whitney, sendo o p-value = 0,090, não podemos afirmar associação estatisticamente significativa entre a idade gestacional e a probabilidade das mulheres terem desenvolvido Depressão Pós-Parto no ano 2020.

Tabela 6: Relação entre o número de gestações, número de partos, antecedentes de aborto, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.

Nº Gestações, Nº partos e Antecedentes de aborto	Ano	Total		≥ 12		<12		p-value	
	Grupo 1	N	%	N	%	N	%	2019	2020
		2019	23	34,8%	7	10,6%	16	24,2%	0,851
	2020	31	47,0%	10	15,2%	21	31,8%		
Grupo 2	N	%	N	%	N	%			
	2019	6	9,1%	1	1,5%	5	7,6%		
	2020	5	7,6%	1	1,5%	4	6,1%		
Grupo 3	N	%	N	%	N	%			
	2019	37	56,1%	11	16,7%	26	39,4%		
	2020	30	45,5%	10	15,2%	20	30,3%		

No ano 2019, 16,7% das mulheres cuja soma na EPDS ≥ 12, são secundíparas, ou seja, com mais do que uma gestação, com parto(s) anterior(es) e com ou sem antecedentes de aborto. 10,6% das utentes que cotaram ≥ 12 na EPDS corresponde a mulheres primigestas, ou seja, primeira gestação, sem parto anterior e sem antecedente de aborto, apenas 1,5% corresponde a primíparas, mais do que uma gestação, sem parto anterior e com antecedente de aborto. Apesar

desta diferença entre os 3 grupos, pelo Teste do Qui – Quadrado, podemos concluir que não existe associação estatisticamente significativa entre estas variáveis visto que p-value = 0,851.

No ano da pandemia, como o p-value=0,861 (p-value >5%), também através do Teste de Qui – Quadrado demonstramos que não existe associação estatisticamente significativa entre o número de gestações, número de partos, antecedentes de aborto e o resultado obtido na EPDS.

Tabela 7: Relação entre o tipo de parto, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.

Tipo de Parto		Ano	Total		≥ 12		<12		p-value		
			N	%	N	%	N	%	2019	2020	
	Cesariana										
	2019	29	43,9%	9	13,6%	20	30,3%	1,000	0,443		
	2020	27	40,9%	11	16,7%	16	24,2%				
Eutócico											
	2019	29	43,9%	8	12,1%	21	31,8%				
	2020	30	45,5%	7	10,6%	23	34,8%				
Distócico Instrumentado											
	2019	8	12,1%	2	3,0%	6	9,1%				
	2020	9	13,6%	3	4,5%	6	9,1%				

Quer face aos partos em 2019 quer em 2020, a percentagem de mulheres que cotaram ≥12 na EPDS é maior para quem realizou uma cesariana (13,6% e 16,7%, respetivamente) do que para quem teve um parto eutócico (12,1% e 10,6%, respetivamente) ou distócico instrumentado (3,0% e 4,5%, respetivamente). Ainda assim, segundo o Teste de Qui-Quadrado, como os p-values são >5%, não é possível verificar associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e a probabilidade de terem desenvolvido Depressão Pós-Parto quer em 2019 quer em 2020.

Tabela 8: Relação entre o peso ao nascer do recém nascido, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.

Peso ao Nascer		Ano	Total		≥ 12		<12		p-value		
			N	%	N	%	N	%	2019	2020	
	BPN										
	2019	8	12,1%	1	1,5%	7	10,6%	0,189	0,760		
	2020	8	12,1%	2	3,0%	6	9,1%				
Normal											
	2019	57	86,4%	17	25,8%	40	60,6%				
	2020	54	81,8%	17	25,8%	37	56,1%				
Macrossomia											
	2019	1	1,5%	1	1,5%	0	0%				
	2020	4	6,1%	2	3,0%	2	3,0%				

Com base no Teste de Qui-Quadrado, como os p-values são >5%, não é possível constatar associação estatisticamente significativa entre o peso ao nascer do recém-nascido e a probabilidade das mulheres terem desenvolvido Depressão Pós-Parto, nem nas cujo parto foi em 2019 nem em 2020.

Tabela 9: Relação entre o APGAR ao quinto minuto, o resultado obtido na EPDS e o ano do parto.

APGAR 5 ^o min	≥ 12			<12			p-value
	N	Mean	Desvio Padrão	N	Mean	Desvio Padrão	
2019	19	9,95	0,23	47	9,72	0,77	0,261
2020	21	9,76	0,54	45	9,84	0,47	0,406

Nos partos que ocorreram em 2019, os recém-nascidos cujas mães cotaram ≥ 12 na EPDS tiveram, em média, um APGAR ao quinto minuto de $9,95 \pm 0,23$. Valor superior ao dos recém-nascidos cujas mães cotaram < 12 na EPDS ($9,72 \pm 0,77$). Através dos Testes U de Mann-Whitney, como o p-value é 0,261 e, portanto, superior a 5%, não se confirma associação estatisticamente significativa entre o APGAR ao quinto minuto e a probabilidade de terem desenvolvido Depressão Pós-Parto face às mulheres cuja vigilância e parto ocorreram antes da pandemia.

Face às mulheres cuja vigilância já foi sujeita a medidas de prevenção à COVID-19 e o parto se realizou em plena pandemia, nota-se que a média do APGAR ao quinto minuto é menor para os recém-nascidos cuja mãe somou ≥ 12 na EPDS ($9,76 \pm 0,54$) do que para os quais as respetivas mães somaram < 12 na escala ($9,84 \pm 0,47$).

Embora se verifique uma pequena diferença, segundo dos Testes U de Mann-Whitney, como o p-value é 0,406 (p-value $> 5\%$), não podemos afirmar uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

4. Discussão

O nosso projeto incluiu um grupo de 240 mulheres, 131 das quais realizaram vigilância e parto antes da pandemia e 109 cujo processo já incluiu toda a panóplia de medidas de prevenção à pandemia. Comprovámos que entre ambos os grupos não existiam diferenças estatisticamente significativas segundo variáveis como a idade materna no momento do parto, antecedentes obstétricos e parâmetros relativos ao parto.

Apenas 132 mulheres responderam à EPDS onde, apesar de notarmos diferenças entre as diversas variáveis e o resultado total obtido na escala, estas não são estatisticamente significativas.

Após o estudo da amostra entre os anos e consoante o resultado obtido na EPDS, foi realizada a análise da relação entre as variáveis e a soma obtida na EPDS em cada ano, 2019 e 2020, especificamente. Tal como nas análises anteriores, obtivemos algumas diferenças em algumas variáveis mas não estatisticamente significativas salvo a idade gestacional, no ano 2019.

Neste ano, onde a vigilância da gravidez e o parto ocorreram antes do início da pandemia e a implementação das medidas de prevenção à COVID-19, observou-se que a média da duração da gestação era superior cerca de 1,14 semanas entre as mulheres que cotaram um total ≥ 12 na EPDS e as que cotaram um total <12 na mesma. Isto significa que em 2019, podemos estabelecer uma relação em que um maior período de gestação se traduz numa maior propensão em ter desenvolvido Depressão Pós-Parto.

Segundo Haohao Yan, Yudan Ding and Wenbin Guo (20), mulheres multigestas apresentam uma prevalência mais alta de ansiedade e depressão do que mulheres primigestas durante a pandemia COVID-19. O nosso estudo, apesar dos resultados não serem estatisticamente significativos, não pode apoiar essa afirmação. Em 2020, ano no qual as mulheres que responderam à EPDS tiveram o parto e por conseguinte, a vigilância da sua gravidez, assim como a realidade socioeconómica em que viviam foram sujeitas a inúmeras mudanças de prevenção à COVID-19, verificou-se a mesma percentagem com um total ≥ 12 na EPDS entre as mulheres multigestas (mais que uma gestação, com partos anteriores e com ou sem antecedentes de aborto) e as mulheres primigestas (uma gestação, sem parto anterior e sem antecedentes de aborto).

A pandemia COVID-19 tornou-se uma crise global sem precedentes e por sua vez, um fator predisponente a realçar a vulnerabilidade já inerente ao estado de gravidez. Estudos notaram um aumento da prevalência de ansiedade e depressão em gestantes e puérperas durante este período crítico, no entanto, faltam dados estatisticamente significativos que estabeleçam a pandemia como o principal fator dentro das diversas variáveis que influenciam a saúde mental neste processo tão complexo (16,20). Durante a realização deste projeto existiu a oportunidade de ouvir testemunhos das mulheres que realmente sentiram uma ânsia e preocupação maior

face a todas as alterações que sentiram e viveram durante a gravidez e após o parto. Demonstraram reconhecer a importância da implementação de medidas de prevenção ao COVID-19, como também uma valorização genuína das soluções que pretendiam colmatar as consequências. Existiu uma necessidade de readaptação não só psicológica e fisicamente face ao processo dinâmico que a gravidez, ainda que planeada ou não, representa, como também socioeconomicamente face a todas as adaptações perante a mitigação de contágio durante a pandemia, tendo sido estas sucessivamente atualizadas e prolongadas. Todo este processo permitiu, ainda que o estudo não o expresse estatisticamente, acreditar que a pandemia possa ser um fator predisponente.

A ansiedade e depressão puerperal não tratada está associada a uma morbidade materna e neonatal significativa. Deste modo, o rastreio através de escalas e as medidas preventivas como programas de educação pré e pós-natal, acompanhamento regular, psicoterapia e apoio de pares via telefónica, tomam um maior relevo(10).

5. Conclusão

A Ansiedade e Depressão Pós-Parto são entidades multifatoriais, subestimadas e subdiagnosticadas. Contudo, há um crescendo notório na atenção que atribuímos à saúde mental, não só na sociedade geral como também nos grupos mais vulneráveis como as mulheres grávidas ou puérperas. A pandemia COVID-19 para além de se demonstrar um fator potenciador de todos os outros fatores de risco destas doenças, impulsionou o foco sobre a saúde mental que podemos observar atualmente.

O presente estudo teve algumas limitações como, por exemplo, o facto de não conseguirmos garantir uma maior adesão ou uma adesão que correspondesse ao contacto com as mulheres, pois o contacto telefónico serviu meramente para pedir o consentimento e não para o preenchimento da EPDS, acabando por este último passo ficar sob a responsabilidade da utente. Além disso, pode ter ocorrido algum viés no preenchimento da escala pelo distanciamento quer do parto quer do intervalo de tempo do pós-parto. Conseguimos, ainda assim, compreender o quão impactante possam ter sido as questões feitas às mulheres grávidas e puérperas no que diz respeito à sua saúde mental, uma vez que poderá ter sido instigada uma reflexão ativa sobre estas temáticas. Deste modo, torna-se uma preocupação visto que não existiu contacto ou resposta subsequente a esta problemática.

Por último, a existência de poucos estudos quer sobre a COVID-19 quer sobre toda a sua influência na saúde materna restringem a abordagem, desde a pesquisa à discussão, de todos os temas envolvidos.

Não obstante, tal como a telemedicina se tornou um fator protetor da ansiedade e depressão pós-parto, o facto de conseguirmos contactar com as mulheres via telefone e e-mail, permitiu-nos concretizar este estudo.

As variáveis estudadas neste projeto, ainda que criem um ambiente favorável para o desenvolvimento de ansiedade e depressão pós-parto, não se comprovam estatisticamente significativas. Ainda assim, mostra-se pertinente que estas mulheres possam ser acompanhadas terapêuticamente e ambicionamos que este estudo seja um ponto de partida a mais estudos no CHUCB, de modo a que a inovação e aprimoramento de medidas perante uma pandemia sejam exponenciais e nos permitam prevenir e reduzir a morbidade materna e fetal que pode advir de doenças do foro mental.


6. Referências Bibliográficas

1. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - A psychological view. *Ginekol Pol.* 2018;89(2):102–6.
2. Goodwin GM. The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(3):249–60.
3. Anxiety disorders (QS53) - ClinicalKey [Internet]. [cited 2021 Dec 22]. Available from: https://www.clinicalkey.com/#!/content/nice_guidelines/65-s2.0-QS53
4. DSM-5 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.
5. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(2):141–8.
6. Cho. Myocardial Extraction from Newborn Rats HHS Public Access. *Physiol Behav.* 2016;176(1):100–106.
7. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med.* 2020;87(5):273–7.
8. Yang L, Zhao Y, Wang Y, Liu L, Zhang X, Li B, et al. The Effects of Psychological Stress on Depression. *Curr Neuropharmacol.* 2015;13(4):494–504.
9. Iwanowicz-Palusz G, Marcewicz A, Bień A. Analysis of determinants of postpartum emotional disorders. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021;21(1):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03983-3>
10. Langan RC, Goodbred AJ. Identification and Management of Peripartum Depression [Internet]. Vol. 93. 2016. Available from: <http://www.wpspublish.com/>
11. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(10):973–82. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
12. Rees S, Channon S, Waters CS. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2019;28(2):257–80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1173-5>
13. Aris-Meijer J, Bockting C, Stolk R, Verbeek T, Beijers C, van Pampus M, et al. What if pregnancy is not seventh heaven? The influence of specific life events during pregnancy and delivery on the transition of antenatal into postpartum anxiety and depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(16).
14. Ahmad M, Vismara L. The psychological impact of COVID-19 pandemic on women's mental health during pregnancy: A rapid evidence review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(13).

15. H. López-Morales, Macarena Verónica del Valle LC-J et al. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information. 2020;(January).
16. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. Causal mechanisms of postnatal depression among women in Gondar town, Ethiopia: application of a stress-process model with generalized structural equation modeling. *Reprod Heal* [Internet]. 2020;18:10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>
17. Kajdy A, Feduniw S, Ajdacka U, Modzelewski J, Baranowska B, Sys D, et al. Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(30):e21279.
18. Baran J, Leszczak J, Baran R, Biesiadecka A, Weres A, Czenczek-Lewandowska E, et al. Prenatal and postnatal anxiety and depression in mothers during the covid-19 pandemic. *J Clin Med*. 2021;10(14).
19. Almeida C, Costa F, Graça P, Menezes B, Mota E, Oliveira D, et al. Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. *Direção Geral da Saúde*. 2015. 23–96 p.
20. Wang F, Huang M, Wang Y, Guo W, Yan H, Ding Y. Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Artic 617001 Psychol* [Internet]. 2020;11:617001. Available from: www.frontiersin.org

7. Anexos

7.1. Aprovação da Comissão de Ética do CHUCB

IMPRESSO	
 Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Parecer da Comissão de Ética para a Saúde Código: CHCB.IMP.COMET.01 Edição: 5 Revisão: 0
Parecer nº: 15/2021	Data: 2021-03-19
Assunto: Estudo nº 73/2020 – “Ansiiedade e depressão puerperal - o efeito da pandemia COVID-19”	
Membros da CES do CHUCB: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico) Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social) Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico) Enf. Maria Gabriela Ramalhinho (Enfermeira) Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga) Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista) Dr. António Luciano Costa (Teólogo)	Exma. Senhora Investigadora: Ana Luísa Gomes Soares A Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 2021-03-19 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 73/2020 – “Ansiiedade e depressão puerperal - o efeito da pandemia COVID-19” Membros da CES do CHUCB presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Dra. Maria Teresa Bordalo Santos Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro Parecer: Apreciado o projeto do estudo e os requisitos adicionais respondidos, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização. Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados. A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias. <p style="text-align: center;">O Presidente da CE do CHUCB</p> <p style="text-align: center;">  (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado) </p>
Página: 1 de 1	
	

7.2. Consentimento Informado

Ansiedade e depressão puerperal - o efeito da pandemia COVID-19

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro o suficiente disponha de mais informações através da investigadora principal. Pode fazê-lo através do número de telemóvel (933195632) ou por correio eletrónico (ana-soares4@hotmail.com).

O presente estudo científico tem como objetivo a realização da dissertação para obter o grau de Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, sob orientação da Doutora Fernanda Taliberti Pereto Meyer e coorientação da Professora Doutora Sara Monteiro Morgado Dias Nunes.

Pretende-se recolher dados através da aplicação e autopreenchimento deste questionário que é destinado a 2 grupos de puérperas cuja vigilância da gravidez se procedeu antes e durante a pandemia no CHUCB - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Os dados recolhidos são sigilosos uma vez que não há identificação das participantes e os fins se destinam apenas ao âmbito académico - dissertação para grau de Mestre em Medicina e respetivas publicações científicas.

Não existe financiamento externo nem benefícios salvo os científicos para os investigadores.

A participação neste estudo e o preenchimento deste questionário é voluntário, podendo recusar continuar a qualquer momento sem qualquer tipo de penalização. Não existe nenhum risco ou benefício/compensação associado à participação.

O estudo mereceu parecer favorável por parte da Comissão de Ética do CHUCB, do presidente do Conselho de Administração do CHUCB assim como da diretora de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHUCB.

A investigadora garante a confidencialidade e o anonimato pelo que em nenhuma circunstância a identificação da participante se tornará pública.

O seguinte questionário corresponde à Escala Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) - Edinburgh Postnatal Depression.

Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa: Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls.

Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan

7.3. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

ANEXO 3

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. *British Journal Of Psychiatry* (1987), 150, 782-786.
Versão Portuguesa : *Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of child bearing women and matched controls.* Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. *Psychol Med*, 26 (1):135-41; 1996 Jan

Nome: _____
Data: _____
Idade do bebé: _____
Pontuação: _____
Aplicador da escala: _____

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

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

EPDS – Orientações para cotação

De acordo com Warner, Appleby, Whitton e Faragher (1996), a depressão pós-parto atinge 10% das mães, variando este valor entre 8% e 15%.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal.

A escala foi já validada no nosso país e os estudos realizados confirmaram a sua fiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão nesta fase da vida.

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

