



**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

***PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS DA UNIDADE  
LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE***

**Aluna:** Lic. Liliana Rosa Taboada Pires

Bragança, outubro 2025



## **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

### ***PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE***

Dissertação Final de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança no âmbito do Consórcio com o Instituto Politécnico de Viana do Castelo e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho n.º 12705/2022 em Diário da República, 2.ª série — n.º 211 — 2 de novembro de 2022.

**Aluna:** Lic. Liliana Rosa Taboada Pires

**Orientadoras:** Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo

Bragança, outubro, 2025

Pires, L.R.T. (2025). Prevalência da depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

**Descritores:** Depressão pós-parto; Prevalência; Saúde mental; Assistência perinatal; Puerpério; Rastreamento.

**A seguinte parte da presente Dissertação foi apresentada como comunicação:**

Pires, L.R.T., Azevedo, A.F.R., Correia T.I.G. (2025). Prevalência da depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste. XVIII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. TecMaia Park, Maia, novembro, 26-28.

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	6
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS</b> .....	7
<b>RESUMO</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>1.1. Enquadramento conceptual da depressão pós-parto</b> .....	6
<b>1.1. Fatores de risco associados à depressão pós-parto</b> .....	8
<b>1.2. Prevalência da depressão pós-parto: perspetiva nacional e internacional</b> .....	11
<b>1.3. Impacto da depressão pós-parto na saúde materna e infantil</b> .....	14
<b>1.4. Instrumentos de rastreio e diagnóstico da depressão pós-parto</b> .....	15
<b>1.5. Estratégias de prevenção, intervenção e seguimento</b> .....	17
<b>1.6. Contextualização da Unidade Local de Saúde do Nordeste</b> .....	18
<b>1.8. Objetivo Geral</b> .....	19
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	20
<b>2.1. Tipo de Estudo</b> .....	20
<b>2.2. Questão de Investigação</b> .....	21
<b>2.3 Amostra</b> .....	21
<b>2.3.1. Critérios de Inclusão e Exclusão</b> .....	22
<b>2.4. Instrumento de recolha de dados</b> .....	22
<b>2.4.1 Recolha de dados</b> .....	24
<b>2.5. Variáveis</b> .....	24

<b>2.6. Procedimentos de análise de dados .....</b>	<b>26</b>
<b>2.7. Procedimentos éticos.....</b>	<b>28</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE A – Autorização da autora para aplicação da Escala <i>Postpartum Depression Screening Scale</i> (PDSS) validada para a população portuguesa.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE B – Pedido de parecer da Comissão de Ética da ULSNE para realização do estudo com necessidade de aplicação de instrumento de colheita de dados.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE C – Parecer favorável da Comissão de Ética da ULSNE .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE D – Consentimento informado livre e esclarecido.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE E – Instrumento de recolha de dados .....</b>	<b>58</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Operacionalização das variáveis independentes.....	25
<b>Tabela 2</b> – Caracterização sociodemográfica da amostra .....	29
<b>Tabela 3</b> – Caracterização clínica da amostra.....	30
<b>Tabela 4</b> – Caracterização obstétrica da amostra.....	30
<b>Tabela 5</b> – Resultados gerais PDSS.....	31
<b>Tabela 6</b> – Descrição e itens pertencentes a cada dimensão da PDSS .....	33
<b>Tabela 7</b> – Resultados PDSS por dimensão.....	34

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

CEESMO - Colégio da Especialidade em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

CS - Centro de Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

DPP - Depressão Pós-Parto

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale

ESMOS - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

FPC - *Finite Population Correction*

WMA - *World Medical Association*

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

PPP - Preparação para o Parto e Parentalidade

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDSS - Postpartum Depression Screening Scale

RCOG - Royal College of Obstetricians & Gynecologists

RCM - Royal College of Midwives

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RN - Recém-Nascido

ULSN - Unidade Local de Saúde Nordeste

USPSTF - *United States Preventive Services Task Force.*

SMS - *Short Message Service*

SNS 24 – Sistema Nacional de Saúde

## RESUMO

**Introdução:** A depressão pós-parto constitui uma das perturbações psiquiátricas mais prevalentes no período perinatal, com impacto significativo na saúde da mãe, do recém-nascido e da família. O diagnóstico precoce assume um papel central na prevenção de repercussões adversas a médio e longo prazo, sendo indispensável recorrer a instrumentos de rastreio validados e culturalmente adaptados.

**Objetivo:** Estimar a prevalência da depressão pós-parto nas puérperas que pariram no serviço de obstetrícia da ULSN Bragança na 5<sup>a</sup> semana pós-parto, utilizando a Postpartum Depression Screening Scale validada para a população portuguesa.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, observacional e transversal, realizado entre maio e julho de 2024, envolvendo uma amostra de 80 puérperas internadas no serviço de obstetrícia da ULSNE – Bragança. Os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico e obstétrico, aplicado até 48 horas após o parto, e pela aplicação *online* da *Postpartum Depression Screening Scale*, validada para a população portuguesa, na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto. A análise estatística foi efetuada no software IBM SPSS v.24.0, com recurso a estatística descritiva e ao cálculo da consistência interna da escala.

**Resultados:** Das 80 participantes após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão resultaram para a amostra final 64 participantes. A prevalência global da depressão pós-parto foi de 59,4%, correspondendo a 31,3% de depressão menor e 28,1% de depressão maior. As dimensões mais expressivas foram a *labilidade emocional* (pontuação média 50%), os *distúrbios do apetite e do sono* (pontuação média 46,9%), e a *confusão mental* (pontuação média 44,1%), a fiabilidade interna das dimensões foi de boa a excelente ( $\alpha=0,817-0,932$ ), uma vez que o valor de *Alpha de Cronbach* mais baixo é de 0,817.

**Conclusão:** Os resultados revelam uma prevalência de depressão pós-parto superior à reportada em estudos nacionais e internacionais, reforçando a necessidade de rastreio sistemático da DPP. A integração da PDSS nos cuidados perinatais e a capacitação dos profissionais de saúde em saúde mental materna constituem medidas fundamentais para a deteção precoce e acompanhamento das mulheres em risco. Estes dados podem contribuir para a implementação de protocolos locais de vigilância em saúde mental perinatal e para a definição de políticas regionais de apoio às puérperas.

**Descritores:** Depressão pós-parto; Prevalência; Saúde mental; Assistência perinatal; Puerpério; Rastreamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Postpartum depression is one of the most prevalent psychiatric disorders in the perinatal period, with a significant impact on the health of the mother, newborn, and family. Early diagnosis plays a central role in preventing adverse medium- and long-term repercussions, and it is essential to use validated and culturally adapted screening tools.

**Objective:** To estimate the prevalence of postpartum depression in women who gave birth at the ULSN Bragança obstetrics service in the fifth week postpartum, using the Postpartum Depression Screening Scale validated for the Portuguese population.

**Methodology:** Quantitative, descriptive, observational and cross-sectional study conducted between May and July 2024, involving a sample of 80 postpartum women admitted to the obstetrics service of ULSNE – Bragança. Data were collected using a sociodemographic and obstetric questionnaire, administered up to 48 hours after delivery, and by applying the online Postpartum Depression Screening Scale, validated for the Portuguese population, in the 5th week postpartum. Statistical analysis was performed using IBM SPSS v.24.0 software, using descriptive statistics and calculating the internal consistency of the scale.

**Results:** Of the 80 participants, after applying the inclusion and exclusion criteria, 64 participants remained in the final sample. The overall prevalence of postpartum depression was 59.4%, corresponding to 31.3% minor depression and 28.1% major depression. The most significant dimensions were emotional lability (mean score 50%), appetite and sleep disturbances (mean score 46.9%), and mental confusion (mean score 44.1%). The internal reliability of the dimensions was good to excellent ( $\alpha=0.817-0.932$ ), since the lowest Cronbach's alpha value is 0.817.

**Conclusion:** The results reveal a higher prevalence of postpartum depression than that reported in national and international studies, reinforcing the need for systematic screening for PPD. The integration of PDSS into perinatal care and the training of health professionals in maternal mental health are fundamental measures for the early detection and monitoring of women at risk. These data may contribute to the implementation of local protocols for perinatal mental health surveillance and the definition of regional policies to support postpartum women.

**Keywords:** Postpartum depression; Prevalence; Mental health; Perinatal care; Postpartum period; Screening

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Enquadramento conceptual da depressão pós-parto

O período pós-parto, ou puerpério, corresponde à fase do ciclo gravídico-puerperal que se inicia imediatamente após o parto e se prolonga até à recuperação global do organismo da mulher. Este processo ocorre, por norma, em cerca de seis semanas, podendo variar em função de fatores individuais. Trata-se de uma fase marcada por intensas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, crucial para a saúde da mãe, do recém-nascido e da família.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023), o puerpério corresponde ao período que se inicia logo após a expulsão da placenta e termina quando os órgãos genitais e o estado geral da mulher regressam, tanto quanto possível, à condição pré-gravídica, estimando-se a sua duração em cerca de seis semanas. Um dos principais fenómenos fisiológicos é a involução uterina. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) define o puerpério como o período que se prolonga até ao quadragésimo segundo dia após o parto, caracterizado por alterações que marcam o retorno progressivo do organismo materno ao estado pré-gestacional. Já o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2018) propõe uma definição mais abrangente, considerando o pós-parto como uma fase que pode estender-se até 12 semanas, de modo a incluir de forma mais abrangente as necessidades físicas e psicológicas das mulheres.

A literatura descreve três fases distintas do puerpério: o imediato, correspondente às primeiras 24 horas após o parto, considerado um período crítico devido ao risco acrescido de complicações, como hemorragias e infeções (Chandrabaran & Arulkumaran, 2020); o mediato, que abrange a primeira semana e se caracteriza pela reorganização hormonal e início da involução uterina (World Health Organization [WHO], 2022); e o tardio, que se prolonga até seis semanas ou mais, assinalando o retorno gradual ao estado pré-gravídico, incluindo a normalização do ciclo menstrual e o reequilíbrio emocional (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021). Esta abordagem sublinha a importância de reconhecer a continuidade e prolongamento dos cuidados para além das primeiras seis semanas.

Estudos recentes reforçam a relevância do acompanhamento interdisciplinar no pós-parto, com vista à prevenção de complicações e à promoção de uma recuperação saudável. Intervenções que potenciem o vínculo mãe-bebé, associadas a cuidados especializados em

saúde mental, demonstram benefícios expressivos na saúde materna e neonatal (OMS, 2022; NICE, 2021).

A depressão pós-parto (DPP) é definida no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) como um episódio depressivo major com início durante a gravidez ou nas quatro semanas subsequentes ao parto. Os sintomas característicos incluem humor deprimido, anedonia, alterações do sono e do apetite, fadiga e, em casos graves, ideação suicida (American Psychiatric Association, 2013). O diagnóstico, segundo o DSM-5, requer a presença de pelo menos cinco dos nove sintomas descritos, sendo obrigatória a presença de humor deprimido ou perda de interesse, podendo ainda incluir alterações ponderais, insônia ou hipersônia, agitação ou lentificação psicomotora, sentimentos de culpa ou inutilidade, défices de concentração e pensamentos de morte.

A DPP constitui a perturbação psiquiátrica mais prevalente no período pós-natal, variando em intensidade entre quadros leves e formas graves. Deve distinguir-se da chamada “tristeza pós-parto” (*baby blues*), uma condição transitória que afeta até 80% das mulheres nos primeiros dias após o nascimento, caracterizada por episódios de tristeza, irritabilidade, choro fácil, ansiedade e labilidade emocional. Trata-se de um quadro autolimitado, sem necessidade de intervenção médica (DGS, 2023). Em contraste, a DPP apresenta duração mais prolongada e impacto negativo na funcionalidade materna, interferindo no vínculo mãe-filho e no desenvolvimento infantil.

Outra condição a considerar é a psicose puerperal, rara, mas grave, com incidência de 1 a 2 casos por cada 1.000 partos. Surge nas primeiras semanas após o parto e caracteriza-se por delírios, alucinações, paranoia e comportamentos desorganizados ou perigosos, constituindo uma emergência psiquiátrica que requer hospitalização imediata (American Psychiatric Association, 2013).

O período pós-parto envolve ainda ajustes emocionais, cognitivos e sociais que podem variar entre uma adaptação saudável à nova condição materna e a ocorrência de perturbações emocionais clinicamente significativas, como a DPP. As orientações internacionais reforçam a importância da vigilância sistemática do bem-estar psicológico no puerpério e de cuidados centrados na experiência materna e no apoio familiar (OMS, 2020; NICE, 2021).

Entre os principais fatores protetores destaca-se o suporte social eficaz (proveniente do parceiro, família, pares e comunidade), associado a uma menor probabilidade de sintomatologia depressiva, conforme demonstrado por estudos populacionais e revisões

sistemáticas recentes (NICE, 2021). Paralelamente, as oscilações hormonais do peri-parto — nomeadamente a descida abrupta do estrogénio e da progesterona após o parto e as variações dos neuro esteroides derivados da progesterona — têm sido associadas a uma maior vulnerabilidade às alterações do humor em mulheres suscetíveis. Contudo, a evidência atual aponta para um papel multifatorial e heterogéneo, sendo estas alterações compreendidas como contributos adicionais, e não como causa única (Carlson et al., 2023).

A depressão pós-parto (DPP) é um problema de saúde pública relevante, com estimativas globais em torno de 17% ao longo do primeiro ano pós-parto, com variação entre regiões e maior prevalência em contextos com menor rendimento e desenvolvimento. Meta-análises recentes identificam determinantes consistentes, incluindo história prévia de depressão, baixo suporte social, dificuldades socioeconómicas e eventos stressantes (Wang, Z., et al 2021)

Apesar da vasta produção científica sobre o puerpério, persistem lacunas quanto à implementação prática de modelos de acompanhamento que ultrapassem as seis semanas convencionais, como preconizado pela ACOG (2018). Estudos recentes destacam que intervenções orientadas para o fortalecimento do vínculo mãe-bebé e para o suporte à saúde mental materna apresentam benefícios relevantes na recuperação e bem-estar da díade mãe-filho (OMS, 2022; NICE, 2021). Em Portugal, permanecem limitados os dados nacionais consistentes que sustentem a adoção generalizada de estratégias de acompanhamento prolongado, constituindo um desafio para a adaptação das políticas públicas de saúde.

### **1.1. Fatores de risco associados à depressão pós-parto**

A identificação dos fatores de risco para a depressão pós-parto (DPP) é essencial para a sua prevenção e para a implementação de estratégias de intervenção precoce. Estes fatores podem ser agrupados em três grandes categorias: biológicos e genéticos, psicossociais e socioeconómicos, e obstétricos.

Fatores biológicos e genéticos - A história pessoal ou familiar de perturbações depressivas ou ansiosas constitui um dos preditores mais consistentes de DPP. Uma meta-análise que incluiu 26 estudos (n = 100.877) demonstrou que a existência de história familiar de doença psiquiátrica quase duplica o risco de DPP, com certeza global moderada. Os autores defendem que questões simples sobre antecedentes pessoais e familiares podem auxiliar na

identificação precoce de mulheres em maior risco, ainda durante a gravidez (Kjeldsen et al. 2022). De forma concordante, uma revisão sistemática confirmou a história pessoal de depressão como um fator de risco significativo para a depressão perinatal (Howard et al. 2014).

Adicionalmente, há evidência que a queda abrupta dos níveis de estrogénios e progesterona após o parto, pode desencadear sintomas depressivos, em mulheres suscetíveis, embora atuando como fator contributivo e não causa única. A sensibilidade individual a essas variações hormonais (p.ex., em mulheres com história psiquiátrica) tem sido apontada como aumentando a vulnerabilidade à DPP (Hutchens, B. F., & Kearney, J., 2020).

Fatores psicossociais - O baixo suporte social e a insatisfação ou conflito conjugal são preditores robustos de DPP. Estudos recentes evidenciam que a menor disponibilidade de apoio do parceiro, da família ou de pares aumenta a probabilidade de depressão no pós-parto (Monteiro et al. 2018). Em contrapartida, níveis mais elevados de satisfação relacional associam-se a menor prevalência de sintomas de depressão e ansiedade materna, sendo estes achados consistentes em amostras populacionais e clínicas e replicados em diferentes contextos culturais (Pinna, Almeida & Davis, 2022).

Fatores socioeconómicos - Mulheres em situação de fragilidade socioeconómica — caracterizada por baixo rendimento, insegurança habitacional ou dificuldades no acesso a cuidados de saúde — apresentam maior risco de desenvolver DPP. Revisões sistemáticas e estudos multicêntricos identificam o baixo rendimento como fator de risco independente, e análises ecológicas recentes associam o estatuto socioeconómico reduzido da vizinhança a maior probabilidade de DPP após o parto (Baser et al. 2024).

Fatores obstétricos - Gravidezes não planeadas têm sido associadas de forma consistente a maior risco de DPP. Uma meta-análise demonstrou aumento significativo da probabilidade de depressão em mulheres com gravidez não intencional, resultado confirmado por estudos longitudinais mais recentes (Cárdenas, 2025).

Complicações obstétricas constituem igualmente fatores de vulnerabilidade, entre as quais se destacam:

1. Experiência traumática de parto, considerada preditor independente de DPP, mesmo após controlo para ansiedade ou depressão na gravidez. Cesarianas, hemorragias

significativas e partos pré-termo aumentaram a probabilidade de trauma percebido, que por sua vez mediou o risco acrescido de DPP (Cárdenas, 2025).

2. Maus-tratos durante o parto (desrespeito verbal, falta de privacidade, entre outros) há sinais de risco acrescido de depressão no pós-parto, embora com resultados heterogêneos; recomenda-se vigilância dirigida (p.ex., rastreio de saúde mental no puerpério), sobretudo quando coexistem outros fatores de risco (Paiz JC, 2022).
3. Parto pré-termo, consistentemente relacionado com maior prevalência de depressão nas primeiras semanas ou meses após o nascimento (Paula Eduardo, 2019).
4. Hemorragia pós-parto e anemia subsequente, que têm sido associadas a risco aumentado de DPP, sobretudo em mulheres com história prévia de doença mental (Hutchens & Kearney, 2020).

Por outro lado, fatores protetores podem reduzir significativamente o risco de DPP. Entre os mais relevantes destacam-se:

- Suporte social robusto, proveniente da família, amigos, comunidade e profissionais de saúde, associado a uma menor incidência de DPP, na medida em que mitiga os efeitos de eventos stressantes e promove o bem-estar emocional (Milgrom et al. 2019; NICE,2020).
- Programas de educação pré-natal, incluindo sessões de preparação para o parto e parentalidade, que contribuem para reduzir a ansiedade e reforçar a autoeficácia materna.
- Apoio psicológico durante a gravidez, que se revela eficaz na prevenção ou redução dos sintomas depressivos.
- Estratégias de *coping* adaptativas, como a prática regular de exercício físico, técnicas de relaxamento e acompanhamento psicológico, que têm demonstrado associação a menor risco de DPP (Kim et al., 2021).

Compreender os fatores de risco e de proteção da DPP é crucial para os profissionais de saúde, permitindo a identificação precoce de mulheres em maior risco e a implementação de intervenções preventivas eficazes. Este conhecimento reforça a necessidade de políticas de

saúde pública centradas no apoio integral às mulheres no período pós-parto e na promoção de redes de suporte acessíveis e efetivas.

Apesar de a literatura internacional identificar de forma consistente estes fatores, em Portugal persistem lacunas de investigação, sobretudo em regiões do interior como Trás-os-Montes. Faltam também estudos comparativos que analisem a eficácia de diferentes estratégias de *coping* em distintos contextos culturais. Investigações futuras deverão integrar variáveis contextuais, como o acesso aos cuidados de saúde e a literacia em saúde mental, aspetos ainda pouco explorados no nosso país.

## **1.2. Prevalência da depressão pós-parto: perspetiva nacional e internacional**

A depressão pós-parto (DPP) é reconhecida como um problema relevante de saúde pública, com impacto significativo na saúde materna e no desenvolvimento infantil. Quando não tratada, pode originar consequências a longo prazo para a saúde mental da mãe e para o desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental da criança (OMS, 2017).

Apesar da elevada prevalência e do impacto negativo reconhecido, a DPP continua subdiagnosticada. Em alguns contextos, cerca de metade das mulheres com depressão não obtém diagnóstico formal, devido a fatores como estigma, relutância em procurar ajuda, receio de julgamento e baixa literacia em saúde mental perinatal (Daehn et al., 2022). Muitos sintomas, frequentemente interpretados como ajustes “normais” do puerpério (ex.: fadiga, labilidade emocional), são geridos apenas em redes informais de apoio, o que contribui para atrasos na identificação e intervenção clínica (Shorey et al., 2018).

Face a este desafio, as recomendações internacionais apontam para a realização sistemática de perguntas sobre o bem-estar emocional e a aplicação de instrumentos validados de rastreio no seguimento pós-natal, com a finalidade de reduzir falhas diagnósticas e facilitar o acesso aos cuidados (OMS, 2022; NICE, 2021).

A prevalência da DPP varia substancialmente entre regiões e contextos. Dados internacionais da OMS (2017) estimam que entre 10% e 20% das mulheres apresentem depressão no pós-parto, sobretudo aquelas com antecedentes de depressão ou fatores psicossociais de risco. Meta-análises globais pré-pandemia estimavam a prevalência de depressão no pós-parto, variando conforme o país, o instrumento (p.ex., EPDS) e o ponto de corte; durante a

pandemia observaram-se valores próximos de 17% para depressão no pós-parto, com elevada heterogeneidade entre contextos (Zhang X, et al., 2023). Na Europa, a prevalência situa-se em torno de 13%, enquanto em países de baixos e médios rendimentos os valores tendem a ser mais elevados (Shorey et al., 2018; Wang et al., 2021).

A literatura internacional tem procurado compreender a influência do meio urbano e rural na prevalência da DPP. Estas diferenças refletem não apenas a localização geográfica, mas sobretudo a interação entre fatores socioeconómicos, ambientais e organizacionais do sistema de saúde (Tim et al., 2024).

- Europa: no Reino Unido, estudos sugerem risco ligeiramente mais elevado de depressão/ansiedade perinatal em áreas rurais, embora sem significância estatística após ajustamento por fatores socioeconómicos e apoio social. Por outro lado, exposições ambientais urbanas, como poluição atmosférica (PM<sub>10</sub>) e ruído rodoviário, têm sido associadas a risco acrescido de DPP em meta-análises europeias (Ginja et al., 2020; Tim et al., 2024).
- América do Norte (EUA): dados populacionais indicam prevalência ligeiramente mais elevada de perturbações do humor e ansiedade perinatais em residentes urbanos, sendo cerca de 30% dos diagnósticos estabelecidos nos primeiros 60 dias pós-parto.
- África e Ásia: resultados são divergentes; na Etiópia verificou-se maior prevalência em áreas rurais, na Indonésia em áreas urbanas, e no Irão não foram encontradas diferenças significativas.
- Europa do Sul: em Espanha, estudos sugerem maior vulnerabilidade em contextos de privação socioeconómica e em áreas urbanas densamente povoadas, onde fatores ambientais e o isolamento social podem aumentar o risco (Roca et al., 2021).

De forma global, não existe um padrão único: em países de baixo/médio rendimento a prevalência tende a ser mais elevada em áreas rurais, enquanto em grandes centros urbanos, com maior exposição a fatores ambientais e stress social, os valores podem ser superiores. Muitas destas diferenças perdem relevância estatística após controlo por variáveis socioeconómicas e apoio social (Amer et al., 2024).

O modelo *Beveridge*, adotado em países como Portugal, Espanha, Itália e Reino Unido, caracteriza-se pela cobertura universal financiada por impostos, acesso tendencialmente gratuito e médicos de família como *gatekeepers* do sistema OMS, (2024).

No Reino Unido, um estudo populacional identificou risco mais elevado de depressão em áreas rurais, mas este desapareceu após ajustamento por desigualdades socioeconómicas e apoio social (Ginja et al., 2020). Uma meta-análise europeia recente reforçou o papel de fatores ambientais urbanos (poluição, ruído), sugerindo que, mesmo em sistemas de saúde universais, determinantes ambientais e sociais podem explicar diferenças na prevalência de DPP (Tim et al., 2024).

Em Portugal, faltam estudos comparativos diretos entre zonas urbanas e rurais. O país caracteriza-se por fortes assimetrias demográficas: concentração de recursos em centros urbanos e envelhecimento populacional em áreas rurais. Estes fatores sugerem que desigualdades socioeconómicas e de acessibilidade aos cuidados podem ter maior peso do que a localização geográfica por si só. A Direção-Geral da Saúde (2023) documenta desigualdades regionais no acesso a cuidados de saúde mental, sobretudo nas regiões do interior, reforçando a pertinência de investigações regionais, como a presente, que avaliem a prevalência da DPP na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto nas utentes da ULS Nordeste.

Em síntese a prevalência da DPP situa-se, em média, entre 15% e 20% a nível global, mas varia de acordo com o contexto socioeconómico, geográfico e ambiental. Em países com sistemas de saúde de tipo *Beveridge*, como Portugal, as diferenças urbano-rurais tendem a atenuar-se após ajustamento por fatores socioeconómicos e de suporte social, mas persistem desafios relacionados com desigualdades regionais no acesso a cuidados.

A ausência de estudos nacionais comparativos constitui uma lacuna importante, dificultando a adaptação de políticas públicas. Investigações futuras deverão integrar metodologias homogéneas e amostras diversificadas para caracterizar adequadamente a prevalência da DPP em Portugal, apoiar políticas de saúde mental materna e promover maior equidade no acesso e nos resultados em saúde.

### **1.3. Impacto da depressão pós-parto na saúde materna e infantil**

A saúde mental perinatal refere-se ao bem-estar psicológico da mulher desde o início da gravidez até ao final do primeiro ano após o parto. Trata-se de um período particularmente vulnerável ao desenvolvimento de perturbações mentais, entre as quais a DPP esta destaca-se pela elevada prevalência (Royal College of Psychiatrists, 2021).

A DPP associa-se a sintomatologia persistente de ansiedade, insónia, fadiga extrema, alterações do apetite e peso, dores físicas e, em casos graves, ideação suicida (Woody et al., 2017). Pode ainda agravar doenças crónicas já existentes, como hipertensão ou diabetes. Para a OMS (2022), é essencial assegurar cuidados continuados e personalizados, com rastreio além das primeiras seis semanas, o que sustenta a escolha metodológica deste estudo ao focar a 5.<sup>a</sup> semana pós-parto como momento oportuno de vigilância precoce.

A DPP vai impactar na saúde da mulher porque compromete o bem-estar emocional e funcional desta, associando-se a maior morbidade materna e repercussões no autocuidado, no desempenho de papéis familiares e profissionais e na vinculação afetiva ao bebé. A persistência da sintomatologia pode prolongar-se por vários anos se não houver tratamento adequado (Goodman et al., 2011; Field, 2018).

Afeta a relação mãe-bebé, traduzindo-se em menor responsividade materna, contacto físico reduzido e interações menos positivas (Field, 2018). Estas alterações podem resultar em dificuldades de vinculação e atrasos no neuro desenvolvimento infantil. Estudos longitudinais associam a DPP a piores resultados académicos, maior risco de problemas comportamentais (como agressividade e hiperatividade) e maior probabilidade de depressão na adolescência (Murray et al., 2019).

A condição também se relaciona com práticas de alimentação infantil menos favoráveis, nomeadamente menor probabilidade e duração do aleitamento materno. Esta relação parece bidirecional: a depressão interfere na amamentação e dificuldades na amamentação podem reforçar sintomas depressivos. Em países de baixo e médio rendimento, a DPP associa-se ainda a maior risco de malnutrição e infeções infantis, ampliando desigualdades em saúde (Bauer et al., 2020; OMS, 2022).

No plano familiar, a DPP associa-se a maior prevalência de conflitos conjugais, menor satisfação relacional e risco acrescido de separação ou divórcio. Pode também afetar o

parceiro, contribuindo para depressão e ansiosos, potenciando a depressão parental dupla, especialmente prejudicial ao desenvolvimento infantil (Vliegen et al., 2016).

A DPP tem impacto social, laboral e económico na medida em que contribui para absentismo laboral, redução da produtividade e dificuldades no regresso ao trabalho. Representa ainda um encargo relevante para os sistemas de saúde e para a sociedade, devido a custos associados a intervenções terapêuticas e hospitalizações. Quando não diagnosticada e tratada, acarreta maior impacto económico e social (Bauer et al., 2020). Além disso, compromete a qualidade de vida da mulher e aumenta o risco de isolamento social (Beck et al., 2016).

O suporte social robusto é o fator de proteção mais consistente, incluindo apoio do parceiro, família, amigos, grupos de apoio e profissionais de saúde. Está associado a menor incidência de DPP e promove resiliência e adaptação saudável Pereira, (2018). Programas de educação pré-natal, sessões de preparação para o parto e suporte psicológico durante a gravidez contribuem igualmente para a redução da ansiedade e reforço da autoeficácia materna. Estratégias de  *coping*  adaptativas, como exercício físico, técnicas de relaxamento e acompanhamento psicológico, estão também associadas a menor risco de DPP (Kim et al., 2021).

As implicações da DPP para a saúde pública abrangem dimensões individuais, familiares e sociais, constituindo um problema relevante de saúde pública. A deteção precoce e a intervenção eficaz são essenciais para minimizar os efeitos adversos e promover o bem-estar materno-infantil. Apesar do consenso quanto à gravidade da DPP, verifica-se em Portugal escassa implementação de programas de apoio psicológico continuado nos cuidados de saúde primários. Persistem também vazios de investigação sobre custos sociais e económicos, bem como sobre o impacto em populações vulneráveis. Torna-se, assim, urgente integrar a saúde mental perinatal como prioridade estratégica nos planos de saúde, reforçando a prevenção, o rastreio e a intervenção precoce.

#### **1.4. Instrumentos de rastreio e diagnóstico da depressão pós-parto**

A avaliação e o diagnóstico precoce da DPP são fundamentais para a implementação de intervenções eficazes e para a promoção da saúde mental materna. Muitas vezes, os sintomas são confundidos com manifestações “normais” do puerpério, como fadiga ou labilidade emocional, o que pode atrasar a sua identificação.

Entre os instrumentos de rastreio mais utilizados e validados destacam-se a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e a Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), ambas validadas para a população portuguesa (Pereira et al., 2011).

A EPDS, desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987), é amplamente aplicada em contextos clínicos e de investigação, mas foca-se sobretudo em depressões gerais, podendo não colher manifestações específicas da DPP.

A PDSS, por sua vez, foi concebida especificamente para o período pós-parto e apresenta maior sensibilidade e especificidade na deteção de sintomas subtis, como ansiedade, pensamentos obsessivos e dificuldades na vinculação materna. Estudos comparativos confirmam a sua superioridade na avaliação detalhada da saúde mental materna (Beck & Gable, 2001, 2002; Segre et al., 2010). Meta-análises demonstraram ainda a sua eficácia na discriminação de diferentes níveis de gravidade da depressão (Beck, 2003).

A PDSS integra 35 itens, distribuídos por sete dimensões: perturbações do sono, sentimentos de culpa e vergonha, dificuldades cognitivas, ideação suicida, labilidade emocional, perda de autoestima e perturbações da relação mãe-bebé. Cada item é avaliado em escala de tipo Likert, permitindo graduar a gravidade dos sintomas.

A interpretação da PDSS assenta em três intervalos:

- 35–59 pontos: ausência de sintomas clinicamente relevantes;
- 60–79 pontos: sintomas ligeiros a moderados, sugerindo necessidade de seguimento;
- 80–175 pontos: sintomas graves, com indicação para avaliação clínica especializada.

Com uma aplicação rápida (10–15 minutos) e adaptabilidade a diferentes contextos socioculturais, a PDSS constitui uma ferramenta robusta. Contudo, como instrumento de autorrelato, depende da capacidade da mulher em reconhecer e expressar os seus sintomas, sendo necessária interpretação profissional adequada.

Apesar de validada em Portugal, a utilização sistemática da PDSS permanece limitada, prevalecendo a EPDS pela sua tradição e simplicidade. A ausência de protocolos nacionais uniformizados constitui um obstáculo à implementação generalizada. Investigações futuras deverão avaliar a viabilidade da PDSS em contextos clínicos nacionais e reforçar a formação dos profissionais de saúde.

## 1.5. Estratégias de prevenção, intervenção e seguimento

A OMS estima que uma em cada cinco mulheres desenvolve perturbações de saúde mental durante a gravidez ou no primeiro ano após o parto, sendo a DPP uma das mais prevalentes (2022). A integração da saúde mental perinatal nos serviços materno-infantis é, assim, essencial para cuidados preventivos, contínuos e centrados na mulher.

As diretrizes internacionais (OMS, 2022; NICE, 2021) recomendam uma abordagem integrada, com rastreio precoce, apoio psicossocial e intervenções baseadas na evidência. Ignorar a saúde mental nesta fase compromete o bem-estar materno, prejudica o vínculo mãe-bebé e pode afetar o desenvolvimento infantil.

As estratégias preventivas incluem:

- rastreio sistemático da saúde mental durante gravidez e pós-parto;
- consultas de enfermagem perinatal com escuta ativa e apoio emocional;
- programas de preparação para a parentalidade com componentes psicoeducativos.

As intervenções devem adequar-se à gravidade dos sintomas:

- Casos ligeiros a moderados: psicoterapia breve, grupos de apoio, terapia cognitivo-comportamental, *mindfulness*.
- Casos graves: tratamento farmacológico, com avaliação rigorosa do risco-benefício durante a lactação (Dennis, 2013; Stewart & Vigod, 2019).

O seguimento deve prolongar-se além das seis semanas pós-parto (ACOG, 2018), com articulação entre cuidados de saúde primários, obstetrícia e saúde mental.

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Saúde Mental 2023–2030 reconhece a saúde perinatal como prioridade, mas a sua operacionalização é desigual. Persistem barreiras como falta de recursos humanos, desigualdades regionais e ausência de planos integrados. A necessidade de modelos interdisciplinares e de estudos longitudinais é urgente, sobretudo no interior do país, onde os dados são escassos.

## 1.6. Contextualização da Unidade Local de Saúde do Nordeste

A Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSN) é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, responsável por cuidados primários, hospitalares e continuados na região de Trás-os-Montes. Resulta da fusão de várias unidades e integra os centros de saúde do distrito de Bragança e o Hospital de Bragança, unidade de referência regional.

A área abrangida é maioritariamente rural, com população envelhecida e dispersa. O distrito apresenta um dos índices de envelhecimento mais elevados e um dos rácios de médicos mais baixos do país (PORDATA, 2023). Esta realidade agrava dificuldades de acesso a cuidados de saúde, especialmente em saúde mental.

O Serviço de Obstetrícia da ULSN assume papel central nos cuidados materno-infantis, integra o internamento e acompanhamento em consulta externa. Contudo, a ausência de protocolos específicos de rastreio de saúde mental materna no puerpério limita a deteção precoce da DPP.

As características demográficas e geográficas da região — dispersão populacional, predomínio rural, desigualdades no acesso — justificam a escolha da ULSN como cenário do presente estudo. A falta de estruturas formais de apoio psicológico no pós-parto representa uma lacuna significativa.

Urge, assim, investir em políticas de proximidade e cuidados continuados, integrando a saúde mental perinatal como prioridade regional. O presente estudo pretende contribuir para este objetivo, produzindo evidência científica aplicável à prática clínica, sensibilizando os profissionais e fundamentando políticas locais de promoção da saúde mental materna.

O estudo decorreu no Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSN) – Unidade de Bragança, enquadrando-se numa região com dispersão populacional e predomínio rural, aspetos que podem condicionar a deteção atempada de sintomatologia depressiva e o encaminhamento para cuidados especializados. Esta escolha visa produzir conhecimento aplicável localmente, potenciando programas de rastreio e seguimento integrados na rede de cuidados da ULSN.

A pertinência do tema é ainda reforçada pelas recomendações internacionais para integrar a saúde mental perinatal nos serviços materno-infantis, com uso de instrumentos de rastreio validados e fluxos de referenciação claros. (OMS, 2020, NICE 2021).

## **1.8. Objetivo Geral**

Este trabalho tem como objetivo geral: Estimar a prevalência da depressão pós-parto nas puérperas que pariram no serviço de obstetrícia da ULSN Bragança na 5ª semana pós-parto, utilizando a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) validada para a população portuguesa.

### **1.8.1 Objetivos específicos**

- ✓ Caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas e obstétricas.
- ✓ Estimar a prevalência de depressão na 5.ª semana pós-parto *Postpartum Depression Screening Scale*
- ✓ Descrever o perfil epidemiológico por dimensão e por item da *Postpartum Depression Screening Scale*.
- ✓ Avaliar a fiabilidade interna da *Postpartum Depression Screening Scale* na amostra.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Tipo de Estudo**

Este estudo é de natureza quantitativa, descritiva, observacional e transversal. O estudo quantitativo é adequado à medição objetiva de fenómenos e permite uma análise estatística rigorosa dos dados recolhidos. A abordagem quantitativa assegura uma análise baseada em dados objetivos e empíricos, como defendem Pereira e Santos (2020), sendo adequada para investigação em saúde mental, onde é essencial quantificar sintomas e identificar perfis de risco (Lima & Almeida, 2019).

A vertente descritiva possibilita caracterizar a população em estudo e estimar a prevalência da depressão pós-parto (DPP). A literatura metodológica é clara ao referir que os estudos transversais são precisamente o desenho recomendado para estimativa de prevalências em amostras de base populacional ou clínica, pela sua eficiência e adequação quando não há hipóteses causais a testar. (Wang & Cheng, 2020). Os autores Wang & Cheng, 2020; O'Hara & Wisner, 2014, também os consideram fundamentais na epidemiologia da saúde mental perinatal, fornecendo um retrato do fenómeno num ponto temporal.

Este estudo tem natureza observacional, uma vez que não implicou qualquer manipulação das variáveis nem intervenção sobre as participantes, limitando-se a observar e registar a ocorrência de depressão no contexto clínico real.

A natureza observacional evita interferência do investigador no fenómeno analisado, enquanto a abordagem transversal foi operacionalizada através da avaliação única de cada participante na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto, articulando-se com a janela recomendada de contactos pós-natais (incluindo o contacto das 6 semanas), o que favorece a identificação de sintomas persistentes para além do período de “blues” fisiológicos e justifica-se pela recolha de dados num único momento temporal — entre maio e julho de 2024 — em puérperas na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto, internadas no serviço de obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSN) – Unidade de Bragança.

## 2.2. Questão de Investigação

A questão de investigação do presente estudo é formulada nos seguintes termos:

Qual a estimativa da prevalência da depressão pós-parto nas puérperas que pariram no serviço de obstetrícia da ULSN Bragança na 5<sup>a</sup> semana pós-parto, utilizando a Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) validada para a população portuguesa.

## 2.3 Amostra

População-alvo: puérperas que pariram no serviço de obstetrícia da ULSN–Bragança entre maio e julho de 2024.

Tamanho amostral: partindo de  $N=103$  partos no período homólogo de 2023, estimou-se uma amostra mínima de  $n\approx 82$  para um nível de confiança 95% e erro de 5%, com correção para população finita [raosoft.com/openepi.com](https://www.raosoft.com/openepi.com). O cálculo amostral indicou a necessidade de 82 participantes para a amostra.

Verificou-se, no entanto, que durante o período de estudo ocorreram apenas 100 partos, sendo que após o cálculo da amostra resultaram 80 participantes. Foram aplicados 80 questionários iniciais presencialmente no pós-parto imediato. À 5.<sup>a</sup> semana, integraram a análise 64 participantes com PDSS válida, verificando-se 16 perdas/saídas (20,0%), justificadas por motivos operacionais e metodológicos pré-definidos. Das 16 perdas, 7 desistiram do estudo e 5 foram perdas porque após três tentativas de telefónicas não obtivemos resposta.

A literatura metodológica reconhece que pequenas variações face ao tamanho amostral previsto são comuns em contextos clínicos e não afetam a estimativa de prevalência, desde que a amostra mantenha dimensão (80%) suficiente e representatividade Wang et al., (2020).

Assim, a amostra final obtida manteve-se metodologicamente válida e adequada para estimar a prevalência de depressão nesta população, não comprometendo a robustez dos resultados Wang et al., (2020), ficando constituída por 64 participantes.

### **2.3.1. Critérios de Inclusão e Exclusão**

#### Critérios de inclusão:

1. Idade 18 –49 anos ( $\geq 18$  para assegurar consentimento informado autónomo; limite superior alinhado com a faixa reprodutiva de referência 15–49 em demografia e saúde reprodutiva, adaptada aqui ao limiar legal dos 18 anos), (OMS);
2. Parto no serviço de Obstetrícia da ULSN–Bragança no período do estudo (maio–julho/2024);
3. Compreensão da língua portuguesa;
4. Acesso individual a telemóvel/smartphone para contacto telefónico na 5.<sup>a</sup> semana (WhatsApp/SMS). Justifica-se pela logística da recolha remota.

#### Critérios de exclusão:

1. Diagnóstico prévio/atual de perturbação mental grave (psicose puerperal, esquizofrenia, perturbação bipolar) **ou** uso corrente de psicofármacos que inviabilize a interpretação do rastreio;
2. Perda fetal/nado-morto ou malformações graves;
3. Incapacidade cognitiva/tecnológica impeditiva de resposta.

### **2.4. Instrumento de recolha de dados**

Para a recolha de dados foram utilizados dois instrumentos complementares (Apêndice F):

1º Questionário sociodemográfico e obstétrico, aplicado presencialmente até 48 horas pós-parto, contemplando variáveis como idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, número de gravidezes e filhos, tipo de parto, preparação para o parto e parentalidade, bem como tipo de alimentação do recém-nascido. Estes dados permitiram caracterizar a amostra. Este questionário foi construído pela investigadora.

2º *Postpartum Depression Screening Scale*, validada para a população portuguesa por Pereira et al. (2011), composta por 35 itens distribuídos em sete dimensões e respondidos numa escala Likert de cinco pontos (1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Nem Concordo Nem Discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente). Quanto maior a pontuação total, maior a gravidade das depressões reportadas. Foram considerados os pontos de corte estabelecidos para a versão portuguesa:

- 35–59 ausência de sintomatologia clinicamente significativa;
- 60–79 sintomas ligeiros a moderados (depressão menor);
- $\geq 80$  sintomas graves (depressão maior).

Esta Escala apresenta boa fiabilidade interna ( $\alpha$  de Cronbach  $>0,80$ ) e é reconhecida internacionalmente como sensível para a deteção precoce de depressão no pós-parto (George, D., & Mallery, P., 2003).

<b>Intervalo de <math>\alpha</math></b>	<b>Interpretação</b>
$\geq 0,90$	Excelente
0,80–0,89	Bom
0,70–0,79	Aceitável
0,60–0,69	Questionável
0,50–0,59	Fraco
$< 0,50$	Inaceitável

Foi solicitada autorização ao autor para uso da escala (Apêndice A)

A utilização combinada do questionário sociodemográfico e da PDSS possibilitou uma caracterização abrangente da amostra e a determinação da prevalência de sintomas depressivos, respondendo ao objetivo do estudo.

### **2.4.1 Recolha de dados**

A primeira fase da recolha de dados decorreu no Serviço de Obstetrícia da ULSN – Unidade de Bragança, entre maio e julho de 2024 e os dados foram obtidos pela investigadora com a colaboração da equipa de enfermagem nomeadamente no agendamento das entrevistas da primeira fase da recolha de dados. O questionário sociodemográfico/obstétrico foi aplicado até 48 horas pós-parto, realizado presencialmente no internamento, na enfermaria individual da utente.

A segunda fase consistiu na aplicação da escala PDSS e ocorreu em formato online, na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto, respeitando a janela de vigilância pós-natal recomendada, enviada por link (*WhatsApp*), com possibilidade de resposta em dispositivo móvel.

A escolha do formato digital justificou-se pela elevada taxa de disseminação e uso diário destas aplicações em Portugal PORDATA, (2023), o que facilita o contacto com as participantes, garante maior privacidade e reduz os custos e barreiras logísticas da recolha de dados. A evidência mostra que inquéritos online, ao proporcionarem anonimato e ausência de contacto visual, podem favorecer respostas mais autênticas em saúde mental (Lapidot-Lefler & Barak, 2015).

### **2.5. Variáveis**

As variáveis são características observáveis que se alteram de acordo com o objeto ou contexto estudado.

#### Variável dependente:

Sintomatologia depressiva pós-parto, avaliada pela PDSS (Pereira et al. 2011), de acordo com os pontos de corte definidos para a população portuguesa, quanto maior a pontuação total, maior a gravidade das depressões reportadas. Foram considerados os pontos de corte estabelecidos para a versão portuguesa:

- 35–59 ausência de sintomatologia clinicamente significativa;
- 60–79 sintomas ligeiros a moderados (depressão minor);
- $\geq 80$  sintomas graves (depressão major).

Variáveis independentes:

As variáveis independentes foram operacionalizadas conforme Tabela 1

**Tabela 1** – Operacionalização das variáveis independentes

<b>Variáveis</b>	<b>Operacionalização</b>	<b>Categorias</b>
<b>Idade (anos)</b>	A idade materna influi na experiência da gravidez e do pós-parto. Mulheres muito jovens ou com idade superior a 35 anos podem apresentar maior vulnerabilidade a depressão Carolan-Olah et al., (2021).	18 – 28 29 – 38 39 - 48
<b>Estado Civil</b>	Mulheres sem companheiro tendem a relatar menor apoio emocional, o que pode influenciar negativamente a saúde mental Seefeld et al., (2024).	Solteira Casada/União de facto Divorciada/Separada
<b>Nível de escolaridade</b>	(≤9.º ano; secundário; superior); associada à literacia em saúde e ao acesso a recursos, sendo um fator protetor ou de risco PORDATA, (2023).	1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário Licenciatura Mestrado/Pós-graduação Doutoramento
<b>Situação face ao emprego</b>	Situação profissional (empregada; desempregada; estudante; doméstica/outra); O desemprego ou a instabilidade laboral podem ser fontes de stresse acrescido Hahn-Holbrook, (2018).	Empregada Desempregada
<b>Número de gravidezes</b>	(incluindo a atual); A multiparidade pode estar associada a sobrecarga emocional ou, inversamente, a maior experiência Xia et al., (2022).	1 a 2 3 a 4 5 ou mais
<b>Número de filhos</b>	Quanto maior o número de filhos, maior pode ser o nível de stresse e menor o tempo para autocuidado Xia et al., (2022).	1 a 2 3 a 4
<b>Tipo de parto</b>	A experiência de parto vaginal ou cesariana, sobretudo quando traumática, pode influenciar a ocorrência de DPP Garthus-Niegel., (2013).	Eutócico (normal ou vaginal) Distócico (fórceps ou ventosa) Cesariana

<b>Fez preparação para o parto na última gravidez?</b>	Está associada a maior confiança materna e menor prevalência de depressão Xia et al., (2022).	Sim Não
<b>Como foi a alimentação do seu último filho?</b>	A escolha destas variáveis foi fundamentada na literatura, que as reconhece como potenciais fatores de risco ou de proteção para a DPP Xia et al., (2022)	Amamentação exclusiva Aleitamento misto Aleitamento artificial

## 2.6. Procedimentos de análise de dados

Os dados foram organizados numa base única no IBM SPSS v.24.0, com codificação padronizada das variáveis e limpeza por regras de amplitude/consistência.

Realizou-se a análise através de estatística descritiva (frequências, medidas de tendência central e dispersão) e o cálculo da pontuação total e classificação da PDSS segundo os pontos de corte validados para a versão portuguesa.

A fiabilidade interna da PDSS foi avaliada através do  $\alpha$  de Cronbach.

As estimativas foram apresentadas com IC 95% e *p. value* 5%. A qualidade dos dados foi assegurada por verificações de elegibilidade, regras de validade/amplitude, gestão explícita de dados omissos, anonimização e conformidade RGPD. (Regulamento (UE) 2016/679.

Todas as variáveis do questionário sociodemográfico/obstétrico (momento presencial) e da PDSS (5.<sup>a</sup> semana) foram integradas numa base única no IBM SPSS *Statistics* v.24.0, com dicionário de variáveis (nome, etiqueta, tipo/medida) e códigos pré-definidos para cada categoria de resposta.

Variáveis categóricas codificadas de forma binária/ordinal conforme aplicável (por exemplo, tipo de parto; aulas de PPP; aleitamento na 5.<sup>a</sup> semana).

Regras de validade e amplitude (ex.: idade 18–49 anos; coerência entre número de gravidezes e número de filhos).

A PDSS foi codificada item a item (1–5), calculando-se a pontuação total (35–175) e a classificação por pontos de corte validados para a versão portuguesa (35–59; 60–79;  $\geq 80$ ).

Deteção de valores omissos: criação de categorias “*missing*” específicas e inspeção de padrões de não-resposta por variável/bloco.

Consistência cruzada entre momentos (presencial vs. 5.<sup>a</sup> semana) para garantir a elegibilidade e a integridade dos registos válidos (n=80 no Momento 1; n=64 respostas PDSS válidas no Momento 2).

Anonimização e gestão segura. Identificadores substituídos por códigos numéricos, armazenamento digital com acesso restrito à investigadora, em conformidade com o RGPD.

#### Tipos de análises realizadas

- Descritivas.
- Categóricas: frequências absolutas e relativas (%).
- Contínuas: média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo.
- PDSS: pontuação total e classificação por pontos de corte; apresentação adicional em % do máximo para contextualização.
- Fiabilidade interna.  $\alpha$  de Cronbach para a PDSS, com interpretação segundo patamares usuais ( $\geq 0,80$  = boa).

#### Procedimentos para garantir a qualidade dos dados

- Integridade e elegibilidade. Verificação sistemática dos critérios de inclusão/exclusão, confirmação de que as respostas PDSS pertencem a participantes elegíveis e dentro da janela da 5.<sup>a</sup> semana.
- Controlo de erros. Inspeção de amplitudes, valores extremos por erro de digitação e coerência lógica entre variáveis (ex.: cruzamentos obstétricos básicos).
- Gestão de não-resposta. Sinalização explícita de dados omissos, sem imputação, com reporte do n válido por análise (n=64 na PDSS).
- Fiabilidade do instrumento. Cálculo do  $\alpha$  de Cronbach da PDSS na amostra, confirmando boa consistência interna e suportando a adequação da escala ao contexto do estudo.

## **2.7. Procedimentos éticos**

O estudo respeitou integralmente os princípios da Declaração de Helsínquia WMA., (2024) e da Convenção de Oviedo (1997), pelo que foi solicitado parecer à Comissão de Ética da ULSNE (Apêndice B), esta Comissão emitiu parecer favorável. (Apêndice C)

Consentimento informado: foi obtido presencialmente, até 48 horas pós-parto, após explicação detalhada dos objetivos, procedimentos e direitos de participação. Cada participante assinou um termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo decisão autónoma e voluntária. (Apêndice D)

Anonimato e confidencialidade: assegurados pela atribuição de códigos numéricos e recolha de dados sem identificadores diretos. As bases de dados foram armazenadas em suporte digital seguro, acessível apenas à investigadora principal, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (UE, 2016/679).

Voluntariedade: a adesão foi totalmente voluntária, sem impacto nos cuidados recebidos. As participantes puderam desistir a qualquer momento sem prejuízo para a assistência clínica.

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se os resultados obtidos no estudo “*Prevalência da depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste*” com o propósito de interpretar e analisar e os resultados obtidos na presente amostra.

Na Tabela 2 apresentam-se as características sociodemográficas da amostra constituída por 80 puérperas.

**Tabela 2** – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis sociodemográficas	Opção de resposta	n	%
<b>Idade (anos)</b>	18 - 28	27	33,8
	29 - 38	43	53,8
	39 - 48	10	12,5
	Total	80	100
<b>Estado Civil</b>	Solteira	20	25,0
	Casada/União de facto	59	73,8
	Divorciada/Separada	1	1,3
	Total	80	100
<b>Nível de escolaridade</b>	1º Ciclo	1	1,3
	2º Ciclo	2	2,5
	3º Ciclo	2	2,5
	Secundário	36	45,0
	Licenciatura	33	41,3
	Mestrado/Pós-graduação	5	6,3
	Doutoramento	1	1,3
Total	80	100	
<b>Situação face ao emprego</b>	Empregada	60	75,0
	Desempregada	20	25,0
	Total	80	100

Pela análise da Tabela 2 verificamos que a maior parte das inquiridas (53,80%) tem entre 29 e 38 anos, são casadas ou em união de facto que 73,8%, 25,0% são solteiras. Em termos de escolaridade, a amostra caracteriza-se por uma escolarização intermédia, uma vez que

45,00% tem o ensino secundário. Examinando a situação face ao emprego de salientar que um quarto da amostra 25,0% se encontra desempegada.

**Tabela 3** – Caracterização clínica da amostra

Questão	Opção de resposta	n	%
<b>Tem antecedentes de doença psicológica?</b>	Sim	4	5,0
	Não	76	95,0
	Total	80	100
<b>Toma medicação antidepressiva?</b>	Sim	4	5,0
	Não	76	95,0
	Total	80	100

Observa-se na Tabela 3 uma baixa frequência de antecedentes de doença psicológica: 5,0% (n=4) referiram história prévia, enquanto 95,0% (n=76) a negaram. Padrão idêntico verifica-se quanto à medicação antidepressiva, reportada por 5,0% (n=4) e ausente em 95,0% (n=76). Globalmente, o perfil clínico prévio sugere morbilidade psiquiátrica autorreportada residual na amostra de base.

**Tabela 4** – Caracterização obstétrica da amostra

Variáveis de caracterização obstétrica	Opção de resposta	n	%
<b>Número de gravidezes</b>	1 a 2	59	73,8
	3 a 4	20	25,0
	5 ou mais	1	1,3
	Total	80	100
<b>Número de filhos</b>	1 a 2	68	85,0
	3 a 4	12	15,0
	Total	80	100
<b>Tipo de parto</b>	Eutócico (normal ou vaginal)	37	46,3
	Distócico (fórceps ou ventosa)	10	12,5
	Cesariana	33	41,3
	Total	80	100
<b>Fez preparação para o parto na última gravidez?</b>	Sim	46	57,5
	Não	34	42,5
	Total	80	100
<b>Como foi a alimentação do seu último filho?</b>	Amamentação exclusiva	49	61,3
	Aleitamento misto	25	31,2
	Aleitamento artificial	6	7,5
	Total	80	100

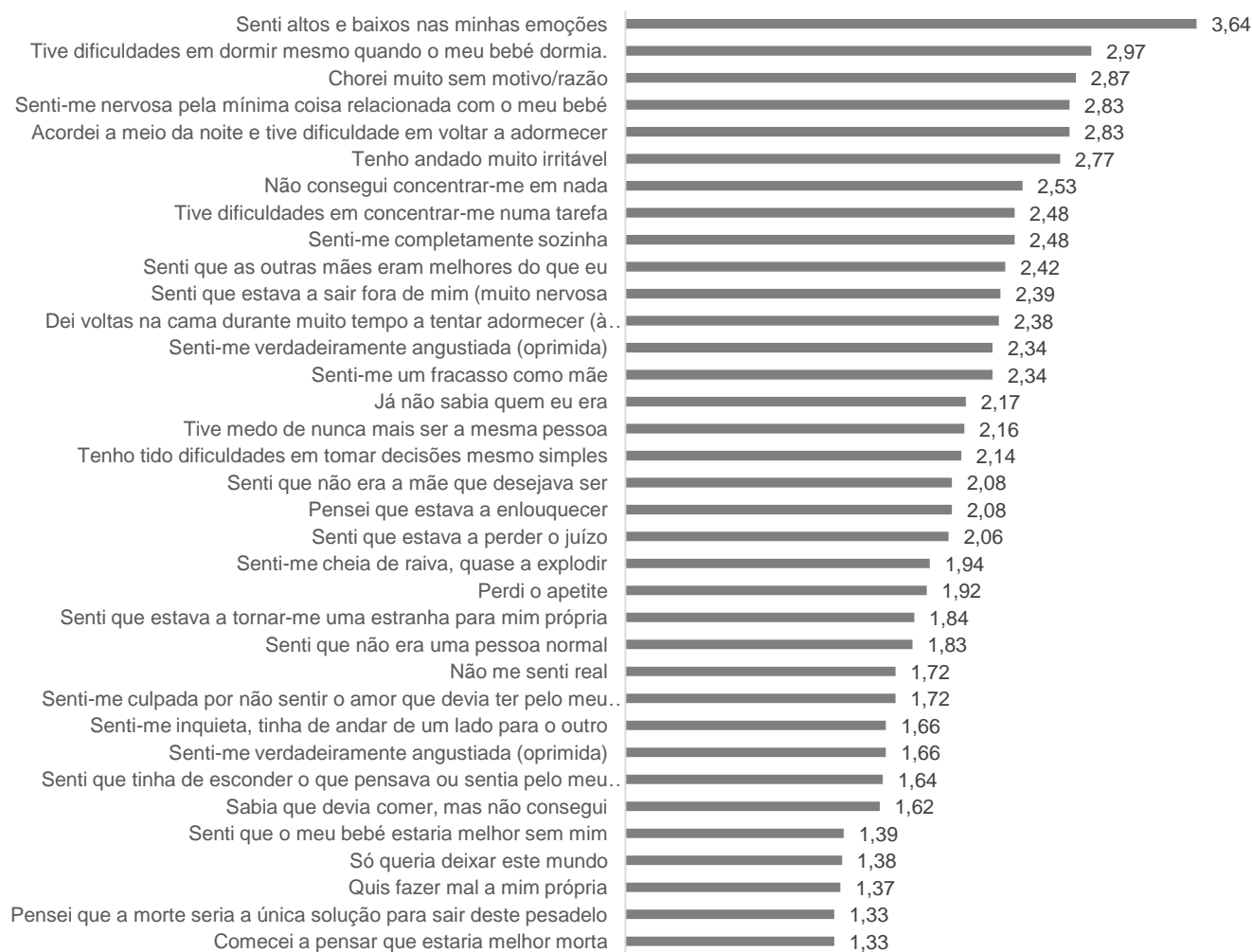
A análise da Tabela 4 permite-nos constatar que a maioria das participantes teve 1–2 gravidezes (73,8%). Quanto ao número de filhos, observa-se predomínio de 1–2 (85%). Quanto ao tipo de parto, predominaram os partos eutócicos (46,3%), seguindo-se as cesarianas (41,3%) e os partos instrumentados (12,5%). De realçar que 57,5% frequentaram aulas de preparação para o parto/parentalidade. No padrão de alimentação destacou-se a amamentação exclusiva como prática dominante. (61,3%).

**Tabela 5** – Resultados gerais PDSS

<b>Indicadores de depressão</b>	<b>Opção de resposta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gravidade de depressão</b>	Não tem depressão	26	40,6
	Depressão minor	20	31,3
	Depressão major	18	28,1
	Total	64	100
<b>Pontuação PDSS</b>	Mínimo=35, Máximo=170, Média=74.3 Desvio padrão=35.1		

Observamos na Tabela 5 que a pontuação média PDSS foi 74,3 correspondendo a 42,5% da pontuação máxima (175). Na classificação por categorias maioritariamente não apresentaram depressão (40,6%). Estes resultados perfazem uma prevalência combinada minor + major de 59,4%, evidenciando expressão clínica relevante de sintomatologia depressiva

**Figura 1 – Resultados PDSS por item**



A leitura da Figura 1 mostra que as contrariedades mais sentidas pelas inquiridas concentram-se em três núcleos sintomatológicos: o sentimento de “altos e baixos” emocionais, as dificuldades em dormir mesmo quando o bebé dorme, e o choro frequente sem motivo aparente. Em conjunto, estes itens traduzem um perfil típico da 5.<sup>a</sup> semana pós-parto, no qual labilidade emocional e perturbações do sono tendem a coocorrer, contribuindo de forma relevante para a carga sintomática global.

No polo oposto, os itens relativos a pensamentos/ideação suicida apresentam a menor concordância média.

**Tabela 6** – Descrição e itens pertencentes a cada dimensão da PDSS

Dimensão	Itens	Breve descrição
Distúrbios do apetite e do sono (DAS)	Tive dificuldades em dormir mesmo quando o meu bebê dormia (1)	Avalia a percepção de que há alterações nos seus hábitos de sono e apetite.
	Perdi o apetite (8)	
	Acordei a meio da noite, tive dificuldade em voltar a adormecer (15)	
	Dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (22)	
	Sabia que devia comer mas não consegui (29).	
Ansiedade/Insegurança (AI)	Senti-me completamente sozinha (2)	Avalia os sentimentos de ansiedade, insegurança e de estar a ser pressionada e "esmagada" no seu papel de mãe.
	Senti-me verdadeiramente angustiada/oprimida (9)	
	Senti que estava a sair fora de mim (muito nervosa) (16)	
	Senti-me nervosa pela mínima coisa relacionada com o bebê (23)	
	Senti-me inquieta, tinha de andar de um lado para o outro (30)	
	Chorei muito sem motivo/razão (7).	
Labilidade emocional (LE)	Tive medo de nunca mais voltar a ser feliz (10)	Avalia a percepção de que as suas emoções são instáveis e fora do seu controlo.
	Senti altos e baixos nas minhas emoções (17)	
	Tenho andado muito irritável (24)	
	Senti-me cheia de raiva, quase a explodir (31).	
Confusão mental (CM)	Não consegui concentrar-me em nada (4)	Avalia a capacidade percebida para se concentrar, decidir e regular os seus próprios processos mentais.
	Senti que estava a perder o juízo (11)	
	Pensei que estava a enlouquecer (18)	
	Tenho tido dificuldades em tomar decisões menos simples (25).	
Perda do self (PS)	Tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa (32)	Avalia a percepção de que alguns aspetos da sua identidade pessoal têm alterado desde o nascimento do bebê.
	Já não sabia quem eu era (5)	
	Senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria (12)	
	Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa (19)	
	Senti que não era uma pessoa normal (26)	
	Não me senti real (33).	
Culpa/vergonha (CV)	Senti que não era a mãe que desejava ser (6)	Avalia os sentimentos de culpa e vergonha relacionados com a maternidade e falta de capacidade para ser mãe ou pensamentos negativos em relação ao bebê.
	Senti que as outras mães eram melhores do que eu (13)	
	Senti-me culpada por não sentir o amor que esperava ter pelo meu bebê (20)	
	Senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia sobre o meu bebê (27)	
	Senti-me um fracasso como mãe (34).	
Pensamentos suicidas (Sui)	Pensei que a morte seria a única solução para sair deste sentimento (3)	Avalia o desejo de fazer mal a si própria ou de suicídio como escape para a depressão pós-parto.
	Comecei a pensar que estaria melhor morta (14)	
	Quis fazer mal a mim própria (21)	
	Pensei que o meu bebê estaria melhor sem mim (28)	
	Só queria acabar este mundo (35).	

A Tabela 6 apresenta a descrição da escala PDSS e a sua abordagem por dimensões com indicação da alocação dos itens.

**Tabela 7** – Resultados PDSS por dimensão

Dimensão	Nº itens	Alpha de Cronbach	Minimo	Maximo	Média	Desvio Padrão	Pontuação média (%)
Distúrbios do apetite e do sono (DAS)	5	0,838	5	25	11,7	5,4	46,9
Ansiedade/Insegurança (AI)	6	0,848	6	28	13,0	5,9	43,4
Labilidade emocional (LE)	4	0,817	4	20	10,0	4,3	50,0
Confusão mental (CM)	4	0,905	4	20	8,8	4,9	44,1
Perda do self (PS)	6	0,932	6	30	12,2	7,1	40,7
Culpa/vergonha (CV)	5	0,920	5	25	10,2	6,0	40,8
Pensamentos suicidas (Sui)	5	0,830	5	25	8,3	4,4	33,4

A análise da Tabela 7 permite-nos afirmar que a pontuação média foi calculada, tendo por base o score máximo de cada dimensão. A fiabilidade interna das dimensões foi de boa a excelente ( $\alpha=0,817-0,932$ ), uma vez que o valor de *Alpha de Cronbach* mais baixo é de 0,817. A média global da PDSS foi de 74,31 (DP = 35,11), representando cerca de 42,5% da pontuação total possível da escala (175 pontos).

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão metodológica incide sobre o subconjunto de 64 puérperas que completaram validamente a PDSS. Este recorte resulta do processo de seguimento na 5.<sup>a</sup> semana, no qual ocorreram perdas/saídas por não-resposta e desistência, bem como exclusões por critérios metodológicos (resposta dentro da janela temporal), conforme detalhado nos procedimentos de qualidade e gestão de não-resposta do estudo. Assim, as tabelas sociodemográficas/obstétricas descrevem a coorte de base (n=80), enquanto os resultados da PDSS — prevalência por categorias, pontuações e fiabilidade interna — referem-se exclusivamente às respostas válidas (n=64) que constitui a amostra para análise final. Esta opção assegura a integridade dos indicadores, evitando enviesamento por respostas fora de janela ou incompletas, e está alinhada com o plano metodológico previamente definido.

Assim, recomenda-se que investigações futuras possam explorar métodos de contacto mais personalizados e a inclusão de entrevistas qualitativas, que permitam captar dimensões subjetivas da experiência emocional no pós-parto. A articulação entre cuidados hospitalares e unidades de cuidados primários poderá também facilitar a continuidade da vigilância da saúde mental materna.

A elevada proporção de mulheres com escolaridade secundária/superior e emprego pode atuar como fator protetor através de maior literacia em saúde e suporte material, mas não elimina o risco de DPP—sobretudo quando coexistem stressores perinatais (Howard et al., 2020; WHO, 2022).

A análise dos resultados permite-nos afirmar que a combinação destes perfis pode produzir efeitos opostos no risco psicossocial, reforçando a necessidade de rastreio universal independentemente do nível educativo (consonante com recomendações nacionais de saúde mental perinatal) (SNS24).

O baixíssimo relato de antecedentes psiquiátricos/psicofármacos (5%) é um valor muito baixo face à prevalência populacional de depressão ao longo da vida em Portugal (11%). Isto pode sinalizar sub-deteção/estigma na declaração de história prévia em contexto obstétrico. Para enquadramento nacional, a página oficial SNS 24 refere que a DPP afeta 10–15% das mães no primeiro ano, sustentando a necessidade de rastreio independente do autorrelato prévio (SNS24). O que pode indicar sub-registo, subdiagnóstico prévio ou uma amostra

maioritariamente de baixo risco clínico. Em termos de saúde pública, os achados alinham com apelos internacionais à integração sistemática da saúde mental perinatal nos serviços de saúde materna e infantil e ao rastreio com instrumentos validados (PDSS/PDSS-7, EPDS), com percursos de referência e intervenção psicológica breves para mulheres em risco (WHO, 2022; ACOG, 2023; USPSTF, 2019/2025).

Taxa de cesariana elevada (41,3%) — valor alto, mas coerente com o padrão nacional recente: a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) reporta 38% de cesarianas no total de partos. Para base estrutural, o INE disponibiliza a série oficial “Partos por natureza do parto”, confirmando níveis elevados de cesariana em anos recentes. A taxa de cesariana é substancial e merece atenção: meta-análises sugerem que a cesariana (particularmente a intraparto/emergência) pode associar-se a maior risco de depressão no pós-parto, embora com evidência heterogênea Xu et al., 2017; Yokoyama et al., 2021; Lin et al., 2022). Por outro lado, o aleitamento materno exclusivo (61,3%) está frequentemente associado a menor risco de DPP ou a melhor bem-estar materno, numa relação provavelmente bidirecional (Alimi et al., 2022; Franco-Antonio et al., 2022); existem, contudo, resultados discordantes sobre impacto na exclusividade e duração da amamentação, o que recomenda prudência interpretativa (Woldeyohannes et al., 2021; Ahmadinezhad et al., 2024). A queda esperada até aos 6 meses reforça a importância de suporte continuado entre a 5.<sup>a</sup> semana e o 6.<sup>o</sup> mês.

Este estudo, com 64 puérperas avaliadas na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto, encontrou uma pontuação média PDSS de 74,31 (DP=35,1) e uma prevalência combinada de depressão (minor + major) de 59,4%. Em Portugal, Fonseca et al. (2020) identificaram uma prevalência de 13,6% de sintomas de depressão pós-parto em mulheres residentes em meio urbano, utilizando a escala EPDS. Este dado contrasta com os resultados encontrados na presente amostra da ULSN. Esta diferença poderá ser explicada pelo contexto rural da ULSN, onde o acesso a cuidados especializados pode ser mais limitado, e pela utilização da escala PDSS, reconhecida pela sua sensibilidade na deteção de sintomas subtis (Beck & Gable, 2002). A discrepância é esperada por diferenças metodológicas: instrumento (PDSS vs. EPDS), pontos de corte (PDSS classifica níveis “minor/major” com sensibilidades mais altas) e janela temporal (5.<sup>a</sup> semana capta pico de incidência). A PDSS portuguesa está validada (sensibilidade/especificidade 80%), sendo um rastreio específico do contexto da maternidade; contudo, não é diagnóstico. O valor observado reforça rastreio + confirmação clínica.

Os resultados reforçam que a DPP é frequente e clinicamente relevante na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto—um período recomendado para rastreio nos cuidados de saúde materna (ACOG, 2023; USPSTF, 2023). Dimensões com médias mais altas: *labilidade emocional, perturbações do sono/apetite e choro frequente*; mais baixa: *ideação suicida*. O padrão é típico da DPP subclínica/limítrofe na janela precoce, em que sintomas de sono/afeto oscilante predominam; ainda assim, a carga de sintomas atual foi substancial, com implicações para o funcionamento materno, relação conjugal e vínculo mãe-bebé (WHO, 2022; Howard et al., 2020).

Os dados obtidos revelam uma elevada sensibilidade da PDSS na deteção de sintomas que frequentemente permanecem sub-diagnosticados em contexto clínico, como a perda de identidade, sentimentos de culpa e labilidade emocional. Esta informação reforça o potencial da PDSS como instrumento de triagem a implementar sistematicamente nos serviços de obstetrícia da região.

A prevalência mais elevada observada nesta amostra poderá refletir a natureza multidimensional da PDSS, mais sensível a sintomatologia subclínica; a janela temporal da 5.<sup>a</sup> semana, período de maior instabilidade de sono e humor; e características contextuais e sociodemográficas do serviço e da região coberta pelo estudo, e pode ser compreendida por vários fatores metodológicos e contextuais:

1. Instrumento e *cut-offs* — a PDSS é uma escala abrangente (35 itens) que capta dimensões como culpa/vergonha, perda do self e labilidade emocional, podendo detetar expressão subclínica e aumentar a sensibilidade da triagem quando comparada com instrumentos mais curtos (EPDS), o que tende a elevar as estimativas de sintomatologia depressiva reportada nas fases precoces do pós-parto. Esta interpretação é coerente com a literatura que documenta variação substancial de prevalências conforme o instrumento e o ponto de corte (p.ex., estimativas globais de 16–21% com EPDS consoante cut-off) (Wang Z., et al 2021)
2. Janela temporal — a avaliação na 5.<sup>a</sup> semana coincide com o período de maior instabilidade emocional e perturbações de sono, o que pode inflacionar escores em dimensões específicas sem necessariamente traduzir episódios depressivos persistentes. Esta oscilação precoce está bem descrita nos primeiros meses pós-parto e pode sobrepor-se parcialmente ao “blues” em alguns casos, exigindo seguimento para clarificar persistência e gravidade clínica.

3. Contexto assistencial e características sociodemográficas — ainda que o desenho transversal impeça inferência causal, variações contextuais (acesso a cuidados, pressão psicossocial, rede de apoio) podem explicar diferenças entre estudos e regiões, salientadas nas meta-análises e revisões mais recentes (Lin R. et al, 2022).

A percentagem agregada de casos “minor + major” nos resultados aproxima-se do patamar superior dessas estimativas e é compatível com estudos que utilizam instrumentos de rastreio sensíveis e janelas até 12 meses pós-parto (características do PDSS) (Wang et al., 2021; ACOG, 2023). Em paralelo, dados populacionais recentes mostram tendência de aumento do diagnóstico de DPP na última década (9,4% em 2010 para 19,0% em 2021 nos EUA), atribuída, entre outros fatores, a maior consciencialização e rastreio sistemático (Kozun-Cieslak et al., 2022).

Em termos de perfil epidemiológico e clínico, observaram-se valores médios mais elevados nas dimensões labilidade emocional e distúrbios do apetite e do sono, e menor expressão dos pensamentos suicidas.

A estrutura dimensional encontrada — maior labilidade emocional e queixas de sono/apetite, com menor ideação suicida — é clinicamente plausível nas primeiras semanas pós-parto, em consonância com evidência que identifica perturbações do sono e desregulação emocional como marcadores precoces de vulnerabilidade para DPP. Mesmo quando a ideação suicida é raramente reportada em rastreio populacional, o seu aparecimento exige avaliação clínica imediata e protocolos de referenciação.

A literatura internacional recente sugere que a prevalência global de depressão pós-parto (DPP) se situa tipicamente entre aproximadamente 17% e 18%, variando com o desenho, o instrumento e os pontos de corte (Hahn-Holbrook et al., 2018; Shorey et al., 2018).

Em Portugal, documentos institucionais de educação para a saúde referem um intervalo expectável de 10–15% na população geral, com reconhecida variação por contexto e método de avaliação (Direção-Geral da Saúde, (2023).

Os resultados reforçam a pertinência da triagem estruturada em saúde mental perinatal durante o puerpério, preferencialmente com reavaliação subsequente para distinguir sintomas transitórios de quadros persistentes. A integração de instrumentos validados (p. ex., PDSS ou EPDS com pontos de corte estabelecidos) nas consultas de enfermagem e obstetrícia, aliada a

vias de referenciação definidas para psicologia e psiquiatria perinatal, é coerente com as recomendações nacionais e internacionais recentes (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Na dimensão interventiva, recomenda-se ênfase em estratégias breves e dirigidas aos domínios mais afetados — higiene do sono, psicoeducação, treino de regulação emocional e suporte ao aleitamento materno quando desejado —, bem como no fortalecimento da rede de apoio e na redução de barreiras de acesso (incluindo opções de tele saúde quando apropriado).

Destaca-se como principais pontos fortes deste estudo a avaliação realizada na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto, momento clinicamente sensível para a deteção precoce de sintomas; uso de um instrumento de rastreio multidimensional com boa fiabilidade interna na amostra; recolha de variáveis obstétricas e de aleitamento materno que permitem leitura clínica contextualizada.

Como possíveis fraquezas/limitação do estudo podemos referir o curto espaço de tempo para a recolha de dados e o número reduzido da amostra, no entanto a taxa de resposta verificada foi de 80% o que não coloca em causa os resultados.

O desenho transversal impede inferir temporalidade e causalidade entre fatores e DPP; sendo necessária cautela na análise dos resultados; a medida autor referida, embora adequada ao rastreio, não substitui diagnóstico clínico; o estudo num único serviço/região limita a validade externa. O viés de seleção por não-resposta (perdas/recusas de 20%) poderá ter superestimado ou subestimado a prevalência de depressão caso os não-respondentes diferissem sistematicamente (p.ex., maior carga sintomática, menor suporte social); a magnitude esperada é moderada, dada a proporção de não-resposta e a fase precoce do pós-parto. O viés de informação decorrente de autorresposta (PDSS) e de classificação (aplicação de pontos de corte) pode ter conduzido a erro de medida não diferencial. O viés de recordação é plausível, mas limitado pela janela de 5.<sup>a</sup> semana (provável magnitude pequena). O *confounding* residual (p.ex., suporte social, stress pós-parto, experiência do parto) poderá inflacionar ou atenuar associações entre características obstétricas e sintomatologia, com magnitude incerta, e, em estudos futuros, realizar análises multivariadas e análises de sensibilidade (p.ex., comparação básica respondentes/não-respondentes, cenários limites) para testar a robustez dos resultados. Estas limitações são típicas de estudos observacionais de base hospitalar e estão amplamente descritas na literatura metodológica de investigação perinatal (Howard et al., 2020; WHO, 2022).

Futuras investigações poderão beneficiar de métodos de contacto híbridos (presencial + digital) e de incentivos à participação.

Sugere-se o desenvolvimento de estudos longitudinais com reavaliações em múltiplos pontos (p. ex., 6–8 e 12–16 semanas) para estimar persistência e incidência, distinguindo sintomas transitórios de DPP estabelecida. Estudos de implementação e de melhoria contínua da qualidade deverão testar modelos de triagem integrada (enfermagem + psicologia/psiquiatria perinatal), mapeando tempos de espera, adesão e desfechos maternos e infantis.

Em síntese, os resultados evidenciam uma carga relevante de depressão na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto e um padrão dimensional coerente com o período de maior vulnerabilidade psicobiológica. A interpretação ponderada, que reconhece as limitações do desenho e do âmbito amostral, sustenta a necessidade de triagem estruturada, seguimento e intervenções precoces centradas na mulher e na família.

A leitura destes resultados foi realizada reconhecendo as limitações do desenho e da logística reportadas na própria dissertação: natureza transversal (descrição de um momento específico), dependência de autorrelato (PDSS), janela única (5.<sup>a</sup> semana) e perdas entre momentos (n=64 de 80), com potenciais efeitos de não-resposta. Ainda assim, as práticas de garantia de qualidade (elegibilidade, janela temporal, n válido por análise, fiabilidade interna) e a utilização de um instrumento validado mitigam riscos relevantes e sustentam a robustez descritiva da estimativa.

## 5. CONCLUSÕES

O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de sintomatologia depressiva na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto em puérperas seguidas no Serviço de Obstetrícia da ULSN-Bragança, recorrendo à *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), previamente validada para a população portuguesa. Do total de 80 mulheres incluídas no Momento 1, 64 completaram validamente a PDSS no Momento 2, que constitui o denominador analítico desta estimativa.

A análise sociodemográfica e obstétrica da amostra permitiu verificar que a idade entre 29 e 38 anos foi a mais prevalente (53,8%) entre as inquiridas, e que 73,8% das mulheres estavam casadas ou em união de facto. Este fator é frequentemente apontado como elemento protetor contra a DPP, uma vez que indicam maior apoio social, fator que tem sido associado a um menor risco de desenvolvimento de depressão no pós-parto (Milgrom et al., 2019). Observa-se na literatura, que a presença de um parceiro nem sempre se traduz em suporte emocional adequado, sendo necessário considerar a qualidade da relação conjugal.

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria das participantes possuía formação secundária (45%) ou licenciatura (41,3%), um dado relevante, uma vez que estudos apontam que um maior nível de escolaridade pode atuar como fator protetor contra a DPP, devido a uma melhor compreensão dos desafios da maternidade e maior acesso a informação sobre suporte psicológico PORDATA, (2023).

A situação face ao emprego também mostrou impacto nos resultados, uma vez que se encontrava empregada (75%) que indicam maior estabilidade económica 25% das participantes estavam desempregadas, um fator que pode contribuir para o aumento do stress e da vulnerabilidade psicológica no pós-parto Hahn-Holbook, (2018).

Do ponto de vista obstétrico, destaca-se que 46,3% das puérperas tiveram parto eutócico, enquanto 41,3% tiveram parto por cesariana e 12,5% um parto distócico. A evidência sugere que partos traumáticos ou cesarianas de emergência estão associados a um maior risco de DPP, dada a maior vulnerabilidade emocional e o tempo prolongado de recuperação Gartus-Nigel, (2013).

Alguns estudos sugerem que experiências obstétricas, como o tipo de parto, a perceção da dor e o grau de preparação para o parto, podem influenciar o bem-estar emocional materno no pós-parto (Ahmadpour et al., 2023; Lim et al., 2020; Alizadeh-Dibazari et al., 2023)

A prevalência combinada de depressão (menor + maior) foi de 59,4%, distribuída por 31,3% *menor* e 28,1% *maior*, enquanto 40,6% não apresentaram depressão segundo os pontos de corte adotados para a versão portuguesa da PDSS. No enquadramento nacional, fontes oficiais dirigidas ao cidadão indicam que a depressão pós-parto afeta, em termos gerais, cerca de 10–15% das mães no primeiro ano, sublinhando a necessidade de rastreio estruturado e de vias de referenciação nos serviços — uma orientação também consagrada nas recomendações internacionais para os cuidados do pós-parto precoce (integração da saúde mental, contactos programados e resposta organizada) (OMS 2022). Estes valores inserem-se nas estimativas globais apontadas pela literatura internacional, que indicam uma prevalência de DPP entre 17% e 20% (variando por contexto, método e janela temporal), das mulheres no período pós-parto, podendo atingir valores mais elevados em populações vulneráveis ou em determinados contextos culturais. Estes achados alinham-se com estimativas internacionais recentes e que defendem rastreio estruturado da saúde mental perinatal nos cuidados de rotina. (O'Hara &, 2022; Shorey et al., 2018; World Health Organization, 2022).

A consistência interna do instrumento foi de boa a excelente ( $\alpha$  por dimensões entre 0,817 e 0,932), reforçando a fiabilidade das medidas nesta amostra. A análise das dimensões da PDSS revelou que as puérperas apresentaram maior pontuação nos domínios da labilidade emocional, distúrbios do sono e confusão mental, sugerindo que estes sintomas são particularmente expressivos na população estudada. Os pensamentos suicidas foram os menos prevalentes, o que pode refletir um menor grau de gravidade da DPP na maioria das participantes.

Em particular, a NICE (CG192) mantém ênfase em detetar precocemente e gerir problemas de saúde mental no período pré-natal e pós-natal o que sustenta o uso de instrumentos validados em janelas precoces como a 5.<sup>a</sup> semana NICE, (2021).

Os resultados desta investigação acrescentam evidência local num contexto maioritariamente rural e com desafios de acesso a cuidados especializados na área de enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, documentado no enquadramento da dissertação, e onde se refere a ausência de protocolos específicos de rastreio no puerpério. Tais características reforçam a utilidade de incorporar rastreio sistemático no contacto programado da 5.<sup>a</sup>–6.<sup>a</sup> semana, com via de referenciação previamente definida e monitorização de indicadores operacionais (cobertura, tempos de resposta, adesão ao seguimento).

Dada a prevalência significativa de depressão (59,4%) na amostra estudada, reforçam a necessidade de um rastreio sistemático da DPP no contexto da saúde materna, especialmente em serviços de obstetrícia.

Recomenda-se a implementação de programas de triagem para DPP nos cuidados primários e hospitalares, permitindo a identificação precoce de mulheres em risco e garantindo um encaminhamento atempado para apoio psicológico ou psiquiátrico, quando necessário (Slomian et al., 2019; Milgrom et al., 2019). A sua aplicação deve integrar-se numa abordagem multidisciplinar e contínua, desde o internamento hospitalar até ao acompanhamento nos cuidados de saúde primários, tal como recomendado pela NICE (2021) e pela Canadian Task Force on Preventive Health Care (2019).

A implementação de intervenções de apoio parental, como grupos de apoio para mães, sessões de educação sobre saúde mental perinatal e estratégias de promoção da vinculação mãe-bebé, pode contribuir para a redução do impacto negativo da DPP e para a melhoria da saúde mental materna e infantil a longo prazo (Mughal et al., 2022).

Estes fatores são determinantes para reduzir o impacto da depressão pós-parto na mulher, na criança e na estrutura familiar Howard et al., (2014).

Para além do rastreio, torna-se essencial investir em formação contínua para os profissionais de saúde, capacitando-os para reconhecer sinais precoces de DPP.

Para aprofundar o conhecimento sobre esta problemática, sugere-se que estudos futuros explorem fatores adicionais, como o impacto do suporte social, a influência de eventos traumáticos no parto e o papel das intervenções psicológicas na redução da prevalência da DPP em Portugal. Investigação longitudinal poderá ainda fornecer dados mais detalhados sobre a evolução da DPP ao longo do primeiro ano pós-parto e sobre a eficácia de diferentes abordagens terapêuticas na recuperação das mulheres afetadas.

Adicionalmente, propõe-se que os dados deste estudo possam ser suporte científico de base à criação de um protocolo local de vigilância em saúde mental perinatal, com integração de um questionário de avaliação de risco ainda durante a gravidez. Esta medida permitiria identificar precocemente fatores predisponentes e planear intervenções dirigidas e personalizadas.

Esta dissertação pode contribuir assim com a primeira estimativa local (ULSN-Bragança) da prevalência de sintomatologia depressiva na 5.<sup>a</sup> semana pós-parto com a PDSS, confirmando

a viabilidade do rastreio estruturado nesta janela e alinhando-se com o quadro normativo nacional e internacional que recomenda a integração da saúde mental perinatal nos cuidados materno-infantis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alimi F, Korst LM, Sabo RT, et al. Maternal depression and risk for early cessation of any and exclusive breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*. 6 de de 2022;17 (6) :490 - 498.

Alizadeh-Dibazari, Z., Hasanpour-Dehkordi, A., Mardani, A., Hassanzadeh, R., & Mirghafourvand, M. (2023). The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: A scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 58.

Ahmadinezhad G.S., et al. 2024- PPD and breastfeeding self-efficacy: meta-analysis *BMC Pregnancy and Childbirth*.

Amer SA, et al. Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. 2024. *BMC Public Health (OA)*.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Optimizing postpartum care: ACOG Committee Opinion No. 736. *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), e140–e150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum Clinical Practice Guideline No. 4. de 2023. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice->

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum Clinical Practice Guideline No. 5. de 2023.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed.). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: APA.

Baser, O., Isenman, L., Baser, E., Li, W., & Cigdem, B. (2024, November 8). Neighborhood socioeconomic status and postpartum depression among commercial health insurance enrollees: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 732. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06882-5>

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., & Adelaja, B. (2020). The costs of perinatal mental health problems. London: London School of Economics and Political. Science mental health-problems.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285.

Beck, C. T. (2003). Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care*, 3 (1), 37–46. <https://doi.org/10.1053/adnc.2003.50013>

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272–282. <https://doi.org/10.1097/00006199-200009000-00006>

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2002). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Research*, 50 (4), 242–250.

Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2016). Further development of the postpartum depression predictors inventory—Revised. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(4), 360–368.

Başer O., et al. Neighborhood socioeconomic status and postpartum depression: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024.

Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Due, P., & Koushede, V. (2016). Parental preparation programmes: Effect on depression and relationship satisfaction. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(5), 442–450.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2019). Recommendation on screening for perinatal depression. *CMAJ*, 191(45), E1240–E1250. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190819>

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). (2022). Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. *CMAJ*, 194(28), E981–E989. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/194/28/e981.full.pdf>

Cárdenas EF, Yu E, Jackson M, Humphreys KL, Kujawa A. Associations between maternal birth complications and postpartum depressive symptoms: a systematic narrative review and meta-analysis. *Women's Health (Lond.)* 2025.

Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2023). *Perinatal depression*. In **StatPearls**. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>

Carolan-Olah, M., Barry, M., & Gamble, J. (2021). Maternal age and emotional wellbeing. *Midwifery*, 94, 102894.

Chandraharan, E., & Arulkumaran, S. (2020). *Obstetric and intrapartum emergencies: A practical guide to management* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Daehn D, et al. Perinatal mental health literacy: knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public – a systematic review. 2022. *BMC Pregnancy and Childbirth* (OA).

Dennis, C. L., & Hodnett, E. (2013). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(4), CD006116.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023, 27 de). Norma 001/2023 – Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

Field, T. (2018). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 50, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.10.005>

Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2020). Women's use of health care in Portugal during the perinatal period: Predictors of attendance to prenatal and postpartum appointments. *Midwifery*, 84, 102654.

Franco-Antonio C., et al. RCT: programa breve e aleitamento/bem-estar materno no pós-parto *Scientific Reports*. 2022.

Garthus-Niegel, S., Von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16,1–10. 012-0301-3.

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Pearson Education.

Ginja, S., Jackson, K., Newham, J., et al. (2020). Rural–urban differences in the mental health of perinatal women: a UK-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1–27.0080-1.

Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 248.

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788)61276-9.

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313–327.

Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). *Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review*. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 65(1), 96-108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). Destaque ‘Sociedade da. Informação e do Conhecimento’ [https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest\\_boui=646170695&DESTAQUESm](https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest_boui=646170695&DESTAQUESm)

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2024) [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0013168&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=PT](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0013168&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=PT)

Kim, D. R., Sockol, L. E., & Barber, J. P. (2021). Impact of maternal exercise and psychosocial interventions on postpartum depression: A meta-analytic review *Archives of Women’s Mental Health*, 24,1–12.

Kjeldsen, M. M. Z., Bricca, A., Liu, X., et al. (2022). Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(11), 1130–1139. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2646>

Kozuń-Cieślak, G., et al. (2022). Efficiency of Healthcare Systems in the EU States: Who Performs Better – Bismarckians or Beveridgeans? *Economic and Regional Studies*, 15(3), 259–273. <https://ers.edu.pl>.

Lapidot-Lefler, N., & Barak, A. (2015). The benign online disinhibition effect: Could situational factors induce self-disclosure and psychological well-being?. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18 (9), 503–509. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0379>

Lee M.S., et al. Is social support associated with postpartum depression, anxiety, and stress? Risk factors include. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2023.

Levis, B., Negeri, Z. F., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ*, 371.

Lin R., et al. Risk factors for PostPartumDepression *Frontiers in Medicine*. 2022.

Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C., & Gemmill, A. W. (2019). Social support—A protective factor for depressed perinatal women? *BMC Psychiatry*, 19, 334. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2345-0>

Monteiro, F., Pereira, M., Araújo-Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). *Be a Mom, a web-based intervention to prevent postpartum depression: Results from a pilot randomised controlled trial*

Mughal, S., Azhar, Y. and Siddiqui, W. (2022) *Postpartum Depression* StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Postnatal care up to 8 weeks after birth (NICE Guideline NG194).

National Institute for Health and Care Excellence. (2014, updated 2020). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. (CG192).

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Postnatal care up to 8 weeks. after birth (NICE Guideline NG194).

Organização Mundial da Saúde. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental: Guia para o planeamento e avaliação de intervenções. Genebra.

Organização Mundial da Saúde. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates, Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2020). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description, and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12.

Paiz JC, de Jesus Castro SM, Giugliani ERJ, et al. (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression.

Paula Eduardo J.A.F., et al. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. Epub 21 ago 2019; 259:392-403.

Pereira, A. T., Bos, S. C., Marques, M., Maia, B. R., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A.A., Macedo, A., & Azevedo, M. H. (2011). The Portuguese version of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): cross-cultural adaptation and validation. *European Psychiatry*, 25(3), 159–164.

Pereira A.T., et al. Further validation of the European and Brazilian Portuguese short version of the PDSS-7. *European Psychiatry*. 2022.

Pinna, G., Almeida, F. B., & Davis, J. M. (2022). *Allopregnanolone in postpartum depression*. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, Article 823616. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.823616>

PORDATA. (2023). *Pordata – Base de Dados de Portugal Contemporâneo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/>

Regulamento Geral de Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 8 de agosto de 2019, pp. 17–39. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-123815207>

Roca, P., Vázquez, C., Diez, G., Brito-Pons, G., & McNally, R. J. (2021). *Not all types of meditation are the same: Mediators of change in mindfulness and compassion meditation interventions.* **Journal of Affective Disorders**, **283**, 354–362. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.070>

Royal College of Psychiatrists. (2021). Standards for perinatal mental health services. <https://www.rcpsych.ac.uk>

Seefeld L., et al. Dyadic associations between parents' birth experience, relationship satisfaction and perinatal mental health. *Journal of Affective Disorders*, 2024.

Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2010). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316–321.

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>

Slomian J., et al. Consequences of maternal postpartum depression. *JQSH*, 2019 (PMC).

Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003).

Sistema Nacional de Saúde 24 - <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/saude-da-mulher/depressao-pos-parto/>.

Tim Cadman, Avraam, D., Carson, J., et al. (2024). *Social inequalities in child mental health trajectories: a longitudinal study using birth cohort data 12 countries.* *BMC Public Health*, 24, Article 2930. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20291-5>

USPSTF Depression in Adults: Screening— Recommended for adults, including pregnant and postpartum women 2023.

USPSTF. Perinatal Depression: Preventive Interventions—Recommendation B (2019) e draft update 2025.

Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2016). The course of postpartum depression: A review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(2), 85–103. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000096>

Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1S), S65–S71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>

Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Liu, S., & Yang, B. X. (2021, October 20). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11, 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>

O'Hara & A. M. Stuart (Eds.), (2022) *Perinatal mental health and the military family*(pp. 25–40). Cham: Springer.

Woldeyohannes D., et al. Postpartum depression e aleitamento exclusivo: meta-análise. *International Breastfeeding Journal*. 2021.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92.

World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience, 2022. World Health Organization- Postnatal care, 2022.

World Health Organization (WHO) – European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). Health System Summaries. <https://eurohealthobservatory.who.int>.

World Medical Association (WMA) (2024, outubro). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants..*

Xia L, Chan G, Wang Y, Liang Y. Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022.

Xu H., et al. Cesarean section and risk of postpartum depression: meta-análise. *J Psychosom Res*. 2017.

Yokoyama M., et al. Cesarean section and increased risk of postpartum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2021.

Zhang X, Wang C, Zuo X, Aertgeerts B, Buntinx F, Li T, Vermandere M. Study characteristic and regional influences on postpartum depression before vs. during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2023 Feb 15; 11:1102618.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA APLICAÇÃO DA ESCALA *POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE (PDSS)* VALIDADA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

De: apereira@fmed.uc.pt <anatelmafpereira@gmail.com>

Enviado: segunda-feira, 18 de março de 2024 11:44

Para: liliana taboada <litaboada@hotmail.com>

Assunto: Re: autorização de utilização de escala depressão pos parto modificada e validada para a população portuguesa

Cara Enfermeira  
Liliana Taboada,

Bom dia.

Obrigada pelo seu interesse no questionário que validámos.

Tem autorização para o utilizar no âmbito da elaboração da tese de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Instituto Politécnico de Bragança- Escola de Saúde de Bragança, subordinada ao tema:

" Incidência de depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste- Bragança".

Desejo que o trabalho corra bem.

Estarei ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a PDSS.

Saudações académicas.

--

Ana Telma Pereira, PhD

Investigadora Auxiliar | Researcher

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina | University of Coimbra • Faculty of Medicine

Instituto de Psicologia Médica | Institute of Psychological Medicine

Pólo I | Rua Larga • 3004-504 COIMBRA • PORTUGAL

Tel. | Phone: +351 239 857 759

<http://www.uc.pt/fmuc/pm>

---

## APÊNDICE B – PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSNE PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO COM NECESSIDADE DE APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



N.º \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Pedido de Autorização para Realização de Investigação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração  
da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Despacho do P.C.A.:

Nome do Investigador Principal:

Liliana Rosa Taboada Pires

Título da Investigação:

Prevalência da depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tipo de investigação:

Com intervenção  Sem intervenção

Caracterização da investigação:

Pretende-se avaliar a prevalência de depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste, o desenho metodológico proposto é observacional descritivo, transversal.

Propriedade dos dados:

Será propriedade do investigador do estudo

Investigação a realizar no(s) Serviço(s) de:

Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

Data prevista para início: 01/05/2024

Data prevista para término: 31/05/2024

Para a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no fluxograma para submissão de projetos de investigação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. respeitante à investigação para respetiva apreciação e parecer.

Com os melhores cumprin



Assinado por: Liliana Rosa  
Taboada Pires  
Identificação: 8111908279  
Data: 2024-04-21 às 12:11:13

Bragança, 21 de abril de 2024

(assinatura)

# APÊNDICE C – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSNE

IdeN.º 26/2024

## Parecer da Comissão de Ética

**Título de Investigação:** Prevalência da depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste

Em reunião de 24 de abril de 2024 da CE da ULSNE foi deliberado nada ter a opor ao presente trabalho.

O processo foi votado pelos membros da Comissão de Ética da ULSNE, EP.E. presentes:

Maris de Jesus Machado Lopes

Liseta Conceição Pereira Gomes Gonçalves

Maria Judite Ramos Marques

Carla Maria Perdigão Martins Grande

Maria da Luz Macedo Guerra Santos

Ana Catarina Fernandes Pires

Maria Ângela Gonçalves Rocha Aragão

Maria Assunção Moura Esteves (secretária da CE)

Plenária de 24.04.2024

*Assinatura*

Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

Presidente da Comissão de Ética

*Assinatura*

(Maria de Jesus Machado Lopes)

## **APÊNDICE D – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO**

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

**TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO:** “Prevalência da depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste”.

O presente estudo de investigação desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, por mim, Liliana Rosa Taboada Pires, enfermeira e mestranda sob orientação da Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia e da Professora Ana Fernanda Ribeiro Azevedo da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança tem como principal objetivo: Estimar a prevalência da depressão pós-parto nas puérperas que pariram no serviço de obstetrícia da ULSN Bragança na 5ª semana pós-parto, utilizando a *Postpartum Depression Screening Scale* validada para a população portuguesa, com o parecer favorável da Comissão de Ética da ULSNE. Nesse sentido solicita-se a sua participação com a garantia que:

1. Pode retirar o seu consentimento e participação a qualquer momento que considerar que possa trazer algum prejuízo à sua pessoa;
2. Não será identificado(a), e os dados obtidos servirão apenas este estudo de investigação;
3. A sua participação na pesquisa não resultará em custos monetários à minha pessoa;

Agradeço desde já a sua participação neste estudo.

Nome: Liliana Rosa Taboada Pires

Local de trabalho: ULSNE – Hospital de Bragança – Serviço de Obstetrícia

Tlm: 966738454

E-mail: [litaboada@hotmail.com](mailto:litaboada@hotmail.com)

Declaro ter lido e compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela investigadora, e de ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo, sendo que para todas elas obtive resposta esclarecedora

**ACEITA** participar no estudo de investigação?

Sim

Não

Bragança, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



### INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

*Cara Puérpera,*

*Este questionário tem como finalidade permitir a realização do estudo “Prevalência da depressão pós-parto em puérperas da Unidade Local de Saúde do Nordeste”, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.*

*É constituído por duas partes:*

*I Parte: Caracterização sociodemográfica e obstétrica;*

*II Parte: Escala Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), para responder através de contacto telefónico depois da 5ª semana pós-parto.*

*As suas respostas serão anónimas e confidenciais e usadas exclusivamente para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade.*

*Deixo os meus contactos para qualquer esclarecimento.*

*Liliana Pires*

*Tlm: 966738454*

*E-mail: [litaboada@hotmail.com](mailto:litaboada@hotmail.com)*

Participação no estudo: depois de ler o texto considero-me informada e deixo o meu telemóvel \_\_\_\_\_

**Aceito** participar neste estudo

**Não aceito** participar neste estudo

## PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS

Preencha ou assinale com (X) a resposta correta.

### 1. Idade (anos):

- (1) 18 - 28
- (2) 29 - 38
- (3) 39 - 48
- (4)  $\geq 49$


### 2. Estado Civil:

- (1) Solteira
- (2) Casada/União de facto
- (3) Divorciada/Separada
- (4) Viúva


### 3. Nível de escolaridade:

- (1) 1º Ciclo
- (2) 2º Ciclo
- (3) 3º Ciclo
- (4) Secundário
- (5) Licenciatura
- (6) Mestrado/Pós-graduação
- (7) Doutoramento


### 4. Situação face ao emprego:

- (1) Empregada
- (2) Desempregada


### 5. Número de gravidezes:

- (1) 1 - 2
- (2) 3 - 4
- (3)  $\geq 5$


**6. Número de filhos:**

- (1) 1 - 2
- (2) 3 - 4
- (3)  $\geq 5$


**7. Tipo de Parto:**

- 1) Eutócico (normal ou vaginal)
- (2) Distócico (fórceps ou ventosa)
- (3) Cesariana


**8. Fez preparação para o parto na última gravidez:**

- (1) Sim
- (2) Não


**9. Alimentação do recém-nascido:**

- (1) Amamentação exclusiva
- (2) Aleitamento misto
- (3) Aleitamento artificial


**PARTE II – POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE (PDSS)**

**Em cada uma das afirmações assinale (X) a resposta que mais se adequa à sua opinião nos últimos 7 dias.**

		Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1	Tive dificuldades em dormir mesmo quando o meu bebé dormia.					
2	Senti-me completamente sozinha					
3	Chorei muito sem motivo/razão					
4	Não consegui concentrar-me em nada					
5	Já não sabia quem eu era					
6	Senti-me um fracasso como mãe					
7	Comecei a pensar que estaria melhor morta					
8	Perdi o apetite					
9	Senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida)					
10	Senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida)					
11	Senti que estava a perder o juízo					
12	Senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria					
13	Senti que as outras mães eram melhores do que eu					
14	Pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo					
15	Acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer					
16	Senti que estava a sair fora de mim (muito nervosa)					
17	Senti altos e baixos nas minhas emoções					
18	Pensei que estava a enlouquecer					
19	Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa					

**Em cada uma das afirmações assinale (X) a resposta que mais se adequa à sua opinião nos últimos 7 dias.**

		Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
20	Senti-me culpada por não sentir o amor que devia ter pelo meu bebé					
21	Quis fazer mal a mim própria					
22	Dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite)					
23	Senti-me nervosa pela mínima coisa relacionada com o meu bebé					
24	Tenho andado muito irritável					
25	Tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples					
26	Senti que não era uma pessoa normal					
27	Senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo meu bebé					
28	Senti que o meu bebé estaria melhor sem mim					
29	Sabia que devia comer, mas não consegui					
30	Senti-me inquieta, tinha de andar de um lado para o outro					
31	Senti-me cheia de raiva, quase a explodir					
32	Tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa					
33	Não me senti real					
34	Senti que não era a mãe que desejava ser					
35	Só queria deixar este mundo					

**MUITO OBRIGADO**