

MESTRADO INTEGRADO

MEDICINA

Análise da sintomatologia depressiva pós-parto em mulheres portuguesas com intercorrências obstétricas

Tânia Sofia Resende de Jesus Rocha

M

2025



**Análise da sintomatologia depressiva pós-parto em
mulheres portuguesas com intercorrências obstétricas
(Analysis of postpartum depressive symptoms in
Portuguese women with pregnancy complications)**

ARTIGO ORIGINAL

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Medicina

Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Autora: Tânia Sofia Resende de Jesus Rocha

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: up202006930@edu.icbas.up.pt; taniasrjrocha@gmail.com

Orientadora: Mestre Bárbara Maria de Moraes Machado Baptista

Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Hospital de Magalhães Lemos, Unidade Local de Saúde de Santo António

Colaboradora Externa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Coorientadora: Professora Doutora Carolina Luísa Cardoso Lemos

Professora Associada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Investigadora Principal da Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica (UMIB), Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Coorientadora: Mestre Daniela Filipa dos Reis Gonçalves

Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia

Centro Materno-Infantil do Norte, Unidade Local de Saúde de Santo António

Colaboradora Externa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Porto, junho de 2025

**Análise da sintomatologia depressiva pós-parto em
mulheres portuguesas com intercorrências obstétricas
(Analysis of postpartum depressive symptoms in
Portuguese women with pregnancy complications)**

ARTIGO ORIGINAL

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Medicina

Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Autora (Tânia Sofia Resende de Jesus Rocha):

Orientadora (Mestre Bárbara Maria de Moraes Machado Baptista):

Coorientadora (Professora Doutora Carolina Luísa Cardoso Lemos):

Coorientadora (Mestre Daniela Filipa dos Reis Gonçalves):

Porto, junho de 2025

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Tânia Sofia Resende de Jesus Rocha, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, número mecanográfico 202006930, declaro, para os devidos efeitos, que a presente dissertação é da minha autoria e constitui um artigo original elaborado no âmbito da candidatura ao grau de mestre em Medicina. Este trabalho não foi anteriormente utilizado em qualquer outra unidade curricular, nesta ou noutra instituição de ensino, ou noutros contextos de divulgação de conhecimento e afins. A redação deste documento na sua totalidade foi regida de acordo com a Declaração de Princípios sobre Integridade Académica da Universidade do Porto (Despacho n.º 08/09/2011, da Universidade do Porto). A informação, os resultados ou qualquer tipo de conteúdos fora da minha autoria foram devidamente identificados ao longo do texto através da respetiva referência bibliográfica. Neste sentido, comprometo-me com a veracidade e autenticidade da informação aqui apresentada, garantindo que não incorri na prática de qualquer forma de plágio e de falsificação ou manipulação na recolha dos dados e análise estatística dos resultados obtidos.

(Tânia Sofia Resende de Jesus Rocha)

Porto, junho de 2025

DEDICATÓRIA

Há seis anos, o amarelo surgiu na encosta da montanha – a aconchegante Covilhã – mas, passado um ano, esse amarelo uniu-se ao azul do rio Douro que, após serpentear as belíssimas paisagens do Alto Douro Vinhateiro, funde-se com o rio Bestança, oriundo das Portas de Montemuro – terra ancestral – e, a jusante, desagua na Invicta – cidade natal.

À minha mãe e ao meu pai, pela resiliência e brio que me incutiram desde pequena no recinto do Instituto Superior de Engenharia do Porto e, acima de tudo, por me darem o suporte necessário para eu “voar”.

Ao meu irmão Tiaguito, por, desde os meus quatro anos de idade, me acompanhar em todas as minhas aventuras e desventuras e por me ver como um exemplo a seguir, incentivando-me a ser melhor a cada dia.

Aos meus falecidos avós, maternos e paternos, apesar destas quatro flores terem murchado ao longo destes seis anos, dedico-vos este trabalho por terem sido os pilares para tudo o que me proponho a fazer.

À minha família Resende e Rocha, por todos os momentos de partilha e convívio que vivemos e por todas as palavras que me fazem acreditar que tudo será possível.

À família por laços de afeto, família Nina, por me incluírem no seu seio familiar e por saber que, quando preciso, tenho em vocês um abraço.

Ao meu Bernardinho, por ter surgido na minha vida quando tudo parecia mais escuro e por todo o apoio e paciência nas fases mais complicadas, tornando real as mais bonitas.

Aos meus amigos, em particular à Ana, à Maria Luís, à Martinha, à Ana Catarina, ao Nelson, ao Alexandre e à Inês, pela partilha de momentos inesquecíveis da vida académica que levarei certamente no coração e por estarem presentes em todas as páginas deste trabalhoso capítulo das nossas vidas.

No fundo, gostava de dedicar este trabalho a todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta para o meu desenvolvimento pessoal, académico e profissional. Desde a minha família a todos os docentes e auxiliares a contar do berço da minha educação, não esquecendo, claro, todos os amigos que, até então, me acompanharam e que levarei para a vida e todos os colegas com quem tive o prazer de partilhar as salas e corredores do nobilíssimo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Doutora Bárbara Baptista, expresso a mais profunda e sincera gratidão por me ter acolhido no campo da Psiquiatria Perinatal, mesmo sem nos termos cruzado noutra unidade curricular da instituição. A sua orientação refletiu sempre um equilíbrio entre a exigência ao detalhe e a empatia constante, tendo sido âncoras cruciais para o meu crescimento pessoal e profissional ao longo de todo este trabalho. Embora os obstáculos tenham surgido, a perseverança, o empenho, a confiança e as sugestões com visão crítica construtiva tornaram possível a concretização desta dissertação, que simboliza o ponto final de todo o meu percurso académico e o início da minha vida profissional.

Às minhas coorientadoras, Professora Doutora Carolina Lemos e Doutora Daniela Gonçalves, que já tinham sido minhas docentes e que, neste momento, foram imprescindíveis na elaboração deste trabalho, agradeço por terem acreditado em mim desde o início. A disponibilidade, o incentivo ao pensamento crítico, a partilha de conhecimento e a serenidade, transmitidas por ambas, foram determinantes neste processo.

Às três, obrigada por, constantemente, me lembrarem que tudo é passível de se alcançar com trabalho, dedicação e a seu ritmo e, ainda, por me encorajarem a dar o meu melhor em cada circunstância, mesmo quando as dúvidas predominavam sobre as certezas.

Ao Hospital de Magalhães Lemos, entidade acolhedora na execução deste artigo original, agradeço pela cedência do espaço na colheita dos dados e pela forma tão calorosa com que os colaboradores desta instituição me receberam.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, que foi a minha segunda casa ao longo destes anos, deixo o meu sincero agradecimento por tudo o que me proporcionou, desde a minha formação até às experiências únicas vividas, ficando a certeza de que permanecerão sempre com as portas abertas para desafios futuros.

RESUMO

Contextualização: O período perinatal é reconhecido como uma janela de acentuada vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia materna na gravidez e no primeiro ano depois do parto. A depressão pós-parto emerge como uma das perturbações mais prevalentes e clinicamente impactantes, afetando não só a saúde e a funcionalidade da mulher, como também o vínculo mãe-bebê e o neurodesenvolvimento infantil. No panorama clínico e científico, devido à elevada frequência de sintomatologia ango-depressiva no pós-parto, torna-se essencial a identificação precoce de fatores de risco para posterior implementação de medidas preventivas. No entanto, de acordo com literatura científica, a influência de intercorrências obstétricas no sofrimento psíquico materno no período do pós-parto permanece controversa, verificando-se uma lacuna de investigação neste domínio a respeito da população portuguesa.

Objetivos: O presente estudo teve como principal objetivo explorar a relação entre a ocorrência isolada de diversas intercorrências obstétricas (como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, rutura de membranas, prematuridade, indução do trabalho de parto, tipo e programação do parto, técnica anestésica utilizada no parto, entre outras) e o desenvolvimento de psicopatologia materna nos doze meses subsequentes ao parto, com foco particular na sintomatologia ansiosa, depressiva e no diagnóstico clínico de depressão pós-parto. Pretendeu-se ainda analisar o impacto da vivência do parto como traumático por relato da parturiente na saúde mental da mesma, bem como avaliar a aplicação da EPDS enquanto instrumento de rastreio clínico universal de deteção de mulheres em risco de desenvolver sintomatologia ango-depressiva no pós-parto.

Métodos: Trata-se de um estudo coorte retrospectivo, baseado na análise dos dados clínicos de setenta puérperas com seguimento em consulta externa de psiquiatria perinatal entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2025. Foram recolhidas variáveis obstétricas contínuas e categóricas, bem como informações relativas ao estado psicológico pós-parto, incluindo o resultado da EPDS, a presença de sintomas ansiosos ou depressivos e o diagnóstico clínico psiquiátrico atribuído pela médica psiquiatra. Procedeu-se à análise estatística, com recurso a testes estatísticos de associação, correlações e modelos de regressão logística binária.

Resultados: Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis obstétricas avaliadas e a presença de sintomatologia ansiosa, depressiva ou diagnóstico clínico de depressão pós-parto, com exceção da vivência de parto traumático, que se revelou um preditor estatisticamente significativo de sofrimento emocional no pós-parto. Adicionalmente, observou-se que um resultado positivo na EPDS (≥ 12 pontos) aumentava significativamente a probabilidade de presença de sintomas ansiosos e depressivos no pós-parto. A pontuação média da EPDS foi substancialmente mais elevada nos grupos com sintomatologia, reforçando a alta especificidade obtida. Porém, a sensibilidade observada foi inferior à reportada na evidência científica.

Discussão e Conclusão: A análise estatística efetuada sugere que, além dos resultados obstétricos objetivados e documentados, a experiência de parto vivenciada pela mulher é predominante na determinação do risco de psicopatologia no pós-parto. As limitações metodológicas, tais como a reduzida dimensão da amostra e a heterogeneidade do grupo de controlo, não permitem generalizações, mas sustentam a importância de integrar a componente subjetiva da vivência do parto pela parturiente na avaliação do risco perinatal. Reforça-se, então, a necessidade de práticas obstétricas mais humanizadas, bem como de adoção e implementação de medidas que assegurem o rastreio precoce e, por conseguinte, o acompanhamento especializado no período perinatal.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Vivência traumática do parto; Complicações na gravidez; Desfechos obstétricos; Saúde mental materna.

ABSTRACT

Background: The perinatal period is recognised as a window of heightened vulnerability for the development of maternal psychopathology during pregnancy and in the first year after childbirth. Postpartum depression has emerged as one of the most prevalent and clinically impacting disorders, affecting not only women's health and functionality, but also the mother-baby bond and child neurodevelopment. In the clinical and scientific panorama, due to the high frequency of anxiety-depressive symptoms in the postpartum period, early identification of risk factors is essential for the subsequent implementation of preventive measures. Nevertheless, according to the scientific literature, the influence of obstetric complications on maternal psychological distress in the postpartum period remains controversial, and there is a lack of research in this field regarding the Portuguese population.

Objectives: The main aim of this study was to explore the relationship between the isolated occurrence of various obstetric complications (such as gestational diabetes, pre-eclampsia, ruptured membranes, prematurity, induction of labour, type and timing of delivery, anaesthetic technique used in delivery, among others) and the development of maternal psychopathology in the twelve months following childbirth, with a particular focus on anxious and depressive symptoms and the clinical diagnosis of postpartum depression. The goal was also to analyse the impact of experiencing childbirth as traumatic, as reported by the parturient, on her mental health, as well as to evaluate the application of EPDS as a universal clinical screening tool for detecting women at risk of developing anxiety-depressive symptoms in the postpartum period.

Methods: This is a retrospective cohort study, based on analysing the clinical data of seventy puerperal women followed up in an external perinatal psychiatry consultation between December 2021 and February 2025. Continuous and categorical obstetric variables were collected, as well as information on postpartum psychological status, including the result of the EPDS, the presence of anxious or depressive symptoms and the clinical psychiatric diagnosis assigned by the psychiatrist. Statistical analysis was carried out using statistical tests of association, correlations and binary logistic regression models.

Results: There were no statistically significant associations between the obstetric variables assessed and the presence of anxious or depressive symptoms or a clinical diagnosis of postpartum depression, apart from the experience of traumatic labour, which proved to be a statistically significant predictor of emotional distress in the postpartum period. In addition, it was observed that a positive EPDS score (≥ 12 points) significantly increased the likelihood of the presence of anxious and depressive symptoms in the postpartum period. The average EPDS score was substantially higher in the groups with symptoms, reinforcing the high specificity obtained. However, the sensitivity observed was lower than that reported in the scientific evidence.

Discussion and Conclusion: The statistical analysis suggests that, in addition to the objectified and documented obstetric results, the woman's labour experience is predominant in determining the risk of psychopathology in the postpartum period. Methodological limitations, such as the small size of the sample and the heterogeneity of the control group, do not allow for generalisations, but they do support the importance of integrating the subjective component of the parturient woman's experience of childbirth in the assessment of perinatal risk. This reinforces the need for more humanised obstetric practices, as well as the adoption and implementation of measures to ensure early screening and, consequently, specialised monitoring during the perinatal period.

Keywords: Postpartum depression; Traumatic childbirth experience; Pregnancy complications; Obstetric outcomes; Maternal mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS

DPP	Depressão Pós-Parto
DSM-5-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision</i>
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
EPDS	Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo
HML	Hospital de Magalhães Lemos
IBM	<i>International Business Machines Corporation</i>
ICD-11	<i>International Classification of Diseases, 11th Revision</i>
PHQ-9	Questionário de Saúde do Paciente
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSRIs	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULSSA	Unidade Local de Saúde de Santo António

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Período Perinatal.....	1
Saúde Mental Materna	1
Depressão Perinatal	3
Depressão Pós-Parto.....	3
Fatores Obstétricos relacionados com a Depressão Pós-Parto	5
Objetivos do Estudo	6
MÉTODOS.....	7
Desenho do Estudo	7
População-Alvo e Amostra	7
Recolha de Dados.....	7
Métodos Estatísticos	8
RESULTADOS	10
Estatística descritiva da amostra.....	10
Intercorrências obstétricas durante a gravidez e o parto.....	10
Saúde mental materna no pós-parto.....	11
Associação entre intercorrências obstétricas e o desenvolvimento de psicopatologia no pós-parto.....	11
Associação com sintomatologia ansiosa no pós-parto.....	11
Associação com sintomatologia depressiva no pós-parto.....	12
Associação com diagnóstico clínico de depressão pós-parto.....	13
Aplicação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo na identificação de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto.....	14
Associação com identificação de sintomatologia ansiosa	14
Associação com identificação de sintomatologia depressiva	14
Correlações entre variáveis contínuas	14
Preditores obstétricos de sintomatologia ansiosa no pós-parto	15
Preditores obstétricos de sintomatologia depressiva no pós-parto.....	15
Preditores obstétricos de diagnóstico clínico de depressão pós-parto.....	15
Rastreio positivo na EPDS como preditor de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto	16
DISCUSSÃO	17
Limitações do Estudo	21
Implicações Clínicas do Estudo	22
CONCLUSÃO	24
APÊNDICES	26
BIBLIOGRAFIA.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela I - Análise descritiva da amostra.	26
Tabela II – Associação entre sintomatologia ansiosa no pós-parto e intercorrências obstétricas..	29
Tabela III – Associação entre sintomatologia depressiva no pós-parto e intercorrências obstétricas.	31
Tabela IV – Associação entre diagnóstico clínico e intercorrências obstétricas.....	33
Tabela V – Associação do resultado da EPDS com identificação de sintomatologia ansiosa no pós-parto.....	35
Tabela VI - Associação do resultado da EPDS com identificação de sintomatologia depressiva no pós-parto.....	36
Tabela VII – Modelo de regressão logística de preditores obstétricos de sintomatologia ansiosa no pós-parto.....	37
Tabela VIII - Modelo de regressão logística de preditores obstétricos de sintomatologia depressiva no pós-parto.....	38
Tabela IX - Modelo de regressão logística de preditores obstétricos diagnóstico clínico de depressão pós-parto.....	39
Tabela X - Rastreio positivo na EPDS como preditor de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto.....	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Questionário aplicado às participantes: Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) ^{49,125}	41
---	----

INTRODUÇÃO

Período Perinatal

O período perinatal (gravidez e puerpério) é a etapa do ciclo de vida da mulher que compreende mais mudanças físicas, hormonais, cognitivas e sociofamiliares, sendo, por isso, uma fase de grande morbidade psíquica, quer em mulheres que apresentam diagnóstico prévio de doença mental, quer em mulheres previamente saudáveis^{1,2}.

O parto é considerado um evento de *stress* agudo, no qual ocorre a ativação do sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-hipofisário, com libertação subsequente de adrenalina e de cortisol. Apesar de estas serem respostas fisiológicas normais inerentes ao parto, é sabido que a exposição frequente ou mantida a níveis elevados de cortisol (como a que ocorre quando a mulher é sujeita a intercorrências obstétricas ou vivencia um processo de parto traumático) é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos no pós-parto³.

Saúde Mental Materna

Desde a Antiguidade, que a associação entre o processo de maternidade e o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos tem sido descrita, mas tradicionalmente desvalorizada ao longo dos séculos. Porém, a partir de meados do século XIX, com o aprofundamento do conhecimento da psicopatologia, identificou-se, por exemplo, a depressão pós-parto (DPP) como sendo um episódio depressivo *major*^{2,4}.

Na prática clínica atual, as perturbações mentais perinatais compreendem todas as patologias psiquiátricas que ocorrem ao longo da gravidez e até um ano após o parto, incluindo as que são específicas do período pós-parto⁴. A depressão e a ansiedade são os problemas de saúde mental mais comumente identificados em mulheres grávidas ou puérperas⁵⁻⁷, sendo particularmente mais frequentes no pós-parto. Estes são potenciados pela redução abrupta dos níveis de estrogénio que ocorrem no momento do parto e pelas mudanças inerentes ao puerpério, alcançando uma prevalência global de cerca de 17% (tendo-se verificado um agravamento importante após a pandemia por COVID-19)^{1,8,9}. A ansiedade pós-parto é frequentemente mal compreendida, mas a sua incidência é elevada e inclui vários subtipos de perturbações de ansiedade. A perturbação obsessiva-compulsiva também é frequentemente observada, especialmente relacionada com os cuidados com o recém-nascido. Eventos traumáticos prévios à conceção, no decorrer da gravidez, no parto ou no pós-parto podem também desencadear sintomas de *stress* pós-traumático^{2,3}.

As perturbações psiquiátricas podem comprometer a saúde materna e o bem-estar do feto/recém-nascido, por isso, é fundamental serem devidamente tratadas. Porém, a existência de barreiras éticas à realização de ensaios clínicos nesta população, aliada à incerteza sobre a segurança reprodutiva e a eficácia dos psicofármacos, levanta dúvidas quanto aos seus efeitos na relação materno-placentária-fetal e na interação mãe-leite-lactente durante a fase perinatal. Perante estas limitações, a prática clínica assenta em três pilares fundamentais. O primeiro é o recurso à melhor evidência científica disponível, com avaliação crítica da informação. O segundo princípio consiste na análise cuidadosa da relação entre os benefícios e os potenciais riscos. Esta deve considerar

tanto os efeitos adversos associados à intervenção terapêutica (como risco de teratogênese, complicações obstétricas, neonatais e do neurodesenvolvimento), como as consequências da psicopatologia materna não tratada. Por fim, destaca-se a importância da decisão compartilhada, promovendo a participação informada da mulher no plano terapêutico².

A crescente incidência de mulheres em idade fértil com perturbações psiquiátricas e, muitas vezes, sem acompanhamento farmacológico adequado, coloca a equipa de profissionais de saúde perante decisões terapêuticas complexas no contexto perinatal. A gestão clínica deve ser sempre individualizada, mas para auxiliar este processo, as entidades reguladoras de cada país analisam a evidência científica mais recente e disponibilizam as orientações sobre a utilização segura de cada psicofármaco na etapa perinatal. Assim, a avaliação clínica deve considerar não só os potenciais efeitos adversos farmacológicos, mas também os riscos concretos da ausência de tratamento².

De entre os demais antidepressivos, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRIs, segundo a sigla inglesa de *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) possuem vários estudos com achados congruentes ao nível da segurança reprodutiva. A fluoxetina, a sertralina e o citalopram são os antidepressivos mais frequentemente prescritos nas gestantes, priorizando-se o equilíbrio entre a estabilidade emocional materna e a segurança clínica do/a bebé². Não obstante, alguns estudos observacionais sugerem possíveis associações entre o uso de determinados psicofármacos e os efeitos secundários específicos inerentes a este, como é o caso da toma de paroxetina no primeiro trimestre, que pode estar associada a um maior risco de malformações cardíacas congénitas e de prematuridade¹⁰⁻¹². O uso de antipsicóticos na gravidez está associado a um maior risco de diabetes gestacional, de indução do parto e de macrocefalia fetal, bem como o aumento da probabilidade de desfechos adversos neonatais no caso de utilização de benzodiazepinas e drogas-Z, sendo recomendada a redução gradual da dose terapêutica antes do parto em casos de uso prolongado¹³⁻¹⁶. No entanto, a evidência ainda apresenta resultados bastante díspares, e, em alguns casos, como no uso dos SSRIs, foi mesmo observado um efeito protetor relativamente a determinadas complicações obstétricas comparativamente a mulheres grávidas com perturbação psiquiátrica não medicadas^{2,17}.

A depressão perinatal não tratada tem impacto significado, não só na mulher, mas também na criança. Vários estudos mostram que a instabilidade emocional, como a ansiedade e a tristeza persistentes, durante a gravidez pode afetar a programação neuronal do feto, originando alterações comportamentais e cognitivas na infância^{2,18,19}. Estas alterações não se explicam exclusivamente por fatores genéticos ou ambientais após o nascimento, realçando o efeito biológico direto entre a exposição *in utero* a elevados níveis de *stress* materno e a depressão materna²⁰. O *stress* pré-natal também pode desencadear complicações obstétricas, tais como, prematuridade, baixo peso ao nascimento e distúrbios hipertensivos na gravidez²¹.

Posto isto, apesar de ser questionado o potencial teratogénico dos psicofármacos e, consequentemente, ser exigida uma avaliação rigorosa na prescrição dos mesmos, a evidência científica atual reforça que é crucial tratar a doença mental materna, quando clinicamente indicado, a fim de assegurar que o risco de não a tratar não ultrapasse o risco de instituir terapêutica de forma monitorizada^{22,23}.

Depressão Perinatal

A Perturbação Depressiva *Major* com início no periparto é uma entidade clínica classificada no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision* (DSM-5-TR) e na *International Classification of Diseases, 11th Revision* (ICD-11), onde se considera o período temporal da gravidez e as primeiras quatro a seis semanas pós-parto, respetivamente, para início dos sintomas depressivos, incluindo, assim, a DPP no diagnóstico de depressão perinatal²⁴⁻²⁷. No entanto, de acordo com várias organizações de saúde a nível internacional, considera-se que o período pós-parto deve ser alargado até aos doze meses posteriores ao momento do parto²⁸⁻³⁰.

Depressão Pós-Parto

A DPP é uma patologia frequente, afetando entre 13% e 19% das puérperas, especialmente nos primeiros seis meses após o parto³¹. Esta condição clínica causa sofrimento importante e compromisso significativo da funcionalidade da mulher e, se não tratada, pode comprometer a capacidade de esta estabelecer um vínculo saudável e seguro com o/a filho/a com potencial impacto no desenvolvimento integral da criança a longo prazo (cognitivo, comportamental e psicoafectivo), dificultando, por exemplo, a exploração do ambiente envolvente e a capacidade de adaptação a novos contextos^{8,32-34}.

A transição para a maternidade, enquanto experiência biopsicossocial, representa um dos processos mais complexos e exigentes na vida de uma mulher, contrariamente à noção passada de se ter idealizado ser uma fase protetora da saúde mental materna. A evidência atual reconhece que a gravidez e o puerpério expõem as mulheres a uma vulnerabilidade acrescida, funcionando como janelas críticas para o surgimento ou agravamento de perturbações mentais, sendo a DPP uma das mais prevalentes e clinicamente relevantes. Assim, o modelo de vulnerabilidade ao *stress* oferece uma perspetiva explicativa globalmente aceite na compreensão da ocorrência de perturbações mentais perinatais. Este modelo defende que os eventos potencialmente *stressantes* (como a maternidade) apenas são responsáveis pelo desenvolvimento de sofrimento psicológico quando interagem com uma predisposição individual pré-existente. Tal vulnerabilidade pode ser determinada por três domínios interdependentes, condicionando a forma como cada mulher reage às adversidades do período perinatal: predisposição genética (polimorfismos, por exemplo, no gene transportador de serotonina, no gene da monoamina oxidase A e no gene do recetor de estrogénio), neuro-hormonais (redução abrupta dos níveis de estrogénio e progesterona após o parto, desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, alterações do ritmo circadiano e fragmentação do sono) e cognitivos/psicossociais (traços de personalidade, estratégias de *coping* pouco adaptativas e fraco suporte social). A conceptualização da DPP à luz deste modelo permite entender o motivo de algumas mães desenvolverem quadros clínicos significativos na sequência de experiências comuns^{2,30,31,35,36}.

Quando surgem sintomas depressivos no pós-parto, é fundamental perceber se surgem no contexto de *baby blues* (condição leve e transitória, limitada às primeiras duas semanas após o parto, relacionada com as alterações hormonais e bioquímicas, que ocorre em cerca de 70% das puérperas, particularmente nos países desenvolvidos) ou se a mulher cumpre os critérios

diagnósticos de perturbação depressiva *major* segundo o DSM-5-TR (a presença dos critérios A – pelo menos cinco sintomas, incluindo humor deprimido, perda de interesse/prazer ou alterações no apetite e no sono, com duração superior a quatorze dias – e, ainda, os critérios B, C, D e E)^{5,27,37,38}. Caso esta última condição se verifique entre as duas semanas e os doze meses após o parto, a mulher apresenta critérios para o diagnóstico de DPP, sendo necessário averiguar a existência de critérios de maior gravidade com afetação da saúde física e mental da mãe e potencialmente do/a bebé, como o filicídio e o infanticídio, apesar de graves, são entidades raras nesta patologia^{2,5,37,39}.

Em Portugal, a DPP apresenta uma taxa de prevalência de cerca de 13%^{40,41}, permanecendo desconhecida a taxa correspondente ao período pós-pandémico. Estudos realizados em populações adolescentes e em contextos de maior vulnerabilidade socioeconómica sugerem uma prevalência ainda mais elevada (25,9% a 27,8%) de sintomatologia depressiva, com impacto acrescido em mães jovens e primíparas, frequentemente expostas a relações interpessoais instáveis e com menor suporte social^{34,42-44}. Contudo, como ainda não foram implementadas estratégias nacionais de rastreio universal para a depressão perinatal com a finalidade de identificar e intervir precocemente, uma grande parte das mulheres não procura ajuda profissional para a sintomatologia ango-depressiva perinatal, apesar da eficácia e segurança dos tratamentos disponíveis. A literacia para a saúde mental da rede de apoio social das mulheres, que inclui familiares e amigos, e a presença de antecedentes pessoais do foro psicológico ou psiquiátrico são dois fatores importantes que podem incentivar, ou não, o pedido de ajuda especializada (que ocorre em menos de 15% das grávidas ou puérperas)⁴³⁻⁴⁵.

Apesar de ser fundamental identificar e tratar a depressão perinatal, esta é, muitas vezes, negligenciada, uma vez que os sintomas não são específicos, sendo, em algumas circunstâncias, interpretados como contingências inerentes à gravidez e pós-parto (por exemplo, a perda ponderal e a insónia), a mulher pode ter pudor em assumir os seus sintomas, por não corresponder às expectativas de "maternidade perfeita" socialmente impostas, ou os familiares podem não perceber que a mulher tem sintomatologia compatível com depressão clínica que necessite de intervenção terapêutica^{2,46,47}.

Assim, o rastreio da depressão perinatal é recomendado em todas as mulheres grávidas e puérperas, sendo que este poderá ser efetuado através da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS, segundo a sigla inglesa de *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), que consiste num formulário de dez perguntas com quatro opções passíveis de assinalação de 0 a 3 pontos e, por isso, uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que valores mais altos sugerem maior probabilidade de presença de sintomas depressivos. Esta ferramenta avalia a expressão emocional da mulher nos últimos sete dias, com sensibilidade e especificidade de cerca de 70-88%, que pode ser preenchida pela própria em 2 a 3 minutos, por exemplo, *online*, na sala de espera ou com o auxílio do corpo clínico. Vários estudos apontam para o facto de a EPDS ser duas vezes mais eficaz do que a anamnese clínica na deteção de sintomas depressivos⁴⁸⁻⁵⁰. De acordo com um estudo realizado em 2020, um valor de corte de 11 ou mais pontos oferece uma melhor concordância entre sensibilidade (81%) e especificidade (88%) na identificação clínica, enquanto um valor de corte superior ou igual a 13 pontos é menos sensível (66%), mas mais específico (95%)⁵¹. Já para o valor

de corte de 12 ou mais pontos, a sensibilidade foi de 86% e a especificidade de 87%, conforme uma meta-análise, na qual constam dados existentes até 2007⁵².

A EPDS pode ser categorizada em sintomas de anedonia – itens 1 e 2, isto é, capacidade de rir e sentir-se esperançosa – de ansiedade – itens 3 a 5, que abrangem autoculpabilização, ansiosa/preocupada, assustada e em pânico – e de depressão – itens 6 a 10, como sentir-se sobrecarregada, dificuldade em dormir, tristeza, choro e automutilação^{5,53,54}. A EPDS foi traduzida para português e validada para a população portuguesa^{55,56}, cuja taxa de prevalência de rastreio positivo, entre os dois e os três meses após o parto (EPDS > 12 pontos), foi de 17,6%⁴². Entende-se que a EPDS pode ser uma ferramenta útil como complemento a uma avaliação clínica minuciosa e cuidada.

O Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) também pode ser uma ferramenta utilizada no rastreio, contudo, não abrange questões relacionadas com a ansiedade, contrariamente à EPDS⁵.

Fatores Obstétricos relacionados com a Depressão Pós-Parto

A influência de fatores de natureza obstétrica no desenvolvimento da DPP tem sido cada vez mais investigada, revelando-se complexa e multifatorial^{4,8,57}. Alguns estudos reconhecem que as complicações obstétricas e do periparto por si só ou em combinação com variáveis psicossociais, podem amplificar a vulnerabilidade materna à doença mental no pós-parto³. Estas condições são reconhecidas como fontes significativas de *stress* físico e emocional para a grávida e podem alterar negativamente a experiência do parto²⁸.

O parto traumático vivenciado subjetivamente pela parturiente é, na maioria das vezes, marcado por receio intenso, dor insuportável, perda de controlo e percepção de ameaça à vida e à integridade física de ambos os seres, tendo sido identificada como fator preditor significativo de DPP^{58,59}. Esta experiência e também outras variáveis obstétricas (como pré-eclâmpsia e cesariana emergente) podem precipitar sintomatologia pós-traumática que interfere com o vínculo materno-infantil e com a adaptação emocional no puerpério, mais concretamente, com a saúde mental materna⁵⁸⁻⁶³.

Por outro lado, certos fatores obstétricos nem sempre demonstram uma relação consistente com a DPP^{9,48}. Por exemplo, o uso de analgesia ou anestesia epidural, apesar de amplamente estudado, continua a revelar resultados divergentes, dependendo do desenho do estudo e das características da amostra⁶⁴. De igual modo, náuseas e vômitos persistentes na gravidez, infeções durante a gestação (por exemplo, citomegalovírus), sofrimento fetal, cesariana emergente, trabalho de parto induzido, placenta prévia, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional e internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais, têm sido associados a um aumento da sintomatologia depressiva em algumas investigações, embora nem todas confirmem a robustez estatística dessa associação^{8,28,32,33,57,60,61,65}.

O impacto cumulativo de múltiplas intercorrências obstétricas, mesmo que isoladamente não se associem de forma estatisticamente significativa à DPP, também deve ser considerado. A coexistência de várias complicações pode ter um efeito sinérgico negativo sobre a saúde mental materna no puerpério^{63,66}.

No que respeita à literatura portuguesa, somente foi realizado um estudo até ao momento que relaciona as intercorrências obstétricas, neste caso a diabetes gestacional, com a DPP. Trata-se de um estudo internacional com participação da população portuguesa, realizado durante a pandemia por COVID-19, que demonstrou uma associação estatisticamente significativa entre a diabetes gestacional autorreferida e o desenvolvimento de sintomatologia ango-depressiva no período perinatal, nomeadamente no pós-parto⁶⁷.

Objetivos do Estudo

Na última década, a crescente atenção dada à saúde mental materna abriu espaço à investigação de uma possível associação entre a ocorrência de complicações obstétricas e no parto e o aumento do risco de desenvolvimento de DPP. Porém, até ao momento, a literatura neste ramo é inconsistente e reduzida em número a nível mundial, e na população portuguesa é inexistente.

O objetivo principal do presente estudo é relacionar a ocorrência de intercorrências obstétricas durante a gravidez e/ou o parto (tais como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, oligoâmnios, rutura de membranas amnióticas de termo e de pré-termo, parto prematuro, restrição do crescimento fetal, suspeita de sofrimento fetal, indução do parto, tipo de parto, vivência de parto traumático por autorrelato da mulher, uso de analgesia/anestesia no parto, hemorragia pós-parto ou adaptação do feto à vida extrauterina através do índice de Apgar do recém-nascido) com o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva no período pós-parto e a ocorrência de DPP como diagnóstico clínico atribuído pela médica psiquiatra, que acompanhou estas mulheres na consulta de psiquiatria perinatal.

A concretização deste estudo de investigação pretende identificar fatores de risco obstétrico, nomeadamente de fatores controláveis, para posterior implementação de programas no âmbito da medicina preventiva da patologia mental no período puerperal.

MÉTODOS

Desenho do Estudo

Este estudo de coorte retrospectivo foi delineado para explorar a relação entre a ocorrência de intercorrências obstétricas durante a gravidez e/ou o parto, e o desenvolvimento de psicopatologia no período pós-parto. Inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura para compreender o estado atual do conhecimento sobre o tema tanto a nível internacional como em Portugal. Com base nesta informação, foram definidos os objetivos, a população-alvo e a metodologia do estudo.

Consideram-se como variáveis independentes as complicações obstétricas, que se encontram discriminadas na secção dos “Métodos Estatísticos”. Neste estudo, a variável dependente corresponde ao desenvolvimento de psicopatologia no pós-parto, avaliada pela presença de sintomatologia ango-depressiva materna no período puerperal, pelo resultado da EPDS ou pelo diagnóstico clínico de DPP atribuído pela médica psiquiatra.

População-Alvo e Amostra

No presente estudo, pretende-se incluir as 126 pacientes que, no período compreendido entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2025, frequentaram a consulta externa de psiquiatria perinatal do Hospital de Magalhães Lemos (HML), hospital de referência na região norte de Portugal em cuidados de saúde mental e psiquiatria, que se encontra integrado na Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA), E.P.E.. Como critérios de inclusão, consideraram-se as mulheres puérperas de idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos. Como critérios de exclusão, definiram-se o consumo de substâncias aditivas (álcool, tabaco e drogas de abuso) durante a gravidez, a gravidez na adolescência, a perda gestacional por abortamento espontâneo, gravidez ectópica ou abortamento induzido, a gravidez molar, a gravidez múltipla, o parto com natimorto (morte fetal *in utero*), as gestações com teste de rastreio de aneuploidias fetais com risco elevado, os fetos com defeitos estruturais *major* e a morte materna. Ademais, excluíram-se pacientes que abandonaram voluntariamente o acompanhamento na consulta no decorrer da gravidez e mulheres que mantêm acompanhamento na consulta por tentativas de procriação medicamente assistida sem sucesso. Considerando os parâmetros acima referidos, obteve-se uma amostra de 70 participantes.

Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada entre fevereiro de 2025 e março de 2025 e após aprovação institucional (pelo regente da Componente Curricular “Dissertação/Projeto/Estágio”, pelo Departamento de Ensino, Formação e Investigação da ULSSA, Comissão de Ética da ULSSA e pelo Conselho de Administração da ULSSA).

Para obtenção dos dados da amostra foram consultadas as informações clínicas das pacientes que frequentaram, durante o período supramencionado na secção da “População-Alvo e Amostra”, a consulta externa de psiquiatria perinatal através do Registo de Saúde Eletrónico (RSE), incluindo os dados obstétricos inseridos pelas entidades prestadoras de serviços de saúde que fazem uso dessa plataforma e os dados psiquiátricos existentes nos registos clínicos da consulta de psiquiatria

perinatal, tais como a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, o diagnóstico clínico psiquiátrico e o resultado da EPDS até aos 12 meses após o parto.

Da amostra do estudo, apenas 45 participantes foram submetidas à EPDS no idioma português (Figura 1) para avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva no período pós-parto, constando o resultado nos registos clínicos eletrónicos da primeira consulta do pós-parto da psiquiatria perinatal. Não foi aplicada a EPDS às restantes participantes, uma vez que algumas delas apresentavam perturbação do desenvolvimento intelectual ou mostravam-se pouco recetivas à passagem da mesma. Noutros casos, a referenciação de algumas utentes para consulta de psiquiatria perinatal ultrapassava os doze meses posteriores ao parto e outras já teriam diagnóstico clínico da consulta externa de psiquiatria geral aquando da referenciação para a consulta de psiquiatria perinatal. Embora se faça uso do termo “depressão” ao longo deste estudo, é de destacar que a EPDS é uma ferramenta de rastreio e não um instrumento diagnóstico para perturbação clínica específica. Portanto, nos registos clínicos foram igualmente consultados o diagnóstico clínico e a presença de sintomatologia ango-depressiva com início no pós-parto, a todas as mulheres da amostra estudada. Essa abordagem permite comparar a prevalência de DPP entre mulheres puérperas com e sem complicações obstétricas, o que pode ajudar a entender melhor a associação entre esses fatores.

Foi realizado um pedido de dispensa de consentimento informado, visto tratar-se de um estudo sem intervenção (classificação dos estudos clínicos segundo a lei da investigação clínica – Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de julho e pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto), no qual apenas foram obtidos e registados dados através do processo clínico eletrónico do HML (SClínico Hospitalar) e do RSE, que se justificam pelos objetivos do estudo. Foi garantido o anonimato e todos os dados relativos à identificação das participantes são confidenciais. Para identificar cada participante em qualquer documentação relativa ao estudo foi atribuído um código por participante (base de dados eletrónica pseudoanonimizada).

Métodos Estatísticos

Posteriormente e para garantir a privacidade e confidencialidade, a informação clínica anonimizada foi reunida numa base de dados com recurso ao *Microsoft® Office Excel* e, por fim, a análise estatística foi efetuada com recurso ao *IBM® SPSS Statistics*, versão 30.

Neste estudo, as variáveis independentes de natureza obstétrica incluíram: idade gestacional ao nascimento (variável contínua expressa em número de semanas e variável categorizada em parto pré-termo – <37 semanas – ou parto a termo – ≥37 semanas); tipo de rutura de membranas amnióticas (classificada em precoce, artificial, prematura a termo, prematura pré-termo ou prolongada); tipo de parto (eutócico, distócico instrumentado ou distócico por cesariana); programação da cesariana (eletiva, urgente ou emergente); técnica de analgesia ou anestesia utilizada durante o parto (locorregional, geral ou combinada); índice de Apgar do recém-nascido ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida (variáveis contínuas com valores de 0 a 10 e categorizadas como <7, correspondendo a má adaptação do feto à vida extrauterina, ou ≥7, indicativo de boa adaptação do feto à vida extrauterina). Para além destas, foram incluídas variáveis dicotómicas, codificadas em “sim” ou “não”, referentes, respetivamente, à presença ou ausência das seguintes

intercorrências obstétricas: indução do trabalho de parto, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, oligoâmnios, restrição do crescimento fetal, suspeita clínica de sofrimento fetal, hemorragia pós-parto e vivência de parto traumático relatado pela figura materna.

As variáveis dependentes consideradas foram a presença ou ausência de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto, bem como o diagnóstico clínico de DPP, em oposição a outros diagnósticos psiquiátricos. Para efeitos de análise estatística, nesta última categoria (“outros diagnósticos psiquiátricos”), que funcionou como grupo de controlo, foi agrupado um conjunto de entidades clínicas distintas, como ausência de patologia psiquiátrica, perturbação da personalidade, perturbação afetiva bipolar, insónia primária, perturbação de pânico com agorafobia, episódio depressivo na gravidez, perturbação depressiva *major* na gravidez, perturbação de ansiedade generalizada, psicose esquizoafetiva, perturbação do espectro do autismo, perturbação de hiperatividade e défice de atenção e perturbação do desenvolvimento intelectual. Foram ainda consideradas variáveis relacionadas com a EPDS, nomeadamente a pontuação total obtida (variável contínua com intervalo de 0 a 30 pontos), a categorização dicotómica com base no ponto de corte clínico de 12 pontos (rastreo negativo: <12 pontos; rastreo positivo: ≥12 pontos) e resposta afirmativa ou negativa ao item 10 da EPDS, sugestivo de presença ou ausência de ideação suicida, respetivamente.

A análise estatística incluiu a estatística descritiva [variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis contínuas através de médias e desvios-padrão (DP)], os testes de normalidade (teste de Shapiro-Wilk) e a análise bivariada (consoante o tipo de variáveis). A associação entre variáveis categóricas foi avaliada através do teste do qui-quadrado de Pearson e, quando apropriado, do teste de Fisher e do método de Monte Carlo. A comparação entre médias foi realizada com o teste t de Student para amostras independentes. Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para determinar o limite de rejeição errónea da hipótese nula.

Foram também conduzidas correlações de Pearson ou de Spearman (consoante a distribuição dos dados) para avaliar a relação entre variáveis contínuas. Para examinar a capacidade preditiva das variáveis obstétricas e psicométricas sobre os desfechos clínicos no pós-parto, recorreu-se a modelos de regressão logística binária, individualmente para cada variável. Foram reportados os valores de *odds ratio* (OR), intervalo de confiança a 95% (IC 95%) e significância (p).

A análise estatística foi organizada de modo a responder aos principais objetivos do estudo: identificar associações entre intercorrências obstétricas e psicopatologia no pós-parto (sintomatologia ansiosa e depressiva e diagnóstico clínico de DPP), e aferir a sensibilidade e especificidade clínicas da EPDS, quando aplicada até doze meses após o parto, na deteção de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto.

RESULTADOS

Estatística descritiva da amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 70 mulheres, com idades compreendidas entre os 19 e os 45 anos (média = 31,60; DP = 6,81). (Tabela I)

Intercorrências obstétricas durante a gravidez e o parto

A idade gestacional ao nascimento variou entre 28 e 41 semanas (média = 38,64; DP = 1,83), sendo que a maioria dos partos (95,7%) foi de termo (≥ 37 semanas) e apenas 4,3% corresponderam a partos pré-termo (< 37 semanas). (Tabela I)

As intercorrências obstétricas observadas ao longo da gravidez incluíram a presença de diabetes gestacional em 14,3% das mulheres, pré-eclâmpsia em 10,0%, oligoâmnios em 1,4%, restrição do crescimento fetal em 21,4% e, por fim, a suspeita clínica de sofrimento fetal foi reportada em 21,4% dos casos. Nenhum caso de eclâmpsia foi identificado. O parto foi induzido em 44,3% das participantes, e em 8,6% foi registada hemorragia pós-parto. (Tabela I)

No que refere à rutura das membranas, verificaram-se as seguintes frequências relativas distribuídas pelas quatro categorias: 38,6% das participantes apresentaram rutura precoce, 38,6% rutura artificial, 15,7% rutura prematura a termo, 2,9% rutura prematura pré-termo e 2,9% rutura prolongada. Devido à realização do parto em unidade de saúde privada (com restrição de acesso aos registos clínicos) e à ausência de informação nos registos eletrónicos da consulta de psiquiatria perinatal, o modo de rutura de membranas não foi determinado em 1,4% das puérperas. (Tabela I)

Atendendo ao tipo de parto, 30,0% dos partos foram eutócicos ($n = 21$) e os restantes 70,0% foram distócicos, sendo que 15,7% por via vaginal instrumentada ($n = 11$) e 54,3% ocorreram por cesariana ($n = 38$). Quanto ao tipo de programação da cesariana, 28,9% das cesarianas foram em regime eletivo ($n = 11$), 52,6% de carácter urgente ($n = 20$) e 18,4% em contexto emergente ($n = 7$). (Tabela I)

No que respeita à modalidade de analgesia ou anestesia administrada no parto, 10,0% das parturientes receberam anestesia geral, 88,6% analgesia/anestesia locorregional e 1,4% combinada. (Tabela I)

A avaliação do estado clínico neonatal, com base no índice de Apgar, revelou uma pontuação média de 8,73 (DP = 0,80) ao primeiro minuto de vida, 9,66 (DP = 0,63) ao quinto minuto, e 9,90 (DP = 0,30) ao décimo minuto. No primeiro minuto de vida, 2,9% dos recém-nascidos apresentaram valores inferiores a 7 no índice de Apgar. A partir do quinto minuto, todos os recém-nascidos apresentaram índice de Apgar de valores iguais ou superiores a 7, o que é indicativo de uma boa adaptação neonatal. (Tabela I)

Além disso, 44,3% das pacientes ($n = 31$) relataram ter vivenciado o parto como uma experiência traumática, enquanto 2,9% não sabiam especificar a sua vivência. (Tabela I)

Saúde mental materna no pós-parto

A pontuação total na EPDS variou entre 0 e 25 pontos, com uma média de 12,24 (DP = 7,18). Entre as 64,3% das participantes (n = 45) que foram submetidas à EPDS, 6,7% destas responderam afirmativamente ao item 10 e, considerando o ponto de corte clínico de 12 pontos, 53,3% das participantes apresentaram rastreio positivo para DPP. O teste de Shapiro-Wilk não revelou desvios significativos à normalidade ($p = 0,100$). (Tabela I)

Relativamente à presença de manifestações clínicas no primeiro ano de pós-parto, 85,7% e 77,1% das mulheres apresentavam sintomas ansiosos e depressivos, respetivamente. O diagnóstico de metade das participantes (n = 35) era de DPP e a restante metade apresentava outros diagnósticos psiquiátricos, tais como: ausência de patologia psiquiátrica, perturbação da personalidade, perturbação afetiva bipolar, insónia primária, perturbação de pânico com agorafobia, episódio depressivo na gravidez, perturbação depressiva *major* na gravidez, perturbação de ansiedade generalizada, psicose esquizoafetiva, perturbação do espectro do autismo, perturbação de hiperatividade e défice de atenção e perturbação do desenvolvimento intelectual. (Tabela I)

Associação entre intercorrências obstétricas e o desenvolvimento de psicopatologia no pós-parto

Associação com sintomatologia ansiosa no pós-parto

A análise das variáveis obstétricas face à presença de sintomas ansiosos no período do pós-parto não revelou associações estatisticamente significativas com a ocorrência de diabetes gestacional ($p = 0,627$), pré-eclâmpsia ($p = 0,260$), idade gestacional ao nascimento ($p = 0,224$), prematuridade ($p = 1,000$), restrição do crescimento fetal ($p = 0,437$), oligoâmnios ($p = 1,000$), suspeita de sofrimento fetal ($p = 0,437$), indução do trabalho de parto ($p = 0,320$), hemorragia pós-parto ($p = 0,583$) e índice de Apgar (variável categórica) avaliado ao primeiro minuto de vida ($p = 0,267$). (Tabela II)

Atendendo à rutura de membranas amnióticas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos ($p = 1,000$). A distribuição foi semelhante entre mulheres com e sem sintomas ansiosos, havendo predomínio dos casos de rutura artificial e de rutura precoce, que corresponderam, cada um, a 39,0% (n = 23) das participantes com sintomas ansiosos e a 40,0% (n = 4) das mulheres sem sintomatologia. As formas menos prevalentes de rutura de membranas — nomeadamente a prematura a termo (15,3%; n = 9), a prematura pré-termo (3,4%; n = 2) e a prolongada (3,4%; n = 2) — tiveram percentagens residuais nas pacientes com sintomas ansiosos no pós-parto. Não obstante, no grupo sem sintomatologia, 20,0% (n = 2) das mulheres apresentaram rutura prematura a termo, mas não se observaram casos de rutura prematura pré-termo ou de prolongada. (Tabela II)

Quanto ao tipo de parto, não se evidenciaram associações significativas com a presença de sintomatologia ansiosa ($p = 0,898$). A maioria das mulheres com sintomas ansiosos foi submetida a parto distócico por cesariana (55,0%), seguindo-se o parto eutócico (30,0%) e, em último, o parto distócico instrumentado (15,0%), com proporções semelhantes às do grupo sem sintomatologia. (Tabela II)

Relativamente à programação da cesariana, também não foi observada qualquer associação estatisticamente significativa com a presença de sintomas ansiosos ($p = 0,552$). De entre as mulheres com sintomatologia ansiosa, 30,3% das parturientes foram submetidas a procedimento eletivo, 48,5% a cesariana urgente e as restantes (21,2%) a emergente. (Tabela II)

No que respeita à técnica anestésica, não foi identificada associação com a presença de sintomatologia ansiosa ($p = 0,651$). Nas parturientes com sintomas ansiosos, a analgesia/anestesia locorregional foi a mais usada (86,7%; $n = 52$), com uma menor representatividade da anestesia geral (11,7%; $n = 7$) e da técnica combinada (1,7%; $n = 1$). Em todas as mulheres do grupo sem sintomatologia fez-se uso da analgesia/anestesia locorregional. (Tabela II)

Todavia, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre a perceção subjetiva de parto traumático e a presença de sintomas ansiosos no pós-parto ($p = 0,033$). (Tabela II)

Associação com sintomatologia depressiva no pós-parto

Não foi possível evidenciar associações estatisticamente significativas entre a sintomatologia depressiva no pós-parto e as seguintes intercorrências obstétricas: diabetes gestacional ($p = 1,000$), pré-eclâmpsia ($p = 0,655$), idade gestacional ao nascimento ($p = 0,178$), prematuridade ($p = 1,000$), restrição do crescimento fetal ($p = 0,091$), oligoâmnios ($p = 1,000$), suspeita de sofrimento fetal ($p = 0,734$), indução do parto ($p = 0,961$), hemorragia pós-parto ($p = 1,000$) e índice de Apgar (variável categórica) ao primeiro minuto de vida ($p = 1,000$). (Tabela III)

No que toca à rutura de membranas, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com e sem sintomas depressivos ($p = 1,000$). A distribuição foi globalmente equivalente, com maior frequência de rutura precoce (37,7%; $n = 20$), artificial (37,7%; $n = 20$) e prematura a termo (17,0%; $n = 9$) entre as participantes com sintomatologia depressiva, tendo as restantes categorias apresentado percentagens muito reduzidas. No grupo de mulheres sem sintomas, verificou-se um predomínio de rutura artificial e precoce [cada categoria com 43,8% ($n = 7$)], seguidamente de rutura prematura de membranas (12,5%; $n = 2$). (Tabela III)

A análise do tipo de parto não demonstrou associação significativa com a sintomatologia depressiva ($p = 0,630$), sendo o parto distócico por cesariana o mais frequente (51,9%; $n = 28$), seguindo-se o parto eutócico (29,6%; $n = 16$) e o parto instrumental vaginal (18,5%; $n = 10$) nas mulheres com sintomas depressivos. Nas restantes 16 mulheres, que não possuíam sintomatologia, as frequências relativas para parto distócico por cesariana, parto eutócico e parto distócico instrumentado foram, respetivamente, 62,5% ($n = 10$), 31,3% ($n = 5$) e 6,3% ($n = 1$). (Tabela III)

Também a programação da cesariana não apresentou relação estatisticamente significativa com a presença de sintomas depressivos ($p = 0,889$). A maioria das intervenções cirúrgicas ocorreu em contexto de urgência, com proporções semelhantes entre as mulheres com (50,0%; $n = 14$) e sem sintomatologia depressiva (60,0%; $n = 6$). (Tabela III)

No que diz respeito ao tipo de anestesia ou analgesia administrada, não se verificaram, de igual modo, diferenças significativas ($p = 1,000$). De entre as mulheres com sintomatologia depressiva, a técnica mais utilizada foi a locorregional (87,0%; $n = 47$), com percentagens muito inferiores de

anestesia geral (11,1%; n = 6) e combinada (1,9%; n = 1). No grupo de controlo, 93,8% (n = 15) das participantes foram submetidas a analgesia/anestesia locorregional e as restantes a anestesia geral. (Tabela III)

Por outro lado, importa ainda sublinhar que a vivência do parto enquanto evento traumático revelou associação estatisticamente significativa à presença de sintomatologia depressiva no pós-parto ($p = 0,042$). (Tabela III)

Associação com diagnóstico clínico de depressão pós-parto

Relativamente ao diagnóstico clínico de DPP, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas face à presença de diabetes gestacional ($p = 0,495$), pré-eclâmpsia ($p = 1,000$), idade gestacional ao nascimento ($p = 0,747$), prematuridade ($p = 1,000$), oligoâmnios ($p = 1,000$), indução do trabalho de parto ($p = 0,470$), hemorragia pós-parto ($p = 1,000$) e a variável categórica do índice de Apgar ao primeiro minuto de vida ($p = 1,000$). (Tabela IV)

No que concerne à rutura de membranas amnióticas e ao diagnóstico clínico de DPP, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,793$). Os padrões de distribuição mantiveram-se semelhantes entre os dois grupos, com predominância dos casos de rutura artificial e precoce (39,1% cada), enquanto as restantes foram pouco frequentes. (Tabela IV)

O tipo de parto também não demonstrou associação significativa com o diagnóstico clínico de DPP ($p = 0,525$). A maioria das mulheres foi submetida a parto distócico por cesariana [48,6% (n = 17) no grupo com DPP e 60,0% (n = 21) no grupo com outros diagnósticos psiquiátricos], com menores proporções de partos eutócicos e distócicos instrumentados. (Tabela IV)

Quanto à programação da cesariana, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de psicopatologia ($p = 0,557$). Nas mulheres com DPP, as cesarianas urgentes predominaram (52,9%), seguidas das eletivas (35,3%) e, em último, das emergentes (11,8%), com proporções semelhantes ao grupo de comparação. (Tabela IV)

Adicionalmente, a técnica anestésica também não mostrou relação estatisticamente significativa com o diagnóstico de DPP ($p = 0,268$). A analgesia/anestesia locorregional foi a mais frequente em ambos os grupos (82,9% no grupo com DPP e 94,3% no grupo com outros diagnósticos clínicos), sendo a anestesia geral utilizada de forma minoritária (14,3% *versus* 5,7%, respetivamente) e a combinada usada somente no grupo de DPP (2,9%). (Tabela IV)

Porém, no caso da restrição do crescimento fetal e da suspeita de sofrimento fetal, verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o diagnóstico clínico de DPP ($p = 0,041$), sendo estas intercorrências obstétricas mais frequentes entre as mulheres com outros diagnósticos psiquiátricos (31,4%) comparativamente às aquelas com diagnóstico clínico de DPP (11,4%). (Tabela IV)

Por fim, a vivência traumática do parto pela parturiente voltou a mostrar uma associação estatisticamente significativa com o diagnóstico clínico de DPP ($p = 0,049$). (Tabela IV)

Aplicação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo na identificação de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto

Associação com identificação de sintomatologia ansiosa

A análise da pontuação total da EPDS no grupo de mulheres com sintomatologia ansiosa revelou um valor médio significativamente mais elevado (média = 13,95; DP = 6,41), face às que não evidenciaram sintomas ansiosos (média = 4,38; DP = 5,15), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). (Tabela V)

Quando se considerou a categorização da EPDS com base no ponto de corte clínico (≥ 12 pontos), 62,2% ($n = 23$) das mulheres com sintomatologia ansiosa apresentaram um resultado positivo no rastreio, enquanto apenas 12,5% ($n = 1$) das mulheres sem sintomatologia ansiosa ultrapassaram esse limiar, mostrando significância estatística ($p = 0,017$). (Tabela V)

Por fim, a análise do item 10 da escala revelou que 8,1% das mulheres com sintomas ansiosos referiram pensamentos autolesivos na última semana, comparativamente a 0,0% no grupo sem sintomatologia ansiosa, embora não atinja significância estatística ($p = 1,000$). (Tabela V)

Associação com identificação de sintomatologia depressiva

A pontuação média da EPDS foi significativamente superior entre as mulheres com sintomatologia depressiva (média = 13,70; DP = 6,45) comparativamente ao grupo sem sintomas (média = 5,50; DP = 6,85), tendo esta diferença alcançado significância estatística ($p = 0,002$). (Tabela VI)

No que diz respeito ao ponto de corte da escala, 62,2% ($n = 23$) das participantes com sintomas depressivos registaram um resultado positivo na EPDS, enquanto esse valor foi de apenas 12,5% ($n = 1$) entre as mulheres sem sintomatologia depressiva, verificando-se significância estatística ($p = 0,017$). (Tabela VI)

Relativamente ao item 10 da EPDS, 8,1% ($n = 3$) das mulheres com sintomatologia depressiva responderam afirmativamente à questão desse item, em contraste com 0,0% entre aquelas sem sintomas, embora essa diferença não seja estatisticamente significativa ($p = 1,000$). (Tabela VI)

A aplicação da EPDS como ferramenta de rastreio quer de sintomas ansiosos quer de depressivos demonstrou um valor preditivo positivo de 95,8% e valor preditivo negativo de 33,3%, com sensibilidade de 62,2% e especificidade de 87,5%. (Tabela VI)

Correlações entre variáveis contínuas

Considerando o resultado total da EPDS no pós-parto, não foram identificadas correlações estatisticamente significativas com a idade materna (correlação de Pearson = -0,233; $p = 0,124$), a idade gestacional [coeficiente de correlação de Spearman (ρ) = -0,034; $p = 0,825$] e o índice de Apgar ao primeiro minuto de vida ($p = 0,069$; $p = 0,653$). De igual modo, a idade gestacional não apresentou correlação estatisticamente significativa com o índice de Apgar ao primeiro minuto ($p = 0,088$; $p = 0,468$).

Preditores obstétricos de sintomatologia ansiosa no pós-parto

A regressão logística binária indicou que a vivência subjetiva do parto como traumática constitui um preditor estatisticamente significativo da presença de sintomatologia ansiosa no pós-parto. A OR estimada para a percepção do parto como traumático foi de 8,28 (IC 95%: 0,97 a 70,38), com um valor de p marginalmente significativo ($p = 0,053$). (Tabela VII)

Por outro lado, as restantes variáveis obstétricas como preditores de sintomatologia ansiosa no pós-parto não demonstraram significância estatística. No caso da programação da cesariana, seja em contexto eletivo ou não planeado (urgente ou emergente), esta não demonstrou relação significativa com a ocorrência de sintomas ansiosos ($p = 0,639$). A presença de diabetes gestacional ($p = 0,580$), de pré-eclâmpsia ($p = 0,271$), de restrição do crescimento fetal ($p = 0,479$), de suspeita de sofrimento fetal ($p = 0,479$) e de indução do trabalho de parto ($p = 0,287$) não evidenciaram associações significativas como preditores de sintomatologia ansiosa. Quanto ao tipo de parto, comparando o distócico por cesariana com o parto por via vaginal (eutócico e distócico instrumentado), este também não mostrou associação estatisticamente significativa com a presença de sintomas ansiosos ($p = 0,769$). Equitativamente, a variável categórica referente ao índice de Apgar do recém-nascido ao primeiro minuto de vida não apresentou associação significativa com a presença de sintomatologia ansiosa ($p = 0,287$). (Tabela VII)

Preditores obstétricos de sintomatologia depressiva no pós-parto

A análise de regressão logística referente à vivência de parto traumático enquanto variável explicativa da presença de sintomatologia depressiva indicou também uma associação significativa. A probabilidade de desenvolver sintomas depressivos foi, aproximadamente, quatro vezes superior, embora marginalmente significativo, entre as mulheres com percepção traumática do parto, comparativamente às que não reportaram essa vivência (OR = 3,95; IC 95%: 0,99 a 15,75; $p = 0,052$). (Tabela VIII)

Em contrapartida, as variáveis como diabetes gestacional ($p = 0,816$), pré-eclâmpsia ($p = 0,705$), restrição do crescimento fetal ($p = 0,082$), suspeita de sofrimento fetal ($p = 0,692$), indução do trabalho de parto ($p = 0,961$) e hemorragia pós-parto ($p = 0,708$) não se relacionaram de forma significativa à presença de sintomatologia depressiva. No que respeita o tipo de parto, quer a via de parto vaginal quer a cesariana, não evidenciaram associações estatisticamente significativas com a sintomatologia depressiva ($p = 0,454$). De entre as cesarianas verificadas, a programação das mesmas não se associou significativamente à presença de sintomatologia depressiva no período pós-natal ($p = 0,932$). (Tabela VIII)

Preditores obstétricos de diagnóstico clínico de depressão pós-parto

No modelo de regressão logística referente ao diagnóstico clínico de DPP, as mulheres que relataram vivência traumática do parto tiveram uma probabilidade de cerca de três vezes mais de apresentar DPP (OR = 2,67; IC 95%: 1,00 a 7,15), embora com valor de p marginalmente superior ao limite considerado ($p = 0,051$). No que diz respeito à presença de suspeita de sofrimento fetal e de restrição do crescimento fetal, obtiveram-se valores de OR com significância estatística para

ambas as variáveis (OR = 0,28; IC 95%: 0,08 a 1,00; p = 0,049). Contudo, estas relações devem ser interpretadas com precaução, uma vez que o grupo de controlo utilizado foram mulheres com outros diagnósticos psiquiátricos. (Tabela IX)

As demais variáveis obstétricas não demonstraram associações estatisticamente significativas com o diagnóstico de DPP, nomeadamente a presença de diabetes gestacional (p = 0,497), a pré-eclâmpsia (p = 0,691), a indução do trabalho de parto (p = 0,471), a hemorragia pós-parto (p = 1,000), o tipo de parto (p = 0,338), a programação da cesariana (p = 0,440) e o índice de Apgar ao primeiro minuto (p = 1,000). (Tabela IX)

Rastreio positivo na EPDS como preditor de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto

Foi realizado um modelo de regressão logística binária para esclarecer a possível contribuição de um rastreio positivo na EPDS, com base no ponto de corte clínico (≥ 12 pontos), na predição da presença de sintomatologia ansiosa no pós-parto. A análise demonstrou uma OR de 11,50 (IC 95%: 1,28 a 103,59), com um valor de p de 0,029, indicando que as mulheres com rastreio positivo na EPDS apresentavam uma probabilidade significativamente superior de manifestar sintomas ansiosos no pós-parto, quando comparadas às que obtiveram rastreio negativo. (Tabela X)

Procedeu-se igualmente à aplicação de um modelo de regressão logística binária para avaliar se a presença de sintomas depressivos no pós-parto poderia ser prevista por um resultado positivo no rastreio da EPDS (≥ 12 pontos). Neste modelo, verificou-se também uma OR de 11,50 (IC 95%: 1,28 a 103,59), cujo valor de p obtido foi de 0,029, o que sugere que as mulheres com resultado positivo na EPDS tinham uma probabilidade cerca de onze vezes superior de apresentar sintomatologia depressiva, comparativamente às mulheres com rastreio negativo. (Tabela X)

DISCUSSÃO

A amostra estudada caracterizou-se por um intervalo etário entre os 19 e os 45 anos, com uma média a rondar os 32 anos. Estes dados são representativos de um aumento significativo da maternidade entre os 30 e os 35 anos, em países desenvolvidos, como é o caso de Portugal^{68,69}. Embora a idade materna não tenha sido incluída no presente estudo, em análises que associam este fator demográfico com o desencadear de sintomatologia ango-depressiva no pós-parto, sabe-se que os extremos etários, especialmente idades mais jovens, têm sido descritos como possíveis fatores de vulnerabilidade psicossocial, podendo aumentar o risco de psicopatologia no período perinatal^{70,71}.

Apesar de o tipo de parto não ter apresentado uma associação estatisticamente significativa com a presença de sintomatologia ansiosa, depressiva ou diagnóstico clínico de DPP, a literatura existente demonstra que o parto distócico, em particular a cesariana, pode estar frequentemente relacionado com o surgimento de perturbações mentais no pós-parto⁷²⁻⁷⁴. Esta relação tende a ser mais evidente no caso da cesariana em contexto emergente, sugerindo que o estado emocional e a situação clínica da decisão do momento do parto têm um maior impacto do que propriamente a respetiva via de parto⁷⁵⁻⁷⁷.

Na análise em questão, a programação da cesariana não evidenciou diferenças significativas com os desfechos psiquiátricos. Porém, há estudos a sugerir, embora com resultados heterogêneos, uma possível associação entre a cesariana não planeada, maioritariamente a de emergência, e a ocorrência de DPP e de perturbação do *stress* pós-traumático comparativamente ao procedimento eletivo, nomeadamente pelo menor controlo da parturiente sobre o processo e, por conseguinte, à possibilidade de uma experiência inesperada e, por vezes, menos positiva do momento do parto⁷⁷⁻⁸¹.

No atual estudo, a técnica anestésica utilizada não apresentou relação estatisticamente significativa com os desfechos psicopatológicos avaliados. Contudo, segundo a evidência científica, o uso de analgesia epidural, a fim de a parturiente não vivenciar episódios álgicos de severa intensidade durante o parto pode exercer efeito protetor contra a DPP, associando-se a uma experiência de parto mais agradável e propícia ao estabelecimento de uma relação afetiva com o/a bebé, ainda assim há estudos que não defendem esta associação⁸²⁻⁸⁴. Além de outros apontarem para uma possível ligação entre a anestesia geral, associada a experiências mais negativas, e o maior risco de sintomatologia depressiva perinatal⁸⁵. Portanto, o efeito anestésico, por si só, na psicopatologia perinatal não é consensual, podendo depender de outros fatores como as expectativas da mulher, o suporte social, a situação clínica e os antecedentes psiquiátricos^{78,86}.

A idade gestacional ao nascimento (variável contínua) e a ocorrência de prematuridade (variável categórica) não demonstraram estar relacionadas com sintomas ansiosos ou depressivos, nem com o diagnóstico de DPP, visto que a maioria das gestações da amostra analisada foi de termo. Na literatura, o parto pré-termo (<37 semanas) pode aumentar o risco de DPP devido, especialmente, a complicações neonatais que requerem internamento na unidade de cuidados intensivos (UCI) neonatais e, consequentemente, separação mãe-bebé^{82,87-90}.

A rutura de membranas amnióticas, independentemente do tipo (precoce, artificial, prematura a termo, prematura pré-termo e prolongada), não evidenciou associação com os resultados psiquiátricos estudados. Apesar de se tratar de uma variável obstétrica relevante, não foram encontrados estudos que relacionem os diferentes tipos de rutura de membranas com a sintomatologia ansiosa ou depressiva no pós-parto, o que aponta para uma lacuna considerável na investigação e a necessidade de estudos que explorem estas entidades clínicas. Efetivamente, a rutura prematura pré-termo e a amniotomia (rutura artificial) são as únicas categorias mencionadas na evidência científica disponível, sendo que estas se destacam, separadamente, como marcadores de maior sofrimento emocional materno, nomeadamente de DPP⁹¹⁻⁹⁵. Esta discrepância entre os resultados do presente estudo e os da literatura pode dever-se à baixa representatividade por categoria de rutura de membranas, o que limita a generalização dos mesmos na amostra obtida.

A presença de diabetes gestacional não demonstrou associação estatisticamente significativa com a sintomatologia ansiosa, depressiva ou com o diagnóstico clínico de DPP. Esta ausência de associação é coerente com alguns estudos, nos quais não se observa uma ligação direta entre diabetes gestacional isolada e o desenvolvimento de patologia psiquiátrica no pós-parto^{8,96}. Todavia, os resultados são divergentes, havendo investigações científicas que apontam para uma maior predisposição ao desenvolvimento de depressão perinatal em mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional^{67,74,96}.

Não foram encontradas relações significativas entre a pré-eclâmpsia e os parâmetros avaliados de saúde mental perinatal. A amostra não incluiu casos de eclâmpsia. De facto, alguns estudos salientam que a pré-eclâmpsia, por si só, não se associa consistentemente a uma maior tendência de sintomatologia ango-depressiva no pós-parto⁹³. Contudo, outras investigações indicam que a pré-eclâmpsia pode contribuir para o desenvolvimento de perturbações mentais perinatais, principalmente quando associada a parto pré-termo ou a complicações neonatais^{92,97,98}. Assim, embora os dados não tenham apresentado significância estatística, provavelmente por tamanho amostral reduzido, é importante ter como alvo de atenção o impacto psicológico desta entidade em contextos clínicos graves.

A presente amostra incluiu um número reduzido de casos de oligoâmnios, pelo que os resultados obtidos não mostraram qualquer associação significativa entre esta intercorrência obstétrica e o desenvolvimento de clínica psiquiátrica no pós-parto. No que toca a esta temática em específico, as investigações científicas são limitadas em número, cujos resultados não atingem a significância estatística^{8,99}, assinalando a importância de exploração futura destas entidades comparativas.

A restrição do crescimento fetal não se relacionou estatisticamente com a sintomatologia ansiosa ou depressiva no pós-parto. Contudo, a restrição do crescimento fetal foi significativamente mais frequente no grupo de mulheres com outros diagnósticos psiquiátricos em comparação com o das diagnosticadas com DPP. Este resultado pode ser explicado por a categoria de “outros diagnósticos psiquiátricos” englobar um conjunto de diferentes entidades clínicas, incluindo a perturbação depressiva *major* na gravidez. De modo semelhante, a literatura tende a ser inconclusiva, sendo que alguns estudos descrevem uma maior prevalência de DPP em mulheres com este achado obstétrico^{80,100,101}, enquanto noutros não foi evidenciada tal associação¹⁰².

Na amostra analisada, a suspeita de sofrimento fetal não revelou associação estatisticamente significativa com a sintomatologia ansiosa ou depressiva, mas, à semelhança e possivelmente pelo mesmo motivo da restrição do crescimento fetal, relacionou-se com menor probabilidade de diagnóstico clínico de DPP, em comparação com outros diagnósticos psiquiátricos, que serviu de grupo de controlo. Por esse motivo, estes achados devem ser cautelosamente interpretados, pois estudos prévios indicam que a percepção, por parte da figura cuidadora, de ameaça ao bem-estar fetal, como sucede na suspeita de sofrimento fetal, contribui para a vulnerabilidade psicológica no periparto, estando associada a maior risco de DPP^{99,103}.

Não foi observada qualquer relação significativa entre a indução do trabalho de parto e as variáveis psiquiátricas analisadas. No entanto, existe alguma evidência que demonstra que a indução, quando realizada sem o controlo de fatores preditores de comprometimento da satisfação materna, como o curto espaço de tempo para maturação de ideias e decisão partilhada, trabalho de parto induzido por longas horas e, por fim, a falha na indução com posterior submissão ao parto distócico por cesariana não programada, pode representar um fator de risco para a DPP^{94,95,104}.

Apesar da ausência de associação significativa entre a hemorragia pós-parto e os desfechos psiquiátricos no presente estudo, a literatura revista indica que esta complicação obstétrica pode impactar a experiência vivida pela puérpera, influenciando negativamente a sua saúde mental com aumento do risco de vir a desenvolver sintomatologia depressiva^{95,105}, em contraste com outros que não relatam haver relação estatística¹⁰⁶.

A análise relativa ao índice de Apgar, quer como variável contínua quer como categórica, não apresentou qualquer associação significativa com a presença de sintomatologia ango-depressiva ou com o diagnóstico de DPP. Ainda assim, há evidência científica que remete para o efeito preditivo que o baixo índice de Apgar (<7), avaliado até aos primeiros cinco minutos de vida do recém-nascido, pode exercer na saúde mental materna devido à angústia experienciada pela mãe quanto à percepção de ameaça à integridade do/a seu/sua bebé ou, na presença de complicações neonatais, a necessidade de este ser internado na UCI^{57,101,107}.

O presente estudo identificou que a vivência do parto traumático por autorrelato da mulher pode-se relacionar, de modo estatisticamente significativo, com o desenvolvimento de sintomatologia ango-depressiva no período pós-natal e com o diagnóstico clínico de DPP. Ainda que, no que se refere ao facto de esta variável ser considerada um fator de risco relevante para psicopatologia no pós-parto, os resultados foram marginalmente significativos, sugerindo a realização de investigações futuras com uma maior amostra. Esta associação clínica e estatística obtida, apesar do reduzido tamanho amostral, são congruentes com a literatura, que destaca a influência direta da forma como a mulher vivencia o parto na sua saúde mental nas semanas e meses subsequentes^{62,108,109}. Isto pode ser explicado pelo facto de a mulher percecionar a experiência como um evento fora do seu controlo ou como um episódio de vida agregado a sentimentos de frustração, vergonha, tristeza, medo intenso ou fracasso na sua prestação idealizada como ser reprodutivo^{110,111}. A sensação de impotência e a ausência de suporte emocional por parte da equipa de profissionais de saúde durante o momento do parto (que deveria privilegiar a confiança e tomada de decisão

partilhada) são frequentemente relatadas como marcadores traumáticos que influenciam negativamente a vinculação materno-infantil, a estabilidade emocional materna no pós-parto e, por sua vez, a modificação do planeamento familiar^{110,112-114}. Nestas circunstâncias é comum a ativação do eixo biopsicossocial do *stress*, contribuindo para o surgimento de sintomas compatíveis com perturbação de *stress* pós-traumático, como pensamentos intrusivos, comportamentos de evicção ou estado de hiperalerta/hiperreatividade¹¹⁵⁻¹¹⁷. As várias etapas do trabalho de parto representam uma fase de especial vulnerabilidade para a mulher, sendo compreensível que esta atribua elevada relevância à qualidade dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar¹¹⁸. Estes achados em conjunto reforçam a importância de reconhecer precocemente as mulheres com perceção negativa do parto para que se possa intervir de forma preventiva. Assim, o reconhecimento do parto traumático enquanto fator de risco para DPP deve estar integrado na avaliação clínica de risco psicopatológico no período perinatal.

A humanização do trabalho de parto engloba um conjunto de medidas e atitudes adotadas pelos/as profissionais de saúde que se constituem como um fator protetor contra a vivência traumática do parto, promovendo o conforto, o respeito pela dignidade, a autonomia e a empatia na relação médico/a-paciente. O modelo centrado na mulher favorece a perceção de segurança e controlo, elementos cruciais para uma experiência de parto positiva e satisfatória¹¹⁹. Em contrapartida, as intervenções clínicas desnecessárias e as falhas na comunicação interpessoal aumentam o risco de a experiência ser percecionada como traumática^{118,120}. Desta forma, a promoção de práticas de parto humanizado não só favorece o bem-estar físico, como também representa uma medida preventiva de saúde mental perinatal.

A análise corrente evidenciou que as mulheres com sintomatologia ansiosa ou depressiva apresentaram, de forma consistente, pontuações médias significativamente mais elevadas na EPDS comparativamente às assintomáticas, refletindo uma distinção clara entre os grupos quanto à intensidade do sofrimento psicológico no primeiro ano após o parto. Nas participantes com sintomatologia ansiosa, a média obtida na EPDS foi de 13,95 (DP = 6,41), enquanto nas assintomáticas esse valor foi de apenas 4,38 (DP = 5,15). De forma análoga, entre as mulheres com sintomatologia depressiva, a média da EPDS foi de 13,70 (DP = 6,45), contrastando com uma média de 5,50 (DP = 6,85) nas assintomáticas. Esta diferença estatisticamente significativa confirma o poder discriminativo desta ferramenta de rastreio, além de se revelarem ser superiores aos reportados na literatura existente, em que a pontuação média num dos estudos longitudinais foi de 9,7 (DP = 4,1) no grupo com sintomatologia depressiva no pós-parto e de 5,4 (DP = 4,5) no grupo sem sintomas¹²¹.

Adicionalmente, o elevado desempenho psicométrico da EPDS é reconhecido pela evidência científica, traduzindo-se num instrumento de rastreio eficaz e preciso na deteção de sintomatologia ansiosa e depressiva no período perinatal⁴⁸⁻⁵⁰. A literatura sugere que um ponto de corte superior ou igual a 11 pontos pode ser utilizado quando o objetivo é evitar falsos negativos e, por conseguinte, privilegiar a deteção precoce de quadros depressivos, uma vez que, embora menos específico, apresenta maior sensibilidade do que um ponto de corte de 13 ou mais pontos⁵¹. Portanto, o valor de 12, como ponto de corte da EPDS, parece demonstrar um maior equilíbrio

entre a sensibilidade e a especificidade da ferramenta de rastreio. A aplicação da EPDS às 45 participantes da amostra estudada com um ponto de corte de 12 ou mais pontos permitiu reforçar a alta especificidade (87,5%), que se encontra igualmente documentada na literatura existente (87%), mesmo que o presente estudo tenha apresentado uma sensibilidade inferior da EPDS comparativamente à reportada na evidência científica (62,2% *versus* 86%)⁵², possivelmente justificada pela reduzida dimensão da amostra e baixa representatividade estatística. O valor preditivo positivo de 95,8% apurado na presente amostra denota que o ponto de corte clínico considerado foi adequado, sendo que o valor preditivo negativo de 33,3% alerta para a possibilidade de falsos negativos, como por exemplo em mulheres com estratégias de *coping* defensivo ou com dificuldades em verbalizar o sofrimento emocional. Também é fundamental considerar o estigma associado à doença mental, que se encontra ainda enraizado na população portuguesa¹²², o que pode ter condicionado algumas mulheres a responderem de forma fidedigna à EPDS.

Através da análise dos dados obtidos no estudo vigente, foi possível verificar que um resultado positivo no rastreio com a EPDS (≥ 12 pontos) está estatisticamente associado a uma probabilidade de cerca de doze vezes maior de ter sintomas ansiosos e depressivos no período pós-parto. Este achado revela que a aplicação da EPDS pode ser utilizada como preditor clínico de risco para perturbações mentais no puerpério. Porém, a elevada OR observada dever-se-á, eventualmente, à natureza da amostra, composta por pacientes com acompanhamento em consulta especializada de psiquiatria perinatal, o que pode refletir uma maior carga psicopatológica. Este contexto clínico específico pode ter contribuído para a amplificação da associação entre pontuações elevadas na EPDS e a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto. É importante notar que, embora a EPDS seja uma ferramenta valiosa para o rastreio de perturbações mentais perinatais, a sua utilização deve ser complementada por uma avaliação clínica por médico/a psiquiatra para confirmar o diagnóstico e orientar o tratamento adequado.

Assim sendo, os resultados da presente investigação reforçam a importância da aplicação sistemática da EPDS em contexto de vigilância clínica, incluindo nas entidades prestadoras de cuidados de saúde primários, permitindo sinalizar precocemente grávidas ou puérperas em risco, mesmo na ausência de um diagnóstico clínico formal de depressão na gravidez ou de DPP^{42,44,49,123}.

Limitações do Estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que importa considerar na interpretação dos resultados obtidos.

Em primeiro lugar, o facto de alguns partos terem ocorrido em entidades prestadoras de cuidados de saúde do setor privado, as quais não disponibilizam a informação clínica através da plataforma nacional de RSE, ou a própria natureza incompleta dos registos eletrónicos realizados pelo corpo clínico das entidades do setor público, o que limitou o acesso a dados obstétricos detalhados e objetivos. Esta dificuldade foi parcialmente contornada pela informação clínica presente nos registos da consulta de psiquiatria perinatal, não obstante a subjetividade da mesma por se tratar de uma anamnese dirigida à paciente em questão, sem conhecimento científico na área da

obstetrícia. Tal circunstância pode ter comprometido a objetividade e a exatidão de determinados dados obstétricos e, em alguns casos, na omissão de alguma intercorrência obstétrica, desconhecida ou não mencionada pela doente.

Em segunda instância, a dimensão reduzida da amostra obtida, composta por apenas 70 participantes, das quais só 45 foram submetidas à EPDS, restringe o poder estatístico do estudo, o que, por conseguinte, dificulta a obtenção de resultados estatisticamente significativos, mesmo na presença de tendências clínicas relevantes. Esta limitação refletiu-se, nomeadamente, na impossibilidade de aplicar regressões logísticas binárias a um conjunto de variáveis obstétricas, uma vez que a reduzida frequência verificada por categoria e/ou a assimetria na distribuição dos eventos originavam valores estimados de OR desproporcionais ou, até mesmo, inquantificáveis, ou com IC 95% extremamente alargados, inviabilizando a interpretação dos modelos aplicados. Pelo mesmo motivo, verificou-se que algumas análises, cujos valores de OR se situavam acima de 1 na ausência de desfechos obstétricos adversos (restrição do crescimento fetal, suspeita de sofrimento fetal e indução do parto), quando associadas ao diagnóstico clínico de DPP traduzem-se em desvios de interpretação que não refletem uma relação causal clinicamente plausível entre as variáveis do estudo. Estes achados podem ser igualmente justificados por a amostra utilizada ter sido composta por pacientes da consulta de psiquiatria perinatal de um hospital terciário e, por isso, o grupo de controlo incluiu um conjunto heterogêneo de outras perturbações psiquiátricas, constituindo, assim, uma variável confundidora. Portanto, para investigações futuras com o mesmo objetivo principal, recomenda-se a inclusão de um grupo de controlo composto exclusivamente por mulheres sem patologia psiquiátrica, de forma a clarificar, com precisão e exatidão, o impacto que a ocorrência de intercorrências obstétricas pode ter no desenvolvimento de DPP.

É possível destacar ainda a impossibilidade de controlar, de forma exaustiva, potenciais fatores de confusão, como por exemplo, variáveis sociodemográficas (como contexto socioeconómico, eventos de vida *stressantes*, conflitos conjugais e suporte social), história obstétrica (como índice obstétrico e planeamento da gravidez correspondente), antecedentes pessoais e familiares psiquiátricos e, eventualmente, ter o/a filho/a fora dos seus cuidados (como em situação de institucionalização), que poderiam influenciar os resultados obtidos. Além disso, como a amostra estudada incluiu mulheres que frequentavam a consulta externa de psiquiatria perinatal desde dezembro de 2021, o impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental materna perinatal não foi especificamente controlado, o que poderá ter influenciado os resultados, atendendo ao impacto documentado desta variável em estudos prévios.

Implicações Clínicas do Estudo

Apesar das limitações previamente discutidas, o presente estudo expõe vários contributos clínicos relevantes, tendo por base a compreensão relacional entre a ocorrência de determinadas intercorrências obstétricas e a saúde mental materna no pós-parto.

No caso em concreto do reconhecimento da vivência do parto como uma experiência traumática, que se associa, de forma estatisticamente significativa, à presença de sintomatologia ansiosa ou depressiva no pós-parto e ao diagnóstico clínico de DPP, salienta-se a necessidade de adoção de estratégias preventivas e terapêuticas centradas na vivência materna e, por conseguinte, dirigidas

à saúde mental materno-infantil, em detrimento da prática clínica tradicional baseada, exclusivamente, nos resultados obstétricos objetivados.

Realça-se, então, a importância de considerar o parto como um evento biopsicossocial, onde a percepção individual da mulher (incluindo sentimentos de medo, perda de controle, desrespeito pela dignidade e pela autonomia e apoio emocional negligenciado) desempenha um papel determinante na satisfação materna e no bem-estar mental subsequente¹²⁴. Neste sentido, torna-se imprescindível que a equipa de profissionais de saúde adote práticas obstétricas que integrem dimensões de comunicação empática, consentimento informado com extensão do tempo necessário para tomada de decisão e envolvimento ativo da parturiente em todas as etapas do processo.

Ademais, a avaliação sistemática do parâmetro da vivência de parto traumático por autorrelato da mulher, deve ser incorporada, rotineiramente, na vigilância clínica pós-natal, atuando como sinal de alerta precoce para risco de morbilidade psiquiátrica neste período crítico. Por outro lado, a identificação atempada de mulheres com esta intercorrência permitiria a referenciação atempada para apoio psicológico ou psiquiátrico, evitando a perpetuação de quadros ansiosos e depressivos não tratados durante o primeiro ano de pós-parto, promovendo uma vinculação mãe-bebé mais segura e o bem-estar físico e emocional materno e fetal. Por este motivo, é essencial garantir a formação contínua das equipas multidisciplinares que integram o ambiente hospitalar, mais concretamente as salas e os blocos de parto e as enfermarias médicas materno-fetais e do puerpério, com foco não apenas nas competências técnicas, mas também na promoção de cuidados de saúde mais humanizados.

Em síntese, as implicações clínicas deste estudo pretendem assinalar a premência em reconhecer que a saúde mental materna não pertence a um domínio periférico da obstetrícia, mas sim a uma dimensão central de prestação de cuidados perinatais de qualidade. Para além de uma medida preventiva, a integração de estratégias de promoção da saúde mental no território da obstetrícia constitui um imperativo categórico da prática clínica verdadeiramente centrada na mulher como um todo.

CONCLUSÃO

O presente estudo contribui de forma relevante para o avanço do conhecimento na área da psiquiatria perinatal, atendendo ao possível impacto que a ocorrência de intercorrências obstétricas pode ter no desenvolvimento de quadros psiquiátricos no puerpério, com particular ênfase na DPP.

Através da análise de uma amostra de mulheres com seguimento em contexto de consulta externa de psiquiatria perinatal, foi possível identificar fatores de risco obstétricos, que, direta ou indiretamente, se associam ao sofrimento emocional materno, reforçando a importância de uma abordagem integrada entre o bem-estar físico e o bem-estar psíquico ao longo do período perinatal.

Relativamente aos achados estatisticamente significativos da análise efetuada, destaca-se o impacto da vivência do parto, enquanto experiência traumática, como preditor de sintomatologia ansiosa, depressiva e até mesmo de diagnóstico clínico de DPP. Esta percepção subjetiva, frequentemente negligenciada na prática clínica, mostra-se mais relevante do que propriamente os desfechos obstétricos objetivados, sublinhando a importância de questionar, escutar e validar a experiência individual de cada parturiente. Este dado evidencia o papel primordial do suporte emocional oferecido pelo/a acompanhante e pela equipa de profissionais de saúde durante o trabalho de parto e da humanização dos cuidados prestados na sala ou bloco de partos.

Todavia, as outras variáveis obstétricas do estudo (incluindo o tipo de parto, a programação da cesariana, a técnica anestésica utilizada no parto, a idade gestacional ao nascimento, a presença de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, oligoâmnios, restrição do crescimento fetal, suspeita do sofrimento fetal, hemorragia pós-parto e o índice de Apgar) não demonstraram apresentar relação estatisticamente significativa com o desencadear de psicopatologia no pós-parto. No que toca ao diagnóstico clínico psiquiátrico, as variáveis obstétricas de suspeita de sofrimento fetal e de restrição do crescimento fetal, apresentaram resultados estatisticamente significativos, contudo, estas foram mais frequentes no grupo de mulheres com diagnósticos psiquiátricos distintos da DPP. Estes achados, embora não sustentem uma relação causal com a DPP, sugerem que estas duas complicações obstétricas podem influenciar, de certo modo, o perfil psicopatológico materno, merecendo ser alvo de análise em estudos futuros com maior poder estatístico e com um grupo de controlo de mulheres sem qualquer patologia psiquiátrica.

Ademais, a análise mostrou que um rastreio positivo na EPDS se associou significativamente à presença de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto, validando a utilidade clínica deste instrumento como ferramenta de rastreio em contexto perinatal. A EPDS revelou-se eficaz na identificação de mulheres em risco de desenvolver DPP, reforçando a necessidade de intervenção precoce às mesmas com a implementação sistemática do rastreio em contexto oportuno de vigilância pós-natal, quer antes da alta hospitalar do internamento do puerpério, quer nas consultas dos cuidados de saúde primários.

As limitações metodológicas identificadas, tais como a dimensão reduzida da amostra, a distribuição assimétrica da amostra pelas categorias das diversas variáveis obstétricas estudadas e

a heterogeneidade do grupo de comparação (constituído por participantes com diferentes patologias psiquiátricas), exigem uma reflexão crítica na interpretação dos resultados obtidos, não sendo possível generalizar conclusões para a população portuguesa. Ainda assim, este estudo constitui uma base empírica pertinente para o avanço do conhecimento científico nesta área, salientando a complexidade multifatorial do sofrimento psíquico da mulher no pós-parto. Esta perspetiva multidimensional parece ter o contributo da componente objetiva das circunstâncias obstétricas, mas, sobretudo, pela vivência subjetiva que a parturiente tem no parto, reforçando a necessidade de abordagens clínicas mais sensíveis ao impacto emocional que o processo de nascimento do/a bebé acarreta.

Deste modo, torna-se imperativo que este estudo não seja utilizado exclusivamente para reflexão académica, mas também para a implementação de mudanças significativas e concretas na sensibilização da comunidade médica e científica, no âmbito de uma abordagem integrada à saúde mental da mulher no período perinatal. Mais do que reconhecer as intercorrências obstétricas como eventos isolados, é crucial compreender o impacto, mesmo que subjetivo, que estas podem ter na experiência da mulher, no seu bem-estar emocional e na sua adaptação à maternidade.

Em suma, o trabalho científico vigente abre portas para a realização de estudos futuros, ora nacionais ora internacionais, que permitam aprofundar a relação entre fatores obstétricos e sofrimento emocional no pós-parto, com particular atenção à perceção da mulher sobre o seu parto. Será determinante consolidar o conhecimento científico nesta área, para promoção de estratégias orientadas para a prevenção e promoção da saúde mental nesta etapa de grande vulnerabilidade, que é o período perinatal. Afinal, ignorar o sofrimento psíquico materno, que ecoa nas paredes do hospital, é comprometer, silenciosamente, o bem-estar da mulher, do/a seu/sua bebé e, em última instância, da sociedade que a figura materna ajuda a criar, espelhando o grau de humanização dos sistemas de saúde de cada país e do mundo.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Tabela I - Análise descritiva da amostra.

Variável	Frequência (n = 70)	Percentagem
	Média (±DP)	Intervalo
Idade Materna	31,60 (±6,81)	[19;45]
<u>Variáveis Obstétricas</u>		
Tipo de parto		
Vaginal		
Eutócico	21	30,0%
Distócico instrumentado	11	15,7%
Cesariana	38	54,3%
Programação da cesariana*		
Eletiva	11	28,9%
Não Planeada		
Urgente	20	52,6%
Emergente	7	18,4%
<i>*Entre as 38 verificadas</i>		
Analgesia/anestesia durante o parto		
Locorregional	62	88,6%
Geral	7	10,0%
Combinada	1	1,4%
	Média (±DP)	Intervalo
Idade gestacional ao nascimento	38,64 (±1,83)	[28;41]
Prematuridade		
Parto pré-termo (<37 semanas)	3	4,3%
Parto a termo (≥37 semanas)	67	95,7%
Rutura de membranas		
Precoce	27	38,6%
Artificial	27	38,6%
Prematura		
A termo	11	15,7%
Pré-termo	2	2,9%
Prolongada	2	2,9%
Desconhecido	1	1,4%
Diabetes gestacional		
Presente	10	14,3%
Ausente	60	85,7%
Pré-eclâmpsia		
Presente	7	10,0%
Ausente	63	90,0%

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão.

(Continua na página seguinte)

Tabela I - Análise descritiva da amostra. (Continuação)

Variável	Frequência (n = 70)	Percentagem
Eclâmpsia		
Presente	0	0,0%
Ausente	70	100%
Oligoâmnios		
Presente	1	1,4%
Ausente	69	98,6%
Restrição do crescimento fetal		
Presente	15	21,4%
Ausente	55	78,6%
Suspeita de sofrimento fetal		
Sim	15	21,4%
Não	55	78,6%
Indução do parto		
Sim	31	44,3%
Não	39	55,7%
Hemorragia pós-parto		
Sim	6	8,6%
Não	64	91,4%
Índice de Apgar do recém-nascido		
Ao primeiro minuto		
<7 (má adaptação)	2	2,9%
≥7 (boa adaptação)	68	97,1%
	Média (±DP)	Intervalo
	8,73 (±0,80)	[5;10]
Ao quinto minuto		
<7 (má adaptação)	0	0,0%
≥7 (boa adaptação)	70	100%
	Média (±DP)	Intervalo
	9,66 (±0,63)	[7;10]
Ao décimo minuto		
<7 (má adaptação)	0	0,0%
≥7 (boa adaptação)	70	100%
	Média (±DP)	Intervalo
	9,90 (±0,30)	[9;10]
Vivência do parto traumático (autorrelato)		
Sim	31	44,3%
Não	37	52,9%
Desconhecido	2	2,9%

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão.

(Continua na página seguinte)

Tabela I - Análise descritiva da amostra. (Continuação)

Variável	Frequência (n = 70)	Porcentagem
Variáveis Psiquiátricas		
Sintomas ansiosos no pós-parto		
Presente	60	85,7%
Ausente	10	14,3%
Sintomas depressivos no pós-parto		
Presente	54	77,1%
Ausente	16	22,9%
Diagnóstico clínico		
Depressão pós-parto	35	50,0%
Outros diagnósticos psiquiátricos	35	50,0%
Resultado da EPDS (pós-parto) **		
Ponto de corte clínico		
<12 pontos	21	46,7%
≥12 pontos	24	53,3%
Item 10		
Positivo	3	6,7%
Negativo	42	93,3%
	Média (±DP)	Intervalo
Pontuação total	12,24 (±7,18)	[0;25]
<i>**Aplicada a 45 mulheres</i>		

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão.

APÊNDICE 2

Tabela II – Associação entre sintomatologia ansiosa no pós-parto e intercorrências obstétricas.

	Sintomatologia ansiosa no pós-parto, n (%)		Valor de p
	Sim	Não	
Tipo de parto			
Vaginal			
Eutócico	18 (30,0%)	3 (30,0%)	0,898
Distócico instrumentado	9 (15,0%)	2 (20,0%)	
Cesariana	33 (55,0%)	5 (50,0%)	
Programação da cesariana			
Eletiva	10 (30,3%)	1 (20,0%)	0,552
Não Planeada			
Urgente	16 (48,5%)	4 (80,0%)	
Emergente	7 (21,2%)	0 (0,0%)	
Analgesia/anestesia durante o parto			
Locorregional	52 (86,7%)	100 (0,0%)	0,651
Geral	7 (11,7%)	0 (0,0%)	
Combinada	1 (1,7%)	0 (0,0%)	
	Média (±DP)	Média (±DP)	
Idade gestacional ao nascimento	38,53 (±1,89)	39,30 (±1,34)	0,224
Prematuridade			
Parto pré-termo (<37 semanas)	3 (5,0%)	0 (0,0%)	1,000
Parto a termo (≥37 semanas)	57 (95,0%)	10 (100%)	
Rutura de membranas			
Precoce	23 (39,0%)	4 (40,0%)	1,000
Artificial	23 (39,0%)	4 (40,0%)	
Prematura			
A termo	9 (15,3%)	2 (20,0%)	
Pré-termo	2 (3,4%)	0 (0,0%)	
Prolongada	2 (3,4%)	0 (0,0%)	
Diabetes gestacional			
Presente	8 (13,3%)	2 (20,0%)	0,627
Ausente	52 (86,7%)	8 (80,0%)	
Pré-eclâmpsia			
Presente	5 (8,3%)	2 (20,0%)	0,260
Ausente	55 (91,7%)	8 (80,0%)	
Oligoâmnios			
Presente	1 (1,7%)	0 (0,0%)	1,000
Ausente	59 (98,3%)	10 (100%)	
Restrição do crescimento fetal			
Presente	12 (20,0%)	3 (30,0%)	0,437
Ausente	48 (80,0%)	7 (70,0%)	

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão; Valor de p - Significância.

(Continua na página seguinte)

Tabela II – Associação entre sintomatologia ansiosa no pós-parto e intercorrências obstétricas.
(Continuação)

	Sintomatologia ansiosa no pós-parto, n (%)		Valor de p
	Sim	Não	
Suspeita de sofrimento fetal			
Sim	12 (20,0%)	3 (30,0%)	0,437
Não	48 (80,0%)	7 (70,0%)	
Indução do parto			
Sim	25 (41,7%)	6 (60,0%)	0,320
Não	35 (58,3%)	4 (40,0%)	
Hemorragia pós-parto			
Sim	6 (10,0%)	0 (0,0%)	0,583
Não	54 (90,0%)	10 (100%)	
Índice de Apgar do recém-nascido			
Ao primeiro minuto			
<7 (má adaptação)	1 (1,7%)	1 (10,0%)	0,267
≥7 (boa adaptação)	59 (98,3%)	9 (90,0%)	
Vivência do parto traumático (autorrelato)			
Sim	30 (50,8%)	1 (11,1%)	0,033
Não	29 (49,2%)	8 (88,9%)	

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão; Valor de p - Significância.

APÊNDICE 3

Tabela III – Associação entre sintomatologia depressiva no pós-parto e intercorrências obstétricas.

	Sintomatologia depressiva no pós-parto, n (%)		Valor de p
	Sim	Não	
Tipo de parto			
Vaginal			
Eutócico	16 (29,6%)	5 (31,3%)	0,630
Distócico instrumentado	1 (18,5%)	1 (6,3%)	
Cesariana	28 (51,9%)	10 (62,5%)	
Programação da cesariana			
Eletiva	8 (28,6%)	3 (30,0%)	0,889
Não Planeada			
Urgente	14 (50,0%)	6 (60,0%)	
Emergente	6 (21,4%)	1 (10,0%)	
Analgesia/anestesia durante o parto			
Locorregional	47 (87,0%)	15 (93,8%)	1,000
Geral	6 (11,1%)	1 (6,3%)	
Combinada	1 (1,9%)	0 (0,0%)	
	Média (±DP)	Média (±DP)	
Idade gestacional ao nascimento	38,48 (±1,98)	39,19 (±1,11)	0,178
Prematuridade			
Parto pré-termo (<37 semanas)	3 (5,6%)	0 (0,0%)	1,000
Parto a termo (≥37 semanas)	51 (94,4%)	16 (100%)	
Rutura de membranas			
Precoce	20 (37,7%)	7 (43,8%)	1,000
Artificial	20 (37,7%)	7 (43,8%)	
Prematura			
A termo	9 (17,0%)	2 (12,5%)	
Pré-termo	2 (3,8%)	0 (0,0%)	
Prolongada	2 (3,8%)	0 (0,0%)	
Diabetes gestacional			
Presente	8 (14,8%)	2 (12,5%)	1,000
Ausente	46 (85,2%)	14 (87,5%)	
Pré-eclâmpsia			
Presente	5 (9,3%)	2 (12,5%)	0,655
Ausente	49 (90,7%)	14 (87,5%)	
Oligoâmnios			
Presente	1 (1,9%)	0 (0,0%)	1,000
Ausente	53 (98,1%)	16 (100%)	
Restrição do crescimento fetal			
Presente	9 (16,7%)	6 (37,5%)	0,091
Ausente	45 (83,3%)	10 (62,5%)	

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão; Valor de p - Significância.

(Continua na página seguinte)

Tabela III – Associação entre sintomatologia depressiva no pós-parto e intercorrências obstétricas. (Continuação)

	Sintomatologia depressiva no pós-parto, n (%)		Valor de p
	Sim	Não	
Suspeita de sofrimento fetal			
Sim	11 (20,4%)	4 (25,0%)	0,734
Não	43 (79,6%)	12 (75,0%)	
Indução do parto			
Sim	24 (44,4%)	7 (43,8%)	0,961
Não	30 (55,6%)	9 (56,3%)	
Hemorragia pós-parto			
Sim	5 (9,3%)	1 (6,3%)	1,000
Não	49 (90,7%)	15 (93,8%)	
Índice de Apgar do recém-nascido			
Ao primeiro minuto			
<7 (má adaptação)	2 (3,7%)	0 (0,0%)	1,000
≥7 (boa adaptação)	52 (96,3%)	16 (100%)	
Vivência do parto traumático (autorrelato)			
Sim	28 (51,9%)	3 (21,4%)	0,042
Não	26 (48,1%)	11 (78,6%)	

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão; Valor de p - Significância.

APÊNDICE 4

Tabela IV – Associação entre diagnóstico clínico e intercorrências obstétricas.

	Diagnóstico clínico, n (%)		Valor de p
	Depressão pós-parto	Outros diagnósticos psiquiátricos	
Tipo de parto			
Vaginal			
Eutócico	11 (31,4%)	10 (28,6%)	0,525
Distócico instrumentado	7 (20,0%)	4 (11,4%)	
Cesariana	17 (48,6%)	21 (60,0%)	
Programação da cesariana			
Eletiva	6 (35,3%)	5 (23,8%)	0,557
Não Planeada			
Urgente	9 (52,9%)	11 (52,4%)	
Emergente	2 (11,8%)	5 (23,8%)	
Analgesia/anestesia durante o parto			
Locorregional	29 (82,9%)	33 (94,3%)	0,268
Geral	5 (14,3%)	2 (5,7%)	
Combinada	1 (2,9%)	0 (0,0%)	
	Média (±DP)	Média (±DP)	
Idade gestacional ao nascimento	38,71 (±1,32)	38,57 (±2,25)	0,747
Prematuridade			
Parto pré-termo (<37 semanas)	1 (2,9%)	2 (5,7%)	1,000
Parto a termo (≥37 semanas)	34 (97,1%)	33 (94,3%)	
Rutura de membranas			
Precoce	14 (41,2%)	13 (37,1%)	0,793
Artificial	12 (35,3%)	15 (42,9%)	
Prematura			
A termo	5 (14,7%)	6 (17,1%)	
Pré-termo	1 (2,9%)	1 (2,9%)	
Prolongada	2 (5,9%)	0 (0,0%)	
Diabetes gestacional			
Presente	6 (17,1%)	4 (11,4%)	0,495
Ausente	29 (82,9%)	31 (88,6%)	
Pré-eclâmpsia			
Presente	4 (11,4%)	3 (8,6%)	1,000
Ausente	31 (88,6%)	32 (91,4%)	
Oligoâmnios			
Presente	0 (0,0%)	1 (2,9%)	1,000
Ausente	35 (100%)	34 (97,1%)	
Restrição do crescimento fetal			
Presente	4 (11,4%)	11 (31,4%)	0,041
Ausente	31 (88,6%)	24 (68,6%)	

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão; Valor de p - Significância.

(Continua na página seguinte)

Tabela IV – Associação entre diagnóstico clínico e intercorrências obstétricas. (Continuação)

	Diagnóstico clínico, n (%)		Valor de p
	Depressão pós-parto	Outros diagnósticos psiquiátricos	
Suspeita de sofrimento fetal			
Sim	4 (11,4%)	11 (31,4%)	0,041
Não	31 (88,6%)	24 (68,6%)	
Indução do parto			
Sim	14 (40,0%)	17 (48,6%)	0,470
Não	21 (60,0%)	18 (51,4%)	
Hemorragia pós-parto			
Sim	3 (8,6%)	3 (8,6%)	1,000
Não	32 (91,4%)	32 (91,4%)	
Índice de Apgar do recém-nascido			
Ao primeiro minuto			
<7 (má adaptação)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	1,000
≥7 (boa adaptação)	34 (97,1%)	34 (97,1%)	
Vivência do parto traumático (autorrelato)			
Sim	20 (57,1%)	11 (33,3%)	0,049
Não	15 (42,9%)	22 (66,7%)	

n – Tamanho da amostra; DP - Desvio-Padrão; Valor de p - Significância.

APÊNDICE 5

Tabela V – Associação do resultado da EPDS com identificação de sintomatologia ansiosa no pós-parto.

	Sintomatologia ansiosa no pós-parto, n (%)		Valor de p
	Sim	Não	
Resultado da EPDS (pós-parto)			
Ponto de corte clínico			
<12 pontos	14 (37,8%)	7 (87,5%)	0,017
≥12 pontos	23 (62,2%)	1 (12,5%)	
Item 10			
Positivo	3 (8,1%)	0 (0,0%)	1,000
Negativo	34 (91,9%)	8 (100%)	
	Média (±DP)	Média (±DP)	
Pontuação total	13,95 (±6,41)	4,38 (±5,15)	< 0,001

n – Tamanho da amostra; DP – Desvio-Padrão; Valor de p - Significância

APÊNDICE 6

Tabela VI - Associação do resultado da EPDS com identificação de sintomatologia depressiva no pós-parto.

	Sintomatologia depressiva no pós-parto, n (%)		Valor de p
	Sim	Não	
Resultado da EPDS (pós-parto)			
Ponto de corte clínico			
<12 pontos	14 (37,8%)	7 (87,5%)	0,017
≥12 pontos	23 (62,2%)	1 (12,5%)	
Item 10			
Positivo	3 (8,1%)	0 (0,0%)	1,000
Negativo	34 (91,9%)	8 (100%)	
	Média (±DP)	Média (±DP)	
Pontuação total	13,70 (±6,45)	5,50 (±6,85)	0,002

n – Tamanho da amostra; DP – Desvio-Padrão; Valor de p - Significância

APÊNDICE 7

Tabela VII – Modelo de regressão logística de preditores obstétricos de sintomatologia ansiosa no pós-parto.

Sintomatologia ansiosa no pós-parto			
	OR	IC 95%	Valor de p
Tipo de parto			
Vaginal	-	-	-
Cesariana	1,22	[0,32;4,67]	0,769
Programação da cesariana			
Eletiva	1,74	[0,17;17,59]	0,639
Não Planeada	-	-	-
Diabetes gestacional			
Presente	-	-	-
Ausente	1,63	[0,29;9,07]	0,580
Pré-eclâmpsia			
Presente	-	-	-
Ausente	2,75	[0,46;16,63]	0,271
Restrição do crescimento fetal			
Presente	-	-	-
Ausente	1,71	[0,39;7,63]	0,479
Suspeita de sofrimento fetal			
Sim	-	-	-
Não	1,71	[0,39;7,63]	0,479
Indução do parto			
Sim	-	-	-
Não	2,10	[0,54;8,23]	0,287
Índice de Apgar do recém-nascido			
Ao primeiro minuto			
<7 (má adaptação)	-	-	-
≥7 (boa adaptação)	6,56	[0,38;114,38]	0,287
Vivência do parto traumático (autorrelato)			
Sim	8,28	[0,97;70,38]	0,053
Não	-	-	-

OR – Odds Ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança a 95%; Valor de p - Significância

APÊNDICE 8

Tabela VIII - Modelo de regressão logística de preditores obstétricos de sintomatologia depressiva no pós-parto.

Sintomatologia depressiva no pós-parto			
	OR	IC 95%	Valor de p
Tipo de parto			
Vaginal	1,55	[0,49;4,86]	0,454
Cesariana	-	-	-
Programação da cesariana			
Eletiva	-	-	-
Não Planeada	1,07	[0,22;5,21]	0,932
Diabetes gestacional			
Presente	1,22	[0,23;6,41]	0,816
Ausente	-	-	-
Pré-eclâmpsia			
Presente	-	-	-
Ausente	1,40	[0,25;8,01]	0,705
Restrição do crescimento fetal			
Presente	-	-	-
Ausente	3,00	[0,87;10,36]	0,082
Suspeita de sofrimento fetal			
Sim	-	-	-
Não	1,30	[0,35;4,84]	0,692
Indução do parto			
Sim	1,03	[0,33;3,17]	0,961
Não	-	-	-
Hemorragia pós-parto			
Sim	1,53	[0,17;14,14]	0,708
Não	-	-	-
Vivência do parto traumático (autorrelato)			
Sim	3,95	[0,99;15,75]	0,052
Não	-	-	-

OR – Odds Ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança a 95%; Valor de p - Significância

APÊNDICE 9

Tabela IX - Modelo de regressão logística de preditores obstétricos diagnóstico clínico de depressão pós-parto.

Diagnóstico clínico de depressão pós-parto			
	OR	IC 95%	Valor de p
Tipo de parto			
Vaginal	1,59	[0,62;4,09]	0,338
Cesariana	-	-	-
Programação da cesariana			
Eletiva	1,75	[0,43;7,17]	0,440
Não Planeada	-	-	-
Diabetes gestacional			
Presente	1,60	[0,41;6,26]	0,497
Ausente	-	-	-
Pré-eclâmpsia			
Presente	1,38	[0,29;6,66]	0,691
Ausente	-	-	-
Restrição do crescimento fetal			
Presente	-	-	-
Ausente	3,55	[1,01;12,55]	0,049
Suspeita de sofrimento fetal			
Sim	-	-	-
Não	3,55	[1,01;12,55]	0,049
Indução do parto			
Sim	-	-	-
Não	1,42	[0,55;3,65]	0,471
Hemorragia pós-parto			
Sim	1,00	[0,19;5,33]	1,000
Não	1,00	[0,19;5,33]	1,000
Índice de Apgar do recém-nascido			
Ao primeiro minuto			
<7 (má adaptação)	1,00	[0,06;16,65]	1,000
≥7 (boa adaptação)	1,00	[0,06;16,65]	1,000
Vivência do parto traumático (autorrelato)			
Sim	2,67	[1,00;7,15]	0,051
Não	-	-	-

OR – Odds Ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança a 95%; Valor de p - Significância

APÊNDICE 10

Tabela X - Rastreio positivo na EPDS como preditor de sintomatologia ansiosa e depressiva no pós-parto.

Rastreio positivo na EDPS (≥ 12 pontos)			
	OR	IC 95%	Valor de p
Sintomas ansiosos no pós-parto			
Presente	11,50	[1,28;103,59]	0,029
Ausente	-	-	-
Sintomas depressivos no pós-parto			
Presente	11,50	[1,28;103,59]	0,029
Ausente	-	-	-

OR – Odds Ratio; IC 95% - Intervalo de Confiança a 95%; Valor de p - Significância

APÊNDICE 11



SMR060461

 NSW Health Facility: THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE	FAMILY NAME	MRN
	GIVEN NAME	
	D.O.B. ____/____/____	M.O.
	ADDRESS	
	LOCATION	
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

PORTUGUESE

Como teve um bebê recentemente, gostaríamos de saber como se sente agora. Favor selecionar a resposta que melhor descreve o modo como tem se sentido NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, não apenas como se sente hoje. Aqui está um exemplo já completo:

Senti-me feliz:

☐ Sim, sempre
☒ Sim, quase sempre
☐ Não, raramente
☐ Não, nunca

Isto significaria: 'Senti-me feliz quase sempre durante a semana passada'. Favor completar as outras questões do mesmo modo.

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

☐ Tanto como antes
☐ Não tanto como antes agora
☐ Definitivamente, não tanto como antes agora
☐ Nunca

2. Tenho aguardado com expectativa as coisas com prazer:

☐ Tanto como sempre
☐ Muito menos do que antes
☐ Definitivamente menos do que antes
☐ Quase nunca

3. Tenho me culpado desnecessariamente quando as coisas deram errado:

☐ Sim, na maioria das vezes
☐ Sim, algumas vezes
☐ Raramente
☐ Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem um bom motivo:

☐ Não, nunca
☐ Quase nunca
☐ Sim, as vezes
☐ Sim, muitas vezes

5. Tenho sentido medo ou pânico sem um motivo muito bom:

☐ Sim, bastante
☐ Sim, as vezes
☐ Não, raramente
☐ Não, nunca

6. As coisas tem estado me sobrecarregando:

☐ Sim, na maioria das vezes não tenho conseguido lidar com elas de forma alguma
☐ Sim, as vezes não tenho conseguido lidar bem com elas como conseguia antes
☐ Não, na maioria das vezes consigo lidar muito bem com elas
☐ Não, tenho estado lidando com elas tão bem como antes

7. Tenho estado tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir:

☐ Sim, na maioria das vezes
☐ Sim, as vezes
☐ Não, raramente
☐ Não, nunca

8. Tenho me sentido triste ou infeliz:

☐ Sim, na maioria das vezes
☐ Sim, frequentemente
☐ Raramente
☐ Não, nunca

9. Tenho estado tão infeliz que tenho estado chorando:

☐ Sim, na maioria das vezes
☐ Sim, frequentemente
☐ Somente as vezes
☐ Não, nunca

10. O pensamento de me machucar me ocorreu:

☐ Sim, regularmente
☐ As vezes
☐ Quase nunca
☐ Nunca

Completed by _____ Date _____ Total Score: ____ / 30 Total Score for Question 10: ____ / 3

(initials)

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.

Figura 1 – Questionário aplicado às participantes: Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS)^{49,125}.

BIBLIOGRAFIA

1. Du Y, Chen WL, Ma L, Jing XY, Yuan ZW, Fan J. Analysis of the correlation between general postpartum well-being and depression in primiparas: A cross-sectional study. *Medicine* [Internet]. Wolters Kluwer Health; 2024 Apr 4 [cited 2024 May 16];103(14):E37658. Available from: /pmc/articles/PMC10994432/ PMID: 38579057
2. Garcia-Esteve L, Valdés Miyar M. *Manual de Psiquiatría Perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2017.
3. Sun R, Zhao M, Ma L, Duan Y, Wei J. High psychological stress levels related to delivery can increase the occurrence of postpartum mental disorders. *Front Psychiatry* [Internet]. Frontiers Media SA; 2023 [cited 2024 May 16];14:1273647. Available from: /pmc/articles/PMC10769493/ PMID: 38188054
4. O'hara MW, Wisner KL, Norman J, Asher H. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. Bailliere Tindall Ltd; 2013 [cited 2025 Feb 22];28(1):3. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7077785/> PMID: 24140480
5. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med* [Internet]. Cleveland Clinic Journal of Medicine; 2020 May 1 [cited 2024 Feb 5];87(5):273–277. Available from: <https://www.ccmj.org/content/87/5/273> PMID: 32357982
6. Li H, Bowen A, Bowen R, Muhajarine N, Balbuena L. Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2021 Dec 1 [cited 2024 Feb 27];21(1):1–9. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04021-y> PMID: 34429072
7. Tato Fernandes F, de Almeida AB, Fernandes M, Correia R, Magalhães R, Buchner G, Braga J, Freitas P. Perinatal depression and mental health uptake referral rate in an obstetric service. *Sci Rep* [Internet]. Nature Publishing Group; 2023 Dec 1 [cited 2024 May 18];13(1):10987. Available from: /pmc/articles/PMC10328992/ PMID: 37419918
8. Swart T, Shandley K, Huynh M, Brown CM, Austin DW, Bhowmik J. Pregnancy complications and their association with postpartum depression symptoms: a retrospective study. *Aust J Psychol* [Internet]. Taylor & Francis; 2023 Dec 31 [cited 2024 May 15];75(1). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00049530.2023.2247088>
9. Gopalan P, Spada ML, Shenai N, Brockman I, Keil M, Livingston S, Moses-Kolko E, Nichols N, O'Toole K, Quinn B, Glance JB. Postpartum Depression—Identifying Risk and Access to Intervention. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. Nature Publishing Group; 2022 Dec 1 [cited 2024 May 16];24(12):889. Available from: /pmc/articles/PMC9702784/ PMID: 36422834

10. Bar-Oz B, Einarson T, Einarson A, Boskovic R, O'Brien L, Malm H, Bérard A, Koren G. Paroxetine and congenital malformations: Meta-Analysis and consideration of potential confounding factors. *Clin Ther.* Elsevier; 2007 May 1;29(5):918–926. PMID: 17697910
11. Wurst KE, Poole C, Ephross SA, Olshan AF. First trimester paroxetine use and the prevalence of congenital, specifically cardiac, defects: A meta-analysis of epidemiological studies. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 Mar 1 [cited 2025 Mar 8];88(3):159–170. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bdra.20627> PMID: 19739149
12. Huybrechts KF, Sanghani RS, Avorn J, Urato AC. Preterm Birth and Antidepressant Medication Use during Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* [Internet]. Public Library of Science; 2014 Mar 26 [cited 2025 Mar 8];9(3):e92778. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3966829/> PMID: 24671232
13. Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study. *The BMJ* [Internet]. 2012 Nov 17 [cited 2025 Mar 8];345(7883):e7085. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3493986/> PMID: 23137820
14. Vigod SN, Gomes T, Wilton AS, Taylor VH, Ray JG. Antipsychotic drug use in pregnancy: high dimensional, propensity matched, population based cohort study. *The BMJ* [Internet]. BMJ Publishing Group; 2015 May 13 [cited 2025 Mar 8];350:h2298. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4430156/> PMID: 25972273
15. Wang X, Zhang T, Ekheden I, Chang Z, Hellner C, Jan Hasselström, Jayaram-Lindström N, M D'Onofrio B, Larsson H, Mataix-Cols D, Sidorchuk A. Prenatal exposure to benzodiazepines and Z-drugs in humans and risk of adverse neurodevelopmental outcomes in offspring: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* Pergamon; 2022 Jun 1;137:104647. PMID: 35367514
16. Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. *Psychiatric Services* [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2002 [cited 2025 Mar 8];53(1):39–49. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.53.1.39> PMID: 11773648
17. Malm H, Sourander A, Gissler M, Gyllenberg D, Hinkka-Yli-Salomäki S, McKeague IW, Artama M, Brown AS. Pregnancy complications following prenatal exposure to SSRIs or maternal psychiatric disorders: Results from population-based national register data. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. American Psychiatric Association; 2015 Dec 1 [cited 2025 Mar 8];172(12):1224–1232. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.14121575> PMID: 26238606
18. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. Best Pract Res Clin

- Obstet Gynaecol; 2014 [cited 2025 May 9];28(1):25–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24090740/> PMID: 24090740
19. Glover V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2011 Apr 1 [cited 2025 May 11];52(4):356–367. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.2011.02371.x> PMID: 21250994
 20. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. *J Child Psychol Psychiatry*; 2007 Mar [cited 2025 May 9];48(3–4):245–261. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17355398/> PMID: 17355398
 21. Cardwell MS. Stress: pregnancy considerations. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. *Obstet Gynecol Surv*; 2013 Feb [cited 2025 May 11];68(2):119–129. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23417218/> PMID: 23417218
 22. Ayala NK, Lewkowitz AK, Whelan AR, Miller ES. Perinatal Mental Health Disorders: A Review of Lessons Learned from Obstetric Care Settings. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. Dove Medical Press Ltd; 2023 [cited 2025 May 9];19:427. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9971615/> PMID: 36865680
 23. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* [Internet]. *Br J Psychiatry*; 2002 [cited 2025 May 9];180(JUNE):502–508. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12042228/> PMID: 12042228
 24. Parameshwaran S, Chandra P. Will the DSM-5 and ICD-11 “Make-over” really make a difference to women's mental health? *Indian J Soc Psychiatry* [Internet]. Medknow; 2018 [cited 2025 Feb 22];34(5):79. Available from: https://www.researchgate.net/publication/329066305_Will_the_DSM-5_and_ICD-11_Make-over_really_make_a_difference_to_women's_mental_health
 25. Carlson K, Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Perinatal Depression. *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing; 2025 Jan 22 [cited 2025 Feb 22];1–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/> PMID: 30085612
 26. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cited 2025 Feb 22]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1124422593>
 27. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5-TR. 5th ed. Lisboa: Climepsi; 2023.
 28. Behl R. The World Health Organization's recommendations on postnatal mental health: The advances made and consolidated limitations. *Ethics Med Public Health*. Elsevier Masson; 2023 Dec 1;31:100940.

29. Putnam KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Bergink V, Munk-Olsen T, Deligiannidis KM, Payne J, Altemus M, Newport J, Apter G, Devouche E, Viktorin A, Magnusson P, Penninx B, Buist A, Bilszta J, O'Hara M, Stuart S, Brock R, Roza S, Tiemeier H, Guille C, Epperson CN, Kim D, Schmidt P, Martinez P, Di Florio A, Wisner KL, Stowe Z, Jones I, Sullivan PF, Rubinow D, Wildenhaus K, Meltzer-Brody S. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. *Lancet Psychiatry*. Elsevier; 2017 Jun 1;4(6):477–485. PMID: 28476427
30. Dimcea DAM, Petca RC, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca A. Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics* [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024 May 1 [cited 2025 Feb 23];14(9):865. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11083152/> PMID: 38732283
31. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. Annual Reviews; 2013 Mar 28 [cited 2025 Mar 13];9(Volume 9, 2013):379–407. Available from: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612> PMID: 23394227
32. Yang G, Hisada A, Yamamoto M, Kawanami A, Mori C, Sakurai K, Kamijima M, Yamazaki S, Ohya Y, Kishi R, Yaegashi N, Hashimoto K, Ito S, Yamagata Z, Inadera H, Nakayama T, Sobue T, Shima M, Kageyama S, Suganuma N, Ohga S, Katoh T. Effect of nausea and vomiting during pregnancy on mother-to-infant bonding and the mediation effect of postpartum depression: the Japan Environment and Children's Study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BMC; 2023 Dec 1 [cited 2024 May 16];23(1). Available from: [/pmc/articles/PMC10544486/](https://pmc/articles/PMC10544486/) PMID: 37784021
33. Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. MDPI AG; 2020 Apr 2 [cited 2025 Feb 23];17(8):2675. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7216154/> PMID: 32295106
34. Carona C, Xavier S, Canavarro MC, Fonseca A. Self-compassion and complete perinatal mental health in women at high risk for postpartum depression: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2022 Jun 1 [cited 2024 May 18];95(2):561–574. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papt.12388>
35. Brandão T, Ribeiro AC, Griff MI, Babore A, Diniz E. Social Support and Postpartum Depressive Symptoms in Portuguese Women: The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties. *J Clin Med* [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024 Dec 1 [cited 2025 Mar 9];13(23):7150. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11641909/> PMID: 39685609

36. Lin-Lewry M, Tzeng YL, Li CC, Lee GT, Lee PH, Chen SR, Kuo SY. Trajectories of sleep quality and depressive symptoms in women from pregnancy to 3 months postpartum: a prospective cohort study. *J Sleep Res* [Internet]. *J Sleep Res*; 2023 Oct 1 [cited 2024 May 16];32(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37128654/> PMID: 37128654
37. Banasiewicz J, Zaręba K, Bińkowska M, Rozenek H, Wójtowicz S, Jakiel G. Perinatal Predictors of Postpartum Depression: Results of a Retrospective Comparative Study. *J Clin Med* [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2020 Sep 1 [cited 2024 May 16];9(9):1–11. Available from: [/pmc/articles/PMC7564238/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32932622/) PMID: 32932622
38. Dimcea DAM, Petca RC, Dumitraşcu MC, Şandru F, Mehedinţu C, Petca A. Postpartum Depression: Etiology, Treatment, and Consequences for Maternal Care. *Diagnostics* [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2024 May 1 [cited 2025 Apr 26];14(9):865. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11083152/> PMID: 38732283
39. Li X, Gao R, Dai X, Liu H, Zhang J, Liu X, Si D, Deng T, Xia W. The association between symptoms of depression during pregnancy and low birth weight: A prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BioMed Central Ltd.; 2020 Mar 6 [cited 2024 Feb 8];20(1):1–7. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-2842-1> PMID: 32138708
40. O’Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* [Internet]. Taylor & Francis; 1996 [cited 2025 Mar 9];8(1):37–54. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540269609037816>
41. Gorman LL, O’Hara MW, Figueiredo B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer MH, Klier CM, Rosi S, Seneviratne G, Sutter-Dallay AL. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry Suppl* [Internet]. *Br J Psychiatry Suppl*; 2004 [cited 2025 Mar 9];46(SUPPL. 46). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14754814/> PMID: 14754814
42. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. Springer; 2007 Jun 18 [cited 2025 Mar 12];10(3):103–109. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-007-0178-8> PMID: 17510776
43. Branquinho M, Canavarro MC, Fonseca A. Knowledge and attitudes about postpartum depression in the Portuguese general population. *Midwifery*. Churchill Livingstone; 2019 Oct 1;77:86–94. PMID: 31276960
44. Branquinho M, Canavarro MC, Fonseca A. Postpartum Depression in the Portuguese Population: The Role of Knowledge, Attitudes and Help-Seeking Propensity in Intention to Recommend Professional Help-Seeking. *Community Ment Health J* [Internet]. Springer;

- 2020 Nov 1 [cited 2024 May 18];56(8):1436–1448. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-020-00587-7> PMID: 32072375
45. Fonseca A, Gorayeb R, Canavarro MC. Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*. Churchill Livingstone; 2015 Dec 1;31(12):1177–1185. PMID: 26433622
 46. Hompoth EA, Pető Z, Fűrészné Balogh V, Tőreki A. Associations Between Depression Symptoms, Psychological Intervention and Perinatal Complications. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. Springer; 2020 Mar 1 [cited 2024 May 16];27(1):199. Available from: </pmc/articles/PMC7012975/> PMID: 31144220
 47. Caetano B, Branquinho M, Canavarro MC, Fonseca A. Mattering and Depressive Symptoms in Portuguese Postpartum Women: The Indirect Effect of Loneliness. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2022 Sep 1 [cited 2024 May 18];19(18). Available from: </pmc/articles/PMC9516968/> PMID: 36141944
 48. Liu Bm X, Student G, Wang S, Wang | Guangpeng, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2022 Oct 1 [cited 2024 May 16];31(19–20):2665–2677. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16121> PMID: 34750904
 49. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. Cambridge University Press; 1987 [cited 2025 Feb 23];150(6):782–786. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A> PMID: 3651732
 50. Delatte R, Cao H, Meltzer-Brody S, Menard MK. Universal screening for postpartum depression: an inquiry into provider attitudes and practice. *Am J Obstet Gynecol*. Mosby; 2009 May 1;200(5):e63–e64. PMID: 19285644
 51. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *The BMJ* [Internet]. BMJ Publishing Group; 2020 Nov 11 [cited 2025 Mar 9];371:m4022. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7656313/> PMID: 33177069
 52. Hewitt CE, Gilbody SM, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, Green J, Morrell J, Barkham M, Light K, Richards D. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess (Rockv)* [Internet]. National Co-ordinating Centre for HTA; 2009 Jul 27 [cited 2025 Mar 9];13(36):1–230. Available from: www.hta.ac.uk PMID: 19624978

53. Li X, Gao R, Dai X, Liu H, Zhang J, Liu X, Si D, Deng T, Xia W. The association between symptoms of depression during pregnancy and low birth weight: A prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BioMed Central Ltd.; 2020 Mar 6 [cited 2024 Feb 8];20(1):1–7. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-2842-1> PMID: 32138708
54. Costa R, Pinto TM, Conde A, Mesquita A, Motrico E, Figueiredo B. Women’s perinatal depression: Anhedonia-related symptoms have increased in the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. Elsevier; 2023 Sep 1 [cited 2024 Feb 6];84:102–111. Available from: [/pmc/articles/PMC10287182/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37419029/) PMID: 37419029
55. Pereira AT, Bos SC, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, Gomes AA, MacEdo A, De Azevedo MHP. The postpartum depression screening scale: Is it valid to screen for antenatal depression? *Arch Womens Ment Health* [Internet]. Springer; 2011 Jun 20 [cited 2024 Feb 27];14(3):227–238. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-010-0178-y> PMID: 20645114
56. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative Incidence of Depression in Women and Men, During Pregnancy and after Childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. Cambridge University Press; 1996 [cited 2024 Feb 27];169(1):30–35. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/comparative-incidence-of-depression-in-women-and-men-during-pregnancy-and-after-childbirth/AE7454E9692F10132A71C2170292A090> PMID: 8818365
57. Sakemi Y, Nakashima T, Watanabe K, Ochiai M, Sawano T, Inoue H, Kawakami K, Isomura S, Yamashita H, Ohga S. Changing risk factors for postpartum depression in mothers admitted to a perinatal center. *Pediatr Neonatol*. Elsevier; 2023 May 1;64(3):319–326. PMID: 36470709
58. Furuta M, Sandall J, Bick D. A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012 Nov 10 [cited 2025 Mar 13];12:125. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3582425/> PMID: 23140343
59. Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Internet]. Taylor & Francis; 2006 Jun [cited 2025 Mar 13];27(2):99–105. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01674820600714582> PMID: 16808084
60. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, Khalifé S. PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *J Psychosom Res*. Elsevier; 2012 Oct 1;73(4):257–263. PMID: 22980529

61. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creed DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*. Churchill Livingstone; 2014 Feb 1;30(2):255–261. PMID: 23623901
62. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res* [Internet]. *Nurs Res*; 2004 [cited 2025 Mar 13];53(4):216–224. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15266160/> PMID: 15266160
63. Vythilingum B. Should childbirth be considered a stressor sufficient to meet the criteria for PTSD? *Arch Womens Ment Health* [Internet]. Springer; 2010 Feb 3 [cited 2025 Mar 13];13(1):49–50. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-009-0118-x> PMID: 20127456
64. Guo X, Guo X, Wang R, Zhang Y. Effects of Perinatal Cognitive Behavioral Therapy on Delivery Mode, Fetal Outcome, and Postpartum Depression and Anxiety in Women. *Comput Math Methods Med* [Internet]. Hindawi Limited; 2022 [cited 2024 May 16];2022. Available from: </pmc/articles/PMC9529422/> PMID: 36199781
65. Roberts L, Davis GK, Homer CSE. Depression, Anxiety, and Post-traumatic Stress Disorder Following a Hypertensive Disorder of Pregnancy: A Narrative Literature Review. *Front Cardiovasc Med* [Internet]. Frontiers Media S.A.; 2019 Oct 9 [cited 2025 Apr 21];6:147. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6794436/> PMID: 31649935
66. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creed D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med* [Internet]. Cambridge University Press; 2010 Nov [cited 2025 Mar 13];40(11):1849–1859. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/prospective-longitudinal-study-of-the-prevalence-of-posttraumatic-stress-disorder-resulting-from-childbirth-events/3B71F9338A2418235E84AFDC73EC1FA3> PMID: 20059799
67. Wilson CA, Gómez-Gómez I, Parsons J, Costa R, Mesquita A, Voursora E, Contreras-García Y, Levy D, Mateus V, Christoforou A, Felice E, Dikmen-Yildiz P, Domínguez-Salas S, Motrico E. The Mental Health of Women with Gestational Diabetes During the COVID-19 Pandemic: An International Cross-Sectional Survey. *J Womens Health* [Internet]. Mary Ann Liebert Inc.; 2022 Sep 1 [cited 2024 May 18];31(9):1232–1240. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2021.0584> PMID: 35856836
68. Tavares M, Alexandre-Sousa P, Victória A, Loureiro S, Santos AP, Mendes J. Experience of Labour and Childbirth in a Sample of Portuguese Women: A Cross-Sectional Study. *Healthcare* 2024, Vol 12, Page 2125 [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2024 Oct 24 [cited 2025 May 10];12(21):2125. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/21/2125/htm>
69. Kana MA, Peleteiro B, Correia S, Barros H. Trends in sociodemographic and health care factors in Portuguese and non-Portuguese mothers giving birth in Portugal, 1995-2014. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. Paediatr Perinat Epidemiol; 2019 Jul 1 [cited 2025

- May 10];33(4):249–259. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31347725/> PMID: 31347725
70. Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry* [Internet]. *BMC Psychiatry*; 2017 Mar 21 [cited 2025 May 10];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28327118/> PMID: 28327118
 71. Alvarenga P, Nunes Souto L, Pereira de Oliveira H, Gil Santana I. Sociodemographic variables and maternal mental health in a context of social vulnerability. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2018 Nov 30;19(3):776–788.
 72. Li S, Zhuo Z, Li R, Guo K. Efficacy of esketamine for the treatment of postpartum depression and pain control following cesarean section: a randomized, double-blind, controlled clinical trial. *BMC Anesthesiol* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2024 Dec 1 [cited 2025 May 10];24(1):1–10. Available from: <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-024-02436-6> PMID: 38321436
 73. Baba S, Ikehara S, Eshak ES, Ueda K, Kimura T, Iso H. Association Between Mode of Delivery and Postpartum Depression: The Japan Environment and Children’s Study (JECS). *J Epidemiol* [Internet]. *J Epidemiol*; 2023 [cited 2025 May 10];33(5):209–216. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334503/> PMID: 34334503
 74. Alhammad MH, Almontashri AI, Radwan EM, Khouj MA, Alsaif AA, Alkhalifah ZA, Alzahrani MK, Basuliman AA, Kattan W, Bahkali NM. The Effect of Delivery Mode, ABO Blood Type, and Passive Smoking on Postpartum Depression: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. *Cureus*; 2023 May 3 [cited 2025 May 10];15(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37273289/> PMID: 37273289
 75. Shen X, Lin S, Li H, Amaerjiang N, Shu W, Li M, Xiao H, Segura-Pérez S, Pérez-Escamilla R, Fan X, Hu Y. Timing of Breastfeeding Initiation Mediates the Association between Delivery Mode, Source of Breastfeeding Education, and Postpartum Depression Symptoms. *Nutrients* [Internet]. MDPI; 2022 Jul 1 [cited 2025 May 10];14(14):2959. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9324203/> PMID: 35889915
 76. Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström AK, Högberg U, Skalkidou A. Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 2018 Mar 1 [cited 2025 May 10];97(3):301–311. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29215162/> PMID: 29215162
 77. Grisbrook MA, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanda H, Giesbrecht GF, Letourneau N. Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. *Int J Environ Res Public Health*; 2022 Apr 1 [cited 2025 May 11];19(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35457767/> PMID: 35457767

78. Hung KH, Tsao SL, Yang SF, Wang BY, Huang JY, Li WT, Yeh LT, Lin CH, Chen YY, Yeh C Bin. Association of General Anesthesia and Neuraxial Anesthesia in Cesarean Section with Maternal Postpartum Depression: A Retrospective Nationwide Population-Based Cohort Study. *J Pers Med* [Internet]. MDPI; 2022 Jun 1 [cited 2025 May 11];12(6):970. Available from: <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/6/970/htm>
79. Smithson S, Mirocha J, Horgan R, Graebe R, Massaro R, Accortt E. Unplanned Cesarean delivery is associated with risk for postpartum depressive symptoms in the immediate postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. *J Matern Fetal Neonatal Med*; 2022 [cited 2025 May 11];35(20):3860–3866. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33108930/> PMID: 33108930
80. Suzumori N, Ebara T, Tamada H, Matsuki T, Sato H, Kato S, Saitoh S, Kamijima M, Sugiura-Ogasawara M, Yamazaki S, Ohya Y, Kishi R, Yaegashi N, Hashimoto K, Mori C, Ito S, Yamagata Z, Inadera H, Nakayama T, Iso H, Shima M, Kurozawa Y, Suganuma N, Kusuhara K, Katoh T. Relationship between delivery with anesthesia and postpartum depression: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2021 Dec 1 [cited 2025 May 11];21(1):1–9. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03996-y> PMID: 34301185
81. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BioMed Central Ltd.; 2014 Jun 5 [cited 2025 May 11];14(1):1–10. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-191> PMID: 24898436
82. 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. *Womens Health (Lond)* [Internet]. *Womens Health (Lond)*; 2025 Jan 1 [cited 2025 May 11];21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40017460/> PMID: 40017460
83. Mo J, Ning Z, Wang X, Lv F, Feng J, Pan L. Association between perinatal pain and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. *J Affect Disord*; 2022 Sep 1 [cited 2025 May 11];312:92–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35716784/> PMID: 35716784
84. Binyamin Y, Wainstock T, Sheiner E, Battat TL, Reuveni I, Leibson T, Pariente G. The association between epidural analgesia during labor and mother-infant bonding. *J Clin Anesth* [Internet]. *J Clin Anesth*; 2022 Sep 1 [cited 2025 May 11];80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35489303/> PMID: 35489303

85. Guglielminotti J, Monk C, Russell MT, Li G. Association of General Anesthesia for Cesarean Delivery with Postpartum Depression and Suicidality. *Anesth Analg* [Internet]. *Anesth Analg*; 2024 [cited 2025 May 11]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39630595/> PMID: 39630595
86. Rosseland LA, Reme SE, Simonsen TB, Thoresen M, Nielsen CS, Gran ME. Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study. *Scand J Pain* [Internet]. De Gruyter Open Ltd; 2020 Jul 1 [cited 2025 May 11];20(3):591–602. Available from: <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/sjpain-2020-0025/html> PMID: 32469334
87. Genova F, Neri E, Trombini E, Stella M, Agostini F. Severity of preterm birth and perinatal depressive symptoms in mothers and fathers: Trajectories over the first postpartum year. *J Affect Disord* [Internet]. *J Affect Disord*; 2022 Feb 1 [cited 2025 May 11];298(Pt A):182–189. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34728282/> PMID: 34728282
88. Braarud HC, Slinning K, Moe V, Smith L, Vannebo UT, Guedeney A, Heimann M. Relation between social withdrawal symptoms in full-term and premature infants and depressive symptoms in mothers: A longitudinal study. *Infant Ment Health J*. 2013 Nov;34(6):532–541.
89. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* [Internet]. *BJOG*; 2010 Apr [cited 2025 May 11];117(5):540–550. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20121831/> PMID: 20121831
90. Barber KS, Brunner Huber LR, Portwood SG, Boyd AS, Smith JD, Walker LS. The Association between Having a Preterm Birth and Later Maternal Mental Health: An Analysis of U.S. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Data. *Womens Health Issues* [Internet]. *Womens Health Issues*; 2021 Jan 1 [cited 2025 May 11];31(1):49–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32972809/> PMID: 32972809
91. Zemtsov G, Darling AJ, Avram C, Dillon J, Wheeler SM, Dotters-Katz S. Incidence and risk factors for postpartum depression among women with preterm prelabor rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Elsevier BV; 2021 Feb 1 [cited 2025 May 11];224(2):S168. Available from: <https://www.ajog.org/action/showFullText?pii=S0002937820316525>
92. Maheshwari M V, Khalid N, Patel PD, Alghareeb R, Hussain A. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. *Cureus* [Internet]. Springer Science and Business Media LLC; 2022 Jun 14 [cited 2025 May 11];14(6):e25921. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9282583/> PMID: 35844352
93. Romagano MP, Fofah O, Apuzzio JJ, Williams SF, Gittens-Williams L. Maternal morbidity after early preterm delivery (23–28 weeks). *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. Elsevier Inc.; 2020 Aug 1 [cited 2025 May 11];2(3). Available from: <https://www.ajogmfm.org/action/showFullText?pii=S2589933320300628> PMID: 33345871

94. Unsal Atan, Ozturk R, Gulec Satir D, Ildan Çalim S, Karaoz Weller B, Amanak K, Saruhan A, Şirin A, Akercan F. Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. Elsevier; 2018 Dec 1;18:13–18. PMID: 30420081
95. Ramlee N, Azhary JMK, Hamdan M, Saaid R, Gan F, Tan PC. Predictors of maternal satisfaction with labor induction: A prospective observational cohort study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2023 Nov 1 [cited 2025 May 11];163(2):547–554. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.14848> PMID: 37177795
96. Arafa A, Dong JY. Gestational diabetes and risk of postpartum depressive symptoms: A meta-analysis of cohort studies. *J Affect Disord* [Internet]. J Affect Disord; 2019 Jun 15 [cited 2025 May 11];253:312–316. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31078830/> PMID: 31078830
97. Girchenko P, Robinson R, Rantalainen VJ, Lahti-Pulkkinen M, Heinonen-Tuomaala K, Lemola S, Wolke D, Schnitzlein D, Hämäläinen E, Laivuori H, Villa PM, Kajantie E, Räikkönen K. Maternal postpartum depressive symptoms partially mediate the association between preterm birth and mental and behavioral disorders in children. *Sci Rep* [Internet]. Sci Rep; 2022 Dec 1 [cited 2025 May 11];12(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35042942/> PMID: 35042942
98. Giménez Y, Fatjó F, Mallorquí A, Sanvicente A, Figueras F, Arranz A. Progresión posparto de los niveles de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos prematuros. *Aten Primaria* [Internet]. Elsevier Espana S.L.U; 2024 Mar 1 [cited 2025 May 11];57(3):103085. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11459900/> PMID: 39326171
99. Cirik DA, Yerebasmaz N, Kotan VO, Salihoglu KN, Akpınar F, Yalvac S, Kandemir O. The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: A preliminary study. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. Taiwan J Obstet Gynecol; 2016 Jun 1 [cited 2025 May 11];55(3):374–378. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27343318/> PMID: 27343318
100. Mohammadian F, Moharram Nejadifard M, Tofighi S, Garrosi L, Molaei B. Adverse Maternal, Perinatal, and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancies: A Case-Control Study. *J Res Health Sci* [Internet]. J Res Health Sci; 2023 Mar 1 [cited 2025 May 11];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37571941/> PMID: 37571941
101. Tsai JM, Tsai LY, Tsay SL, Chen YH. The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. Taiwan J Obstet Gynecol; 2023 May 1 [cited 2025 May 11];62(3):406–411. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37188444/> PMID: 37188444

102. Sheng Z, Liu Q, Lin R, Zhao Y, Liu W, Xu Z, Liu Z. Potential CSF biomarkers of postpartum depression following delivery via caesarian section. *J Affect Disord. Elsevier*; 2023 Dec 1;342:177–181. PMID: 37730149
103. Ahmadpour P, Faroughi F, Mirghafourvand M. The relationship of childbirth experience with postpartum depression and anxiety: a cross-sectional study. *BMC Psychol [Internet]. BioMed Central Ltd*; 2023 Dec 1 [cited 2025 May 12];11(1):1–9. Available from: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-023-01105-6> PMID: 36869373
104. Beck-Hiestermann FML, Hartung LK, Richert N, Miethe S, Wiegand-Grefe S. Are 6 more accurate than 4? The influence of different modes of delivery on postpartum depression and PTSD. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. BMC Pregnancy Childbirth*; 2024 Dec 1 [cited 2025 May 12];24(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38331809/> PMID: 38331809
105. Schoretsanitis G, Gastaldon C, Ochsenbein-Koelble N, Olbrich S, Barbui C, Seifritz E. Postpartum hemorrhage and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Acta Psychiatr Scand [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd*; 2024 Nov 1 [cited 2025 May 12];150(5):274–283. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13583> PMID: 37286177
106. Liu C, Butwick A, Sand A, Wikström AK, Snowden JM, Stephansson O. The association between postpartum hemorrhage and postpartum depression: A Swedish national register-based study. *PLoS One [Internet]. PLoS One*; 2021 Aug 1 [cited 2025 May 12];16(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34379698/> PMID: 34379698
107. Tahirkheli NN, Cherry AS, Tackett AP, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int J Womens Health [Internet]. Dove Medical Press Ltd*; 2014 Nov 24 [cited 2025 May 10];6:975. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4247145/> PMID: 25473317
108. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol [Internet]. Frontiers Research Foundation*; 2017 Apr 11 [cited 2025 May 11];8(APR):560. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5387093/> PMID: 28443054
109. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery [Internet]. Midwifery*; 2016 Aug 1 [cited 2025 May 11];39:112–123. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321728/> PMID: 27321728
110. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health [Internet]. Springer-Verlag Wien*; 2017 Aug 1 [cited 2025 May 11];20(4):515. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5509770/> PMID: 28553692

111. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res* [Internet]. *Nurs Res*; 2004 [cited 2025 May 11];53(1):28–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14726774/> PMID: 14726774
112. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2002 Mar 1 [cited 2025 May 11];109(3):254–260. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x> PMID: 11950179
113. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and Predictors of Women’s Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2003 Mar 1 [cited 2025 May 11];30(1):36–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x> PMID: 12581038
114. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women’s postnatal depression: A systematic review. *Midwifery* [Internet]. *Midwifery*; 2016 Aug 1 [cited 2025 May 11];39:112–123. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321728/> PMID: 27321728
115. Stramrood CAI, Paarlberg KM, Huis In’t Veld EMJ, Berger LWAR, Vingerhoets AJJM, Weijmar Schultz WCM, Van Pampus MG. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 2011 Jun [cited 2025 May 11];32(2):88–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21557681/> PMID: 21557681
116. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, Lalor J. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. Mosby; 2024 Mar 1;230(3):S1116–S1127. PMID: 38233316
117. Khsim IEF, Rodríguez MM, Riquelme Gallego B, Caparros-Gonzalez RA, Amezcua-Prieto C. Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics* 2022, Vol 12, Page 2598 [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2022 Oct 26 [cited 2025 May 11];12(11):2598. Available from: <https://www.mdpi.com/2075-4418/12/11/2598/htm>
118. Landeiro F, Silva M, Moura CV e., Martins C, Miller P, Ferraz S, de Azevedo AP, Gancho S, Rocha L, Patrício R, Nunes I. Human-centered design and maternity care: is this a possible interplay?—a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2025 Dec 1 [cited 2025 May 11];25(1):261. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11890511/> PMID: 40057731
119. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. [cited 2025 May 11]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf

120. Curtin M, Savage E, Leahy-Warren P. Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *J Clin Nurs* [Internet]. *J Clin Nurs*; 2020 May 1 [cited 2025 May 11];29(9–10):1744–1757. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31876048/> PMID: 31876048
121. Fox M, Sandman CA, Davis EP, Glynn LM. A longitudinal study of women’s depression symptom profiles during and after the postpartum phase. *Depress Anxiety* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2018 Apr 1 [cited 2025 May 13];35(4):292–304. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.22719> PMID: 29394510
122. Miguel Vieira de São João R, Coelho T, Sofia Ferreira C, Mendes Castelo A, Teresa Massano M. Mental illness stigma: an observational and pilot study in Portugal. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém* [Internet]. 2017 Sep 25 [cited 2025 May 13];5(2):171–185. Available from: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
123. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative Incidence of Depression in Women and Men, During Pregnancy and after Childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. Cambridge University Press; 1996 [cited 2024 Feb 27];169(1):30–35. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/comparative-incidence-of-depression-in-women-and-men-during-pregnancy-and-after-childbirth/AE7454E9692F10132A71C2170292A090> PMID: 8818365
124. Høgh S, Hegaard HK, Renault KM, Svendsen MN, Navne LE, Frokjaer VG. Women’s perceptions of biological causes and potentials of genomic risk markers in postpartum depression: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. Elsevier; 2025 Mar 1;43:101057.
125. NSW Government. Portuguese - Postnatal — Multicultural Health Communication Service [Internet]. [cited 2025 Jun 4]. Available from: <https://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publications/epds/portuguese>

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

