

# **Efeitos persistentes da Depressão Pós-Natal nas Mulheres**

## **Estudo de *follow-up* realizado doze anos após o parto**

**Maria Valentina Machado Veiga**

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em  
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

**Gandra, janeiro de 2020**

**Maria Valentina Machado Veiga**

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em  
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

**Efeitos persistentes da Depressão Pós-Natal nas Mulheres  
Estudo de *follow-up* realizado doze anos após o parto**

**Trabalho realizado sob a Orientação da Professora Doutora Maria Emília Areias e  
Coorientação da Professora Doutora Maria dos Prazeres Gonçalves**

## **Declaração de Integridade**

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## Agradecimentos

Aos meus **pais e padrinhos**, por todo o amor, carinho, apoio e confiança que depositaram em mim dia após dia. Pelos valores transmitidos, por serem o meu maior amparo e por me tornarem na pessoa que sou hoje. Obrigada por acreditarem em mim e por me terem dado esta oportunidade.

Ao **Jorge**, por ser o meu grande suporte e me apoiar em todas as etapas. Obrigada pela paciência, compreensão, dedicação, atenção e carinho.

Obrigada à minha orientadora, Professora Doutora **Maria Emília Areias**, pela atenção, orientação, apoio ao longo desta etapa, a partilha de experiência, que permitiram enriquecer o meu conhecimento, excelência de ensino à qual nos habituou e a exigência constante ao longo de todo o curso.

Obrigada à minha coorientadora, Professora Doutora **Maria dos Prazeres Gonçalves**, pela ajuda incondicional, aprendizagem, conselhos, apoio e partilha de saberes, que me ajudaram a crescer profissionalmente e pessoalmente.

Agradeço a todo o **corpo docente**, que me acompanhou ao longo destes cinco anos de formação. Por todas as aprendizagens e disponibilidade que me proporcionaram.

À **D. Rosária Dias** agradeço pela sua simpatia e disponibilidade para o esclarecimento de todas as minhas dúvidas.

Agradeço a todos os/as **participantes** deste estudo pela sua disponibilidade.

Um agradecimento especial aos meus **amigos**, pelo carinho, amizade, motivação, apoio em todas as horas e por me terem mostrado o verdadeiro valor da amizade.

À **Susana** pelo carinho, amizade, motivação e apoio em todas as horas.

A Todos,

O meu mais sincero agradecimento!

# Índice Geral

<b>Resumo</b> .....	v
<b>Abstract</b> .....	vi
<b>Enquadramento Teórico</b> .....	1
<b>1. Métodos</b> .....	8
1.1. Objetivos.....	8
1.2. Participantes.....	8
1.3. Instrumentos de Avaliação.....	11
1.4. Procedimento.....	16
1.5. Métodos de Análise Estatística.....	18
<b>2. Resultados</b> .....	19
<b>Discussão / Conclusão</b> .....	30
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	34

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Características associadas com a DPN na mulher.....	20
<b>Tabela 2.</b> Medidas descritivas da HADS.....	21
<b>Tabela 3.</b> Teste de <i>Mann-Whitney</i> entre mães com DPN anterior e mães sem DPN anterior relativamente à HADS.....	22
<b>Tabela 4.</b> Medidas descritivas da HADS de acordo com a faixa etária.....	23
<b>Tabela 5.</b> Teste de <i>Mann-Whitney</i> comparando os resultados da escala de Ansiedade e de Depressão da HADS em diferentes faixas etárias em mães com DPN e mães sem DPN.....	24
<b>Tabela 6.</b> Medidas descritivas do IAACA e Teste de <i>Mann-Whitney</i> .....	25
<b>Tabela 7.</b> Correlação de <i>Sperman</i> entre a ansiedade e depressão da HADS e as subescalas do IAACA.....	27
<b>Tabela 8.</b> Medidas descritivas da CBCL e Teste de <i>Mann-Whitney</i> .....	28
<b>Tabela 9.</b> Medidas descritivas relativas ao Suporte Social e Teste de <i>Mann-Whitney</i> .....	29

## Índice de Anexos

<b>Anexo I.</b> Enquadramento da Investigação
<b>Anexo II.</b> Ficha de Identificação
<b>Anexo III.</b> Questionário de Suporte Social (QSS)
<b>Anexo IV.</b> Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (IAACA)
<b>Anexo V.</b> Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)
<b>Anexo VI.</b> <i>Child Behaviour Checklist</i> 6-18 (CBCL 6-18)

## Resumo

A Depressão Pós-Natal (DPN) tem sido estudada sob o ponto de vista das suas causas, natureza e consequências. No entanto, os seus efeitos a longo prazo na saúde mental das famílias carecem, ainda, de serem aprofundados e surgem como uma questão interessante para analisar. Desta forma, os objetivos principais deste estudo foram: avaliar a existência de perturbações psicológicas nas mães, analisar os efeitos que a DPN tem a longo prazo e avaliar a perceção das mães sobre o comportamento e ajustamento psicológico dos seus filhos.

O estudo aqui apresentado constitui a terceira fase de uma linha de investigação longitudinal dedicada à DPN, que integrou inicialmente cerca de 198 famílias. É um *follow-up* realizado a 53 das participantes anteriores, das quais 24 tinham tido depressão em algum momento ao longo do 1º ano de pós-parto e 29 não tinham sido afetadas por esta patologia no período pós-natal.

Para a avaliação das variáveis selecionadas, administramos a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (IAACA), o Questionário de Suporte Social (QSS) e a *Child Behaviour Checklist* (CBCL) e recolhemos informações através de um Questionário de Identificação.

Verificamos que não existem diferenças, com significado estatístico, entre os dois grupos de participantes deste estudo (respetivamente constituídos por mulheres que tiveram e que não tiveram DPN) quanto à existência de perturbação psicológica atual (avaliada pela HADS e pelo IAACA) e da forma como as mães percecionam o funcionamento psicológico e comportamental dos filhos (avaliada pela CBCL). Também não encontramos diferenças na extensão e funcionamento da rede de suporte social nos dois grupos.

Embora o impacto da DPN seja muito persistente e com efeitos alargados na família, o estudo de *follow-up* que realizamos doze anos após o nascimento indicia que, no que diz respeito às mulheres, parece esbater-se no longo prazo.

**Palavras-chave:** Depressão pós-natal, estudo longitudinal, implicações da depressão pós-natal, perturbações psicológicas, problemas de comportamento, suporte social, mulheres.

## Abstract

Postnatal Depression (DPN) has been studied from the point of view of its causes, nature and consequences. However, its long-term effects on families' mental health have not yet been deepened and emerge as an interesting question for analysis. Thus, the main objectives of this study were: to assess the existence of psychological disorders in mothers, to evaluate the long-term effects of DPN in women and to evaluate mothers' perceptions of their children behavior and psychological adjustment.

This study is the third phase of a longitudinal line of research dedicated to DPN beginning in 2006, initially comprising around 198 families. The study presented is a follow-up to 53 of the previous participants, 24 of whom had depression sometime during the first year of postpartum and 29 had not been affected by this condition in the postnatal period.

To evaluate the selected variable, we administered the Hospital Anxiety and Depression, the Adult Behavior Self-Assessment Inventory (IAACA), the Social Support Questionnaire (QSS), and the Child Behavior Checklist (CBCL) through an identification questionnaire.

We found that there are no significant statistical differences between the two groups of participants in this study (respectively women who had and who did not have DPN) in terms of the existence of current psychological distress (assessed by HADS and IAACA) and how mothers perceive the psychological functioning and behavior of their children (assessed by CBCL). We also found no differences in the extent and functioning of the social support network in the two groups.

Although the impact of DPN is very persistent and has widespread family effects, the follow-up study we conducted twelve years after birth indicates that, for women, it seems to fade away in the long run.

**Keywords:** Postnatal depression, longitudinal study, implications of postnatal depression, psychological disorders, behavioral issues, social support, women.

## Enquadramento Teórico

O período de pós-parto envolve grandes desafios adaptativos caracterizando-se por mudanças de elevado impacto a nível biológico, social e emocional (Rai, Pathak & Sharma, 2015). As grávidas e suas famílias têm muitas aspirações acerca do período de pós-parto, que é caracterizado pela chegada feliz de um novo bebé. No entanto, a probabilidade de episódios depressivos pode ser duas vezes maior do que noutros períodos da vida de uma mulher (Cox, Murray & Champman, 1993), o que pode afetar de forma adversa o bem-estar das mães, dos recém-nascidos (Soe et al., 2016) e de outros familiares (Letourneau et al., 2012).

Contudo, as mulheres no período de pós-parto tornam-se particularmente vulneráveis a uma série de distúrbios emocionais, entre eles: o “*baby blues*”, a depressão pós-natal e a psicose de pós-parto (Rai, Pathak & Sharma, 2015).

O “*baby blues*” não se configura como transtorno, mas sim como um estado emocional transitório de humor depressivo e que acomete cerca de 50% a 85% das mães até dez dias após o parto. Caracteriza-se por uma fase de labilidade emocional, por um quadro melancólico, com disforia, choro frequente, ansiedade, irritabilidade, confusão e dependência. Há hipóteses de que esse quadro seja desencadeado devido à intensa mudança dos níveis hormonais característicos do pós-parto, aliada ao *stress* do parto e às novas obrigações da maternidade. (Sit & Wisner, 2009; Cantilino et al., 2007; Prenoveau et al., 2013).

A psicose de pós-parto é um quadro mais grave e pouco frequente na população, atingindo 1 em cada 1.000 mães. Dá-se nas duas primeiras semanas após o nascimento do bebé e os sintomas envolvem ansiedade severa, comportamento desorganizado, fala desconexa, labilidade do humor, alucinações e delírios. Exige acompanhamento terapêutico e medicamentoso intensivo além de uma supervisão devido à possibilidade de suicídio ou agressões ao bebé (Schardosim & Heldt, 2011; DSM-5, 2013).

Quanto à depressão pós-natal (DPN) sabe-se que é um problema de saúde pública bastante significativo, uma vez que afeta a cada ano 10-20% das novas mães (Chaudron, 2003), a prevalência poderá, ser ainda superior à taxa referida, uma vez que grande parte das pacientes não procuram ajuda profissional e ocultam a DPN (DSM-5, 2013). Esta pode ser definida como um tipo de depressão que geralmente ocorre 2 a 8 semanas após o parto e pode durar mais de 2 anos (Hewitt et al., 2009).

Existem diversas especificidades desta condição clínica, no que diz respeito aos sintomas, pode-se salientar os seguintes: humor depressivo, diminuição ou perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas (anedonia), perda ou ganho de peso, alterações do apetite, insónia ou hipersónia, fadiga, agitação ou lentificação psicomotora, sentimentos de

desvalorização ou de culpa, dificuldades de concentração, dificuldades na tomada de decisão e ideias de morte ou suicídio (DSM-5, 2013). Também podem surgir, flutuações de humor e preocupação exagerada com o bem-estar do bebê e com a sua própria competência parental (O'Hara, 2009). Habitualmente, surgem vários destes sintomas ao mesmo tempo, podendo surgir alternados e a sua gravidade pode variar ao longo do tempo.

Desta forma, a DPN apresenta consequências graves para o sistema familiar. Quanto às consequências para a mãe, a DPN está associada a níveis superiores de ansiedade, maior número de sintomas psiquiátricos, menor autoestima, menor confiança no desempenho do papel parental, adversidade em estabelecer ligação com o bebê, dificuldades em lidar com o bebê decorrentes do comportamento, dificuldade na amamentação, temperamento ou doenças, problemas de saúde física, comportamentos autolesivos, dificuldade de desejo sexual pelo companheiro e menor autocuidado (Milgrom, Martin & Negri, 1999; O'Hara & McCabe, 2013; Tronick & Reck, 2009).

Ao longo do tempo, têm sido sugeridos vários fatores de risco para o desenvolvimento da DPN, tais como: depressão anterior à gravidez ou durante a gravidez, ansiedade pré-natal, doença psiquiátrica prévia, histórico familiar de transtornos, relacionamento conjugal disfuncional, conflitos familiares, acontecimentos de vida negativos e/ou stressores, falta de apoio social (Norhayati, Nik Hazlina, Asrenee, & Wan Emilin, 2015), menor escolaridade, gravidez não planeada, gravidez na adolescência, complicações no parto, mães solteiras, menor nível socioeconómico, *stress* psicossocial e nascimento prematuro (Chaudron, 2003; Goodman, 2007).

Mulheres com história anterior de depressão apresentam uma maior tendência para desenvolverem DPN, e os eventos stressantes aumentam ainda mais o risco (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996). Ter um historial de DPN significa que terá uma taxa de recorrência de 50% no próximo período puerperal (Henshaw, 2003). Quanto a um historial de depressão *major*, em qualquer momento da vida, determina um aumento de 30-40% de risco para o surgimento de DPN (Alice-Evcimen & Sudak, 2003).

Verificou-se que a prevalência de sintomas depressivos 4 anos após o parto foi maior do que em qualquer momento nos primeiros 12 meses após o parto (Woolhouse, Gartland, Mensah & Brown, 2015). Dois grandes estudos longitudinais, um da Austrália e um da Noruega, relatam uma maior prevalência de DPN aos 18 meses pós-parto (Aasheim et al., 2012) e 5 anos após o parto (Najman, Andersen, Bor, O'Callaghan & Williams, 2000) do que durante o período imediatamente após o parto. Por sua vez, um estudo norte-americano constatou que a prevalência de sintomas depressivos foi mais alta no mês após o nascimento (Wang, Wu, Anderson & Florence, 2011).

Também têm sido demonstradas consequências da DPN para a criança, tanto nos primeiros meses após o seu nascimento, como durante os primeiros anos de vida. Mães que

sofrem de DPN por norma mostram hostilidade, negligência, têm menor tolerância e são menos sensíveis às necessidades dos bebés (Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996; Stein et al., 2014).

Os sintomas depressivos maternos experienciados nos primeiros meses após o parto podem comprometer o desenvolvimento da criança, em particular o seu desenvolvimento cognitivo (Kingston, Tough & Whitfield, 2012). Além disso, existe evidência de que a DPN está associada ao comprometimento da saúde física da criança bem como, a problemas comportamentais e emocionais (O'Hara & McCabe, 2013). A cronicidade da sintomatologia depressiva materna parece ter um papel bastante significativo na determinação das consequências adversas para a criança (O'Hara & McCabe, 2013).

As características do comportamento materno parecem traduzir-se também nas características da criança em momentos de interação, nomeadamente: menor contacto visual durante o período de alimentação; menor envolvimento nos momentos de “brincadeiras”; menos afeto positivo e mais afeto negativo; e níveis mais elevados de isolamento e distanciamento das mães (O'Hara, 2009; Tronick & Reck, 2009). Diversas atividades de prestação de cuidados também parecem ser comprometidas pela DPN, nomeadamente a amamentação, as rotinas de sono e a prestação de cuidados de saúde à criança (Field, 2010; O'Hara & McCabe, 2013).

Filhos adolescentes cujas mães tiveram DPN têm maior probabilidade de desenvolver perturbações de ansiedade (Halligan, Murray, Martins & Cooper, 2007), assim como, mães que desenvolveram DPN aumentam o risco dos filhos terem depressão aos 16 anos de idade. Este risco pode ser parcialmente explicado pela vulnerabilidade infantil à qual estiveram sujeitos na infância e nos primeiros anos de vida e pela exposição à adversidade familiar (Murray et al., 2011).

No estudo de Jensen, Dumontheil e Barker (2014) verificou-se que a depressão materna e os riscos contextuais aumentam o *stress* interpessoal no casal, o que, por sua vez, contribuiu para reduzir o funcionamento cognitivo e social da criança com 8 anos.

Macarini, Martins, Minetto e Vieira (2010) referem que as etapas iniciais após o nascimento são fundamentais para o estabelecimento de intenções positivas ao longo de todo o desenvolvimento.

Verificou-se ainda que a DPN não é exclusiva das mulheres, também afeta os homens (Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996; Goodman, 2004). Estes estão mais propensos a tornarem-se deprimidos num período de 3 a 12 meses após se tornarem pais, caso tenham um historial de depressão e se as suas esposas estiveram deprimidas durante a gravidez ou nos primeiros 3 meses após o parto (Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996). Estudos posteriores revelam que a DPN afeta 5 a 10% dos pais (Paulson & Bazemore, 2010). Ramchandani et al. (2011), demonstrou que a depressão paterna está associada a um aumento do risco de conflito interparental, no período pós-natal.

A depressão paterna também demonstrou ter uma correlação positiva moderada com a DPN materna (Paulson, & Bazemore, 2010). Estudos realizados sugerem uma forte associação entre a depressão nos casais (Teixeira, Gonçalves, Monteiro, Fonseca & Areias, 2010). A DPN materna foi considerada o fator de risco mais forte para a depressão paterna, afetando 24 a 50% de todos os pais (Goodman, 2004), tendo um impacto inegável no funcionamento familiar e, claramente, no desenvolvimento da criança.

A DPN paterna aumenta o risco de dificuldades cognitivas e comportamentais nas crianças, o que pode ser bastante devastador quando a criança tem de conviver desde cedo com um pai deprimido (Ramchandani et al., 2008; Paulson, Keefe & Leiferman, 2009). No estudo de Fletcher, Feeman, Garfield e Vimpani (2011) a depressão paterna durante o primeiro ano de vida de uma criança pode ter um impacto prejudicial no seu comportamento bem como, no seu desenvolvimento social e emocional aos 4-5 anos.

Quando ocorrem sintomas depressivos em ambos os pais há um aumento do risco de problemas emocionais e comportamentais da criança, contudo esse aumento foi explicado pelo comportamento hostil dos pais após o parto (Velders et al., 2011).

Nesta sequência, é crucial ter em conta a relação conjugal uma vez que assume um importante papel na adaptação da mãe no período de pós-parto. Especificamente, a insatisfação conjugal e problemas na relação conjugal (ex.: dificuldades de comunicação; falta de apoio) têm sido associados à ocorrência de DPN (Beck, 2001; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004). Quando existe um aumento dos conflitos conjugais o que se verifica é uma falha na comunicação, sentimentos de isolamento e frustração e interação limitada com a própria criança (Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone, 2006). O mau relacionamento conjugal, tal como a incapacidade de confiar num parceiro, pode contribuir para a DPN (Fisher, Morrow, Ngoc & Anh, 2004).

Num outro estudo, o isolamento social foi um preditor de DPN, enquanto o apoio social não foi associado estatisticamente à redução do risco de DPN (Abdollahi, Agajani-Delavar, Zarghami & Lye, 2016). Bielinski-Blattmann, Lemola, Jaussi, Stadlmayr e Grob (2009), que estudaram a perceção de suporte emocional em relação ao parceiro, concluiu que as mães que estão envolvidas num relacionamento onde há pouco apoio emocional mútuo têm um risco significativamente maior de ter sintomas depressivos do que as mães que têm um relacionamento onde existe grande apoio emocional mútuo.

Satoh et al. (2009), referem a importância do apoio social, uma vez que concluíram que a cooperação do marido no período de pós-parto está associada a uma diminuição da DPN. Os estudos demonstram que o isolamento social percebido na gravidez é um fator de risco para a DPN, encontrando uma associação entre baixo apoio emocional recebido durante a gravidez e a ocorrência de DPN (Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004).

No que diz respeito a mulheres com histórico de DPN apresentam um risco aumentado de episódios subsequentes de depressão. Halligan, Murray, Martins e Cooper (2007), relataram uma frequência de recaída de 80% e Josefsson e Sydsjö (2007), mostraram que mulheres com história de sintomas depressivos no pós-parto apresentaram probabilidade 6 vezes maior de apresentar sintomas depressivos recorrentes e quatro anos após o parto, comparados àqueles sem sintomas depressivos no pós-parto, e também foram mais propensas a experimentar doenças físicas e mentais. A doença depressiva pós-parto constitui um risco para doenças futuras, bem como para problemas comportamentais maternos.

Num outro estudo, verificou-se também que mulheres com sintomas de DPN tiveram quase três vezes mais probabilidades de relatar sintomas de depressão 12 anos depois, em comparação com mulheres sem sintomas de DPN (Agnafors, Sydsjö, De Keyser & Svedin, 2013).

A DPN predispõe as mulheres a depressão posterior e a outros problemas de saúde mental e física. Num estudo mais recente, foi possível verificar também que mulheres que sofreram de DPN tiveram o dobro do risco de depressão quatro anos depois em comparação com mães que não apresentaram DPN e foram mais propensas a sofrer de doenças físicas (crônicas e agudas). O sofrimento psicológico também foi significativamente mais comum em mulheres que tiveram DPN bem como, outros problemas de saúde mental e uso diário de medicamentos (Abdollahi & Zarghami, 2018).

Em estudos de países desenvolvidos, previa-se que as mulheres com DPN apresentavam maior risco de depressão subsequente (Josefsson & Sydsjö, 2007; Agnafors, Sydsjö, De Keyser & Svedin, 2013). Contrariamente, estudos longitudinais mais antigos não encontraram maior prevalência de depressão subsequente em mulheres com histórico de DPN (Cooper & Murray, 1995; Luoma et al., 2001). Mais tarde outros estudos longitudinais relataram que a DPN pode afetar a saúde mental das mulheres a longo prazo (Mallikarjun & Oyeboode, 2005; Vliegen, Casalin & Luyten, 2014).

Uma consequência da DPN é a redução da qualidade de vida e o aumento da probabilidade de comportamentos de risco que podem levar a uma alta morbidade nas mulheres (Chaudron, 2003; Da Costa, Dritsa, Rippen, Lowensteyn & Khalifé, 2006; Sadat, Abedzadeh-Kalahroudi, Atrian, Karimian & Sooki, 2014).

Por último, estudos longitudinais mostraram que a DPN pode ter efeitos a longo prazo no crescimento e desenvolvimento de uma criança e do apego à mãe (Whitaker, Orzol & Kahn, 2006; Surkan, Kennedy, Hurley & Black, 2011) assim como, a saúde mental das mulheres a longo prazo (Mallikarjun & Oyeboode, 2005; Josefsson & Sydsjö, 2007). Mulheres com histórico de DPN desenvolveram sintomas depressivos posteriormente (Vliegen, Casalin & Luyten, 2014; Agnafors, Sydsjö, De keyser & Svedin, 2013). Por causa dos episódios de DPN, essas mulheres podem não estar dispostas a engravidar novamente (Chaudron, 2003). O suicídio por doença

psiquiátrica é a principal causa de morte materna no 1º ano pós-parto e pode ser uma consequência da DPN não tratada (Oates, 2003; Wisner et al., 2013).

A linha de investigação em que este estudo se insere percorreu, até ao momento, três fases: na primeira, realizou-se um estudo prospetivo de 198 mulheres (75 com anterior diagnóstico de depressão e 123 sem historial desta psicopatologia), 152 dos seus cônjuges/companheiros (33 com diagnóstico anterior de depressão e 119 sem historial de depressão) e 198 crianças. Os participantes foram acompanhados desde as 37 semanas de gravidez até aos 12 meses após o nascimento, tendo-se realizado quatro avaliações em momentos distintos (37 semanas de gestação, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal e 12 meses pós-natal) (Gonçalves, 2010; Gonçalves, Teixeira, Monteiro, Fonseca & Areias, 2010; Monteiro 2009; Teixeira, 2011; Monteiro, Areias, Teixeira, Gonçalves & Fonseca, 2010). Seis anos mais tarde, realizou-se uma segunda fase, uma avaliação de *follow-up* em 97 das participantes anteriores, 60 companheiros e 95 crianças (45 do género feminino e 50 do género masculino) (Rocha, 2014).

No que diz respeito à prevalência foi possível verificar que 35% das 198 mulheres apresentaram depressão na gravidez, 59% às 2 semanas após o nascimento, 36% às 6 semanas após o nascimento e 53% aos 12 meses pós-natal (Gonçalves, 2010; Monteiro 2009; Teixeira, 2011). Na avaliação realizada 6 anos após o nascimento, 22% das 97 mulheres apresentavam depressão (Rocha, 2014).

Relativamente às características relacionadas com o desenvolvimento de DPN na mulher nos primeiros 12 meses após o nascimento, verificou-se (Monteiro, 2009; Rocha, 2014; Teixeira, 2011):

- Quanto à idade, mulheres entre os 25 e os 29 anos têm três vezes mais probabilidade de terem DPN quando comparadas com as mulheres com menos de 25 anos;

- Uma associação positiva e significativa entre DPN na mulher e a ocorrência de acontecimentos de vida importantes e negativos no ano anterior ao parto, ou seja, as mulheres que reportaram um acontecimento de vida apresentaram maior probabilidade de terem DPN bem como as mulheres que reportaram a ocorrência de um segundo acontecimento de vida, comparativamente com as mulheres que não reportaram qualquer tipo de acontecimento de vida negativo;

- As mulheres que não planearam a gravidez apresentaram maior probabilidade de ter DPN quando comparadas com as mulheres que planearam a gravidez, sendo que se verificou que todas as mulheres que tiveram complicações pós-parto tiveram DPN;

- No que diz respeito à classe social, as mulheres de classe social III, ou seja, de classe social média, segundo classificação de *Graffar*, têm 78% menos probabilidade de ter DPN do que as mulheres das outras classes sociais;

- Relativamente às características da personalidade, encontrou-se uma associação significativa positiva entre a frequência de DPN e de sintomatologia depressiva antes da

gravidez e durante a gravidez, bem como em relação à sintomatologia ansiosa antes da gravidez, durante a gravidez e duas semanas pós-natal. As mulheres pessimistas apresentaram duas vezes mais probabilidade de terem DPN, sendo que as mulheres com características neuróticas têm catorze vezes mais probabilidade de terem DPN;

- A proporção de mulheres que tiveram DPN não diferiu significativamente de acordo com os níveis de cortisol, estrogénio e progesterona verificados durante a gravidez e duas semanas após o parto. As variáveis relacionadas com as características da personalidade do companheiro e com as características das crianças também não se mostraram associadas com a DPN na mulher.

## 1. Métodos

### 1.1. Objetivos

Tendo em conta a revisão da literatura que realizámos sobre o impacto da DPN nas mães, a curto, médio e longo prazo, nesta fase do estudo, propusemo-nos avaliar um subgrupo de mães que já haviam sido seguidas anteriormente por esta linha de investigação de forma longitudinal desde a gravidez até ao primeiro ano de pós-parto e num *follow-up* seis anos mais tarde. Estabelecemos os seguintes objetivos para esta fase do estudo:

- (1) avaliar a existência de perturbações psicológicas nas mães;
- (2) avaliar os efeitos a longo prazo da DPN nas mulheres;
- e (3) avaliar a perceção das mães sobre o comportamento dos seus filhos.

### 1.2. Participantes

Esta linha de investigação incluiu inicialmente 198 mulheres (75 com anterior diagnóstico de depressão e 123 sem historial de depressão), 152 companheiros (33 com diagnóstico anterior de depressão e 119 sem historial de depressão) e 198 bebés. Os participantes foram acompanhados desde as 37 semanas de gravidez até aos 12 meses após o parto, tendo-se realizado 4 avaliações em momentos distintos (37 semanas de gestação, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal e 12 meses pós-natal). Seis anos após o nascimento, realizou-se uma 5ª avaliação de *follow-up*, em que foram incluídas 97 mulheres, 60 companheiros e 95 crianças.

Doze anos após o nascimento, iniciou-se a presente fase do estudo, um segundo *follow-up*, que incluiu 53 mulheres, das quais 24 apresentavam depressão 12 meses após o nascimento do bebé (destas 53 mulheres, 17 apresentaram depressão às 37 semanas de gravidez, 6 às 6 semanas pós-natal, 24 aos 12 meses pós-natal e 8 aos 6 anos pós-natal) e 29 não se encontravam afetadas por esta patologia 12 meses após o nascimento do bebé. Para além das mulheres, o estudo também recolheu dados de 35 companheiros e de 53 crianças (31 do género masculino e 22 do género feminino).

É importante salientar que tentamos contactar todas as participantes de fases anteriores solicitando a sua participação para este segundo momento de *follow-up*, contudo, apenas foi

possível obter a anuência de um número significativamente inferior ( $N=53$ ), sendo a impossibilidade para as restantes devida aos seguintes fatores: mudança de contacto telefónico e morada ( $N=77$ ), recusa em participar ( $N=43$ ) e um caso de filhos gémeos onde se recolheram os dados, mas no entanto não foi incluído na amostra; o pedido renovado para participar ao longo de doze anos, e o largo período temporal envolvido foram algumas das razões evocadas pelas participantes para a recusa.

### 1.2.1. Caracterização das Participantes

Apuramos 53 mulheres, que foram distribuídas por dois grupos diferentes (um grupo de mulheres que teve DPN 12 meses após o nascimento do bebé – Mulheres Com DPN anterior; e um grupo de mulheres que não teve DPN 12 meses após o nascimento do bebé – Mulheres Sem DPN anterior), que pretendemos de dimensão equiparada, com o critério de ocorrência ou não ocorrência de depressão ao longo do primeiro ano de pós-parto. Assim, o grupo de mulheres afetadas pela DPN, incluiu 24 participantes com idades compreendidas entre os 33 e 55 anos ( $M=43.13$ ;  $DP=5.38$ ) e o de mulheres que não tinham tido depressão, incluiu 29 participantes com idades compreendidas entre os 32 e 50 anos ( $M=42.59$ ;  $DP=4.06$ ).

No grupo de **mulheres com DPN** quanto às características sociodemográficas verifica-se que a maioria são casadas ou vivem em união de facto ( $n=19$ ; 79.2%), 16.7% ( $n=4$ ) são divorciadas e apenas 1 é solteira (4.2%). Neste grupo de participantes a grande maioria vive com o pai da criança e respetivos filhos ( $n=18$ ; 75.0%), enquanto apenas 25.0% ( $n=6$ ) vive sem o pai da criança. Quanto ao número de filhos, verifica-se que 54.2% ( $n=13$ ) apresentam 2 filhos, 25.0% ( $n=6$ ) tem 3 filhos e 20.8% ( $n=5$ ) 1 filho. No que diz respeito às habilitações literárias, constata-se que 37.9% ( $n=11$ ) possuem o ensino superior, 41.4% ( $n=12$ ) possuem o ensino secundário e 20.7% ( $n=6$ ) o ensino básico. Relativamente ao estado ocupacional e ao nível profissional diversas são as categorias observadas, havendo maior prevalência de assistentes operacionais ( $n=2$ ; 8.3%), empregadas domésticas ( $n=2$ ; 8.3%) e enfermeiras ( $n=2$ ; 8.3%). Verificou-se que 33.3% ( $n=8$ ) das inquiridas referem ter vivenciado uma mudança das condições de trabalho nestes doze anos e 37.5% ( $n=9$ ) já estiveram desempregadas. Atualmente, a maior parte das participantes encontram-se empregadas ( $n=21$ ; 87.5%) e 3 estão desempregadas (12.5%). Ao analisar os hábitos tabágicos, constatou-se que somente uma das participantes refere ser fumadora (4.2%) e 4 mulheres relatam o consumo de bebidas alcoólicas (16.7%). No que respeita à toma de medicação, verificou-se que 37.5% ( $n=9$ ) das participantes toma medicação com prescrição médica e 8.3% ( $n=2$ ) sem prescrição médica. No que concerne

à prática de atividade física, 41.7% ( $n=10$ ) são praticantes e 58.3% ( $n=14$ ) referem não praticar atividade física.

No grupo de **mulheres sem DPN** quanto às características sociodemográficas verifica-se que a maioria são casadas ou vivem em união de facto ( $n=21$ ; 72.4%), 24.1% ( $n=7$ ) são divorciadas e apenas 1 é solteira (3.4%). Neste grupo de participantes a grande maioria vive com o pai da criança e respetivos filhos ( $n=22$ ; 75.9%), enquanto apenas 24.1% ( $n=7$ ) vive sem o pai da criança. Quanto ao número de filhos, verifica-se que 58.6% ( $n=17$ ) apresenta 2 filhos, 37.9% ( $n=11$ ) tem 1 filho e 3.4% ( $n=1$ ) tem 3 filhos. No que diz respeito às habilitações literárias, constata-se que 45.8% ( $n=11$ ) possuem o ensino superior, 29.2% ( $n=7$ ) possuem o ensino básico e 25.0% ( $n=6$ ) o ensino secundário. Relativamente ao estado ocupacional e ao nível profissional diversas são as categorias observadas, havendo maior prevalência de professoras ( $n=4$ ; 13.8%) e empregadas domésticas ( $n=3$ ; 10.35%). Verificou-se que 48.3% ( $n=14$ ) das inquiridas referem ter vivenciado uma mudança das condições de trabalho nestes doze anos e 37.9% ( $n=11$ ) já estiveram desempregadas. Atualmente, a maior parte das participantes encontram-se empregadas ( $n=28$ ; 96.6%) e apenas 1 está desempregada (3.4%). Ao analisar os hábitos tabágicos, constatou-se que 5 das participantes referem ser fumadoras (17.2%) e 3 mulheres relatam o consumo de bebidas alcoólicas (10.3%). No que respeita à toma de medicação, verificou-se que 41.4% ( $n=12$ ) das participantes toma medicação com prescrição médica e 10.3% ( $n=3$ ) sem prescrição médica. Quanto à prática de atividade física a grande maioria não pratica ( $n=17$ ; 58.6%), sendo que apenas 41.4% ( $n=12$ ) praticam.

### 1.3. Instrumentos de Avaliação

A bateria de avaliação é composta por um Questionário de Identificação, pelo Questionário de Suporte Social (QSS), pela Escala Hospitalar de Ansiedade e de Depressão (HADS), pelo Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (IAACA) e pela *Child Behaviour Checklist* (CBCL).

O **Questionário de Identificação** foi criado para esta fase do estudo pelos autores, tendo como intuito atualizar as informações relevantes acerca dos dois elementos do casal, como: nome, morada, contactos, idade, nacionalidade, estado civil, nível escolar, profissão, situação face ao emprego, se vive com o pai do seu filho, número de filhos e idades e ainda hábitos de saúde relativamente aos últimos seis meses (hábitos alcoólicos, tabágicos e farmacológicos e se pratica algum tipo de atividade física/desporto e com que regularidade).

O entrevistador atribui ainda a cada questionário de identificação um código no âmbito da investigação, a data do preenchimento do mesmo e a sua identificação.

O **Questionário de Suporte Social (QSS)** foi desenvolvido para esta investigação pelos autores. Inicia-se por uma questão que tem o objetivo de identificar pessoas, grupos ou instituições, que deram algum tipo de apoio ou suporte ao entrevistado nos últimos seis meses. Inclui doze itens, que fazem recurso a uma escala de *Likert* de cinco pontos (“nunca”, “raramente”, “por vezes”, “bastantes vezes” e “muitas vezes”) e que pretendem avaliar a frequência com que o entrevistado teve acesso a diferentes tipos de apoio (instrumental, emocional, relativo a acontecimentos de vida) com referência às pessoas, grupos ou instituições referenciadas, nos últimos seis meses. Desses doze itens, o último era livre (“outro tipo”), ou seja, permitia à participante relatar outra situação que não tivesse sido contemplada nas questões anteriores.

A **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)** foi elaborada em 1983 por Zigmond e Snaith, com o objetivo de permitir o rastreio da ocorrência de depressão e de ansiedade em populações com doença física, permitindo avaliar as mudanças do estado emocional nos respondentes (Pais-Ribeiro et al., 2007). Diferencia-se de outras escalas de avaliação na população alvo a que se adapta, uma vez que não se foca em aspetos somáticos (Herman, 1997), ou seja, é permitida a sua aplicação em populações com patologias físicas, não existindo o risco de sobreposição e/ou confusão de sintomatologia física, com um diagnóstico de ansiedade e/ou depressão.

A HADS inclui catorze itens que estão divididos em duas subescalas, sete relacionados com a avaliação da depressão e sete com a avaliação da ansiedade. Estes itens são apresentados através de afirmações, o participante responde referindo-se ao modo como se sentiu durante a última semana. Existem quatro hipóteses de resposta, correspondendo a uma determinada pontuação, de 0 a 3 pontos, de “*concordo totalmente*” a “*discordo totalmente*”. A soma dos itens permite obter os totais para as subescalas de depressão e de ansiedade, compreendidos entre 0 e 21 pontos. Mediante a pontuação obtida e o grau de severidade de depressão e de ansiedade, assume-se a seguinte classificação: de 0 a 7 “*normal*”, de 8 a 10 “*leve*”, de 11 a 15 “*moderada*” e de 16 a 21 “*severa*” (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Como ponto de corte, Zigmond & Snaith (1983), consideraram o valor 8, sugerindo que valores inferiores representavam ausência de ansiedade ou de depressão e valores superiores a presença de uma perturbação. Neste estudo, utilizámos a versão traduzida e adaptada para português por Pais-Ribeiro et al. (2007), que foi validada numa população de 1322 pacientes com doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, apneia obstrutiva do sono, cancro, epilepsia, distrofia miotónica e depressão, assim como a um grupo controlo, sem qualquer tipo de patologia.

A aplicação em diversos contextos, permitiu uma análise teste-reteste, tendo-se confirmado que a escala tinha boas características de sensibilidade e de validade para avaliação da ansiedade e da depressão no contexto médico, com *Alpha de Cronbach* de .76 para a ansiedade e de .81 para a depressão, sendo as propriedades psicométricas similares aos de estudos realizados noutros países, podendo ser utilizada como uma medida eficaz de rastreio (Pais-Ribeiro et al., 2007).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> HADS: Ansiedade (1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13); Depressão (2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14); Itens Invertidos (1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 e 13).

Na presente investigação utilizou-se a tradução portuguesa (Fernandes, 2011), do *Adult Self-Report* (ASR) que compõe a bateria ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*) desenvolvido por Achenbach em 1997 (Achenbach & Rescorla, 2003) intitulado **Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (IAACA)**. É um questionário de autorrelato de 126 itens que fornece informações sobre os problemas psicológicos e comportamentais do participante e é utilizado para idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos. Existem três opções de resposta, 0- “*não verdadeiro*”, 1- “*um pouco ou às vezes verdadeiro*”, 2- “*muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro*” e os itens são classificados numa escala de *Likert* de três pontos, 0, 1 e 2, respetivamente.

Podem identificar-se 8 escalas de síndromes clínicas, sendo elas: ansiedade/ depressão, retraimento/ afastamento, queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento agressivo, quebra de regras e intrusão. Estas 8 escalas podem ser agrupadas em 2 dimensões mais amplas: a externalização que é composta pelas escalas de comportamento agressivo, quebra de regras e intrusão, enquanto que a internalização é composta pelas escalas de ansiedade/ depressão, retraimento/ afastamento e queixas somáticas (Achenbach & Rescorla, 2003).

O questionário também inclui itens referentes a amigos, família, cônjuge, emprego e educação e engloba questões sobre o uso de substâncias (tabaco, álcool e drogas). Esses itens são pontuados no perfil de funcionamento adaptativo do IAACA. Segundo Fernandes (2011), o inventário tem um *Alpha de Cronbach* de .93, as escalas de internalização e externalização de .93 e .87 respetivamente.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> IAACA: Escalas de síndromes: Ansiedade/Depressão (itens 12, 13, 14, 22, 31, 33, 34, 35, 45, 47, 50, 52, 71, 91, 103, 107, 112 e 113); Retraimento/Afastamento (itens 25, 30, 42, 48, 60, 65, 67, 69, 111); Queixas somáticas (itens 51, 54, 56A, 56B, 56C, 56D, 56E, 56F, 56G, 56H, 56I, 100); Problemas de Pensamento (itens 9, 18, 36, 40, 46, 63, 66, 70, 84, 85); Problemas de atenção (itens 1, 8, 11, 17, 53, 59, 61, 64, 78, 101, 102, 105, 108, 119, 121); Comportamento agressivo (itens 3, 5, 16, 28, 37, 55, 57, 68, 81, 86, 87, 95, 97, 116, 118); Quebra de Regras (itens 6, 20, 23, 26, 39, 41, 43, 76, 82, 90, 92, 114, 117, 122); Intrusão (itens 7, 19, 74, 93, 94, 104); Outros problemas (itens 10, 21, 24, 27, 29, 32, 38, 44, 58, 62, 72, 75, 77, 79, 83, 89, 96, 99, 110, 115, 120). Escalas de Funcionamento adaptativo: Amigos (itens A, B, C e D); Companheiro(a) ((itens A+C+D+G) – (itens B+E+F+H)); Família ((itens A, B, C, D, E1, E2, E3, E4 e F)/9); Trabalho ((itens A+C)- (itens B+D+F+G+H+I)); Formação/Educação ((itens A+B+D)-(itens C+E)). Escala de uso de substâncias: Tabaco (item 124); Álcool (item 125); Drogas (item 126).

A *Child Behaviour Checklist 6-18 (CBCL 6-18)* foi desenvolvida por Achenbach e Rescorla em 1991 e faz parte do Sistema Multiaxial ASEBA. A versão portuguesa foi desenvolvida por Achenbach et al. (2014).

Este questionário é composto por 112 itens que descrevem tipos específicos de problemas comportamentais, emocionais e sociais que caracterizam crianças no período escolar, além de 3 questões abertas, que permitem conhecer a percepção geral dos pais ou figuras parentais substitutas. As questões abertas dão-nos informação sobre doenças, dificuldades e sobre o que mais o preocupa em relação à criança, bem como sobre o que melhor a descreve. Inclui informação demográfica sobre a criança e sobre o informador, além do tipo de relação deste com a criança. A informação sobre a profissão dos pais ou cuidadores possibilita ao investigador identificar o nível socioeconómico da família.

O participante deve responder aos 112 itens tendo em conta os últimos seis meses, de acordo com uma escala de *Likert* de 3 pontos: 0- “a afirmação não é verdadeira”, 1- “a afirmação é de alguma forma ou algumas vezes verdadeira” e 2- “a afirmação é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”. Em vários itens são solicitadas descrições sobre os problemas referidos. Existe ainda um último item (o 113) onde é solicitado ao informador que escreva sobre outros problemas que não tenham sido previamente referidos.

Na CBCL podem identificar-se 8 escalas de síndromes: ansiedade/ depressão, isolamento/ depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delincente e comportamento agressivo. A designação atribuída a cada escala representa o resumo dos principais tipos de problemas que formam a síndrome.

Para além das escalas de síndromes da CBCL, as pontuações das crianças e adolescentes podem ser agrupadas em 2 escalas mais amplas: internalização e externalização. A escala de internalização abarca as 3 síndromes: ansiedade/ depressão, isolamento/ depressão e queixas somáticas. A escala de externalização integra as 2 síndromes: comportamento delincente e comportamento agressivo.

A CBCL é ainda composta por 3 escalas de competências que são: a escala de atividades (ex.: quantidade e qualidade da participação da criança em desportos, outras atividades recreativas, emprego e tarefas), a escala social (ex.: participação em organizações, número de amigos próximos, número de contactos semanais com os amigos, o quão bem a criança se dá com os outros, e o quão bem a criança se diverte e trabalha sozinha) e a escala escola (ex.: rendimento académico, benefício de serviços de ensino especial, retenções e outros problemas escolares).

Achenbach et al. (2014) concluíram que os *Alphas de Cronbach* são: ansiedade/ depressão (.75), isolamento/ depressão (.68), queixas somáticas (.67), problemas sociais (.67),

problemas de pensamento (.65), problemas de atenção (.82), comportamento de oposição (.62) e comportamento agressivo (.86). As escalas de internalização e externalização têm uma consistência interna de .85 e .87 respetivamente, enquanto que a escala total tem um *Alpha de Cronbach* de .96.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> CBCL: Escalas de Síndromes: Ansiedade/Depressão (itens 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112); Isolamento/Depressão (itens 5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111); Queixas Somáticas (itens 47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g); Problemas Sociais (itens 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79); Problemas de Pensamento (itens 9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92, 100); Problemas de Atenção (itens 1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78, 80); Comportamento Delinvente (itens 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105, 106); Comportamento Agressivo (itens 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104); Outros problemas (itens 7, 24, 44, 53, 55, 56h, 74, 77, 93, 110). Escalas de competências: Atividades (I- Número de desportos, I- Média de competência de desportos, II- N° outras atividades, II- Média de competência de outras atividades, IV- N° de trabalhos, IV- Média de competência de trabalhos); Social (III- N° Organizações, III- Média de atividade nas organizações, V- N° amigos, V- Frequência de contacto com os amigos, VI- A. Comportamento com outros, VI- B. Comportamento sozinho); Escola (VII- 1. Rendimento médio, 2. Ensino especial, 3. Repetição do ano, 4. Problemas escolares).

## 1.4. Procedimento

Como já referido anteriormente, este estudo insere-se numa linha de investigação longitudinal que teve início em 2006, e constitui a terceira fase do mesmo, realizada doze anos após o nascimento das crianças.

No início do estudo, após aprovação da Comissão de Ética do Hospital de São João do Porto, ao pedido formalmente redigido, as investigadoras procederam a um primeiro contacto na Consulta de Obstetrícia do Hospital mencionado, com mulheres grávidas e respetivos companheiros. Nesta fase, foi esclarecido o objetivo do estudo, assim como os respetivos momentos de avaliação. Recolheu-se os contactos, para às 37 semanas de gravidez, se dar início ao estudo.

Foram utilizados os seguintes procedimentos ao longo das diferentes fases:

- O primeiro contacto era realizado na consulta de Obstetrícia do Hospital de São João no Porto, sendo pedida a participação do casal para o estudo após apresentação e leitura do texto da Declaração de Consentimento Informado, explicados verbalmente os objetivos e implicações, e dada a oportunidade de colocar dúvidas e questões, assegurando os direitos dos pacientes de acordo com as convenções internacionais. Se o casal quisesse participar, eram-lhes solicitados os dados para contacto às 37 semanas de gravidez para se realizar a primeira avaliação.

- A 1ª avaliação (37 semanas de gravidez da companheira) decorreu em alguns casos no Hospital de São João e noutros no domicílio da família, sendo cada um dos elementos do casal abordado individualmente, com a realização da entrevista *Survey for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS-L) de Endicott e Spitzer (1978) e a solicitação de preenchimento dos questionários de auto-resposta *Social Support Network Inventory* (SSNI) de Flaherty, Gaviria e Pathak, (1983), o *Eysenck Personality Inventory* (EPI) de Eysenck e Eysenck, (1964), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de Zigmond e Snaid, (1983), o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) de Cox, Holden e Sagovsky, (1987) e o *Life Optimism Traits – Revised* (LOT-R) de Scheier, Carver e Bridges, (1994).

Nesta 1ª avaliação, acordou-se com o casal que, quando o bebé nascesse, dariam conhecimento do mesmo, para deste modo se poder agendar a segunda avaliação. Paralelamente à avaliação efetuada, existia um enfermeiro que, no mesmo dia, ou um dia antes, se deslocava pela manhã a casa do casal para recolher uma amostra de saliva do homem (para avaliar o cortisol na saliva), e de sangue da mulher (para avaliar o estrogénio, progesterona e cortisol).

- A 2ª avaliação, uma vez mais, era efetuada no domicílio, cerca de 2 semanas após o nascimento do bebé e tinha como objetivo o preenchimento da HADS e da EPDS e a recolha por parte do enfermeiro das variáveis hormonais anteriormente referidas.

- A 3ª avaliação era realizada no domicílio, 6 semanas após o nascimento. O casal respondia novamente à entrevista SADS-L e preenchia os questionários HADS e EPDS. O enfermeiro efetuava a visita domiciliária para recolha do sangue e saliva.

- A 4ª avaliação, efetuada 12 meses após o nascimento do bebé, em casa dos participantes, consistiu na aplicação da SADS-L a cada um dos elementos do casal, assim como na entrevista sobre acontecimentos de vida, a *Interview for Recent Life Events* (Paykel, 1997). Era-lhes igualmente solicitado que preenchessem uma vez mais a HADS e a EPDS. O enfermeiro efetuava a colheita para avaliação dos parâmetros hormonais. Procedeu-se ao registo de parâmetros selecionados relativos ao desenvolvimento físico dos bebés (perímetro cefálico, comprimento e peso), da morbilidade (número de infeções e diarreias) e do desenvolvimento psicomotor ao longo do primeiro ano de vida. Nessa altura, realizou-se a avaliação do desenvolvimento mental com a Escala de Desenvolvimento Mental de *Ruth Griffiths* (Griffiths, 1970).

- A 5ª avaliação foi realizada cerca de 6 anos após o nascimento da criança, no domicílio da família, tendo os dois elementos do casal respondido à entrevista psiquiátrica estandardizada SADS-L e à de Acontecimentos de Vida de *Paykel*, bem como preenchido os questionários HADS, EPDS, o SSNI, a *Caregiver – Teacher Report Form* (C –TRF 2-5 anos) de Achenbach, (1991) e a *Child Behaviour Checklist* (CBCL 1 ½ - 5 anos) de Achenbach e Rescorla, (2000). A criança foi avaliada de novo com a Escala de Desenvolvimento Mental de *Ruth Griffiths* (Griffiths 2–8 anos).

A presente fase de avaliação (terceira fase) foi realizada cerca de 12 anos após o nascimento da criança, com início em dezembro de 2018, tendo já sido feita uma apresentação preliminar de dados (Moreira, 2019). No total, foram avaliadas 53 mulheres, 35 maridos/companheiros e 53 jovens. Contactámos telefonicamente os participantes anteriores do estudo, explicando os objetivos e procedimentos desta nova fase de estudo e solicitando a sua anuência para participar, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Se a resposta fosse positiva, era agendada a entrevista. A recolha de dados ocorria no domicílio da família (ou noutra local apresentado como preferido) junto da mãe, do pai e da criança (embora o âmbito deste trabalho se focalize nos dados da mãe), de preferência em contexto calmo e individualizado.

Inicialmente, apresentávamos o texto da Declaração de Consentimento Informado, recolhendo-se a assinatura posterior à concordância esclarecida, assegurando assim os direitos das participantes. De seguida, era abordada individualmente e era preenchido o Questionário de Identificação para atualização dos dados da mãe. Era-lhes igualmente solicitado que preenchessem a HADS e o Questionário de Suporte Social, e que respondessem às questões da CBCL e do IAACA. O tempo de administração era variável, demorando de 60 a 90 minutos.

## 1.5. Métodos de Análise Estatística

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao Software Estatístico *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS], versão 26.0., criando uma base onde foram introduzidos e analisados todos os dados recolhidos.

Utilizou-se a Estatística Descritiva para caracterizar a amostra de acordo com as questões abordadas na parte inicial do questionário (frequências, médias, desvios padrão, percentagens) e para comparar os valores obtidos em cada uma das escalas utilizadas com os respetivos pontos de corte, de modo a verificar ou não situações com significado clínico.

As variáveis categóricas são apresentadas sob a forma de proporções e foram comparadas utilizando-se o teste de Qui-quadrado ou exato de *Fisher*, quando apropriado.

Para efetuar a comparação entre os resultados do grupo de mulheres com DPN com os do grupo de mulheres sem DPN, ao nível da CBCL, IAACA e HADS, e dado o tamanho da amostra (menos de 30 indivíduos em cada grupo), recorreu-se a uma análise não paramétrica dos resultados, especificamente através do teste de *Mann-Whitney (U)*. Com o objetivo de identificar as diferenças de perceção entre a HADS (ansiedade e depressão) e as diferentes subescalas do IAACA, para ver se existia concordância de diagnóstico, recorreu-se ao coeficiente da correlação de *Spearman*.

Para este estudo o valor de significância estatística considerado foi  $p \leq .05$ .

## **2. Resultados**

Procuramos analisar quais as características sociodemográficas e hábitos de vida que nas nossas participantes se associavam com a DPN, neste sentido realizámos o teste de Qui-quadrado para verificar eventuais associações entre o grupo de mulheres com DPN anterior e o grupo de mulheres sem DPN anterior. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativas à idade, estado civil, habilitações literárias, hábitos tabágicos e alcoólicos, hábitos farmacológicos (com e sem prescrição médica) e prática de atividade física entre mulheres com e sem depressão (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características associadas com a DPN na mulher

	Depressão Pós-Parto (n= 53)		
	[1 Ano Após o Parto]		<i>p</i>
	Não (n=29)	Sim (n=24)	
	N (%)	N (%)	
<b>Características Sociodemográficas das Mães</b>			
<b>Idade (anos) (n=53)</b>			
≤42	14 (48.3)	12 (50.0)	.901
>42	15 (51.7)	12 (50.0)	
<b>Estado Civil (n=53)</b>			
Solteira	1 (4.2)	1 (3.4)	
Casada / União de Facto	21 (72.4)	19 (79.2)	.798
Divorciada	7 (24.1)	4 (16.7)	
<b>Habilitações Literárias (n=53)</b>			
Ensino Básico	7 (29.2)	6 (20.7)	.445
Ensino Secundário	6 (25.0)	12 (41.4)	
Ensino Superior	11 (45.8)	11 (37.9)	
<b>Hábitos Tabágicos (n=53)</b>			
Fumadora	5 (17.2)	1 (4.2)	.289
Não Fumadora	24 (82.8)	23 (95.8)	
<b>Hábitos Alcoólicos (n=53)</b>			
Não	26 (89.7)	20 (83.3)	.788
Sim	3 (10.3)	4 (16.7)	
<b>Hábitos Farmacológicos (c/ prescrição) (n=53)</b>			
Sim	12 (41.4)	9 (37.5)	.499
Não	17 (58.6)	15 (62.5)	
<b>Hábitos Farmacológicos (s/ prescrição) (n=53)</b>			
Sim	3 (10.3)	2 (8.3)	.591
Não	26 (89.7)	22 (91.7)	
<b>Prática de Atividade Física (n=53)</b>			
Sim	12 (41.4)	10 (41.7)	.983
Não	17 (58.6)	14 (58.3)	

ns:  $p > .05$

## 2.1. Análise da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva das Mulheres

Tendo por base os resultados obtidos na HADS (Tabela 2), verificamos que no que diz respeito ao grupo de mulheres com DPN aos 12 meses após o nascimento do bebé, 12 (50%) apresentam níveis de ansiedade considerados normais, 3 (12.5%) ansiedade leve e 9 (37.5%) ansiedade moderada. Relativamente à subescala depressão, 17 (70.8%) revelaram ausência de depressão, 5 (20.8%) depressão leve e 2 (8.3%) depressão moderada.

No que diz respeito ao grupo de mulheres sem DPN, constatamos que relativamente à subescala ansiedade, 12 (41.4%) apresentam valores de ansiedade considerados normais, 7 (24.1%) ansiedade leve, 9 (31.0%) ansiedade moderada e 1 (3.4%) ansiedade severa. Quanto à subescala depressão, 14 mulheres (48.3%) não evidenciam depressão, 13 (44.8%) apresentam depressão leve e 2 (6.9%) depressão moderada.

Verificamos, pois, que as mulheres sem DPN anterior apresentam níveis de ansiedade e depressão superiores comparativamente com as mulheres com DPN anterior.

**Tabela 2.** Medidas descritivas da HADS

	Mulheres Com DPN aos 12 meses		Mulheres Sem DPN aos 12 meses	
	Frequência	%	Frequência	%
Ansiedade normal	12	50.0	12	41.4
Ansiedade leve	3	12.5	7	24.1
Ansiedade moderada	9	37.5	9	31.0
Ansiedade severa	0	0	1	3.4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>
Ausência de depressão	17	70.8	14	48.3
Depressão leve	5	20.8	13	44.8
Depressão moderada	2	8.3	2	6.9
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

O teste de *Mann-Whitney* (Tabela 3), confirma a existência de diferenças entre os dois grupos, contudo estas não são estatisticamente significativas.

**Tabela 3.** Teste de *Mann-Whitney* entre mães com DPN anterior e mães sem DPN anterior relativamente à HADS

		<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
<b>HADS Ansiedade</b>	DPN anterior	24	25.85	320.5	ns
	Sem DPN anterior	29	27.95		
<b>HADS Depressão</b>	DPN anterior	24	23.96	275.0	ns
	Sem DPN anterior	29	29.52		

ns:  $p > .05$

### 2.1.1. Análise da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva das Mulheres de acordo com a faixa etária

Achámos pertinente analisar a sintomatologia ansiosa e depressiva da HADS de acordo com a faixa etária. Ao analisarmos a Tabela 4, verificamos que no grupo de mulheres com DPN aos 12 meses após o nascimento do bebé, 9 apresentam ansiedade moderada, sendo que destas 6 (66.7%) têm mais de 42 anos. No grupo de mulheres sem DPN, os resultados são análogos, sendo que das 9 mulheres que apresentam ansiedade moderada, todas têm idade superior a 42 anos e apenas 1 mulher apresenta ansiedade severa, com idade igual ou inferior a 42 anos. No que diz respeito à sintomatologia depressiva, verificamos que no grupo de mulheres com DPN, 5 apresentam depressão leve, sendo que 3 (60%) têm mais de 42 anos e 2 (40%) idade igual ou inferior a 42 anos. Das 2 mulheres que apresentam depressão moderada, 1 tem menos de 42 anos e outra mais de 42 anos. No grupo de mulheres sem DPN, 13 mulheres apresentam depressão leve, sendo que 9 (69.2%) têm mais de 42 anos e 4 (30.8%) têm idade inferior a 42 anos. Os dois casos de depressão moderada encontram-se equitativamente distribuídos pelas 2 faixas etárias.

Podemos dizer em forma de conclusão que, independentemente do grupo de pertença, as mulheres com idade superior a 42 anos revelam níveis de ansiedade e depressão superiores comparativamente com as mulheres com idade igual ou inferior a 42 anos.

**Tabela 4.** Medidas descritivas da HADS de acordo com a faixa etária

		Mulheres Com DPN aos 12 meses			Mulheres Sem DPN aos 12 meses		
		≤ 42 anos	> 42 anos	Total	≤ 42 anos	> 42 anos	Total
HADS	Ansiedade normal	7 (58.3%)	5 (48.7%)	12 (100%)	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12 (100%)
	Ansiedade leve	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7 (100%)
	Ansiedade moderada	3 (33.3%)	6 (66.7%)	9 (100%)	0	9 (100%)	9 (100%)
	Ansiedade severa	0	0	0	1 (100%)	0	1 (100%)
	<b>Total</b>	12	12	24	14	15	29
HADS	Ausência de depressão	9 (52.9%)	8 (47.1%)	17 (100%)	9 (64.3%)	5 (35.7%)	14 (100%)
	Depressão leve	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)	4 (30.8%)	9 (69.2%)	13 (100%)
	Depressão moderada	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
	<b>Total</b>	12	12	24	14	15	29

O teste de *Mann-Whitney* (Tabela 5) corrobora os resultados previamente apresentados. No que diz respeito ao grupo de mulheres com DPN aos 12 meses após o nascimento do bebé, verificamos que é o grupo de mulheres com mais de 42 anos de idade que apresenta valores mais elevados, quer de sintomatologia ansiosa quer depressiva, comparativamente com o grupo de mulheres com idade igual ou inferior a 42 anos, todavia estas diferenças não são estatisticamente significativas. No grupo de mulheres sem DPN aos 12 meses após o nascimento do bebé, verificamos que as mulheres com mais de 42 anos apresentam níveis de ansiedade superiores (*mean rank*=18.17) comparativamente com as mulheres com idade igual ou inferior a 42 anos (*mean rank*=11.61), sendo que estas diferenças são estatisticamente significativas ( $U=57.7$ ;  $p=.037$ ). No que diz respeito à sintomatologia depressiva, são igualmente as mulheres com mais de 42 anos que apresentam valores mais elevados (*mean rank*=17.30) comparativamente com as mulheres com idade igual ou inferior a 42 anos (*mean rank*=12.54), contudo estas diferenças não atingem o significado estatístico.

**Tabela 5.** Teste de *Mann-Whitney* comparando os resultados da escala de Ansiedade e de Depressão da HADS em diferentes faixas etárias em mães com DPN e mães sem DPN

		Mulheres Com DPN aos 12 meses				Mulheres Sem DPN aos 12 meses			
	Idade	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
HADS	menos de 42 anos	12	10.96	53.5	ns	14	11.61	57.5	.037
Ansiedade	mais de 42 anos	12	14.04			15	18.17		
HADS	menos de 42 anos	12	11.25	57.0	ns	14	12.54	70.5	ns
Depressão	mais de 42 anos	12	13.75			15	17.30		

ns:  $p > .05$

## 2.2. Autoavaliação das Mães relativamente ao seu funcionamento adaptativo de acordo com o IAACA

Tendo por objetivo compreender como é que as mães se percecionam ao nível do seu funcionamento (ex.: amigos, cônjuge/ companheiro, família, trabalho e educação) e de problemas de comportamento e de ajustamento psicológico (ex.: depressão, ansiedade, problemas de pensamento e de atenção, comportamentos agressivos e quebra de regras), procedeu-se à determinação da pontuação das diferentes subescalas do IAACA. Através da análise da Tabela 6 e com base nos pontos de corte para as diferentes subescalas, verificou-se que todas elas apresentam valores médios abaixo do ponto de corte, à exceção da subescala internalização que apresenta um valor médio ligeiramente acima do ponto de corte, apenas para as mães com DPN anterior ( $M= 17.41$ ;  $DP=10.57$ ; *ponto de corte*= 15.08). Estes valores revelam que as mães fazem uma autoavaliação bastante positiva. Contudo, os valores médios na subescala internalização para mães com DPN anterior encontra-se ligeiramente acima do ponto de corte, que se traduz em perceções menos positivas de si próprias neste domínio.

Realizando uma análise intergrupos, verificou-se que o grupo de mães com DPN anterior apresenta níveis médios superiores, comparativamente com as mães sem DPN anterior nas subescalas ansiedade/ depressão ( $M=9.59$ ;  $DP=5.23$ ), retraimento/ afastamento ( $M=3.24$ ;  $DP=2.99$ ), queixas somáticas ( $M=5.08$ ;  $DP=4.07$ ), problemas de pensamento ( $M=2.38$ ;  $DP=2.02$ ), problemas de atenção ( $M=5.33$ ;  $DP=3.53$ ), quebra de regras ( $M=1.58$ ;  $DP=1.61$ ), comportamento agressivo ( $M=5.58$ ;  $DP=3.84$ ), na internalização ( $M=17.41$ ;  $DP=10.57$ ) e na externalização ( $M=9.96$ ;  $DP=5.56$ ), contudo estes valores não atingem o significado clínico.

Na subescala intrusão ( $M=3.21$ ;  $DP=1.47$ ), são as mães sem DPN anterior que apresentam níveis médios mais elevados, comparativamente com as mães com DPN anterior, todavia estes valores não atingem o significado clínico.

Com o objetivo de verificar se as diferenças observadas são estatisticamente significativas entre os dois grupos, obtidas nas diferentes subescalas do IAACA, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*. Através do mesmo, confirmou-se que, apesar de existirem diferenças entre os grupos, estas não são estatisticamente significativas.

**Tabela 6.** Medidas descritivas do IAACA e Teste de *Mann-Whitney*

	Mulheres Com DPN aos				Mulheres Sem DPN aos				<i>Pontos de Corte</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	12 meses				12 meses						
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mean Rank</i>			
<b>Ansiedade / Depressão</b>	17	9.59	5.23	16.82	12	7.33	4.03	12.42	<b>11.41</b>	71.0	ns
<b>Retraimento / Afastamento</b>	17	3.24	2.99	15.47	12	2.75	2.77	14.33	<b>4.34</b>	94.0	ns
<b>Queixas Somáticas</b>	24	5.08	4.07	27.94	29	4.45	3.60	26.22	<b>6.73</b>	325.5	ns
<b>Problemas de Pensamento</b>	24	2.38	2.02	27.06	29	2.17	1.79	26.95	<b>4.73</b>	346.5	ns
<b>Problemas de Atenção</b>	24	5.33	3.53	28.35	29	4.76	2.97	25.88	<b>9.89</b>	315.5	ns
<b>Quebra de Regras</b>	24	1.58	1.61	28.88	29	1.52	1.74	25.45	<b>3.37</b>	303.0	ns
<b>Comportamento Agressivo</b>	24	5.58	3.84	27.75	29	4.72	3.47	26.38	<b>7.33</b>	330.0	ns
<b>Intrusão</b>	24	2.79	1.59	24.31	29	3.21	1.47	29.22	<b>4.40</b>	283.5	ns
<b>Internalização</b>	17	17.41	10.57	16.44	12	13.0	7.82	12.96	<b>15.08</b>	77.5	ns
<b>Externalização</b>	24	9.96	5.56	28.02	29	9.45	5.24	26.16	<b>13.80</b>	323.5	ns

ns:  $p>.05$

### **2.3. Diferenças de percepção entre a HADS e as diferentes subescalas do IAACA**

Quando analisamos o grau de associação entre as subescalas da HADS e do IAACA, para o grupo das mulheres com DPN aos 12 meses após o nascimento do bebé, verificamos que a HADS ansiedade correlaciona-se de modo positivo, moderado a forte e estatisticamente significativo com a escala ansiedade/ depressão do IAACA ( $r=.861$ ;  $p<.01$ ), com as queixas somáticas ( $r=.580$ ;  $p<.01$ ), com os problemas de atenção ( $r=.532$ ;  $p<.01$ ), e com a internalização ( $r=.832$ ;  $p<.01$ ). Quanto à HADS depressão esta correlaciona-se igualmente de modo positivo, moderado a forte e estatisticamente significativo com a ansiedade/ depressão ( $r=.838$ ;  $p<.01$ ), com as queixas somáticas ( $r=.672$ ;  $p<.01$ ), com os problemas de atenção ( $r=.421$ ;  $p<.05$ ), com a internalização ( $r=.853$ ;  $p<.01$ ) e com a externalização ( $r=.414$ ;  $p<.01$ ) do IAACA. Correlaciona-se de modo negativo fraco e não estatisticamente significativo com a quebra de regras e intrusão.

No que diz respeito ao grupo das mulheres sem DPN aos 12 meses e tendo por base a subescala ansiedade da HADS, esta não se correlaciona de modo estatisticamente significativo com nenhuma escala do IAACA. A subescala da HADS depressão correlaciona-se de modo positivo, moderado e estatisticamente significativo com o retraimento/ afastamento ( $r=.583$ ;  $p<.05$ ).

Em suma no grupo de mulheres com DPN aos 12 meses os resultados obtidos na HADS estão em concordância com os resultados obtidos no IAACA, o mesmo não se verifica no grupo de mulheres sem DPN.

**Tabela 7.** Correlação de *Spearman* entre a ansiedade e depressão da HADS e as subescalas do IAACA

	Mulheres Com DPN aos		Mulheres Sem DPN aos	
	12 meses		12 meses	
	HADS Ansiedade	HADS Depressão	HADS Ansiedade	HADS Depressão
Ansiedade / Depressão	<b>.861**</b>	<b>.838**</b>	.408	.328
Retraimento / Afastamento	.333	.400	.147	<b>.583*</b>
Queixas Somáticas	<b>.580**</b>	<b>.672**</b>	.216	.355
Problemas Pensamento	.080	.110	-.016	.182
Problemas de Atenção	<b>.532**</b>	<b>.421*</b>	-.364	-.055
Comportamento Agressivo	.321	.348	-.133	.030
Quebra de Regras	.202	.320	-.021	.015
Intrusão	.016	.251	-.039	-.079
Internalização	<b>.832**</b>	<b>.853**</b>	.566	.351
Externalização	.353	<b>.414**</b>	-.145	.030

\* $p > .05$ ; \*\* $p > .01$

## 2.4. Efeitos da DPN na mãe no Ajustamento Psicossocial do Adolescente

Com o objetivo de compreender como é que as mães percecionam os problemas e comportamentos dos filhos, procedeu-se à determinação da pontuação das diferentes subescalas da CBCL. Através da análise da Tabela 8 e com base nos pontos de corte para as diferentes subescalas, verificou-se que todas elas apresentam valores médios abaixo do ponto de corte, quer para as mães com DPN anterior, quer para mães sem DPN anterior. Estes valores revelam que as mães percecionam os comportamentos, atitudes e competências dos filhos de modo bastante positivo.

Realizando uma análise intergrupos, verificou-se que o grupo de mães com DPN anterior apresenta níveis médios superiores, comparativamente com as mães sem DPN anterior nas subescalas isolamento/ depressão ( $M=4.25$ ;  $DP=3.05$ ), problemas sociais ( $M=1.96$ ;  $DP=1.57$ ), problemas de atenção ( $M=4.21$ ;  $DP=2.80$ ), comportamento agressivo ( $M=4.92$ ;  $DP=3.94$ ),

outros problemas ( $M=3.83$ ;  $DP=2.48$ ) e na dimensão externalização ( $M=6.83$ ;  $DP=5.3$ ), contudo estes valores não atingem o significado clínico.

Nas subescalas ansiedade/ depressão ( $M=4.25$ ;  $DP=3.05$ ), queixas somáticas ( $M=1.25$ ;  $DP=1.39$ ), problemas de pensamento ( $M=1.63$ ;  $DP=2.0$ ), comportamento delincente ( $M=1.92$ ;  $DP=2.02$ ) e na dimensão internalização ( $M=8.13$ ;  $DP=5.27$ ), são as mães sem DPN anterior que apresentam níveis médios mais elevados, comparativamente com as mães com DPN anterior, todavia estes valores não atingem o significado clínico.

Objetivando verificar, se as diferenças observadas entre os dois grupos nas diferentes subescalas da CBCL são estatisticamente significativas, realizou-se o teste de *Mann-Whitney*. Através do mesmo, confirmámos que apesar de existirem diferenças entre os grupos, estas não são estatisticamente significativas.

**Tabela 8.** Medidas descritivas da CBCL e Teste de *Mann-Whitney*

	Mulheres Com DPN				Mulheres Sem DPN				<b>Pontos de Corte</b>	U	p
	aos 12 meses				aos 12 meses						
	N	M	DP	Mean Rank	N	M	DP	Mean Rank			
<b>Ansiedade / Depressão</b>	24	4.25	3.05	23.75	28	5.18	2.89	28.86	<b>7.59</b>	270.0	ns
<b>Isolamento / Depressão</b>	24	2.63	2.34	27.40	29	2.48	2.31	26.67	<b>4.16</b>	338.5	ns
<b>Queixas Somáticas</b>	24	1.25	1.39	26.58	29	1.38	1.57	27.34	<b>4.75</b>	338.0	ns
<b>Problemas Sociais</b>	24	1.96	1.57	28.25	29	1.79	1.66	25.97	<b>3.89</b>	318.0	ns
<b>Problemas de Pensamento</b>	24	1.63	1.99	24.60	29	2.38	2.98	28.98	<b>3.60</b>	290.5	ns
<b>Problemas de Atenção</b>	24	4.21	2.80	30.27	29	3.48	3.30	24.29	<b>6.17</b>	269.5	ns
<b>Comportamento Delincente</b>	24	1.92	2.02	26.15	29	2.24	2.43	27.71	<b>3.16</b>	327.5	ns
<b>Comportamento Agressivo</b>	24	4.92	3.94	27.94	29	4.45	3.44	26.22	<b>8.10</b>	325.5	ns
<b>Outros Problemas</b>	24	3.83	2.48	27.06	29	3.79	2.55	26.95	<b>5.06</b>	346.5	ns
<b>Internalização</b>	24	8.13	5.27	25.15	28	9.04	4.91	27.66	<b>15.06</b>	303.5	ns
<b>Externalização</b>	24	6.83	5.30	27.48	29	6.69	5.60	26.60	<b>10.82</b>	336.5	ns

ns:  $p>.05$

## 2.5. Análise do Suporte Social das Mães

Quando analisado o suporte social recebido pelas participantes (Tabela 9), verifica-se que, no que diz respeito ao número de pessoas consideradas na rede de suporte social, nas mulheres com DPN anterior esta rede varia entre 2 e 16 pessoas ( $M=8.21$ ;  $DP=3.34$ ); nas mulheres sem DPN anterior esta rede varia entre 1 e 20 pessoas ( $M=8.55$ ;  $DP=5.45$ ).

As mulheres sem DPN anterior apresentam valores médios superiores ao nível do número de pessoas consideradas na rede de suporte social, comparativamente com as mulheres com DPN anterior.

No que diz respeito ao apoio instrumental e ao apoio emocional, as mulheres com DPN anterior apresentam níveis médios superiores, quer ao nível do suporte instrumental ( $M=22.63$ ;  $DP=5.48$ ), quer ao nível do apoio emocional ( $M=16.17$ ;  $DP=2.73$ ), comparativamente com as mulheres sem DPN anterior ( $M=22.24$ ;  $DP=5.75$ ); ( $M=15.17$ ;  $DP=3.96$ ).

Pela análise do teste de *Mann-Whitney*, verifica-se efetivamente que ao nível do apoio instrumental, bem como do apoio emocional, as mulheres com DPN anterior apresentam *mean ranks* mais elevados comparativamente com as mulheres sem DPN anterior, todavia estas diferenças não são estatisticamente significativas.

**Tabela 9.** Medidas descritivas relativas ao Suporte Social e Teste de *Mann-Whitney*

	Mulheres Com DPN aos				Mulheres Sem DPN aos				U	p
	12 meses				12 meses					
Suporte Social	N	M	DP	Mean Rank	N	M	DP	Mean Rank		
<b>Nº de Pessoas</b>	24	8.21	3.34	-----	29	8.55	5.45	-----	-----	ns
<b>Apoio Instrumental</b>	24	22.63	5.48	27.23	29	22.24	5.75	26.81	342.5	ns
<b>Apoio Emocional</b>	24	16.17	2.73	28.85	29	15.17	3.96	25.47	303.5	ns

ns:  $p > .05$

## **Discussão / Conclusão**

Propusemo-nos, neste estudo, avaliar os efeitos a longo prazo da DPN, nomeadamente na propensão para a ocorrência de perturbações psicopatológicas nas mães, e no tipo de perceção que elas mantêm sobre o comportamento dos seus filhos.

O conjunto de dados relevantes que resultaram do estudo, e que gostaríamos de realçar, é o relativo à prevalência de perturbações depressivas nas mulheres que tiveram depressão pós-natal e nas que não foram afetadas por essa perturbação. Assim sendo, tendo presente os resultados obtidos na HADS ao nível da sintomatologia depressiva, verificamos que das 24 mulheres que apresentavam DPN 12 meses após o nascimento do bebé apenas 2 (8.3%) apresentavam níveis de depressão moderados. Das 29 mulheres que não apresentavam DPN aos 12 meses após o nascimento do bebé, 2 (6.9%) apresentavam níveis de depressão moderados, deste modo estes 2 casos podem ser considerados novos casos. Constatamos, uma diminuição acentuada da sintomatologia depressiva no grupo das mulheres com DPN aos 12 meses após o nascimento da criança.

Estes resultados poderão dever-se, não só, ao facto de o período de tempo ser bastante alargado, mas também se podem prender com o facto de que aos 6 anos após o nascimento do bebé, neste grupo de 53 mulheres, apenas 8 se encontravam deprimidas, sendo que 3 pertenciam ao grupo de mulheres com DPN aos 12 meses e 5 ao grupo de mulheres sem DPN aos 12 meses. Em alguns estudos longitudinais mais antigos não foi encontrada maior prevalência de depressão subsequente em mulheres com histórico de DPN (Cooper & Murray, 1995; Luoma et al., 2001).

Estes resultados estão em congruência com os resultados obtidos no IAACA, onde verificamos que, apesar de o grupo de mulheres com DPN anterior apresentar níveis médios superiores no IAACA comparativamente com o grupo de mulheres sem DPN nas subescalas ansiedade/ depressão, retraimento/ afastamento, queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas de atenção, quebra de regras, comportamento agressivo, internalização e externalização, a diferença não é significativa e os valores não têm representação clínica. Com a realização da revisão da literatura foi possível encontrar alguma consistência no que diz respeito ao facto da DPN anterior aumentar a probabilidade da existência de episódios subsequentes de depressão (Halligan, Murray, Martins & Cooper, 2007; Agnafors, Sydsjö, De Keyser & Svedin, 2013) e o surgimento de outros quadros clínicos, problemas de saúde mental, doenças físicas e problemas comportamentais maternos (Josefsson & Sydsjö, 2007; Abdollahi & Zarghami, 2018).

Nas fases anteriores deste estudo longitudinal, foi possível verificar que as mulheres com depressão no 1º ano pós-natal tinham mais probabilidade de estar deprimidas seis anos mais tarde do que as que não tinham tido DPN (Rocha, 2014).

Apesar da orientação geral dos nossos resultados quanto às diferenças entre os dois grupos na ocorrência de depressão, a ausência de significado estatístico dos mesmos poderá explicar-se pelo reduzido número de participantes, no entanto este fator não explica a ausência de significado clínico.

Importante será ainda salientar que segundo a HADS, as mães que não apresentaram DPN anterior tiveram níveis de ansiedade e depressão superiores comparativamente com as mães com DPN anterior, contudo estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Além disso, foi possível verificar que o grupo das mulheres sem DPN e com idade superior a 42 anos revelam níveis de ansiedade e depressão superiores comparativamente com o grupo de mulheres com DPN e com idade superior a 42 anos, sendo que essas diferenças são estatisticamente significativas para a subescala ansiedade. Também Rocha (2014), numa fase preliminar desta linha de investigação, verificou que as mulheres com idade superior apresentam uma maior probabilidade de terem DPN quando comparadas com mulheres com idade inferior.

Para verificar a concordância de diagnóstico obtida na HADS e no IAACA realizámos o coeficiente de correlação de *Spearman*. Constatamos, para o grupo de mulheres com DPN anterior, a existência de correlações positivas, moderadas a fortes e estatisticamente significativas entre as subescalas da HADS ansiedade e as escalas do IAACA: ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas de atenção e internalização; a subescala depressão da HADS correlaciona-se igualmente de modo positivo, moderado e estatisticamente significativo com as escalas anteriormente mencionadas do IAACA, bem como com a escala externalização. Esta relação mostra concordância de diagnósticos. No que diz respeito ao grupo de mulheres sem DPN apenas verificamos correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre a HADS depressão e a escala retraimento/ afastamento do IAACA.

No que diz respeito aos efeitos da DPN no desenvolvimento dos filhos, e compreender a forma como as mães percecionam os problemas e comportamentos dos mesmos não se observou qualquer tipo de impacto com relevância significativa. O grupo de mães com DPN anterior apresentou níveis médios superiores, comparativamente com as mães sem DPN anterior nas subescalas isolamento/ depressão, problemas sociais, problemas de atenção, comportamento agressivo, outros problemas e na dimensão externalização, contudo estes valores não atingem o significado clínico.

A grande maioria dos estudos encontrados salienta que a DPN nas mães tem impacto nos seus filhos, não só em termos do seu funcionamento cognitivo (Kingston, Tough & Whitfield, 2012), mas também ao nível de problemas comportamentais e emocionais (O'Hara & McCabe,

2013) e ainda comprometimento da interação social da criança (Jensen, Dumontheil & Barker, 2014). De acordo com Closa-Monterolo e colegas (2017), o facto de a figura materna deixar de apresentar sintomatologia psicopatológica ao longo do desenvolvimento do filho, ou seja, se a DPN for circunscrita no tempo, a criança ou adolescente pode não apresentar perturbação psicológica. Sendo assim será crucial, numa fase posterior da investigação, analisar os perfis temporais de DPN e de avaliação de outros quadros clínicos destas mães.

Na literatura científica, existe algum consenso acerca da importância de uma rede de suporte social bem funcionante na proteção das mulheres em relação à DPN. Vários autores referiram que o suporte emocional e a cooperação do marido estão associadas a um menor risco de sintomas depressivos (Bielinski-Blattmann, Lemola, Jaussi, Stadlmayr & Grob, 2009), tal como o apoio social recebido de outras pessoas (Satoh et al., 2009).

Também nas nossas participantes foi encontrada, noutras momentos de avaliação, esse tipo de relação positiva (Monteiro, 2009; Teixeira, 2011). Contudo, os resultados aos seis anos após o nascimento não são tão claros (Rocha, 2014). Apesar das mulheres sem DPN anterior apresentarem uma maior rede de suporte (número de pessoas consideradas), são as mulheres com DPN anterior que apresentam melhor qualidade de suporte instrumental e emocional, embora nenhum destes dados atinja o significado estatístico.

É de ressaltar a escassez de estudos relativamente às implicações da DPN a longo prazo (concretamente, na adolescência). Será interessante numa próxima fase de investigação (e existem já dados recolhidos nas fases anteriores da investigação) elaborar o perfil psicopatológico destas mães, para tentar compreender se há um padrão entre os efeitos da DPN e a sua circunscrição no tempo, este poderá ser um fator que traga alguma inteligibilidade para os resultados.

A importância deste estudo reside no facto de permitir avaliar o impacto da DPN na família, conhecendo o estatuto emocional dos seus elementos no longo prazo. Consideramos, por isso que foram atingidos os objetivos que nos propusemos alcançar de uma forma genérica, trazendo um contributo significativo para os clínicos que lidam com esta perturbação. Devemos ressaltar, porém, que o estudo teve limitações, das quais destacaríamos o escasso número de participantes, que não permitiu ilações robustas e nos colocou algumas vezes dificuldades na interpretação de resultados pouco claros. Volvidos doze anos, o número de participantes reduziu das 198 iniciais para 53, devido a desistências e a perdas de informações que impediram retomar o contato. Por outro lado, as 53 participantes avaliadas foram divididas em dois grupos, tendo por base o diagnóstico de depressão obtido na SADS-L aos 12 meses pós-parto, contudo aos 6 anos pós-parto apenas 8 destas mulheres apresentavam diagnóstico de depressão de acordo com a SADS-L. Este facto poderá, em parte, explicar a falta de significância estatística dos nossos resultados, bem como a falta de significado clínico.

Para além do contributo científico dado, que deve ser ponderado à luz das limitações acima descritas, consideramos que a nossa participação nesta investigação resultou numa aprendizagem de ética científica e de humildade, sendo uma experiência pessoal muito positiva, em que ocorreu um contacto direto e em ambiente “familiar”, quase clínico, com as mães, que compreendemos que deve ser um sustentáculo relevante de uma investigação longitudinal.

Apesar da importância de conhecer o impacto da DPN a longo prazo, são escassos os estudos neste domínio, pelo que a nossa investigação lança uma das primeiras pedras, permitindo no futuro analisar os percursos de psicopatologia nos elementos da família, de forma individual e na sua interação. Com a sua realização, compreendemos a importância de diagnosticar de forma sensível e em fase precoce a DPN para prevenir repercussões ao nível familiar, no casal (mãe e/ou pai), e na saúde física e mental dos filhos.

## Referências Bibliográficas

- Aasheim, V., Waldenstrom, U., Hjelmstedt, A., Rasmussen, S., Pettersson, H., & Schytt, E. (2012). Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG*, 119: 1108–1116. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03411.x.
- Abdollahi, F., Agajani-Delavar, M., Zarghami, M., & Lye, M. S. (2016). Postpartum mental health in first-time mothers: A cohort study. *Iran. J. Psychiatry. Behav. Sci.*, 10(1). doi: 10.17795/ijpbs-426.
- Abdollahi, F., & Zargham, M. (2018). Effect of postpartum depression on women's mental and physical health four years after childbirth. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 24(10). doi: 10.26719/2018.24.10.1002.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2000). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/1½-5 and C-TRF*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adults Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research center for children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de avaliação empiricamente validado (ASEBA), para o período pré-escolar e escolar*. Psiquilíbrios Edições. 1ª edição.
- Agnafors, S., Sydsjö, G., DeKeyser, L., & Svedin, C. G. (2013). Symptoms of Depression Postpartum and 12 years Later-Associations to Child Mental Health at 12 years of Age. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3): 405-414. doi:10.1007/s10995-012-0985-z.
- Alice-Evcimen, Y., & Sudak, D. M. (2003). Postpartum depression. *Elsevier*, 10: 210–216.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi Editores, 4º edição.
- Areias, M. E. G. (1994). *Maternidade e depressão no casal*. Tese de Doutoramento realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169: 30-35. doi: 10.1192/bjp.169.1.30.

- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169: 36-41. doi: 10.1192/bjp.169.1.36.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5): 275-285.
- Bielinski-Blattmann, D., Lemola, S., Jaussi, C., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2009). Postpartum depressive symptoms in the first 17 months after childbirth: the impact of an emotionally supportive partnership. *International Journal of Public Health*, 54(333).
- Cantilino, A., Carvalho, J. A., Maia, A., Albuquerque, C., Cantilino, G., & Sougey, E. (2007). Translation, validation and cultural aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry*, 44: 672-684. doi:10.1177/1363461507083904.
- Chaudron, L. H. (2003). Postpartum depression: what pediatricians need to know. *Pediatr Rev.*, 24(5): 154–161. doi: 10.1542/pir.24-5-154.
- Closa-Monasterolo, R., Gispert Llaurodo, M., Canals, J., Luque V., Zaragoza Jordana, M., Koletzko, B., Grote, V., Weber, M., Gruszfeld, D., Szott, K., Verduci, E., ReDionigi, A., Hoyos, J., Brasselle, G., & Escribano Subías, J. (2017) The Effect of Postpartum Depression and Current Mental Health Problems of the Mother on Child Behaviour at Eight Years. *Maternal and Child Health Journal*, 21(7), 1563–1572. doi:10.1007/s10995-017-2288-x.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*, 166(2): 191–195. doi: 10.1192/bjp.166.2.191.
- Cox, J., Holden, J., & Sagosky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 150: 782-786.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163: 27-31. doi: 10.1192/bjp.163.1.27.
- Da Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I., & Khalifé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health*, 9(2): 95–102. doi: 10.1007/s00737-005-0108-6.
- Davey, S. J., Dziurawiec, S., & O'Brien-Malone, A. (2006). Men's voices: Postnatal depression from the perspective of male partners. *Qual Health Res.*, 16(2): 206-222. doi: 10.1177/1049732305281950.
- Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 35(7), 837-44.

- Eysenck, H., & Eysenck, S. G. B. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Fernandes, S. A. C. (2011). *Aferição do adult self report, na sua versão traduzida para português, para a população portuguesa. Comparação dos resultados obtidos com os de vítimas de violência doméstica*. Tese não publicada.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior & Development*, 33: 1–6. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005.
- Fisher, J. R., Morrow, M. M., Ngoc, N. T., & Anh, L. T. (2004). Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam. *BJOG*, 111(12): 1353–1360.
- Flaherty, J., Gaviria, F. M., Black, E. M. (1983). The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression. *American Journal Psychiatry*, 140(4), 473-476.
- Fletcher, R., Feeman, E., Garfield, C., & Vimpani, G. (2011). The effects of early paternal depression on children's development. *MJA*, 195(11): 685-689. doi: 10.5694/mja11.10192.
- Gonçalves, M. P. (2010). *Aspectos psicossociais e neuro-humorais da Depressão pós natal no homem*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Gonçalves, M. P., Teixeira, F., Monteiro, A., Fonseca, E., & Areias, M. E. G. (2010). Postnatal Depression in Mothers and Fathers: correlation with psychosocial and hormonal variables. *Arch Womens Ment Health*, 14(1): 24. doi: 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1): 26-35. doi: 10.1046/j.1365 2648.2003.02857.x.
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annu Rev Clin Psychol*, 3: 107-135. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401.
- Griffiths, R. (1970). *The abilities of young children*. The Test Agency Ltd.
- Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3): 145–154. doi: 10.1016/j.jad.2006.06.010.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: A review. *Arch Womens Ment Health*, 6(2): 33 42. doi: 10.1007/s00737-003-0004-x.
- Herman, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.

- Hewitt, C. E., Gilbody, S. M., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., Green, J., Morrell, J., Barkham, M., Light, K., & Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment*, 13(36): 1-230. doi: 10.3310/hta13360.
- Jensen, S., Dumontheil, I., & Barker, E. (2014). Developmental inter-relations between early maternal depression, contextual risks, and interpersonal stress, and their effect on later child cognitive functioning. *Depress Anxiety*, 31(7): 599–607. doi: 10.1002/da.22147.
- Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2007). A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Arch Women Ment Health*, 10(4): 141-145. doi: 10.1007/s00737-007-0185-9.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43: 683-714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4.
- Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., Este, D., & Watson, W. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445-457. doi: 10.3109/01612840.2012.673054.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., et al. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(12): 1367-74. doi: 10.1097/00004583-200112000-00006.
- Macarini, S. M., Martins, G. D. F., Minetto, M. F., & Vieira, M. L. (2010). Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 119-134.
- Mallikarjun, P. K., & Oyeboode, F. (2005). Prevention of postnatal depression. *J R Soc Promot Health*, 125(5): 221–226. doi: 10.1177/146642400512500514.
- Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. M. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. West Sussex: Wiley.
- Monteiro, A., Areias, M. E. G., Teixeira, F., Gonçalves, M. P., & Fonseca, E. (2010). Impact of Parental Depression over Cognitive and Psychomotor Development of Babies during the First Year of Life. *Arch Womens Ment Health*, 14(1): 76. doi: 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Monteiro, A. G. (2009). *Depressão Parental e seus Efeitos no Desenvolvimento Cognitivo, Psicomotor, Físico e de Saúde dos Bebés no Primeiro Ano de Vida*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Moreira, D. (2019). *As implicações da Depressão Pós-Natal: Estudo de Follow-up*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia. Tese não publicada. Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Paredes.

- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5): 460-470. doi: 10.1016/j.jaac.2011.02.001.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P., (1996). The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome. *Child Development*, 67(5), 2512-2526. doi: 10.2307/1131637.
- Najman, J., Andersen, M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Williams, G. (2000). Postnatal depression—myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(1):19–27. doi: 10.1007/s001270050004.
- Norhayati, M. N., Nik Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Wan Emilin, W. M. A. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*, 175: 34–52. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041.
- Oates, M. (2003). Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *Br Med Bull*, 67: 219–229. doi: 10.1093/bmb/ldg011.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol*, 65(12), 1258–1269. doi: 10.1002/jclp.20644.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, 303(19): 1961–1969. doi: 10.1001/jama.2010.605.
- Paulson, J. F., Keefe, H. A., & Leiferman, J. A. (2009). Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(3): 254–262. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01973.x.
- Paykel, E. S., & Mangen, S. P. (1980). Interview for recent life events, revised.
- Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., & Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and anxiety*, 30(6), 506-514. doi: 10.1002/da.22040.
- Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2): 216-221. doi: 10.4103/0019-5545.161481.

- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal Depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the Postnatal Period. *Depression and Anxiety*, 28(6): 471–477. doi: 10.1002/da.20814.
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *J Child Psychol Psychiatry*, 49 (10): 1069-1078. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4): 289-295. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006.
- Rocha, J. L. (2014). *Depressão Pós-natal - Morbilidade psiquiátrica no casal, desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial na criança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte, Gandra, Paredes.
- Sadat, Z., Abedzadeh-Kalahroudi, M., Atrian, M. K., Karimian, Z., & Sooki, Z. (2014). The impact of postpartum depression on quality of life in women after child's birth. *Iran Red Crescent Med J*, 16(2). doi: 10.5812/ircmj.14995.
- Satoh, A., Kitamiya, C., Kudoh, H., Watanabe, M., Menzawa, K., & Sasaki, H. (2009). Factors associated with late post-partum depression in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(1): 27-36. doi: 10.1111/j.1742 7924.2009.00121.x.
- Schardosim, J. M., & Heldt, E. (2011). Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem* (Porto Alegre), 32(1): 159-166. doi: 10.1590/S1983-14472011000100021.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (an trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Soe, N. N., Wen, D. J., Poh, J. S., Li, Y., Broekman, B. F. P., Chen, H., Chong, Y. S., Kwek, K., Saw, S. M., Gluckman, P. D., Meaney, M. J., Rifkin-Graboi, A., & Qiu, A. Q. (2016). Pre- and Post-Natal Maternal Depressive Symptoms in Relation with Infant Frontal Function, Connectivity, and Behaviors. *Plos One*, 11(4). doi: 10.1371/journal.pone.0152991.
- Sit, D. K., & Wisner, K. L. (2009). The identification of postpartum depression. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52(3): 456-468. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181b5a57c.
- Surkan, P. J., Kennedy, C. E., Hurley, K. M., & Black, M. M. (2011). Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, 89(8): 607–615. doi: 10.1590/S0042-96862011000800013.

- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384: 1800-1819. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
- Teixeira, F. S. (2011). *La Depresión Postnatal en Las Mujeres: Etiología y Consecuencias Psicosociales*. Dissertação de Doutoramento, Universitat de València, Espanha.
- Teixeira, F., Gonçalves, M. P., Monteiro, A., Fonseca, E., & Areias, M. E. G. (2010). Incidence and prevalence of Depression in women and men, during Pregnancy and after Childbirth: Comparing the likelihood to be depressed in subsamples of previously severely depressed and without history of depression. *Arch Womens Ment Health*, 14(1): 53. doi: 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2): 147-156. doi:10.1080/10673220902899714.
- Velders, F., Dieleman, G., Henrichs, J., Jaddoe, V., Hofman, A., Verhulst, F., Hudziak, J., & Tiemeier, H. (2011). Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20(7): 341-350. doi: 10.1007/s00787-011-0178-0.
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The Course of Postpartum Depression. *Harvard Review of Psychiatry*. 22(1): 1-22. doi: 10.1097/HRP.000000000000013.
- Wang, L., Wu, T., Anderson, J. L., & Florence, J. E. (2011). Prevalence and risk factors of maternal depression during the first three years of child rearing. *J Women's Health*, 20(5): 711-718. doi: 10.1089/jwh.2010.2232.
- Whitaker, R. C., Orzol, S. M., & Kahn, R. S. (2006). Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Arch Gen Psychiatry*, 63(5):551-560. doi: 10.1001/archpsyc.63.5.551.
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L. et al. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5): 490-498. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.87.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S. J. (2015). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG*, 122(3): 312-321. doi: 10.1111/1471-0528.12837.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

# **Anexos**

## **Anexo I**

### Enquadramento da Investigação

**Código:**

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Código do/a avaliador/a:**

A Depressão Pós-Natal é uma perturbação que ocorre num elevado número de casais a seguir ao nascimento de um filho e que tem um impacto significativo sobre a saúde psicológica e o ajustamento das famílias.

Na sequência da sua importante colaboração anterior, gostaríamos de lhe solicitar que participasse nesta fase de seguimento das famílias que permitirá analisar, de forma científica, as consequências de longo prazo da perturbação, planeando as estratégias e os recursos comunitários que devem estar disponíveis para melhor ajudar as pessoas afetadas.

Como anteriormente referimos, este estudo obedece a uma estrita salvaguarda da confidencialidade dos dados recolhidos, associados a um código apenas conhecido pelos investigadores. No entanto se, mais tarde, quiser dispor de informação clínica recolhida no decurso do estudo, garantimos a nossa disponibilidade para o fazer.

Muito obrigada pela sua colaboração!

## **Anexo II**

### **Ficha de Identificação**

Código: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Código do/a avaliador/a: \_\_\_\_\_

### Atualização de Dados (Mãe)<sup>1</sup>

Nome : \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Nível Escolar: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Nº de filhos: \_\_\_\_\_ Situação face a emprego: \_\_\_\_\_  
Idades dos filhos: \_\_\_\_\_  
Vive com o pai do seu filho? \_\_\_\_\_

### Hábitos e Saúde (últimos seis meses)

	Não	Sim	
Fuma?			Quantos cigarros por dia?
Bebe bebidas alcoólicas? Quais: _____			Quantidade por dia?
Toma medicação com prescrição? Qual : _____			Quantidade por dia?
Toma medicação sem prescrição? Qual : _____			Quantidade por dia?
Consome outras substâncias psicoativas Quais: _____			Quantidade por dia?
Faz algum desporto ou tem alguma atividade física?			Com que regularidade?
<b>Observações</b>			

<sup>1</sup> Preencher previamente toda a informação disponível no processo.

### **Anexo III**

#### **Questionário de Suporte Social (QSS)**

Código:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código do/a avaliador/a:

### Q55

As questões que se seguem estão relacionadas com o tipo de apoio ou suporte que tem na sua vida. Pedimos-lhe que comece por nos identificar a(s) pessoa(s) (ex: irmão, vizinho, amigo, etc.), (o)s grupo(s) (ex: grupo de dança ou coro) ou a(s) instituição(ões) (ex: Segurança Social, Escola, etc.) que lhe deram algum tipo de apoio ou suporte nos últimos seis meses.

---

---

---

A seguir apresentam-se diferentes tipos de suporte ou apoio que uma pessoa pode ter. Pedimos-lhe agora para assinalar em que medida considera ter tido cada um desses tipos de suporte/apoio **nos últimos seis meses**. Por favor, indique ainda a(s) pessoa(s) (ex: irmão, vizinho, amigo, etc.), (o)s grupo(s) (ex: grupo de dança ou coro) ou a(s) instituição(ões) (ex: Segurança Social, Escola, etc.) responsáveis por esse suporte.

TIPOS DE SUPORTE/APOIO	Nunca	Raramente	Por vezes	Bastantes Vezes	Muitas Vezes	Quem?
1. Poder falar sobre as suas preocupações						
2. Ajudar a tomar conta do(s) seu(s) filho(s)						
3. Ajudar a divertir-se e a relaxar						
4. Empréstimo de dinheiro se necessário						
5. Incentivar quando as coisas estão mais difíceis						
6. Ajudar nas tarefas domésticas						
7. Apoiar, ouvindo e consolando se necessário						
8. Entreter o(s) seu(s) filho(s), por exemplo, organizar atividades para ele(s)						
9. Assegurar transporte para si ou para o(s) seu(s) filho(s) quando necessário						
10. Resolver os seus assuntos, por exemplo, fazer-lhe as compras quando não pode ir ao supermercado						
11. Dar-lhe informações úteis para a sua família, por exemplo, uma atividade gratuita						
12. Outro tipo:						

**Anexo IV**

Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos

(IAACA)

Abaixo encontra-se uma lista de frases que descrevem as pessoas. Por favor responda a todas as frases, mesmo que algumas pareçam não se lhe aplicar. Para cada frase, coloque uma cruz (X) no 0, 1 ou 2 para se descrever a si próprio nos últimos 6 meses.

**0- Não Verdadeiro; 1- Um Pouco ou às Vezes Verdadeiro; 2-Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro**

IAACA						
	1	0	1	2		
	1	0	1	2	34	Sinto que estão sempre a tentar apanhar-me em falta
	2	0	1	2	35	Sinto-me inútil ou inferior
	3	0	1	2	36	Sou propenso/a a acidentes
	4	0	1	2	37	Envolvo-me em muitos conflitos e brigas
	5	0	1	2	38	As minhas relações com os vizinhos são más
	6	0	1	2	39	Dou-me com pessoas que se metem em problemas/sarilhos
	7	0	1	2	40	Oíço sons/vozes que não existem:
	8	0	1	2	41	Sou impulsivo/a ou faço coisas sem pensar
	9	0	1	2	42	Prefiro estar sozinho/a do que conviver
	10	0	1	2	43	Minto ou engano os outros
	11	0	1	2	44	Sinto-me sufocado/a pelas responsabilidades
	12	0	1	2	45	Sou nervoso/a, tenso/a
	13	0	1	2	46	Tenho movimentos nervosos ou contrações corporais:
	14	0	1	2	47	Tenho baixa autoconfiança
	15	0	1	2	48	As pessoas não gostam de mim
	16	0	1	2	49	Consigo fazer algumas coisas melhor que os outros
	17	0	1	2	50	Sinto-me ansioso/a e amedrontado/a
	18	0	1	2	51	Sinto-me tonto/a ou com a cabeça vazia
	19	0	1	2	52	Sinto-me muito culpado/a
	20	0	1	2	53	Tenho dificuldades em planejar o futuro
	21	0	1	2	54	Sinto-me cansado/a sem razão
	22	0	1	2	55	O meu humor varia entre exaltação e depressão
	23	0	1	2	56	Problemas físicos sem causa médica conhecida:
	24	0	1	2	a	Dores... (não incluir dores de estômago ou de cabeça)
	25	0	1	2	b	Dores de cabeça
	26	0	1	2	c	Náusea, sensação de enjoo
	27	0	1	2	d	Problemas de visão (não incluir os corrigíveis com óculos) descreva
	28	0	1	2	e	Erupções na pele ou outros problemas de pele
	29	0	1	2	f	Dores de estômago
	30	0	1	2	g	Vómitos
	31	0	1	2	h	Coração aos saltos, acelerado
	32	0	1	2	i	Formigamentos, adormecimento em diferentes partes do corpo
	33	0	1	2	57	Agrido fisicamente as pessoas

Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Código do/a avaliador/a: \_\_\_\_\_

58	0	1	2	Tiro/arranco pele ou outras partes do corpo	91	0	1	2	Penso em suicidar-me
59	0	1	2	Não consigo terminar as tarefas	92	0	1	2	Faço coisas que me podem levar a ter problemas com a lei:
60	0	1	2	Há poucas coisas de que goste	93	0	1	2	Falo demasiado
61	0	1	2	A minha produtividade no trabalho é baixa	94	0	1	2	Implico muito com os outros
62	0	1	2	Sou descoordenado/a ou desajeitado/a em termos motores	95	0	1	2	Tenho mau feitio, mau gênio
63	0	1	2	Prefiro as pessoas mais velhas à da minha idade	96	0	1	2	Penso muito em sexo
64	0	1	2	Tenho dificuldade em estabelecer prioridades	97	0	1	2	Ameaço fisicamente as pessoas
65	0	1	2	Recuso-me a falar	98	0	1	2	Gosto de ajudar as pessoas
66	0	1	2	Repito alguns atos vezes sem conta:	99	0	1	2	Não gosto de ficar muito tempo no mesmo sítio
67	0	1	2	Tenho problemas em fazer ou manter amizades	100	0	1	2	Tenho problemas de sono
68	0	1	2	Grito ou berro muito	101	0	1	2	Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias
69	0	1	2	Sou reservado/a, guardo as coisas para mim mesmo	102	0	1	2	Não tenho muita energia
70	0	1	2	Vejo coisas que não existem:	103	0	1	2	Sinto-me triste, infeliz, deprimido/a
71	0	1	2	Sinto-me constrangido/a ou embaraçado/a facilmente	104	0	1	2	Sou barulhento/a, falo alto
72	0	1	2	Preocupo-me com a minha família	105	0	1	2	As pessoas acham-me desorganizado/a
73	0	1	2	Cumpro as responsabilidades que tenho perante a minha família	106	0	1	2	Tento ser honesto/a com os outros
74	0	1	2	Exibo-me muito ou faço palhaçadas	107	0	1	2	Sinto que não consigo obter sucesso em nada
75	0	1	2	Sou muito tímido/a ou envergonhado/a	108	0	1	2	Tenho tendência a perder coisas
76	0	1	2	Tenho um comportamento irresponsável	109	0	1	2	Gosto de experimentar coisas novas
77	0	1	2	Durmo mais do que a maioria das pessoas durante o dia/noite:	110	0	1	2	Quem me dera ser do sexo oposto
78	0	1	2	Tenho dificuldades em tomar decisões	111	0	1	2	Afasto-me do convívio com outras pessoas
79	0	1	2	Tenho problemas de fala / comunicação:	112	0	1	2	Preocupo-me muito
80	0	1	2	Luto pelos meus direitos	113	0	1	2	Preocupo-me com as minhas relações com o sexo oposto
81	0	1	2	O meu comportamento é inconstante, instável	114	0	1	2	Não pago as minhas contas nem assumo responsabilidades financeiras
82	0	1	2	Roubo	115	0	1	2	Sinto-me inquieto/a ou irrequieto/a
83	0	1	2	Aborreço-me, sinto tédio com facilidade	116	0	1	2	Aborreço-me, entedio-me facilmente
84	0	1	2	Faço coisas que os outros acham estranhas:	117	0	1	2	Tenho dificuldade em gerir dinheiro ou cartões de crédito
85	0	1	2	Tenho pensamentos que os outros acham estranhos:	118	0	1	2	Sou demasiado impaciente
86	0	1	2	Sou teimoso/a, obstinado/a, rabugento/a ou irritável	119	0	1	2	Não sou bom com pormenores
87	0	1	2	Os meus sentimentos ou o meu humor mudam repentinamente	120	0	1	2	Conduzo demasiado rápido
88	0	1	2	Gosto de conviver	121	0	1	2	Costumo atrasar-me para reuniões/encontros
89	0	1	2	Ajo sem pensar nos riscos	122	0	1	2	Tenho dificuldade em manter um emprego
90	0	1	2	Bebo muito álcool ou fico embriagado/a	123	0	1	2	Sou uma pessoa feliz
124	Nos últimos 6 meses, quantas vezes fumou por dia (incluindo tabaco de mascar)? ___ vezes por dia				125	Nos últimos 6 meses, quantos dias se embriagou? ___ dias.			
					126	Nos últimos 6 meses, quantas vezes tomou drogas sem fins terapêuticos (incluindo marijuana, cocaína, e outras drogas, excluindo álcool e nicotina)? ___ dias.			

Código:

Data: / /

Código do/a avaliador/a: \_\_\_\_\_

AMIGOS				
A		Aproximadamente, quantos amigos próximos tem? (Não inclua familiares)		
Nenhum	1	2 ou 3	4 ou mais	
B		Aproximadamente, quantas vezes por mês tem contacto com amigos próximos? (inclua contactos pessoais, por telefone, cartas, e-mail)		
Menos 1	1 ou 2	3 ou 4	5 ou mais	
C		Como se dá com os seus amigos próximos?		
		Não tão bem quanto gostaria	Medianamente	Muito acima da média
		Aproximadamente, quantas vezes por mês alguns amigos ou familiares o/a visitam?		
		Menos de 1	1 ou 2	3 ou 4
		5 ou mais		

CÔNJUGE OU COMPANHEIRO							
Qual o seu estado civil?		<input type="checkbox"/> Nunca fui casado (a)	<input type="checkbox"/> Casado(a), a viver com o cônjuge	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)			
		<input type="checkbox"/> Casado(a), mas separado do cônjuge	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Outro – por favor descreva: _____			
Alguma vez nos últimos 6 meses, viveu com o cônjuge ou com um/a companheiro/a?							
<input type="checkbox"/> Não – Por favor passe à frente							
<input type="checkbox"/> Sim – Rodeie com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 entre A e H para descrever a sua relação durante os últimos 6 meses							
0=Não Verdadeiro 1=Um pouco ou às Vezes Verdadeiro 2=Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro							
0	1	2	A. Eu dou-me bem com o meu cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	E. Discordo do meu cônjuge ou companheiro(a) quanto ao local onde vivemos
0	1	2	B. Temos problemas em partilhar responsabilidades	0	1	2	F. Tenho problemas com a família do meu cônjuge ou companheiro(a)
0	1	2	C. Estou satisfeito/a com o meu cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	G. Gosto dos amigos do meu cônjuge ou companheiro(a)
0	1	2	D. Gosto das mesmas atividades que o meu cônjuge ou companheiro(a)	0	1	2	H. O comportamento do meu cônjuge ou companheiro(a) aborrece-me

FAMÍLIA						
Por comparação com as outras pessoas, como acha que se dá com:						
A. Os seus irmãos		<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/> Abaixo da média	<input type="checkbox"/> Variável ou dentro da média	<input type="checkbox"/> Acima da média	<input type="checkbox"/> Sem contacto
B. As suas irmãs?		<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. A sua mãe?		<input type="checkbox"/> Falecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. O seu pai?		<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. os seus filhos biológicos ou adotados?		<input type="checkbox"/> Não tenho crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Filho/a mais velho/a		<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_  
 Código do/a avaliador/a: \_\_\_\_\_

2. Segundo filho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho/a	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outros filhos	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Os seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TRABALHO/EMPREGO

Alguma vez, nos últimos 6 meses, teve algum trabalho remunerado (inclua trabalho independente e serviço militar)?

- Não – Por favor passe à frente  
 Sim – Por favor descreva o seu trabalho(s)/emprego(s): \_\_\_\_\_

Marque com um círculo os algarismos 0, 1 ou 2 ao lado das questões A-I que descrevem a sua experiência de trabalho durante os últimos 6 meses.

0 = Não Verdadeiro 1 = Um pouco ou às Vezes Verdadeiro 2 = Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro

0	1	2	A. Trabalho bem com outras pessoas	0	1	2	F. Eu faço coisas que podem levar-me a perder o emprego
0	1	2	B. Tenho problemas em entender-me com os chefes	0	1	2	G. Eu falto ao emprego mesmo que não estando doente ou de férias
0	1	2	C. Faço bem o meu trabalho	0	1	2	H. O meu emprego é muito stressante para mim
0	1	2	D. Tenho dificuldades em terminar os trabalhos	0	1	2	I. Preocupo-me demais com o trabalho
0	1	2	E. Estou satisfeito com a minha situação de emprego				

### EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO

Alguma vez, nos últimos 6 meses, frequentou aulas, facultade ou outra formação?

- Não – Por favor passe à frente  
 Sim – Que tipo de aulas ou formação? \_\_\_\_\_ Que grau/diploma pretende obter? \_\_\_\_\_  
Formação Superior? \_\_\_\_\_ Quando espera conseguir obter o grau ou diploma? \_\_\_\_\_

0 = Não Verdadeiro 1 = Um pouco ou às Vezes Verdadeiro 2 = Frequentemente ou Muitas Vezes Verdadeiro

0	1	2	A. Dou-me bem com os outros alunos	0	1	2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional
0	1	2	B. Obtenho resultados de acordo com as minhas capacidades	0	1	2	E. Eu faço coisas que podem levar-me a insucesso
0	1	2	C. Tenho dificuldade em terminar trabalhos				

**Anexo V**

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código do/a avaliador/a: \_\_\_\_\_

## HADS

Este questionário foi concebido para nos ajudar a saber como se sente. Para isso, colocamos abaixo uma série de afirmações sobre as quais queremos a sua opinião pessoal. Deve ler cada uma delas com atenção e assinalar a opção que mais se aproxima do modo como se tem sentido na última semana.

Não perca muito tempo com as respostas, o que pretendemos é que nos dê a sua opinião espontânea. Deve assinalar a sua resposta colocando uma cruz (X) na opção que melhor se adequa.

1. Sinto-me tenso/a ou apreensivo/a.	Maior parte das vezes <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	De vez em quando <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes.	Tanto como antes <input type="checkbox"/>	Não tanto como antes <input type="checkbox"/>	Só um pouco <input type="checkbox"/>	Quase nada <input type="checkbox"/>
3. Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer.	Nitidamente e muito forte <input type="checkbox"/>	Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/>	Um pouco, mas não me incomoda <input type="checkbox"/>	De modo algum <input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas.	Tanto como habitualmente <input type="checkbox"/>	Não tanto como habitualmente <input type="checkbox"/>	Sem dúvida que agora muito menos <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações.	A maior parte do tempo <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	De vez em quando <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>
6. Sinto-me bem-disposto/a.	Nunca <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Bastantes vezes <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>
7. Consigo estar a vontade e sentir-me descontraído/a.	Sempre <input type="checkbox"/>	Habitualmente <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
8. Sinto-me lento/a.	Quase sempre <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
9. Por vezes fico tão assustado/a que até sinto um aperto no estômago.	Nunca <input type="checkbox"/>	De vez em quando <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Quase sempre <input type="checkbox"/>
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto.	Completamente <input type="checkbox"/>	Não tenho tanto cuidado como devia <input type="checkbox"/>	Talvez menos interesse do que antes <input type="checkbox"/>	O mesmo interesse de sempre <input type="checkbox"/>
11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado/a.	Muito <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
12. Penso com prazer nas coisas futuras.	Tanto como habitualmente <input type="checkbox"/>	Menos que anteriormente <input type="checkbox"/>	Bastante menos que antes <input type="checkbox"/>	Quase nunca <input type="checkbox"/>
13. Tenho sensações súbitas de pânico.	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Bastantes vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou televisão.	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Muito raramente <input type="checkbox"/>

**Anexo VI**

*Child Behaviour Checklist 6-18 (CBCL 6-18)*

### Questionário de Comportamentos da Criança – CBCL 6-18

©Copyright T.M. Achenbach 2001. Reproduced under License #734-07-20-12  
ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456.

Por favor, escreva em letra **MAIÚSCULA**

Para uso oficial

ID n.º \_\_\_\_\_

Nome da criança _____ Apelido _____		<b>Ocupação dos pais</b> , mesmo que atualmente não trabalhem. Por favor seja específico (por exemplo: mecânico, professor, dona de casa, comerciante de calçado, sargento no Exército). Profissão do pai: _____ Profissão da mãe: _____  Por favor responda a este questionário refletindo o seu ponto de vista em relação ao comportamento da criança, mesmo que outras pessoas não concordem com as suas respostas. Sinta-se livre para escrever informação adicional à frente de cada item e no espaço para o efeito na página 2. <b>Assegure-se de que respondeu a todos os itens.</b>
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade: _____ anos Nacionalidade _____	
Data de nascimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____	Data de preenchimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____	
Ano de escolaridade:  Não frequenta a escola <input type="checkbox"/>	Preenchido por (Nome completo): _____  <input type="checkbox"/> Mãe biológica <input type="checkbox"/> Pai biológico <input type="checkbox"/> Mãe adotiva <input type="checkbox"/> Pai adotivo <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Outro: _____	

**I Por favor enumere os desportos favoritos do seu filho(a).** Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Não pratica nenhum desporto

- a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

**Tempo – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?**

**Não sei Menos Médio Mais**

- 

**Competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?**

**Não sei Menos Médio Mais**

- 

**II Por favor enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho(a) que não sejam desporto.** Por exemplo: seios, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não inclui ouvir rádio ou ver televisão).

Nenhum passatempo, atividade ou jogo

- a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

**Tempo – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?**

**Não sei Menos Médio Mais**

- 

**Competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?**

**Não sei Menos Médio Mais**

- 

**III Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que o seu filho(a) pertença.**

Não pertence a nenhuma organização, clube ou grupo

- a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

**Grau de atividade – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau é ativo em cada um?**

**Não sei Menos Médio Mais**

- 

**IV Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas do seu filho(a).** Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Não desempenha nenhuma tarefa

- a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

**Grau de competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-los bem?**

**Não sei Menos Médio Mais**

- 

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAISQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.

V 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (Não inclui irmãos ou irmãs)

- Nenhum     1 amigo     2 ou 3 amigos     4 ou mais amigos

2. O seu filho(a) tem atividades com os amigos(as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (Não inclui irmãos e irmãs)

- Menos que 1 vez     1 ou 2 vezes     3 ou mais vezes

VI Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, até que ponto o seu filho(a) consegue relacionar-se com as seguintes pessoas?

	Pior	Médio	Melhor	
a. Consegue relacionar-se adequadamente com os seus irmãos e irmãs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos
b. Consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças/jovens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Consegue divertir-se e trabalhar por si próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII Relativamente a cada uma das disciplinas escolares abaixo mencionadas, indique como têm sido os resultados do(a) seu/sua filho(a) em cada uma delas:

Não frequenta a escola porque \_\_\_\_\_

	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a. Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Francês e/ou Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras disciplinas escolares por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.

	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O seu filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

- Não     Sim

Que tipo de estabelecimento ou classe? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) repetiu algum ano?

- Não     Sim

Qual e porquê? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

- Não     Sim

Que tipo de problema? \_\_\_\_\_

Quando começaram esses problemas? \_\_\_\_\_

Os problemas mencionados já acabaram? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou mental?

- Não     Sim

Descreva-a por favor \_\_\_\_\_

O que o(a) preocupa mais no/a seu/sua filho(a)? \_\_\_\_\_

Por favor, descreva o que o(a) seu/sua filho(a) tem de melhor: \_\_\_\_\_

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é ou tem sido durante os últimos 6 meses. Assinale/circunde no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou MUITAS VEZES VERDADEIRA. Assinale/circunde no 1 se a afirmação é DE ALGUMA FORMA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA; Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, Assinale/circunde no 0. Por favor, responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho(a).

0 = Não é verdadeira      1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira      2 = Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira

0 1 2	1. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade	0 1 2	38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
0 1 2	2. Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais (descreva)	0 1 2	39. Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2	40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva)
0 1 2	4. Não consegue acabar as coisas que começa	0 1 2	41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
0 1 2	5. Não há muitas coisas de que goste	0 1 2	42. Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0 1 2	6. Faz as suas necessidades fisiológicas fora da casa de banho	0 1 2	43. Mentira ou faz balota
0 1 2	7. É fanfarrão ou gabarota	0 1 2	44. Rói as unhas
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo	0 1 2	45. É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0 1 2	9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva)	0 1 2	46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva)
0 1 2	10. Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito ativo(a) ou inquieto(a)	0 1 2	47. Tem pesadelos
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0 1 2	48. As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0 1 2	12. Queixa-se de solidão	0 1 2	49. Tem prisão de ventre, obstipação
0 1 2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)	0 1 2	50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2	51. Sente tonturas
0 1 2	15. É cruel com os animais	0 1 2	52. Sente-se demasiado culpado(a)
0 1 2	16. Manifesta crueldade, ameaça ou é mau/má para os outros	0 1 2	53. Come demasiado
0 1 2	17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos	0 1 2	54. Cansa-se demasiado
0 1 2	18. Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio	0 1 2	55. Tem peso a mais
0 1 2	19. Exige muita atenção	0 1 2	56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
0 1 2	20. Destroí as suas próprias coisas	0 1 2	a. Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)
0 1 2	21. Destroí as coisas da sua família ou de outras crianças	0 1 2	b. Dores de cabeça
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2	c. Náuseas, enjoos
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2	d. Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreva)
0 1 2	24. Não come bem	0 1 2	e. Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças	0 1 2	f. Dores de estômago ou cólicas
0 1 2	26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal	0 1 2	g. Vômitos
0 1 2	27. Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)	0 1 2	h. Outros problemas (descreva)
0 1 2	28. Quebra as regras em casa, na escola ou noutros locais	0 1 2	57. Agrede fisicamente outras pessoas
0 1 2	29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares; sem incluir a escola (descreva)	0 1 2	58. Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva)
0 1 2	30. Tem medo de ir para a escola	0 1 2	59. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal	0 1 2	60. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0 1 2	32. Sente que tem de ser perfeito(a)	0 1 2	61. O seu trabalho escolar é fraco
0 1 2	33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)	0 1 2	62. Tem má coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0 1 2	34. Sente que os outros andam atrás de dele(a) para o(a) apanhar; Sente-se perseguido(a)	0 1 2	63. Prefere andar com crianças/jovens mais velhos(as)
0 1 2	35. Sente-se sem valor ou inferior aos outros	0 1 2	64. Prefere andar com crianças/jovens mais novos(as)
0 1 2	36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes	0 1 2	65. Recusa-se a falar
0 1 2	37. Mete-se em muitas lutas/brigas	0 1 2	66. Repete várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tem compulsões (descreva)

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAISQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.

0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	91. Fala em matar-se
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	92. Fala ou anda durante o sono (descreva) _____
0 1 2	69. É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo	0 1 2	93. Fala demasiado
0 1 2	70. Vê coisas que não existem, que não estão presentes (descreva)	0 1 2	94. Arreia muito os outros
0 1 2	71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à-vontade	0 1 2	95. Tem birras, temperamento exaltado
0 1 2	72. Provoca fogos	0 1 2	96. Pensa demasiado em sexo
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva) _____	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	74. Gosta de se "exibir" ou de "fazer palhaçadas"	0 1 2	98. Chupa no dedo
0 1 2	75. É envergonhado(a) ou tímido(a)	0 1 2	99. Consome tabaco
0 1 2	76. Dorme menos que a maior parte das crianças	0 1 2	100. Tem dificuldades em dormir (descreva) _____
0 1 2	77. Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva) _____	0 1 2	101. Falta à escola sem razão (por "vadiagem")
0 1 2	78. É desatento(a), distrai-se facilmente	0 1 2	102. É pouco ativo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0 1 2	79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva) _____	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	80. Fica de olhar fixo e vazio	0 1 2	104. É invulgarmente barulhento(a)
0 1 2	81. Rouba coisas em casa	0 1 2	105. Consome drogas sem razões médicas (descreva) _____
0 1 2	82. Rouba coisas fora de casa	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	83. Acumula coisas de que não necessita (descreva) _____	0 1 2	107. Urina-se durante o dia
0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva) _____	0 1 2	108. Urina na cama
0 1 2	85. Tem ideias estranhas (descreva) _____	0 1 2	109. Choraminga
0 1 2	86. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
0 1 2	87. Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos	0 1 2	111. Isola-se, não se envolve nem estabelece relações com os outros
0 1 2	88. Amua muito	0 1 2	112. É preocupado(a)
0 1 2	89. É desconfiado(a)	0 1 2	113. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido referidos: _____ _____ _____ _____
0 1 2	90. Diz palavras ou usa linguagem obscena		

Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.  
Sublinhe as que o(a) preocupam de um modo particular.