
Índice

Resumo	2
Abstract	4
Introdução	6
Epidemiologia	8
Etiologia	9
Factores de risco	11
Prevenção/ Detecção Precoce	14
Diagnóstico	15
Consequências	23
Prognóstico	26
Tratamento	26
Considerações Finais	29
Referências Bibliográficas	32
Anexos	43

Resumo

Introdução: A depressão pós-parto constitui um grave problema de saúde mental que afecta 10-20% das mulheres no pós-parto. É uma patologia que surge nas jovens mães durante o primeiro ano após o nascimento, salientando-se uma maior incidência entre o 6.º e o 8.º mês após o parto.

Objectivo: O objectivo deste artigo é apresentar uma revisão bibliográfica acerca da depressão pós-parto. São abordados aspectos conceituais, etiológicos bem como o diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto.

Desenvolvimento: As taxas de prevalência variam amplamente consoante as populações, sendo a depressão pós-parto três vezes mais comum nos países em desenvolvimento do que os países desenvolvidos.

A etiologia da depressão pós-parto não é completamente conhecida, mas acredita-se que a interacção entre as flutuações hormonais, a susceptibilidade biológica e os stressantes psicossociais encontram-se entre os agentes causais.

Os factores de risco incluem: historial de depressão, situações stressantes da vida, baixo poder socioeconómico, a monoparentalidade, gravidez não planeada e insuficiente apoio sócio-familiar.

A procura de ajuda é frequentemente atrasada devido à vergonha e ao estigma, e um diagnóstico preciso não é muitas vezes realizado devido à má interpretação da sintomatologia. O acompanhamento da mulher na gravidez e no puerpério fornece aos médicos de Medicina Geral e Familiar uma oportunidade única de detectar e prevenir a depressão pós-parto.

A depressão pós-parto tem sido associada a perturbações na relação mãe-filho e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

A medicação antidepressiva é frequentemente utilizada no tratamento da depressão pós-parto, sendo a classe mais comum de antidepressivos utilizados, os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS) tais como a sertralina a paroxetina.

As intervenções concebidas para prevenir a depressão pós-parto materna têm sido decepcionantes enquanto os estudos centrados na detecção precoce e no tratamento da depressão pós-parto têm revelado resultados positivos.

Conclusões: A depressão pós-parto constitui uma perturbação depressiva séria, identificável e tratável e poderá corresponder à complicação mais comum decorrente do parto na mulher.

O conhecimento mais aprofundado desta patologia reveste-se de grande importância tendo em consideração as suas consequências, e por esse motivo, existe uma maior necessidade de uma pesquisa contínua sobre todos os aspectos da depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Etiologia; Factores de risco; Medicina Geral e Familiar; Medicação antidepressiva; Detecção precoce.

Abstract

Introduction: The postpartum depression is a serious mental health problem that affects 10-20% of women in the postpartum period. It's a pathology that appears in the first year after the delivery, occurring more frequently between the 6th and 8th month after the birth.

Objective: The objective of this paper is to present a bibliographical revision regarding the postpartum depression. Conceptual, etiological aspects are broached as well as the diagnosis and treatment for postpartum depression.

Development: Prevalence rates vary widely between populations. Postpartum depression occurs three times more commonly in the developing than in developed countries.

The etiology of postpartum depression is not fully known, but it is believed that the interaction between hormonal fluctuations, the biological susceptibility and psychosocial stressors are among the causative agents.

Risk factors include history of depression, stressful life events, low socioeconomic status, single parenthood, unplanned pregnancy and poor social support.

Seeking help is often delayed due to shame and stigma, and an accurate diagnosis is often not made due to miss interpretation of the symptoms. The monitoring of women during pregnancy and puerperium provides general practitioners with a unique opportunity to detect women with postpartum depression and possibly prevent depression.

Postpartum depression has been associated with disturbances in the mother-infant relationship and in the child's cognitive and emotional development.

Antidepressant medication is frequently used in the treatment of postpartum depression and the most common class of antidepressant medication is selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) such as sertraline and paroxetine.

Interventions designed to prevent maternal postpartum depression have been disappointing while studies focusing on early detection and treatment of postpartum depression have shown positive results.

Conclusions: Postpartum depression is a serious, identifiable and treatable depressive disorder and may be the most common complication, due to birth, in a woman.

A more profound awareness of this disease has become very important due to its consequences and for this reason there is great need for continued research on all aspects of postpartum depression.

Keywords: Postpartum Depression; Etiology; Risk Factors; General Practice; Antidepressant medication; Early detection.

Introdução

A grande maioria dos estudos identifica três distúrbios de ajustamento pós-parto: a “tristeza pós-parto” referida como “postpartum blues”, a depressão pós-parto e por fim, a psicose pós-parto (Kauppi et al. 2008).

O “postpartum blues” ou “tristeza pós-parto” resume-se a uma forma mais moderada de depressão com sintomatologia transitória, que de uma forma geral se resolve espontaneamente sem qualquer tratamento, durante os primeiros dez dias após o nascimento (Rychnovsky and Brady 2008), sendo detectados em cerca de 39-85% das mulheres (O’Hara et al. 1990; Buist 2006).

A psicose pós-parto representa a expressão mais severa destes três distúrbios (Kendell et al. 1987; Munk-Olsen et al. 2006), e pensa-se que constitui uma apresentação ostensiva de um distúrbio bipolar coincidente com as alterações hormonais que se seguem ao parto (Sit et al. 2006). As mulheres têm uma probabilidade 22 vezes mais elevada de experienciar um episódio psicótico ou maníaco inaugural no primeiro mês pós-parto do que em qualquer outra altura da vida (Kendell et al. 1987; Munk-Olsen et al. 2006).

Este distúrbio constitui uma emergência psiquiátrica cujo tratamento é essencial para assegurar a segurança da mãe e da criança, manifestando-se através de sintomatologia intensa e bizarra, de pensamentos delirantes sobre o bebé, relacionados com um risco significativamente aumentado de causar danos ao mesmo. (Spinelli 2009). O infanticídio está associado com maior frequência a episódios psicóticos após o parto, concessionando-se que aproximadamente 4% das mulheres com psicose pós-parto cometam infanticídio (Parry BL 1995).

A depressão pós-parto constitui um episódio depressivo não-psicótico que vai de encontro com os critérios de diagnóstico estabelecidos para a depressão menor ou maior, com início no período após o parto (Cox et al. 1993).

Evidências sugerem que a depressão pós-parto pode ser parte ou continuação da depressão iniciada na gestação (Beck 2001). Esta patologia constitui um grave problema de saúde mental cujos efeitos deletérios se vão reflectir na mãe, na relação entre a mãe e a criança e em última instância no desenvolvimento da criança (Murray and Cooper 1997; Weinberg and Tronick 1998; Lyons-Ruth 2008).

A depressão pós-parto constitui um problema sério, identificável e tratável (Cox et al. 1996; O'Hara et al. 1996; Steiner 1998) e poderá corresponder à complicação mais comum na mulher depois do parto (Mann et al. 2008). O termo é usado na literatura e na prática clínica para descrever uma série de sintomas depressivos e síndromes que as mulheres podem experimentar no pós-parto.

Debate-se ainda se a depressão pós-parto constitui um distúrbio diagnóstico distinto (Chaudron et al. 2007).

Até à data, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DMS-IV-TR)* e o *International Classification of Diseases (ICD-10)*, os dois maiores sistemas de classificação internacionais, utilizados a nível hospitalar, não reconhecem depressão pós-parto como um diagnóstico distinto. No entanto, o DMS-IV-TR aplica o termo “de instalação no pós-parto” como um especificador de depressão maior para explicar o contexto e o intervalo de tempo (ie, o início dentro de 4 semanas após o parto), em que a depressão ocorre (American Psychiatric Association).

Na prática clínica, e em muitos estudos, a definição DMS-IV-TR é visto como demasiado limitada tanto na sua aplicação de “início no pós-parto” apenas para grandes

transtornos psiquiátricos como também para o intervalo de tempo para o período pós-parto (Chaudron et al. 2007).

A ICD-10 classifica depressão pós-parto como um distúrbio mental associado com o puerpério com início nas 6 semanas após o parto (Wisner et al. 2010).

Muitos estudos definem pós-parto, no mínimo, de três meses a um máximo de um ano após o parto (Chaudron et al. 2007).

De acordo com a Classificação Internacional dos Cuidados Primários, a ICPC-2, aplicada na Medicina Geral e Familiar, a depressão pós-parto inclui-se nas perturbações depressivas, cujos critérios relatam um distúrbio importante no estado de espírito no sentido da depressão (Comissão Internacional de Classificações da Wonca 1999).

A sintomatologia da depressão pós-parto é semelhante ao da depressão, incluindo na sua maioria, o humor irritável e/ou severamente deprimido com crises de choro, insônia, fadiga, ansiedade, falta de concentração e preocupação sobre o bem-estar do bebê e das habilidades de cuidar como mãe (Brockington 1996; Andrews-Fike 1999; Templeton et al. 2003; Buist 2006; Gjerdingen and Yawn 2007).

Epidemiologia

A maioria das mulheres desenvolve depressão pós-parto nos três primeiros meses após o nascimento do bebê (Cooper et al. 1998), revelando-se um pico da incidência por volta da 4.^a à 6.^a semana (Cox et al. 1993).

A prevalência varia de acordo com a rapidez com que a mulher é diagnosticada no pós-parto, com a altura do pós-parto em que se tenta obter um diagnóstico e com os métodos e testes utilizados para diagnosticar a depressão pós-parto.

Estima-se que relativamente à prevalência, a depressão pós-parto atinja cerca de 10-20% das mulheres (Cox et al. 1996; O'Hara et al. 1996; Steiner 1998), com alguma variação entre as populações (Halbreich and Karkun 2006).

Nas adolescentes verificou-se uma prevalência entre 16-44%, quase duas vezes superior à das gestantes adultas, o que pode estar relacionado com a falta de maturidade afectiva e dos relacionamentos, bem como, o facto de grande parte delas terem de abandonar os estudos em devido à maternidade (Szigethy and Ruiz 2001).

Estudos realizados nos países ocidentais reportam taxas de prevalência que rondam os 10% ou valores superiores relativamente à depressão pós-parto (Paykel et al. 1980; Cooper and Murray 1998). Quanto aos países orientais as taxas parecem apresentar algumas variações entre si.

Pensa-se igualmente que este distúrbio é três vezes mais comum nos países em desenvolvimento em comparação com os países desenvolvidos (Cooper et al. 1999).

Infelizmente não se encontram dados referentes à sua incidência e prevalência em Portugal.

Etiologia

A etiologia da depressão pós-parto não é completamente conhecida, mas acredita-se que a interacção entre as flutuações hormonais, a susceptibilidade biológica e os stressantes psicossociais encontram-se entre os agentes causais (Andrews-Fike 1999).

Nenhum factor hormonal é firmemente considerado o principal responsável. Os estrogéneos, a progesterona, as hormonas tiroideias, a ACTH e o cortisol são algumas das hormonas que têm sido investigadas.

Estudos epidemiológicos sugerem veementemente que as flutuações dos esteróides gonadais femininos podem baixar o limiar para o aparecimento de sintomas e episódios relacionados com distúrbios do humor (Rubinow 2006). Esta teoria é apoiada por um estudo que refere o aumento, para o dobro, do número de hospitalizações psiquiátricas devido à depressão pós-parto incidente nos 5 meses que se seguem ao parto (Munk-Olsen et al. 2006). Além disto, a susceptibilidade para um humor deprimido durante uma transição reprodutiva (ie, distúrbio disfórico pré-menstrual) confere vulnerabilidade para futuros distúrbios do humor relacionados com as hormonas reprodutivas (Parry BL 1995; Freeman et al. 2004; Payne et al. 2007).

A presença de auto-anticorpos tiroideus ou níveis mais elevados de TSH durante o período pós-parto poderão estar relacionados com a sintomatologia depressiva mesmo quando a depressão clínica não está presente. Estes factos podem contribuir, sozinhos ou em associação, em conjunto com os factores de risco psicossociais e fisiológicos para a depressão pós-parto (McCoy et al. 2008).

Numa pesquisa a depressão pós-parto esteve associada a altos níveis de cortisol pela manhã, padrão previamente descoberto como preditor da depressão major (Halligan et al. 2004).

Relativamente ao papel dos neurotransmissores, um estudo genético que incidiu sobre as alterações do humor após o parto e o papel do transportador de serotonina, chegou à conclusão de que uma elevada expressão do genótipo dos transportadores de serotonina (5-HT) poderá ser etiologicamente relevante sob determinadas condições ambientais, como na depleção dos níveis de triptofano no plasma após o parto, para a depressão pós-parto (Sanjuan et al. 2008).

Existem ainda estudos que sugerem que um défice de ómega-3 na dieta diária poderá contribuir para distúrbios do humor, incluindo a depressão pós-parto (Parker et al. 2006).

Factores de risco

Têm sido sugeridos múltiplos e numerosos factores de risco associados à depressão pós-parto.

Numa meta-análise, Beck identificou 13 factores de risco significantes para a depressão pós-parto. Nos dez factores de risco, que possuem um efeito moderado incluem-se: a depressão pré-natal, a baixa auto-estima, o stresse associado aos cuidados da criança, ansiedade pré-natal, o stresse diário, o baixo suporte social, a má qualidade da relação conjugal, história prévia de depressão, o comportamento problemático da criança e o “postpartum blues”. Os outros três factores são o facto de ser solteira, o baixo estado sócio-económico e a gravidez não planeada, possuindo um menor efeito na depressão pós-parto (Beck 2001).

A idade jovem (adolescentes), a vulnerabilidade e a personalidade da mulher (Steiner and Yonkers 1998) e factores sociais como a instabilidade profissional, o desemprego da mulher ou parceiro e o baixo rendimento (Murray et al. 1996; Warner et al. 1996; O’Hara and Swain et al., 1996; Fisch et al. 1997; Bergant et al. 1999) têm sido referidos como componente factorial para a depressão pós-parto. Ainda relativamente aos factores sociais a falta de apoio, já referida, pode advir do pai da criança ou da própria mãe da mulher em questão, e reflectir-se então no aparecimento da depressão pós-parto (Murray et al. 1996; O’Hara and Swain et al. 1996).

Outros autores mencionam, relativamente à relação conjugal, a má relação conjugal, o divórcio e a poligamia, bem como a monoparentalidade como elementos causadores desta

patologia (Warner et al. 1996; O'Hara and Swain et al. 1996; Ghubash and Abou-Saleh et al. 1997).

Quanto aos factores associados ao recém-nascido, tais como o baixo peso à nascença (Bergant et al. 1999), intercorrências neonatais, malformações congénitas (Ghubash and Abou-Saleh et al. 1997), e ausência de amamentação (Warner et al. 1996) são outros condicionantes que colocam a mulher em risco para a depressão pós-parto.

O risco de depressão pós-parto depois de um abortamento, nascimento de um nado morto ou da interrupção da gravidez, é maior em mulheres com historial anterior de depressão do que aquelas que não o possuem (Neugebauer et al. 1997).

Ao contrário do que se pensava, um estudo revelou que, as múltíparas têm 43% mais probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva moderada a severa em comparação com as primíparas (Choi et al. 2009).

Relativamente ao tipo de parto, apurou-se que o parto por cesariana não aumenta o risco de depressão pós-parto e que as mulheres que apresentam dor aguda após o parto possuem um risco três vezes superior de vir a desenvolver depressão pós-parto do que as que apresentaram dor ligeira (Eisenach et al. 2008).

Um estudo de coorte prospectivo que envolveu 850 mulheres estabeleceu uma relação entre a recidiva de depressão pós-parto e uma retenção substancial de peso no primeiro ano após o parto (Herring et al. 2008).

A figura seguinte aborda, em resumo e de acordo com vários autores alguns dos factores de risco que poderão ser indiciadores de mães com maior propensão a desenvolver depressão pós-parto.

Braverman and Roux (1978)

- Feeling that the husband (boyfriend) does not love her
- Not desiring to have a child at this time
- Marital (relationship) problems
- Unplanned (accidental) pregnancy
- Depressed or extremely nervous in the period after the birth of the last child
- Being single or separated

Petrick (1984)

- Sadness and/or changing emotions premenstrually
- Anxiety about this pregnancy
- Low support of other pregnant women or women with infants
- Low emotional support of partner and/or family
- Unplanned pregnancy
- Not ready to assume the role of "mother"
- Sadness and/or changing emotions while taking birth control pills
- Sadness and/or changing emotions after previous pregnancies
- Recent major changes in one's life
- Difficulty making changes
- Fear of illness
- Upset about bodily changes of pregnancy
- Altered relationship with mother
- Planning to breastfeed (↑ prolactin levels)
- Family history of mood disorders

Beck (1996, 2001)

- Prenatal depression
- Low self-esteem
- Child care stress
- Prenatal anxiety
- Life stress
- Low social support
- Low marital satisfaction
- History of previous depression
- Difficult infant temperament
- Maternity blues
- Unmarried
- Low household income
- Unplanned/unwanted pregnancy

Boyer (1990)

- Changing emotions around menstrual periods
- Anxiety about this pregnancy
- Lack of support from friends
- Lack of support from family
- Feeling unloved by partner
- Regret about this pregnancy
- Depression after birth of another child
- Prior mental illness
- Past emotional problems
- Lack of control of one's life
- Nervous and worry a lot
- Depression with current pregnancy
- Unhappy childhood
- Angry at your life situation
- Feel it's your fault when bad things happen to you
- Financial, housing, or other personal problems

Gross, Wells, and Radigan-Garcia (2002)

- Women who report that the pregnancy was a "very hard time" in her life
- Women who state that her pregnancy was "one of the worst times of my life"

Figura 1 – Factores de risco da Depressão Pós-parto (adaptado de Rychnovsky and Brady 2008)

Prevenção/ Detecção Precoce

As descobertas derivadas de estudos de prevenção sugerem que os programas dirigidos a mulheres de alto risco, que sejam razoavelmente intensos, iniciando-se na gestação e continuando até o período pós-parto, podem apresentar-se os mais prometedores e são susceptíveis de mostrem uma maior relação custo-benefício a nível de intervenções preventivas (Wisner et al. 2004).

Não obstante, outros autores defendem que as intervenções concebidas para prevenir a depressão pós-parto materna têm sido decepcionantes (Ogrodniczuk and Piper 2003), enquanto os estudos centrados na detecção precoce e no tratamento da depressão pós-parto têm revelado resultados positivos.

Além dos esforços preventivos apoiados na psicologia, têm sido igualmente realizadas tentativas no sentido de actuar profilaticamente em mulheres com historial de depressão recorrente, iniciando estas mulheres numa terapêutica antidepressiva imediatamente depois do parto.

Apesar de serem descritas descobertas significativas sobre o uso de inibidores selectivos da recaptção da serotonina como intervenção preventiva, pouco tem sido desenvolvido nesta área de modo a retirar conclusões definitivas acerca da introdução de antidepressivos em mulheres que se apresentem bem, como meio de prevenção de um episódio depressivo futuro (Wisner et al. 2004).

A detecção precoce de factores de risco da depressão pós-parto, realizada mediante um acompanhamento contínuo das gestantes e depois às jovens mães após o nascimento da criança, como o realizado pelos médicos de Medicina Geral e Familiar, nas consultas de saúde materna e de saúde da mulher, constitui uma importante metodologia para a prevenção da

depressão pós-parto em si, também como das repercussões na interacção mãe-filho, com o prejuízo emocional, cognitivo e social da criança e da relação da mãe com o parceiro.

Enquanto médico de Medicina Geral e Familiar, este vai possuir, além da oportunidade de contactar com a jovem mãe uma oportunidade de observar e seguir a restante família, apurando de uma forma muito mais completa outros dados que possam ter sido ocultados ou negligenciados aquando o contacto com a jovem mãe e o bebé, e o impacto desta nova fase na família.

Relativamente ao tipo de família, a família grávida, é uma família vulnerável, que vai requerer vigilância médica no plano de cuidados, além dos cuidados físicos, salientando-se o aspecto psicológico.

Torna-se necessário promover, por exemplo, a integração de outros descendentes, caso existam, nesta nova fase, tendo em atenção as suas expectativas e receios (Caniço et al. 2010).

Diagnóstico

Assiste-se nos dias de hoje ao recrudescer das perturbações psicopatológicas relacionadas com a maternidade, em razão da falência dos sistemas de apoio sócio-económico-culturais, sendo o interesse que se consagra à depressão pós-parto e à sua detecção e diagnóstico justificáveis, na medida em que se torna um importante instigador da saúde mental de todos os elementos da família.

O infanticídio e o suicídio incluem-se entre as complicações mais graves decorrentes deste transtorno puerperal na ausência de intervenção adequada, pelo que o seu diagnóstico assume fulcral importância.

Na medida em que os sintomas da depressão são algo semelhantes aos desconfortos comuns do puerpério, como a fadiga e alterações do sono, e possivelmente, devido ao estigma, à vergonha e às expectativas e percepções sociais, as jovens mães encontram-se muitas vezes relutantes em admitir ou falar sobre as suas preocupações e sintomas aos profissionais de saúde (Riecher-Rossler and Fallahpour 2003).

Deste modo, o diagnóstico da depressão pós-parto por parte dos cuidados primários de saúde, na maioria das vezes, não é realizado (Cooper PJ, Murray L 1998).

Os critérios do DMS-IV-TR consistem em pelo menos duas semanas de humor deprimido ou anedonia (perda de interesse ou prazer nas actividades habituais), além de pelo menos quatro dos sete sintomas: fadiga, insónia ou hipersónia, agitação ou atraso psicomotor, alterações no apetite, sentimentos de inutilidade ou culpa, concentração diminuída e ideação suicida (Mishina and Takayama 2009).

Os critérios da ICPC-2 consistem num distúrbio importante no estado de espírito no sentido da depressão, em que o estado de espírito, a energia e a actividade diminuem, assim como diminui a alegria, o interesse e a concentração e em que o sono e o apetite encontram-se normalmente alterados e a auto-estima e a confiança reduzidas (Comissão Internacional de Classificações da Wonca 1999).

A seguinte tabela resume alguns dos sinais de alerta a que os médicos devem estar atentos, aquando da entrevista clínica, no contacto com a jovem mãe e com o bebé. Ao questionar-se a família podem igualmente obter-se alguns dados.

Antecedentes Pessoais	<u>História Sócio- Familiar</u>	<u>Comportamento da gestante/puérpera</u>	<u>Comportamento da criança</u>
<ul style="list-style-type: none"> . História de depressão prévia . Multiparidade . Malformações congénitas do bebé . Gravidez não planeada . Idade Jovem (Adolescentes) 	<ul style="list-style-type: none"> . Baixo nível socioeconómico . Instabilidade conjugal . Falta de apoio familiar 	<ul style="list-style-type: none"> . Lentificação Psicomotora ou Agitação . Mau contacto visual . Negligência da Aparência pessoal . Desvinculo do bebé . Humor deprimido 	<ul style="list-style-type: none"> . Menor interacção com a mãe . Menor interacção com as pessoas e objectos . Choro frequente . Distúrbios na alimentação e no sono

Tabela 1 – Sinais de alerta para a Depressão Pós-parto.

Os exames periódicos de saúde pré e pós-natais fornecem aos médicos de Medicina Geral e Familiar uma oportunidade única de detectar ou prevenir a depressão pós-parto.

Um estudo demonstrou-se que o sexo dos médicos e a idade avançada (60 anos ou mais) são as duas influências mais importantes do médico de medicina geral e familiar sobre a abordagem à depressão pós-parto. Chegou-se à conclusão que as médicas diferem no estilo de consulta relativamente aos médicos e que possuem uma maior percepção para os assuntos psicossociais.

As médicas de Medicina Geral e Familiar estão três vezes mais propensas a acreditar que os sentimentos maternos devem ser discutidos rotineiramente e duas vezes mais propensas a julgar que o comportamento e padrão de sono do bebé, o padrão de sono, de alimentação e de energia da mãe, a interacção com outras crianças, a relação com o parceiro e o trabalho doméstico devem fazer parte da conversa de rotina com todas as mães recentes (Gunn et al. 1998).

A detecção de factores de risco e diagnóstico de depressão pós-parto podem realizar-se durante Consultas de Saúde Materna, através do médico de Medicina Geral e Familiar. Nas Consultas de Saúde Materna, através da vigilância pré-natal e puerperal ao receber e seguir a mulher desde o início da gravidez, pretende-se assegurar, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno e fetal.

A primeira consulta da grávida deverá ser sempre no 1º trimestre de gravidez. Durante a gestação a grávida deverá comparecer a várias consultas. Após o parto deverá fazer a consulta de revisão do puerpério até às 6 semanas (<http://www.arscentro.min-saude.pt/>).

Evidências sugerem que a depressão pós-parto pode ser parte ou continuação da depressão iniciada na gestação (Beck 2001), destarte, todo o acompanhamento realizado à gestante contempla novamente estes médicos, com a oportunidade única de detectar e tratar a depressão pós-parto. Tem sido bastante debatida a abordagem mais eficaz e oportuna para identificar as mulheres de risco para a depressão pós-parto durante o período perinatal.

Um instrumento de diagnóstico amplamente utilizado, baseado na auto-avaliação é a EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Este instrumento desenvolvido nos anos oitenta, facilmente encontrado na Internet (livre para ser usado pelo domínio público), foi especialmente concebido para as mulheres no pós- parto e evita a interpretação de sintomas

comuns no pós-parto como a fadiga, diminuição do apetite e alterações do padrão do sono, como sintomas depressivos.

A EPDS inclui dez itens aos quais as mulheres são convidadas a classificar como se têm sentido nos 7 dias precedentes e que pode ser realizado pela jovem mãe em poucos minutos.

A cada item corresponde uma pontuação de 0 a 3, num intervalo de 0 a 30. Uma pontuação maior que 12 é recomendada para indicar provável depressão pós-parto, enquanto, pontuações superiores a 9 indicam possível depressão pós-parto com necessidade de se confirmar o diagnóstico através de avaliação clínica.

As mulheres com pontuações superiores a 12 e as que deram uma resposta positiva relativamente ao facto de possuírem pensamentos de se magoarem a si próprias deverão ser encaminhadas para serviços hospitalares mais especializados, nomeadamente para a consulta Psiquiatria.

A EPDS possui uma sensibilidade e especificidade elevadas (85 e 77% respectivamente) para pontuações inferiores a 12, aumentando para 100% e 95.5% respectivamente para pontuações superiores a 12.

Desde a sua introdução a EPDS já foi traduzida para inúmeras línguas e utilizada e validada por todo o mundo como um instrumento de diagnóstico altamente confiável (Cox et al. 1987). O EPDS pode ainda ser aplicado em populações com diferentes níveis socioeconómicos e encontra-se escrito num nível acessível a quem completou o ensino básico. É sugerido que a aplicação deste teste se realize entre as: 5-8, 10-14, 20-26 semanas após o parto (Cox and Holden 1994).

Os profissionais de saúde responsáveis pela aplicação destes métodos de diagnóstico deverão ser educados sobre o seu uso apropriado, incluindo a sua interpretação e limitações e deveriam possuir um conjunto de linhas de orientação em como agir dependendo do resultado dos testes de diagnóstico.

Name _____

Date: _____

Number of Months Postpartum: _____

As you have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please mark the answer which comes closest to how you have felt in the past **7 days**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed:

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time
- No, not very often
- No, not at all

This would mean "I have felt happy most of the time during the past week". Please complete the following questions in the same way.

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things

<input type="checkbox"/> As much as I always could	0
<input type="checkbox"/> Not quite so much now	1
<input type="checkbox"/> Definitely not so much now	2
<input type="checkbox"/> Not at all	3

2. I have looked forward with enjoyment to things

<input type="checkbox"/> As much as I ever did	0
<input type="checkbox"/> Rather less than I used to	1
<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to	2
<input type="checkbox"/> Hardly at all	3

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong

<input type="checkbox"/> Yes, most of the time	3
<input type="checkbox"/> Yes, some of the time	2
<input type="checkbox"/> Not very often	1
<input type="checkbox"/> No, never	0

Figura 2 – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (adaptado de Cox and Holden 1987)

Num cenário em que a utilização de um instrumento de diagnóstico como a EPDS não for apropriado, como nos casos em que a mulher se encontra demasiado deprimida ou relutante em completar o teste, podem-se utilizar testes mais breves, como os recentemente desenvolvidos de dois ou três perguntas e o PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2), que demonstram performances superiores.

O teste das duas questões, consiste numa pergunta sobre o humor depressivo e outra sobre a anedónia. As jovens mães são questionadas sobre: se têm “sentido em baixo, deprimidas ou desesperadas” ou se têm tido “pouco interesse ou prazer em realizar actividades” no último mês.

O teste das três questões, consiste em acrescentar mais uma pergunta às anteriormente realizadas, interrogando a jovem mãe se gostaria de receber ajuda (Mishina and Takayama 2009).

O PHQ-2 resume-se a outro questionário de dois itens que inquire sobre o humor depressivo e sobre a anedónia durante um período mais curto, de 2 semanas (Lowe et al. 2005).

Instrument (Ref.)	Number of items	Score range	Cutoff	Test performance for diagnosis of depression		Gold standard
				Sensitivity (%)	Specificity (%)	
Edinburgh Postnatal Depression Scale	10	0–30	10 ^a	86	78	Diagnostic interview
Two-question instrument	2	0–2	1	96	57	Diagnostic interview
Two-item Patient Health Questionnaire: PHQ-2	2	0–6	3	87	78	Diagnostic interview
Two-screening question and help question	3	0–3	1	96	89	Diagnostic interview

^a Cutoff point varies among countries.

Figura 3 – Desempenho dos instrumentos de diagnóstico para a depressão materna (adaptado de Mishina and Takayama 2009)

Nos consultórios de Medicina Geral e Familiar em Portugal, utiliza-se uma tabela para avaliação do grau de risco da gravidez, presente na ficha clínica de planeamento familiar, que contém critérios como a idade, o número de filhos e antecedentes pessoais (Anexo 1), a partir dos quais se podem apurar factores de risco para a depressão pós-parto. Além deste método, usa-se também o Goodwin modificado que permite a avaliação do risco pré-natal.

09 AVALIAÇÃO DO RISCO PRÉ-NATAL		
(Goodwinn modificado)		
I HISTÓRIA REPRODUTIVA	II PATOLOGIA ASSOCIADA	III GRAVIDEZ ACTUAL
< 17 e > 40 = 3 <input type="checkbox"/> 18 - 29 = 0 <input type="checkbox"/> 30 - 39 = 1 <input type="checkbox"/> 0 = 1 <input type="checkbox"/> 1 - 4 = 0 <input type="checkbox"/> > 5 = 3 <input type="checkbox"/> HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR - ABORTO HABITUAL > (3 consecutivos) = 1 <input type="checkbox"/> - INFERTILIDADE = 1 <input type="checkbox"/> - HEMORRAGIA POST-PARTO/DEQUITADURA MANUAL = 1 <input type="checkbox"/> - R. N. > 4000 gramas = 1 <input type="checkbox"/> - PRÉ-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA = 1 <input type="checkbox"/> - CESARIANA ANTERIOR = 2 <input type="checkbox"/> - FETO MORTO/MORTE NEO-NATAL = 3 <input type="checkbox"/> - TRABALHO PARTO PROLONGADO OU DIFÍCIL = 1 <input type="checkbox"/> Índices +	- CIRURGIA GINECOLÓGICA ANTERIOR = 1 <input type="checkbox"/> - DOENÇA RENAL CRÓNICA = 2 <input type="checkbox"/> - DIABETES GESTACIONAL = 1 <input type="checkbox"/> - DIABETES MELLITUS = 3 <input type="checkbox"/> - DOENÇA CARDÍACA = 3 <input type="checkbox"/> - OUTRAS DESORDENS MÉDICAS (Bronquite crónica, Lupus, etc.) = 1 <input type="checkbox"/> - Índice de acordo com a gravidade (1 a 3) = 1 <input type="checkbox"/> Índices + TOTAL DE ÍNDICES I, II III BAIIXO RISCO = 0 - 2 MÉDIO RISCO = 3 - 6 ALTO RISCO = > 7	1.ª Visita 36.ª semanas - HEMORRAGIAS = 1 <input type="checkbox"/> < 20 semanas = 1 <input type="checkbox"/> > 20 semanas = 3 <input type="checkbox"/> - ANEMIA (< 10 gr) = 1 <input type="checkbox"/> - GRAVIDEZ PROLONGADA > (42 semanas) = 1 <input type="checkbox"/> - HIPERTENSÃO = 2 <input type="checkbox"/> - ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS = 2 <input type="checkbox"/> - HIDRAMNÍOS = 2 <input type="checkbox"/> - A. C. I. U. = 3 <input type="checkbox"/> (Atraso do crescimento intra-uterino) - GRAVIDEZ MÚLTIPLA = 3 <input type="checkbox"/> - APRES PÉLVICA = 3 <input type="checkbox"/> - MÁ APRESENTAÇÃO = 3 <input type="checkbox"/> - ISOIMUNIZAÇÃO Rh = 3 <input type="checkbox"/> Índice

Figura 4 – Avaliação do risco pré-natal – Goodwin modificado (adaptado de Direcção Geral de Saúde)

No âmbito da Medicina Geral e Familiar, fala-se da Família Grávida, em que uma mulher se encontra grávida independentemente da restante estrutura, e, num ambiente onde se perspectiva a chegada de um novo elemento com desvio do centro das atenções e segurança e onde os sentimentos de medo e/ou esperança prevalecem (Caniço et al. 2010). Na Medicina Geral e Familiar admite-se que a doença de uma pessoa afecta toda a sua família, sendo o inverso igualmente verdade. O diagnóstico não deverá por isso, cingir-se apenas à investigação da mulher grávida, devendo englobar toda a família.

O papel do médico de Medicina Geral e Familiar assume fulcral importância na medida que vai permitir uma percepção global do ambiente em que a grávida vive, uma compreensão mais apurada sobre o impacto desta nova fase na mulher e na família e da qualidade deste seu suporte social, conduzindo à detecção e diagnóstico da depressão pós-parto.

Em cerca de 50% dos casos, a depressão pós-parto ainda se encontra presente além dos 6 meses após o parto e nalgumas mulheres ainda se apresenta aos 4 anos (Kumar and Robson 1984), evoluindo para um distúrbio depressivo crónico. O médico de Medicina Geral e

Familiar oferece assim um contributo imprescindível ao ser responsável por um acompanhamento destas mulheres não só na gestação e no puerpério, mas também em outras etapas da vida dada a globalidade e continuidade da especialidade médica que integram.

É vital que não só os médicos, mas também as mulheres de risco, as suas famílias e os restantes profissionais de saúde envolvidos estejam conscientes da natureza da apresentação desta patologia, dos factores riscos e reconheçam os sintomas que poderão culminar na depressão pós-parto.

Consequências

A depressão na população em geral está associada a um decréscimo profundo na qualidade de vida, no funcionamento social e na produtividade económica (Chrishom et al. 2003). Contudo, no caso particular da depressão pós-parto as consequências adversas são sentidas além do indivíduo com a depressão, na medida em que, existe actualmente evidência considerável que demonstra que a depressão pós-parto possui um impacto substancial na mãe e no seu parceiro (Boath et al. 1998), na família (Lovestone et al. 1993), na relação entre a mãe o bebé (Murray et al. 1996) e, a longo prazo, no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (Murray et al. 1999).

As interacções ideais mãe-filho consistem tipicamente em afecto positivo, reciprocidade, sincronia e sintonia (Slade et al. 2005). Alguns processos cognitivos e afectivos relacionados com a depressão pós-parto, tais como a baixa auto-estima e a ideação suicida, podem manifestar-se de várias formas na relação mãe-filho. Por exemplo, as mães podem estar desvinculadas das crianças, falar menos, mostrar menos expressões faciais, demonstrar menos atenção por um objecto e tocar menos frequentemente nas suas crianças (Weinberg et al. 2001; Field et al. 2007).

As rupturas crónicas do intercâmbio mútuo dos processos de ligação entre a mãe e a criança, prejudicam o desenvolvimento e aprendizagem social infantil e interferem com a capacidade da criança regular os seus estados: fisiológico, afectivo e inter-relacional (Teti 2000; Brockinton 2004; Sokolowski et al. 2007).

Os filhos de mães deprimidas podem apresentar menos expressões faciais e vocalizações positivas afectivas, mais afastamento, dar menos atenção à mãe e possuir um nível de actividade diminuído. Em geral, estas crianças demonstram uma menor interacção com as pessoas e objectos (Weinberg and Tronick 1998; Field 2008; Feldman et al. 2009), distúrbios na alimentação e no sono, além de um choro frequente (Righetti-Veltema et al. 2003).

A longo prazo, a qualidade da relação inicial mãe-filho parece predizer alguns aspectos do desenvolvimento infantil, entre as quais, diversas formas de psicopatologia, problemas comportamentais e incongruências nas capacidades cognitivas (Righetti-Veltema et al. 2003; Milgrom et al. 2004; Lyons-Ruth 2008; Feldman and Eidelman 2009) envolvendo um atraso na linguagem e um QI mais baixo, principalmente nos rapazes (Grace et al. 2003).

Um estudo realizado sobre a relação entre a sintomatologia depressiva do pós-parto e os resultados na alimentação do bebé concluiu que, mães com sintomas depressivos no período pós-parto imediato podem apresentar um risco acrescido de resultados negativos na alimentação do bebé, incluindo a diminuição na duração da amamentação, dificuldades crescentes de amamentar e níveis baixos de eficácia da amamentação. Existem ainda de dados que sugerem que mães deprimidas têm menor probabilidade de iniciar a amamentação e a prosseguir-la exclusivamente (Dennis and McQuenn 2009).

Evidências de países desenvolvidos têm sugerido que a pobre saúde mental maternal está associada à malnutrição infantil e a crianças menos saudáveis. (Rahman A et al. 2002).

Os pensamentos obsessivos recorrentes mas momentâneos de maltratar a criança são comumente experienciados por mães deprimidas (Buist 1996; Wisner et al. 2003).

Na maioria dos casos, as crianças de mães deprimidas não-psicóticas não se encontram em maior risco de serem maltratadas comparado com as crianças de mulheres não deprimidas, mesmo se estas tiverem pensamentos obsessivos acerca dos seus filhos (Wisner et al. 2003). Felizmente são raras as mães que cometem infanticídio (Hornstein and Villalba 2007).

O suicídio é a principal causa de morte materna (Oates 2003; Austin et al. 2007). Muitas mães com depressão pós-parto sentem vergonha e humilhação, vendo-se como as piores mães do mundo e imaginam que os outros a vêem da mesma forma. Tal confronto interior pode desencadear pensamentos suicidas nas mulheres que centram as suas ideias no facto dos bebés ficarem melhor sem elas ou que elas poderão matar o bebé se continuarem a viver (Beck 2002).

Apesar da prevalência de suicídio ser menor nas mulheres em pós-parto do que na restante população, as jovens mães em todo o mundo têm revelado pensamentos de auto-mutilação em várias proporções (Lindahl et al. 2005).

A depressão pós-parto na jovem mãe comporta uma maior pressão e aumento de encargos para o parceiro e para os familiares mais próximos, afectando as actividades sociais e lúdicas e causando problemas financeiros na família.

Esta patologia confere igualmente efeitos adversos sobre a relação conjugal e um impacto negativo na saúde mental do próprio parceiro (Boath et al. 1998).

De acordo com uma meta-análise, a depressão paterna mais incidente dos 3 aos 6 meses pós-parto, possui uma correlação positiva moderada com a depressão materna (Paulson and Bazemore 2010). Outro estudo evidencia ainda mais esta relação e refere que a depressão

pós-parto na mulher é o preditor mais forte de depressão paterna no período pós-parto (Goodman 2004).

Prognóstico

A depressão pós-parto aumenta o risco de futuros episódios de depressão major, tanto puerperal como não puerperal. Embora um estudo tenha mostrado que a maioria dos casos dura cerca de 3 meses e resolve-se espontaneamente sem tratamento (Cooper et al. 1998), outro estudo demonstrou a presença de depressão, em 50% dos casos, além dos 6 meses e que em algumas mulheres ainda se encontrava presente aos 4 anos (Kumar and Robson 1984), evoluindo para um distúrbio depressivo crônico.

Corroborando estes dados, está um estudo em que se analisaram 884 mulheres e se constatou que cerca de 27% das mulheres que experienciaram depressão pós-parto com sintomatologia considerável enquanto os filhos eram bebês vão continuar a referir esses sintomas quando os filhos estiverem no jardim-de-infância (Horwitz et al. 2009).

A gravidade e a cronicidade da sintomatologia depressiva estão relacionadas com distúrbios mais graves nas crianças, tais como, níveis mais elevados de problemas comportamentais e resultados mais baixos em testes de vocabulário, de acordo com um estudo realizado em crianças com 5 anos de idade, resultando num efeito negligenciável no desenvolvimento cognitivo da criança (Davies et al. 2003; Brennan et al. 2000; Ashman et al. 2008).

Tratamento

A maioria das mulheres com depressão pós-parto é tratada através dos cuidados de saúde primários, nos consultórios de Medicina Geral e Familiar, sendo que apenas os casos

mais graves onde se denotam ideações suicidas são referenciados para cuidados hospitalares mais especializados.

As abordagens farmacológicas são consideradas como o tratamento padrão para a depressão em geral e são amplamente utilizadas durante o período perinatal (Henry et al. 2004).

Alguns ensaios clínicos randomizados têm demonstrado que os tratamentos antidepressivos farmacológicos e psicoterapêuticos são eficazes na depressão pós-parto (Appleby et al. 1997; O'Hara et al. 2005; Wisner et al. 2006).

Existe uma grande relutância por parte das mães em iniciar ou continuar a medicação antidepressiva por preocupação do impacto na criança quando amamentada. Os médicos e os doentes são deparados com a realização de uma decisão complexa, na qual torna-se necessário pesar os potenciais benefícios de tratarem ou prevenirem a depressão materna, com o potencial risco de exposição aos antidepressivos por parte da criança; ou de não tratarem a depressão materna (Henry et al. 2004).

Torna-se então fundamental estabelecer uma aliança terapêutica efectiva com a doente, papel cujo médico de Medicina Geral e Familiar poderá mais facilmente desenvolver, ao compreender o indivíduo na sua componente biológica, psicológica e social e ao exercer um acompanhamento integral e prolongado no tempo.

Estudos replicados revelam a passagem negligenciável de ISRS, nomeadamente de sertralina, paroxetina e nortriptilina para o soro de crianças que são amamentadas (Weissman et al. 2004), tornando o tratamento psicotrópico na depressão pós-parto mais generalizado para as mães que amamentam. Estes estudos clínicos têm demonstrado que o tratamento com antidepressivos convencionais é eficaz nas mulheres com depressão pós-parto.

O tratamento com nortriptilina e sertralina para a depressão pós-parto, estão ambos associados com taxas de resposta de 60% e taxas de remissão de 50% aproximadamente (Wisner et al. 2006).

Apesar do progresso produzido no tratamento da depressão pós-parto, existe um grande vazio a ser preenchido com novas opções de tratamento.

O tratamento com estradiol sob formas sublinguais e transdérmicas como o 17- β estradiol consiste numa das novas terapias que se mostram prometedoras pela obtenção de taxas mais altas e rápidas de remissão na depressão pós-parto (Gregoire et Kumar al. 1996; Ahokas et al. 2001). Além de serem potencialmente mais eficazes que o tratamento antidepressivo convencional, o estradiol talvez possa ser melhor aceite pelas mulheres com depressão pós-parto que entendem que os tratamentos hormonais estão mais directamente dirigidos à etiologia do seu distúrbio. O estradiol pode também ser considerado como uma terapêutica natural que ultrapassa o estigma dos tratamentos convencionais (Kelly and Jorm 2007).

Um estudo randomizado sugere que o tratamento com ácidos gordos ómega-3 parece não ter qualquer efeito na depressão perinatal (Rees et al. 2008).

As estratégias não farmacológicas oferecem a promessa de eficácia sem a complexidade de preocupações relativas à exposição da criança aos fármacos através da amamentação.

A psicoterapia interpessoal com doze semanas de duração está relacionada com uma taxa de remissão de 37,5% (O'Hara et al. 2005).

Apesar da grande variedade de tratamentos (incluindo antidepressivos, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal) que estão disponíveis e são benéficas

para as mães, um estudo sugere que a longo prazo, as intervenções intensivas direccionadas para a relação mãe-filho poderão comportar benefícios no desenvolvimento cognitivo da criança, pois a generalidade de terapêuticas concessionadas não é dirigida à criança ou à relação mãe-filho em si (Poobalan et al. 2007).

Salienta-se a necessidade dos serviços médicos serem estendidos ao parceiro e aos restantes membros da família das mulheres com depressão pós-parto (Boath et al. 1998), nomeadamente pelos médicos de Medicina Geral e Familiar na medida em que comportam a hipótese e oportunidade de seguimento de toda a família.

Considerações finais

As gestantes, a família, os profissionais de saúde e os amigos esperam que o período da gravidez e após o parto seja uma época próspera caracterizada pela espera antecipada do nascimento. Infelizmente, muitas mulheres irão experienciar algum tipo de perturbação do humor após o parto.

A grande prevalência e o efeito transgeracional da depressão pós-parto, fazem com esta patologia constitua um problema de saúde bastante significativo. A depressão pós-parto é uma patologia multifactorial, cuja etiologia exacta não foi ainda estabelecida, sendo que o reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental.

A gestação e o puerpério são períodos na vida da mulher que requerem uma avaliação mais atenta, na medida em que envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção sócio-familiar que se vão reflectir na saúde mental das mesmas.

Os transtornos psiquiátricos no puerpério são mais comuns do que realmente se encontra estabelecido e muitos mais são os casos que, apesar dos múltiplos contactos com os profissionais de saúde, passam despercebidos e não são tratados.

A depressão pós-parto caracteriza-se por problemáticas relativas ao desempenho do papel materno e à presença do bebé e por um conjunto de sintomas, nos quais se incluem: queixas físicas como a fadiga e perda de apetite, níveis elevados de ansiedade e depressão e perda significativa da auto-estima.

Esta patologia encontra-se associada a um elevado número de repercussões a curto e a longo prazo, as quais, não se limitam apenas à mulher, estendendo-se de igual forma ao bem-estar do cônjuge, da família e finalmente ao desenvolvimento cognitivo e emocional do bebé que mais tarde se vão manifestar na forma como aborda o mundo.

A necessidade de identificar precocemente mulheres com depressão pós-parto tem ganho bastante atenção nestes últimos anos devido a trágicas evidências resultantes duma depressão pós-parto não diagnosticada ou mal tratada.

A depressão pós-parto surge dentro de um intervalo de tempo definível e, por isso, existe um crescente reconhecimento da necessidade de intervenção precoce que se inicia no período da gestação. As consultas de saúde materna fornecem aos médicos de Medicina Geral e Familiar uma oportunidade única de detectar ou prevenir a depressão pós-parto, através da identificação e detecção dos vários factores de risco e a utilização de instrumentos de diagnóstico, como a EPDS.

As medidas de tratamento ainda são algo discutidas porque apesar de estarem disponíveis várias estratégias farmacológicas eficazes, muitas mulheres durante o período perinatal mostram-se relutantes em iniciar ou continuar a terapêutica antidepressiva, preocupadas com o impacto que este possa causar no feto ou no bebé que é amamentado.

Apesar do progresso produzido no tratamento da depressão pós-parto, existe um grande vazio a ser preenchido com novas opções de tratamento.

O conhecimento mais aprofundado desta patologia reveste-se de grande importância tendo em consideração as suas consequências, e por esse motivo, existe uma maior necessidade de uma pesquisa contínua sobre todos os aspectos da depressão pós-parto.

Referências Bibliográficas

1. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, et al. (2001) Estrogen Deficiency in Severe Postpartum Depression: Successful Treatment with Sublingual Physiologic 17beta-estradiol: A Preliminary Study. *J Clin Psychiatry* 62:332-336
2. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc
3. Andrews-Fike C (1999) A Review of Postpartum Depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1:9-14
4. Appleby L, Warner R, Whitton A, et al. (1997) A Controlled Study of Fluoxetine and Cognitive-Behavioral Counseling in the Treatment of Postnatal Depression. *BMJ* 314:932-936
5. Ashman SB, Dawson, Panagiotides H (2008) Trajectory of Maternal Depression over 7 years: Relations with Child Psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Dev Psychol* 20:55-77
6. Austin MP, Kildea S, Sullivan E (2007) Maternal Mortality and Psychiatric Morbidity in the Perinatal Period: Challenges and Opportunities for Prevention in the Australian Setting. *Med J Aust* 186: 364-367
7. Beck CT (2001) Predictors of Postpartum depression: an Update. *Nurs Res* 50:275-85
8. Beck CT (2002) Postpartum Depression: a metasynthesis. *Qual Health Res* 12:453-472
9. Bergant AM, Heim K, Ulmer H, et al. (1999) Early Postnatal Depressive Mood: Association with Obstetric and Psychosocial Factors. *Journal of Psychosomatic Research*. April 46(4):391-394

10. **Boath EH, Pryce AJ, Cox JL (1998)** Postnatal Depression: The Impact on the Family. *J Reprod Infant Psychol* 16:199-203
11. **Brennan PA, Andersen MJ, Hammen C, et al. (2000)** Chronicity, Severity and Timing of Maternal Depressive Symptoms: Relationships with Child Outcomes at Age 5. *Dev Psychol* 36:759-766
12. **Brockington I (1996)** Motherhood and Mental Health. Oxford University Press, Oxford
13. **Brockington IF (2004)** Postpartum Psychiatric Disorders. *Lancet* 363:303-310
14. **Buist A (2006)** Perinatal Depression, Assessment and Management. *Aust Fam Physician* 35(9):670-673
15. **Buist A. (1996)** Psychiatric Disorders Associated with Childbirth: A Guide to Management. Sydney, Australia: McGraw-Hill Book Company
16. **Caníço Hernâni, Bairrada Pedro, Rodríguez Esther et al. (2010)** Novos Tipos de Família - Plano de Cuidados. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
17. **Chaudron Linda H, Szilagyi Peter G, Campbell Amy T, et al. (2007)** Legal and Ethical Considerations: Risks and Benefits of Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits. *Pediatrics®* 119:123-128
18. **Choi Yoonjung, Bishai David, Minkovitz Cynthia S (2009)** Multiple Births Are a Risk Factor For Postpartum Maternal Depressive Symptoms. *Pediatrics* 123:1147-1154
19. **Chrishom D, Dierh P, Knapp M, et al. (2003)** Depression Status, Medical Comorbidity and Resource Costs. Evidence from an International Study of Major Depression in Primary Care (LIDO). *Br J Psychiatry* 183:121-31

20. Comissão Internacional de Classificações da Wonca (1999) Classificação Internacional de Cuidados Primários - ICPC-2, 2.ª edição. Lisboa: APM-CG-Departamento Editorial
21. Cooper PJ, Campbell EA, Day A, et al. (1988) Non Psychotic Psychiatric Disorder after Childbirth. A Prospective Study of Prevalence, Incidence, Course and Nature. *Br J Psychiatry* 152:799-806
22. Cooper PJ, Murray L (1998) Postnatal Depression. *British Medical Journal* 316:1884-1886
23. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L et al. (1999) Postpartum Depression and the Mother-Infant Relationship in a South African Peri-Urban Settlement. *British Journal of Psychiatry* 175:554-558
24. Cox JL, Chapmand G, Murray D, et al. (1996) Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) in Non-postnatal Women. *J Affect Disord* 39:185-189
25. Cox JL, Holden JM (1994) *Perinatal Psychiatry: use and misuse of the Edinburg Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell
26. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150:785.
27. Cox JL, Murray D, Chapman G (1993) A Controlled Study of the Onset, Duration and Prevalence of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry* 163:27-31
28. Davies BR, Howells S, Jenkins M (2003) Early Detection and Treatment of Postnatal Depression in Primary Care. *J Adv Nurs* 44:248-255
29. Dennis Cindy-Lee, McQueen Karen (2009) The Relationship Between Infant Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. *Pediatrics®* 123:736-751

30. Eisenach James C, Pan Peter H, Smiley Richard, et al. (2008) Severity of Acute Pain after Childbirth, but not Type of Delivery, Predicts Persistent Pain and Postpartum Depression. *Pain* 140(1):87-94
31. Feldman R, Eidelman AI (2009) Biological and Environmental Initial Conditions Shape de Trajectories of Cognitive and Social-emotional Development Across the First Years of Life. *Dev Sci* 1:194-200
32. Feldman R, Granat A, Pariente C, et al. (2009) Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year And Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48(9):919-27
33. Field T (2008) Problems in Infancy. In: *Handbook of Clinical Psychology vol II: Children and Adolescents.* (Hersen M, Gross Am, ed) pp 966-1011. Wiley, Hoboken NJ.
34. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, et al. (2007) Still-face and Separation Effects on Depressed Mother-infant Interactions. *Infant Ment Health J* 28:314-323
35. Fisch RZ, Todmor OP, Danker R et al. (1997) Postnatal Depression: a Prospective Study of its Prevalence, Incidence and Psychosocial Determinants in an Israel Sample. *Journal of Obstet.-Gynaecol. Res.* December 22(6):547-554
36. Freeman EW, Samuel MD, Rinaudo PJ et al. (2004) Premenstrual Syndrome as a predictor of Menopausal Symptoms. *Obstet Gynecol* 103:960-966
37. Ghubash Q, Abou-Saleh MT (1997) Postpartum Psychiatric Illness in Arab Culture: Prevalence and Psychosocial Correlates. *British Journal of Psychiatry* 171:65-68
38. Gjerdingen DK, Yawn BP (2007) Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers and Recommendations for Practice. *J Am Board Fam Med* 20(3):280-288

39. **Grace SL, Evindar A, Stewart DE (2003)** The Effect of Postpartum Depression on Child Cognitive Development and Behavior: A Review and Critical Analysis of the Literature. *Archive of Women Mental Health* 6(4):263-274
40. **Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, et al. (1996)** Transdermal Estrogen for Severe Postnatal Depression. *Lancet.* 347:930-933
41. **Gunn Jane, Lumley Judith, Young Doris (1998)** The Role of the General Practitioner in Postnatal Care: a Survey from Australian General Practice. *British Journal of General Practice* 48:1570-1574
42. **Halbreich U, Karkun S (2006)** Cross-cultural and Social Prevalence of Postpartum Depression and Depressive Symptoms. *J Affect Disord* 91:97-111
43. **Halligan SL, Herbert J, Goodyer IM, et al. (2004)** Exposure to Postnatal Depression Predicts Elevated Cortisol in Adolescent Offspring. *Biologic Psychiatry* 55(4):376-381
44. **Henry AL, Beach AJ, Stowe ZN et al. (2004)** The Fetus and Maternal Depression: Implications for Antenatal Treatment Guidelines. *Clin Obstet Gynecol* 47:535-546
45. **Herring Sharon J, Rich-Edwards Janet W, Oken Emily, et al. (2008)** Association of Postpartum Depression with Weight Retention 1 Year After Childbirth. *Obesity (Silver Spring)* 16(6):1296-1301
46. **Hornstein C, Trautmass-Villalba P (2007)** Infanticide as a Consequence of Postpartum Bonding Disorder. *Nervenartz* 78(5):580-3
47. **Horwitz Sarah McCue, Riggs-Gowan Margaret J., Storfer-Isser Amy, et al. (2009)** Persistence of Maternal Depressive Symptoms Throughout the Early Years of Childhood. *Journal of Women's Health* 18:637-645
48. <http://www.arscentro.min-saude.pt/>

49. **Kauppi Anne, Kumpulainen Kirsti, Vanamo Tuija, et al. (2008)** Maternal Depression and Filicide – Case Study of Ten Mothers. *Womens Ment Health* 11:201-206
50. **Kelly CM, Jorm AF (2007)** Sitigma and Mood Disorders. *Curr Opin Psychiatry* 20:13-16
51. **Kendell RE, Chalmers JC, Platz C (1987)** Epidemiology of Puerpal Phychosis. *Br J Psychiatry* 150:662-673
52. **Kumar R, Robson KM (1984)** A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiatry* 144:35-47
53. **Lindahl V, Pearson JL, Colpe L (2005)** Prevalence of Suicidality during Pregancy and the Postpartum. *Arch Womens Ment Health* 8:77-87
54. **Lovestone S, Kumar R (1993)** Postnatal Psychiatric Illness. The Impact on Partners. *Br J Phychiatry* 163:210-6
55. **Lowe B, Kroenke K, Grafe K (2005)** Detecting and Monitoring Depression with a Two-item Questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 58:163-171
56. **Lyons-Ruth K (2008)** Contributions of the Mother-Infant Relashionaship to Dissociative, Borderline and Conduct Symptoms in Young Adulthood. *Infant Ment Health J* 29:203-218
57. **Mann Joshua R, Mckeown Robert E., Bacon Janice, et al. (2008)** Do Antenatal Religious and Spiritual Factors Impact the Risk of Postpartum Depressive Symptoms?. *Journal of Women's Health* 17:745-755
58. **McCoy Sarah J Breese, Beal J Martin, Payton Mark E, et al. (2008)** Postpartum Thyroid Measures and Depressive Sintomatology: A Pilot study. *JAOA* 108:503-507
59. **Milgrom J, Westley DT, Gemmill AW (2004)** The Mediating Role of Maternal Responsiveness in Some Longer Term Effects of Postnatal Depression in Infant Development. *Infant Behav Dev* 27:443-454

60. **Mishina Hiroki, Takayama John I** (2009) Screening for Maternal Depression in Primary Care Pediatrics. *Current Opinion in Pediatrics* 21:789-793
61. **Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al.** (2006) New Parents and Mental Disorders: a Population-based Register Study. *JAMA* 296:2582-2589
62. **Murray L, Cooper PJ** (1997) Postpartum Depression and Child Development. *Psychol Med.* 27(2):253-260
63. **Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, et al.** (1996) The Impact Of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-infant Interactions and Later Infant Outcome. *Child Dev* 67:2512-2526
64. **Murray L, Sinclair D, Cooper P, et al.** (1999) The Socioemotional Development of 5-year-old Children of Postnatal Depressed Mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 40: 1259- 71
65. **Neugebauer R, Kline J, Shout P et al.** (1997) Major Depressive Disorder in the 6 Months After Miscarriage. *JAMA* 277:383
66. **O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al.** (2005) Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Arch Gen Psychiatry* 57:1039-1045
67. **O'Hara MW, Swain AM** (1996) Rates and Risks of Postpartum Depression: a Meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 8:37-54
68. **O'Hara MW, Zekoski EM, Philips LH, et al.** (1990) Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women. *J Abnorm Psychology* 99:3-15
69. **Oates M** (2003) Perinatal Psychiatric Disorders: a Leading Cause of Maternal Morbidity and Mortality. *Br Med Bull* 67:219-229
70. **Ogrodniczuk JS, Piper WE** (2003) Preventing Postnatal Depression: a Review of Research Findings. *Harvard Review of Psychiatry, II*, 291-307

71. **Parker GB, Gibson N, Brotchie H, Heruc G, Rees A-M, Hadzi-Pavlovic D (2006)** Omega-3 Fatty Acids and Mood Disorders. *Am J Psychiatry* 163:969-978
72. **Parry BL (1995)** Mood Disorders Linked to Reproductive Cycle in Women. In: *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress - Volume 88* (Bloom FE, Kupfer DJ, ed), pp1029-1042. New York: Raven Press, Ltd.
73. **Parry BL (1995)** Postpartum Psychiatric Syndromes, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th Ed, Volume 1* (Kaplan H, Sadock B. Philadelphia, Williams & Wilkins, ed), pp 1059-1066.
74. **Paulson James F, Bazemore Sharnail D (2010)** Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA* 303(19): 1961-1969
75. **Paykel ES, Emms E, Fletcher J et al. (1980)** Life Events and Social Support in Puerpal Depression. *British Journal of Psychiatry* 136:339-346
76. **Payne JL, Roy PS, Murphy-Eberenz L et al. (2007)** Reproductive Cycle-Associated Mood Symptoms in Women with Major Depression and Bipolar Disorder. *J Affective Disord.* 99:221-229
77. **Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, et al. (2007)** Effects of Treating Postnatal Depression on Mother-infant Interaction and Child Development – Systematic Review. *British Journal of Psychiatry* 191:378-386
78. **Rahman A, Harrington R, Bunn J (2002)** Can Maternal Depression Increase Infant Risk of Illness and Growth Impairment in Developing Countries? *Child Care Health Dev.* 28(1):51-56
79. **Rees Anne-Marie, Austin Marie-Paule, Parker Gordon B (2008)** Omega-3 Fatty Acids as a Treatment for Perinatal Depression: Randomized Double-blind placebo-controlled trials. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42:199-205

80. **Riecher-Rossler A, Fallahpour M Hofecker (2003)** Postpartum Depression: Do we need this Diagnostic Term? *Acta Psychiatr Scand* 108(418):51-56
81. **Righetti- Veltema M, Bousquet A, Manzano J (2003)** Impact of Postpartum Depressive Symptoms on Mother and her 18-month-old Infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12:75-83
82. **Rubinow DRaSPJ (2006)** Gonadal Steroid Regulation Mood: The Lessons of Premenstrual Syndrome. *Front Neuroendocrinol* 27:210-216
83. **Rychnovsky Jacqueline, Brady Margaret (2008)** Choosing a Postpartum Depression Screening Instrument for your Pediatric Practice. *J Pediatric Health Care* 22:64-67
84. **Sanjuan J, Martin-Santos R, Garcia-Esteve L, et al. (2008)** The British Journal of Psychiatry 193:383-388
85. **Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL (2006)** A Review of Postpartum Phychosis. *J Womens Health* 15(4):352-368, May
86. **Slade A, Sadler L, De Dios-Kenn C, et al. (2005)** Minding the Baby: A Reflective Parenting Program. *Psychoanal Study Child* 60:74-100
87. **Solowski MS, Hans SL, Bernstein V, et al. (2007)** Mothers Representations of Their Infants and Parenting Behavior: Associations and Personal and Social-Contextual Variables in a High Risk Sample. *Infant Ment Health J* 28:344-365
88. **Spinelli Margaret G (2009)** Postpartum Phychosis: Detection Risk and Management. *Am J Psychiatry* 166:4
89. **Steiner M, Yonkers K (1998)** The Psychobiology of Female Specific Mood Disorders. *Infertility-Repro-Med. Clinics of North America* 7:2297-2313
90. **Steiner M. (1998)** Perinatal Mood Disorders: Position Paper. *Pharmacol Bull* 34:301-6
91. **Szigethy EM, Ruiz P (2001)** Depression among Pregnant Adolescent: na Integrated Treatment Approach. *Am J Psychiatry* 158(1):22-27

92. Templeton L, Velleman R, Persaud A, et al. (2003) The Experiences of Postnatal Depression in Women from Black and Minority Ethnic Communities in Wilshire, UK. *Ethnic Health* 8(3): 207-221
93. Teti DM (2000) Maternal Depression and Child-mother Attachment in the First Three Years: a View from the Intermountain West. In: Crittenden PM, Claussen AH (eds) *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture, and Context*. Cambridge University Press, New York, pp 190-213
94. Warner R, Appleby L, Whitton A, et al. (1996) Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry* 168:607-611
95. Weinberg MK, Tronick EZ (1998) Emotional Characteristics of Infants Associated with Maternal Depression and Anxiety. *Pediatr* 102:1298-1304
96. Weinberg MK, Tronick EZ, Beegly M, et al. (2001) Subsyndromal Depressive Symptoms and Major Depression in Postpartum Women. *Am J Orthopsychiatry* 71:87-97
97. Weissman A, Levy B, Hartz A, et al. (2004) Pooled Analysis of Antidepressant Levels in Lactating Mothers, Breast Milk, and Nursing Infants. *Am J Psych* 161: 1066-1078
98. Wisner K, Gracious B, Piontek C, et al. (2003) Postpartum Disorders. Phenomenology, Treatment Approaches and Relationship to Infanticide. In: Spinelli MG, editor. *Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; p.35-60
99. Wisner Katherine L., Moses-Kolko Eydie L., Sit Dorothy K.Y (2010) Postpartum Depression: a Disorder in Search of a Definition. *Womens Ment Health* 13:37-40
100. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, et al. (2006) Postpartum Depression: A Randomized Trial of Sertraline and vs Nortriptyline. *J Clin Psychopharmacol* 26:353-360

101. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, et al. (2004) Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry* 161:1290-1292



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
COIMBRA

FICHA CLÍNICA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

N.º Processo

Familiar

N.º Utente

Nome

Data de Nascimento / /

Estado Civil

01 VACINAÇÕES

TÉTANO

RUBÉOLA

SABE NÃO SABE

02 GRUPO SANGUÍNEO

Rh

Tipo

03 HISTÓRIA PREGRESSA

<input type="checkbox"/> D. TROMBOEMBÓLICAS	<input type="checkbox"/> D. HEPÁTICA GRAVE
<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> DIABETES
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> CEFALÉIAS/ENXAQUECAS
<input type="checkbox"/> VARIZES ACENTUADAS	<input type="checkbox"/> ALERGIAS
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> OBESIDADE
<input type="checkbox"/> D. FIBROQUÍSTICA DA MAMA	<input type="checkbox"/>

04 HÁBITOS

ALCOOL

DROGAS

TABACO

05 ANTECEDENTES FAMILIARES

	PAI	MÃE	IRMÃOS
HIPERTENSÃO	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
D. TROMBOEMBÓLICAS	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
DIABETES	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
NEOPLASIA DA MAMA	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
OUTRAS	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>

06 HISTÓRIA GINECOLÓGICA

	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> METRORRAGIAS	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> MENORREIA	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> DISMENORREIA	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> LEUCORREIA	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> INF. PÉLVICA	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> DISPAREUNIA	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>

C. MENSTRUAL

Início

/ /

Intervalo

/

Duração

/

07 EXAME GINECOLÓGICO – 1.ª Consulta

GENITAIS EXTERNOS PAREDES VAGINAIS ÚTERO

CERVIX ANEXOS TESTE PAPANICOLAOU

EXAME DA MAMA DATA / /

08 TABELA PARA AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO

CRITÉRIO	CARACTERÍSTICAS	PONTOS
IDADE	≤ 17 e ≥ 40 ANOS	4
	DE 30 A 39 ANOS	2
	DE 18 A 29 ANOS	0
N.º DE FILHOS	5 ou MAIS	4
	0 ou 1	2
	2 a 4	0
INTERV. ENTRE GRAVIDEZES	< 24 MESES DESDE O ÚLTIMO PARTO	1
	> 24 MESES DESDE O ÚLTIMO PARTO	0
ANTECEDENTES PESSOAIS	COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS PRÉVIAS, MORTES PERINATAIS, ABORTOS, ETC.	3
	DIABETES, DOENÇAS CARDÍACAS, DOENÇAS RENAIIS, PSICOSES, ETC.	5
GRAU DE ESCOLARIDADE	ANALFABETA	1
	SABE LER, ESCREVER E INTERPRETAR	0

09 HISTÓRIA OBSTÉTRICA

	N.º	DATAS
Partos de termo	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 80%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
Partos pré-termo	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 80%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
Abortos espontâneos	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 80%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
Abortos provocados	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 80%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
Gravidez ectópica	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 80%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
Filhos vivos	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 80%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
Complicações	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 80%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>

10 GRAU DE RISCO (soma de pontuação)

RISCO ALTO – 5 PONTOS

RISCO MÉDIO – 3 OU 4 PONTOS

RISCO NORMAL – 0 OU 2 PONTOS

<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>

Mod. 12R 01

Anexo 1 – Ficha Clínica de Planeamento Familiar (adaptado de Direcção Geral de Saúde)