

Obrigada por ver esta apresentação

Gostaríamos de recordar-lhe que esta apresentação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa de Pediatria no contexto do 16º Congresso Nacional de Pediatria, para seu uso pessoal, tal como submetido pelo autor

© 2015 pelo autor

INFLUÊNCIA DO STRESSE TÓXICO CONTINUADO

Traumatismo continuado e psicopatologia – o que sabemos

Ana Telma Pereira, PhD

Serviço de Psicologia Médica





Sumário

Depressão perinatal (DP) – Notas introdutórias
Epidemiologia da DP em Portugal
Ansiedade perinatal

Consequências da DEPRESSÃO PERINATAL – Gravidez

EFEITOS NEGATIVOS IMEDIATOS/A CURTO PRAZO
EFEITOS NEGATIVOS A MÉDIO/LONGO PRAZO

Consequências da DEPRESSÃO PERINATAL – Pós-parto

Depressão/Ansiedade/Stresse Perinatal e psicopatologia dos filhos –
POTENCIAIS VIAS DE INFLUÊNCIA

Projecto

“Rastreio, prevenção e intervenção precoce na depressão perinatal nos cuidados de saúde primários”

EEA Grants: Programa Iniciativas em Saúde Pública (PT06)

Referência: 161SM3



DEPRESSÃO PERINATAL (DP)

Depressão perinatal - episódios depressivos que ocorrem entre a gravidez e os doze meses após o parto
(**Marcé International Society**; Austin et al., 2014)

Crescente reconhecimento da importância da **depressão na gravidez** (Austin 2004; Austin et al. 2014):

- prevalência da depressão não varia grandemente entre a gravidez e o PPt (Gaynes et al. 2005)
- DP começa muitas vezes na gravidez, particularmente no terceiro trimestre (O'Keane & March, 2007)
> 40% das mulheres que apresentam pontuações elevadas de sintomas na gravidez, também as apresenta no PPt (e.g. Ederhad-Gran et al., 2004; Marques et al. 2014).
- preditores consistentemente associados ao desenvolvimento de DPP:
depressão, ansiedade e afecto negativo na gravidez (Yim et al. 2015; Marques et al. 2014).
- **Hipótese da programação fetal** - papel do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) como mediador entre os estados de humor da mãe na gravidez e as consequências para o filho:

Depressão/ansiedade/stresse na gravidez >>>

desregulação a longo-prazo do desenvolvimento neuro-endócrino do filho >>>

maior reactividade ao stresse e dificuldades de regulação emocional >>>

maior vulnerabilidade para perturbações cognitivas e emocionais (Glover et al. 2014; Stein et al. 2014).

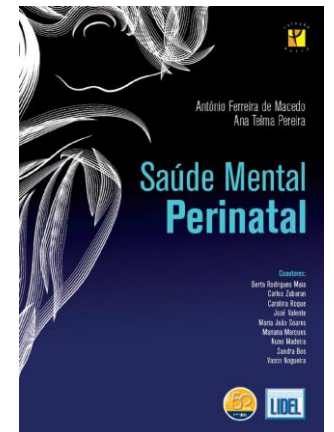
DEPRESSÃO PERINATAL



Re-interpretação dos resultados da investigação sobre o impacto negativo da DPP na psicopatologia, no desenvolvimento cognitivo, afectivo e social da criança, pré-adolescente e adolescente (Pereira et al. 2014)

>>> Indissociabilidade da depressão na gravidez e no PPT.

(Até há poucos anos o impacto negativo era atribuído essencialmente aos estilos parentais).



Pereira et al. (2014). Rastreio da depressão e ansiedade perinatais.

In Macedo A e Pereira AT (Coords). *Saúde Mental Perinatal: Maternidade nem sempre rima com felicidade*. Lisboa: Lidel.



DEPRESSÃO PERINATAL

Nas classificações oficiais - DSM5 e CID-10 - a DP **NÃO É** categoria diagnóstica independente.

CID-10 F53: *Perturbações mentais associadas ao puerpério, não classificadas noutro lugar* (WHO, 1992)

DSM-5 296, como especificador: *Perturbação depressiva, com início no periparto* (APA, 2013)

- início gravidez - 4 semanas após o parto.

- Não obstante algumas especificidades no perfil de sintomas (Pereira et al, 2014), os principais indicadores (critérios de diagnóstico, sinais e sintomas) de depressão não são diferentes no período perinatal (NICE, 2007; Cunningham et al. 2013)
- No entanto...
o período perinatal, devido à combinação única de stressores neuro-hormonais e psicossociais, torna a mulher suscetível a perturbações emocionais,
mais do que qualquer outro acontecimento major de vida (Riecher-Rossler, 2009)

“É o contexto em que ocorre e o seu impacto negativo para os filhos que torna a depressão perinatal um tema especial e importante” (Stewart 2005)

Pereira AT et al. (2014). Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? Journal of Affective Disorders, 166, 71–78.



EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO EM PT

AMOSTRA

N=386 mulheres portuguesas, >18 anos (idade média=30.08±4.205; 19-44)

Semanas de gestação, M=32.54 ±3.48 (25-40).

Portuguesas (87.6%), casadas (80.1%), nulíparas (63.7%), a trabalhar (62.4%).

Anos de escolaridade, M=13.83±3.78 anos (4-25).

AVALIAÇÃO

Sintomas depressivos

Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck & Steer, 1996; Coelho et al., 2002)

Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), Beck & Gable, 2000; Pereira et al., 2010, 2011).

Definição de caso: pontos de corte validados e ajustados à prevalência.

Depressão (CID-10 e DSM-IV)

Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS); Azevedo et al., 1993; Nurnberger et al., 1994)

Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness (OPCRIT); McGuffin et al., 1991)

Maia BR, Marques M, Bos S, Pereira AT, Soares MJ, Valente J, Macedo A, Azevedo MH (2011).

Epidemiology Of Perinatal Depression In Portugal- Categorical and Dimensional Approach.

Acta Médica Portuguesa; 24(S2):443-448.

EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO EM PT

PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DA DEPRESSÃO (DIGS/OPCRIT) - PERINATAL

Table 2. One-month prevalence and incidence of Perinatal Depression

	Prevalence n (%)		Incidence n (%)	
	Pregnancy	Postpartum	Pregnancy	Postpartum
Major Depression/DSM-IV	5 (1.3)	45 (11.7)	1 (.3)	19 (4.9)
Depression/ICD-10	9 (2.3)	64 (16.6)	0 (0)	29 (7.5)

PREVALÊNCIA DA SITOMATOLOGIA DEPRESSIVA (BDI-II e PDSS – Pontos de corte)

Table 3. Point prevalence of Perinatal Depression

	Pregnancy		Postpartum	
	BDI-II	PDSS	BDI-II	PDSS
Major Depression/DSM-IV	53 (13.7)	65 (16.8)	50 (13.0)	40 (10.4)
Depression/ICD-10	75 (19.4)	69 (17.9)	50 (13.0)	49 (12.7)
Mild/Moderate somatic Syndrome or Severe Depression without Psychotic Symptoms/ICD-10	58 (15.0)	55 (14.2)	3 (.8)	15 (3.9)

ANSIEDADE PERINATAL

- Menos estudada do que a DP, mas igualmente prevalente – $\cong$ 13% (Vesga-López et al. 2008; Fairbrother et al. 2015)
- Elevada comorbilidade com a DP (Wenzel et al. 2011; Wisner et al., 2013)
- Dificuldade em separar as consequências para os filhos (Howard et al. 2013)



Maioria dos estudos: efeitos do stresse/ansiedade/depressão

Barker et al. 2011:

efeitos da DP mais abrangentes; efeitos da AP principalmente ao nível de problemas internalizantes.

Nogueira, Marques e Pereira (2014). Ansiedade perinatal.

In Macedo A e Pereira AT (Coords). *Saúde Mental Perinatal: Maternidade nem sempre rima com felicidade*. Lisboa: Lidel.

The physical care of pregnant women in the developed world has hugely improved over the past 100 years; however, the same has not been true of their emotional care.

This is arguably the most neglected aspect of obstetric medicine. It is important for the wellbeing of the pregnant woman herself, and also for that of her future child.



Glover et al. 2014

Consequências da DEPRESSÃO PERINATAL - Gravidez

Depressão na gravidez associada a:

- Negligência dos cuidados de saúde (e.g. Zuckerman et al, 1989)
- Complicações obstétricas como aborto espontâneo (e.g. Marcus, 2009)
- Problemas no (neuro)desenvolvimento do feto (Field, 2006; Van den Bergh et al. 2006; Talge et al. 2006).

EFEITOS NEGATIVOS IMEDIATOS/A CURTO PRAZO:

- Parto prematuro (Grigoriadis et al. 2013) e baixo peso à nascença (Grote et al., 2010)
>>> aumento da morbilidade e mortalidade ao longo da vida (Glover. 2011; Cardwell 2013)

Recém nascido:

- Maior dificuldade em atender a **estímulo visual e auditivo** e em manter o **estado de alerta** (Diego, 2005)
- Problemas ao nível da estrutura e funcionamento cerebrais:
maior (re)actividade dos sistemas nervoso autónomo, neuroendócrino e imunológico,
desregulação das respostas de stresse a nível fisiológico e comportamental,
(alterações provavelmente mediadas pelos mais elevados níveis de cortisol no nascimento)
(Wadhwa, 2005)
- Níveis mais elevados de **agitação**, de **choro** e de **problemas de sono** (até aos 18 e 30 meses)
(Field et Al., 2007; O'Connor et al., 2007)



Consequências da DEPRESSÃO PERINATAL – Gravidez (continuação)

- Vinculação mãe-filho insegura, efeito independente da depressão pós-parto (Martins & Gaffan, 2000; Atkinson et al., 2000)
- Desde os primeiros dias de vida, filhos de mulheres com depressão e ansiedade na gravidez têm resultados inferiores aos controlos na *Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale* (Field et al. 2003), desvantagem desenvolvimental que se mantém durante o primeiro ano de vida (Van den Bergh et al., 2005) e pelo menos até ao terceiro (Van den Bergh et al., 2007).



Consequências da DEPRESSÃO PERINATAL - Gravidez

EFEITOS NEGATIVOS A MÉDIO/LONGO PRAZO:

- Temperamento difícil (Austin et al., 2005)
- Problemas do comportamento e emocionais (Goodman et al., 2011)
- Défices nas competências sociais, hiperactividade, atrasos no desenvolvimento (Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study; O'Connor et al., 2003)
- Problemas do sono na infância (O'Connor et al., 2007)
- Atrasos no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, até aos doze anos (Laplante et al., 2008)
- Depressão e ansiedade na adolescência, até aos dezasseis anos (Pawlby et al., 2008; Kleinhaus et al. 2013; Rice et al., 2010)
- Comportamentos delinquentes (Maki et al., 2003)
- Maior risco de autismo (Kinney et al. 2008; Beversdorf et al. 2006) Resultados negativos: Li et al., 2008



Consequências da DEPRESSÃO PERINATAL – Pós-parto

Depressão no pós-parto associada a:

- Pior qualidade da interacção mãe-bebé (e.g. Righetti-Veltema et al., 2002)

Interações mãe deprimida-bebé: mais hostilidade, menos responsividade (Dietz et al. 2009; Flykt et al. 2010), menos sincronia (Zlochower & Cohn, 1996).

Segundo Stein et al. (2009), são os níveis elevados de preocupação e de ruminação, que explicam os efeitos da depressão ao nível das dificuldades na comunicação mãe-bebé.

- Dificuldades e insatisfação na amamentação (Dennis & McQueen, 2007)
- Dificuldades nas práticas de saúde e segurança (Zajicek-Farber, 2009):
Mulheres com sintomatologia depressiva relevante vs .mulheres sem sintomas, têm menor probabilidade de comparecer às consultas de saúde infantil, de cumprir os planos de vacinação obrigatória, de usar as cadeiras apropriadas e de seguir as práticas mais recomendadas relativamente ao banho e ao deitar do bebé.
- Dificuldades na prestação de cuidados de higiene e na satisfação das necessidades de alimentação, de sono e afectivas (Fied 2010)
- Castigos mais duros (McLearn et al., 2006)
- Negligência, o abuso e o infanticídio (Spinelli, 2005)



Consequências da DEPRESSÃO PERINATAL – Pós-parto

(Cont.)

- Défices no desenvolvimento cognitivo (linguagem e QI), motor e sócio-emocional:
na infância (Grace, 2003; Murray & Cooper, 1997),
pré-adolescência (Hay & Kumar, 1995)
e adolescência (Hay et al., 2001).
... mesmo controlando o efeito de outras variáveis como:
estatuto sócio-económico da família
continuidade da depressão materna ao longo dos primeiros anos da criança
(Brand & Brennan 2009; Goodman et al., 2007; Sohr-Preston & Scaramella 2006).
- PHDA, com sintomas aos 16 anos (Korhonen et al., 2012; Galera et al., 2011)
- Psicopatologia:
depressão e ansiedade na infância (Pawlby et al, 2008),
e até aos 16 (Pawlby et al, 2008; Halligan et al., 2007)
e 18 anos (Pearson et al., 2013) e independentemente da DG.
- Comportamento antissocial na adolescência (Hay et al., 2010; Pilowsky et al., 2006)
Estudos longitudinais recentes:
nível de sintomatologia depressiva durante os primeiros seis meses após o nascimento do bebé
- preditor de psicopatologia internalizante e externalizante desde a infância até à adolescência
(Avan et al. 2010; Murray et al. 2013).





Depressão/Ansiedade/Stresse Perinatal e psicopatologia dos filhos – **POTENCIAIS VIAS DE INFLUÊNCIA**

Continuidade entre a depressão na gravidez e a depressão no pós-parto

Depressão na gravidez >>> Depressão no pós-parto (Marques et. al. 2014) >>> Comportamento parental

Factores confundentes:

Consumo de álcool e tabaco na gravidez >>> comportamento parental e peso à nascença.



Vulnerabilidade genética

Genes associados a depressão e ansiedade - mãe >>>

>>> maior predisposição genética para problemas emocionais e comportamentais - filhos

Programação fetal

Depressão/Ansiedade/Stresse Perinatal e psicopatologia dos filhos – POTENCIAIS VIAS DE INFLUÊNCIA (Cont).

Programação fetal

Estudos com animais:

efeitos do stresse prolongado no comportamento e desenvolvimento cognitivo <<<
>>>programação fetal, pela vias de desregulação a longo prazo do eixo HPA
e de alteração da estrutura e função cerebrais nos filhos (Afadlal et al., 2010; Weinstock et al. 2009)

- efeitos reproduzidos através de injeções de glucocorticoides na grávida (Afadlal et al., 2010)
- efeitos moderados pela qualidade dos cuidados maternos (Del Cerro et al., 2010)

Estudos com humanos com controlo de confundentes:

(consumo de substâncias; estado emocional no pós-parto;
estado emocional do pai antes e depois do nascimento do bebé) (Avon Longitudinal Study):

- associação causal significativa entre depressão e ansiedade na gravidez e psicopatologia e atrasos no desenvolvimento dos filhos.

Se a associação fosse primariamente devida à predisposição genética,
não seria de esperar que fosse especificamente entre o estado emocional da mãe na gravidez
e os *outcomes* dos filhos (Glover et al., 2014).



Depressão/Ansiedade/Stresse Perinatal e psicopatologia dos filhos – **POTENCIAIS VIAS DE INFLUÊNCIA (Cont).**

Programação fetal

Estudos com fertilização in-vitro (Van Batenburg-Eddes et al. 2013; Rice et al. 2010):

Comparação dos níveis de sintomas de PHDA e Perturbação da Conduta em filhos com e sem relação genética com a mãe:

- Níveis de stresse na gravidez relacionados com Perturbação da Conduta independentemente da relação genética e os de PHDA em ambos os grupos.



- **PC:** independente de factores genéticos.
- **PHDA:** não exclui um componente do ambiente pré-natal – **Interação gene-ambiente:** o stresse prenatal pode ter um efeito moderador na manifestação da carga genética.



Depressão/Ansiedade/Stresse Perinatal e psicopatologia dos filhos – POTENCIAIS VIAS DE INFLUÊNCIA (Cont).

Programação fetal

Mecanismo mediador: **sobre-exposição ao cortisol fetal**

- O cortisol nos humanos e primatas é essencial ao desenvolvimento fetal, incluindo cerebral (Herbert 2006)
MAS: em níveis continuamente elevados (**sobre-exposição**) é um preditor de doença ao longo da vida (Harris et al. 2011)

↑ Stresse/ansiedade/depressão durante a gravidez >>> ↑ Aumento do cortisol materno >>>
>>> Cortisol materno atravessa a placenta até ao ambiente fetal (O'Donnell et al. 2009)

- A placenta também produz CRH >>> ↑ Aumento do cortisol no ambiente fetal
 - Menor responsividade do eixo HPA à medida que avança a gravidez (Kammerer et al. 2002)
 - Associação fraca entre os níveis de stresse emocional e os de cortisol da mãe no final da gravidez (O'Donnell et al. 2009).



É possível que a programação fetal seja parcialmente mediada pelo cortisol fetal, independentemente do aumento do cortisol materno (Glover et al. 2014).

Depressão/Ansiedade/Stresse Perinatal e psicopatologia dos filhos – POTENCIAIS VIAS DE INFLUÊNCIA (Cont).

Programação fetal - Papel da placenta

Stresse/ansiedade/depressão durante a gravidez >>>

>>> ↑ Aumento da transferência do cortisol da placenta para o ambiente fetal (O'Donnell et al. 2009).

- Placenta tem um papel crucial na moderação da exposição fetal a factores da mãe e na preparação do feto para o ambiente que o espera
- Alterações funcionais da placenta

(enzima 11-beta- hidroxisteroide desidrogenase tipo II/ 11b-HSD2; converte o cortisol em cortisona inactiva)>>>

>>> sobre-exposição ao cortisol fetal.

- **Estudos em animais** (Mairesse et al. 2012) **e em humanos** (O'Donnell et al. 2012):

Associação entre stresse na gravidez e desregulação da 11b-HSD2, provavelmente pela acção das citocinas inflamatórias.



Depressão/Ansiedade/Stresse Perinatal e psicopatologia dos filhos – **POTENCIAIS VIAS DE INFLUÊNCIA (Cont).**

Programação fetal **Papel da epigenética**

Stresse/ansiedade/depressão durante a gravidez >>>

Podem induzir alterações epigenéticas, contribuindo para os processos de programação fetal.

Estudos em animais (Mueller et al. 2008):

Associação entre stresse na gravidez e alterações epigenéticas no DNA que codifica um receptor que se liga ao cortisol.

Estudos em humanos (Radtke et al. 2011):

Associação entre stresse na gravidez (violência pelo companheiro) e alterações epigenéticas no DNA desse mesmo receptor, presentes no sangue dos filhos **adolescentes**.





Projecto

“Rastreio, prevenção e intervenção precoce na depressão perinatal nos cuidados de saúde primários”



EEA Grants: Programa Iniciativas em Saúde Pública (PT06)

Referência: 161SM3

Área: Melhoria dos serviços de saúde mental

Sub-área: Melhoria da capacidade dos cuidados de saúde primários para a prevenção do suicídio e para prevenir, diagnosticar e tratar a depressão

Investigadora coordenadora: Ana Telma Pereira, PhD,
Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
(Director: Prof. Doutor António Ferreira de Macedo)



UiO : University of Oslo





10 RAZÕES PARA O RASTREIO DE DP

1. Elevada prevalência

2. Consequências negativas para a mãe, os filhos, a família e a sociedade

3. Sub-deteção e tratamento

≅ 75% não são identificados (Georgiopoulos et al, 2001)

Sem programas de rastreio, apenas 10% das mulheres são tratadas (Chaudron & Wisner, 2014)

>>> Problema de saúde pública com mais elevados custos no período (Hewitt et al., 2009)

4. Reduzido comportamento de procura de ajuda (Chaudron & Wisner, 2014; Kingston et al., 2014)

5. Equívocos e mitos dos profissionais e das mulheres acerca dos sintomas depressivos

6. Instrumentos de rastreio válidos, fidedignos e económicos (Pereira et al. 2010, 2011, 2013)

7. Aceitabilidade dos programas de rastreio da DP (Kingston et al. 2014; Bento et al. 2015)

8. Aumento das taxas de deteção, diagnóstico e tratamento eficaz (Dennis & Hodnett, 2007; Yawn et al. 2012)

9. Oportunidade

10. Custo-eficácia (Paulden et al., 2009)

Pereira AT (2014). Why should we screen for perinatal depression? Ten reasons to do it.
International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health, 1:10.

RASTREIO DA DEPRESSÃO PERINATAL EM PORTUGAL



Brockington (1996, p. 166)

Motherhood and Mental Illness

Século XVI

1547, *Amatus Lusitanus* –

Primeira descrição de Depressão Perinatal

Século XXI

Falta de um instrumento de rastreio adequado e rigorosamente validado.

CURA LII

DE UMA MULHER QUE AO DAR À LUZ, SE TORNAVA MELANCÓLICA E LOUCA

A formosa esposa de CARCINATOR, que trabalha junto da praça, sempre havia gosado de ótima saúde, mas depois do parto foi logo atacada de melancolia e durante um mês ficou como louca.

Com a aplicação de remédios adjuvantes voltou à primitiva saúde. A causa desta doença parece ser o humor melancólico, excitado no tempo da parturição.

De melancholia, mania, delirio, & epilepsia puerperarum.

CAP. XVII.

Fit etiam in puerperis melancholia, mania, & epilepsia, idque ex defectu congruæ evacuationis, vel ex vitio sanguinis fluentis, suppressioneve ejusdem, quæ crassior, propter remotionem & adustionem, efficitur: aut etiam ob nimiam evacuationem, qua tenue expurgat, crassiori relicto: ex adustione per febres humoris in caput irruentis tetro halitu, qui sæpissime, ex sola humoris in partu commotione, caput ferit, cujus rei exemplum est apud Lusitanum, elegantis cujusdam fœminæ, quæ alias optime valebat, ilico tamen à partu melancholia morbo afficiebatur, & per mensem insana erat, paucis verò adhibitis præsidiiis, ad pristinam valetudinem revertebatur, & nos etiam sæpe curavimus conjugem præcipui cujusdam Belgæ & mercatoris insignis, quæ idem malum post partum sæpissime patiebatur.



Projecto “Rastreio, prevenção e intervenção precoce na depressão perinatal nos cuidados de saúde primários”

RACIONAL

- A DP é um grave problema de saúde pública, que necessita de deteção, prevenção e tratamento mais eficientes (Pereira et al., 2014).
- ***Marcé International Society*** (Austin et al., 2014):
Recomendação para implementar programas de avaliação psicossocial que combinem a **avaliação de fatores de risco psicossocial** e a **deteção de sintomas de depressão**.
- Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapias de 3ª Geração:
boa eficácia e aceitabilidade na prevenção e intervenção precoce em mulheres com DP, desde logo na gravidez (Stuart & Koleva, 2014; Hall et al., 2015).
- Estudos de prevenção e intervenção precoce, realizados até à data, apresentam lacunas que pretendemos colmatar (Sockol et al., 2013):
 - definição clara dos objectivos e dos critérios de avaliação da sua eficácia;
 - foco do programa nos aspectos directamente relacionados com os factores de risco;
 - integração dos contributos de diferentes tipos de intervenção psicoterapêutica.



OBJECTIVOS E METODOLOGIA

1. Analisar a capacidade preditiva de novo instrumento de autoresposta - **PERINATAL DEPRESSION SCREENING AND PREVENTION TOOL (PDSPTool;** Pereira et al. 2015), que avalia sintomas e factores de risco (previamente identificados e validados pela equipa SPM)

Inclui:

- Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-24/21) (Pereira et al. 2013)
- Avaliação da insónia na gravidez (Marques et al., 2011)
- POMS (Azevedo et al., 1991) - “Afecto negativo”, “Afecto positivo” (Marques et al., 2011)
- Avaliação da história de depressão ao longo da vida (Maia et al., 2011; Pereira et al. 2015)

- ≅ 300 mulheres grávidas (12^a-25^a semanas)
- Recrutadas nos cuidados de saúde primários e maternidades da região de Coimbra e Aveiro
- Avaliadas com o **PDSPTool**
- A capacidade preditiva do instrumento às 5 semanas, 3 e 6 meses após o parto, com base nos Pontos de Corte da **PDSS-21** e no **Dx Depressão**
- **DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR PSYCHOLOGICAL DISTRESS (DIPD-PP;** Xavier et al. 2015)



OBJECTIVOS E METODOLOGIA (2)

2. Testar a eficácia de um programa de prevenção/ intervenção precoce na DP com início 27 sem. de gravidez em mulheres com pelo menos um dos factores de risco de DP avaliados na gravidez (Marques et al. 2014) **E/OU** que apresentem pontuações elevadas (>PC) na PDSS-24 (Pereira et al., 2013)

Estudo de intervenção precoce/prevenção - controlado e aleatorizado:

- Todas as mulheres que na primeira avaliação (12-25 semanas) apresentem PDSS>PC **e/ou**
- Todas as mulheres que apresentem pelo menos um dos factores de risco de DP serão distribuídas aleatoriamente por uma das duas condições:

Grupo experimental:

Programa de prevenção/ intervenção precoce “MOTHER IN ME (MIM)” (Azevedo et al. 2015) além dos cuidados de rotina;

Grupo de controlo: apenas cuidados de rotina.

PROGRAMA: 7 sessões, de 1.5 hora cada, em pequenos grupos (n=8).

- **Eficácia do programa:** testada 5 semanas, 3 e 6 meses após o parto, com base nos PC da PDSS e na administração da **DIPD-PP**

***“Children are the future of society
and their mothers are guardians of that future.”***



The World Health Report, 2005



Projecto “Rastreio, prevenção e intervenção precoce na depressão perinatal nos cuidados de saúde primários”

Obrigada pela atenção.

apereira@fmed.uc.pt

bemestarperinatal.fmuc@gmail.com

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

Investigadora responsável:

Doutora Ana Telma Pereira

Director do SPM:

Professor Doutor António Macedo

Psicólogas do SPM:

Mestre Maria João Soares

Doutora Mariana Marques

Dra. Elisabete Bento | Dra. Julieta Azevedo | Dra. Sandra Xavier

Psiquiatras dos CHUC/assistentes da FMUC:

Dra. Carolina Roque

Dr. Nuno Madeira

Dr. Vasco Nogueira

Dr. Miguel Bajouco

Dra. Susana Renca

