



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO
ENTRE MULHERES ASSISTIDAS NO AMBULATÓRIO DE PÓS-NATAL
DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – FIOCRUZ**

Maria Alice Cortez Brunner

**Rio de Janeiro
Setembro de 2011**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO
ENTRE MULHERES ASSISTIDAS NO AMBULATÓRIO DE PÓS-NATAL
DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – FIOCRUZ**

Maria Alice Cortez Brunner

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher – Mestrado Profissional, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

**Orientador: Marcos Augusto Bastos Dias
Coorientador: Gustavo Lobato de Azevedo**

**Rio de Janeiro
Setembro de 2011**

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

B897 Brunner, Maria Alice Cortez
Prevalência da depressão pós-parto entre mulheres assistidas no
ambulatório de pré-natal do Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz
/ Maria Alice Cortez Brunner. – 2011.
vii , 77 f. , il. , tab.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) -
Instituto Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , RJ, 2011.

Orientador : Marcos Augusto Bastos Dias
Coorientador : Gustavo Lobato de Azevedo

Bibliografia: f. 54 -65

1. Gravidez. 2 . Depressão pós- parto. 3. Prevalência. I.Título.

CDD - 22ª ed. 618.24

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à minha irmã que me guiaram desde os meus primeiros passos, sempre me estimulando a concretizar cada sonho.

Aos meus queridos orientadores – Dr. Marcos Augusto Bastos Dias e Dr. Gustavo Lobato de Azevedo – pela confiança, permitindo que eu me engajasse neste projeto, extrema paciência, ajuda inestimável e orientação constante em todas as etapas deste trabalho. Sem seu apoio esta dissertação não existiria. Que sorte a minha tê-los como amigos!

Aos companheiros do Ambulatório de Pré e Pós-Natal do IFF – médicos (staff e residentes), enfermeiras, técnicas de enfermagem e funcionárias administrativas pela ajuda na pesquisa. Agradecimento especial à funcionária Ivanilda Pereira Gonçalves, incansável na busca ativa das pacientes, empenhando-se em todas as funções administrativas necessárias ao andamento deste trabalho.

À Laura Oliveira, companheira de entrevistas, sempre animada e comprometida com a sua função.

À Dr^a. Júlia Fatorelli, pela revisão do *abstract*, à Prof^a Maria Inês Gurjão pelo suporte logístico na formatação e, mais uma vez, à minha irmã Maria Lucia Cortez Brunner Ramos pelo apoio na ortografia.

Aos funcionários da Biblioteca do IFF, especialmente à Giovania Santos de Jesus, na busca de artigos, e ao Sérgio Ricardo Ferreira Síndico, no suporte com as bases de dados.

Aos professores da Pós-Graduação, pelos ensinamentos e estímulo durante o curso.

À secretaria acadêmica e demais colegas de curso, pelo apoio e contribuições durante esse processo.

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é uma das principais complicações do puerpério e representa um importante problema de Saúde Pública. Estimativas gerais sobre a magnitude da DPP sugerem uma prevalência entre 10 e 15%. Porém, essa parece ser a realidade de países desenvolvidos, e, em condições menos favoráveis, esses números podem ser significativamente maiores. No que tange às suas consequências, a DPP traz prejuízo não só para a mãe, mas também para o desenvolvimento cognitivo e emocional dos seus filhos, assim como para a relação com seu marido e familiares. O objetivo desse estudo foi estimar a prevalência da DPP nas mulheres cujo parto ocorreu no Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ. Entre fevereiro e julho de 2011, 456 puérperas foram entrevistadas por volta de 6 a 8 semanas pós-parto durante sua consulta no Ambulatório de Pós-Natal. Dentre essas, 65% (n=336-IC95% 71,4-79,4) compareceram à primeira data marcada para sua consulta, 18% (n=94-IC95% 12,6-19,3) foram entrevistadas após busca ativa e novo agendamento de consulta, e 5% (n=26-IC95% 3,3-7,5) foram entrevistadas por telefone. A DPP foi investigada através da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), sendo consideradas deprimidas aquelas que apresentaram escores maiores que onze. As informações sobre o histórico obstétrico e desfechos perinatais como anomalias congênitas, parto prematuro, crescimento intrauterino restrito e mortalidade perinatal foram pesquisadas no prontuário materno, enquanto as características socioeconômicas e demográficas foram avaliadas através de perguntas pré-codificadas. Ainda, instrumentos específicos foram utilizados para investigar antecedentes de abuso sexual, violência entre parceiros íntimos e abuso de álcool e drogas pelo casal. A prevalência geral da DPP nessa pesquisa foi de 24,8%. Contudo, a prevalência da DPP foi significativamente mais alta em alguns subgrupos, especialmente puérperas que compareceram ao Ambulatório de Pós-Natal após busca ativa e remarcação da sua consulta, aquelas com nenhum filho vivo ou com três ou mais filhos, mulheres com filhos apresentando anomalias congênitas na gestação índice, fumantes, na presença de consumo excessivo de álcool pelo casal, puérperas com antecedente de abuso sexual e aquelas vítimas de violência psicológica ou física pelos parceiros íntimos durante a gestação. A elevada prevalência da DPP no Ambulatório de Pós-natal do IFF detectada neste estudo mostra a importância do seu rastreamento rotineiro na consulta pós-parto, principalmente nos subgrupos onde foi encontrado maior risco. Esse estudo destaca a importância da busca ativa das puérperas que faltam à consulta pós-natal, pois essas estão mais propensas a apresentarem o agravo. Uma rotina assistencial integrada e multidisciplinar à saúde materno-infantil ao longo do ciclo grávido –puerperal, favorecendo ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado. deve contemplar a saúde mental da mulher.

Palavras-chave: gestação, depressão pós-parto, prevalência, saúde mental.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is one of the most common complications of childbearing and represents a considerable Public Health problem. It is estimated that the prevalence of postpartum depression varies between 10 and 15%. This prevalence seems to be the reality in developed countries, but, in unfavorable conditions, numbers can be significantly higher. The PPD not only brings prejudice to the mother, but can also cause impairment to the cognitive and emotional development of her children and to the relationship with her husband and family. The aim of this cross-sectional survey was to estimate the prevalence of postpartum depression (PPD) among women whose labour was assisted in the Fernandes Figueira Institute – FIOCRUZ. Between february and july 2011, 456 women in the postpartum period were interviewed. The interviews were carried out six to eight weeks after childbearing, during the postnatal appointment. Among them, 65% (n=336/CI95% 71,4-79,4) came to the first appointment in the outpatient department, 18% (n=94/CI95% 12,6-19,3) came only after being contacted by telephone to schedule a new appointment and 5% (n=26/CI95% 3,3-7,5) were interviewed by telephone. The PPD was assessed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and women who scored above the cut-off of eleven were considered depressed. Information about some obstetrics characteristics, such as congenital abnormalities, premature labour, restricted intra-uterine growth and perinatal mortality, were searched from the maternal records, while the social-economic and demographic characteristics were evaluated through pre-codified questions. Moreover, specific instruments were used to search for history of child abuse, intimate partner violence and misuse of alcohol and drugs by the couple. The overall prevalence of DPP estimated in this research was 24,8%. Prevalence was significantly higher in certain sub-groups, specially women who came to the postnatal appointment only after being searched by telephone, the ones with no child alive or with more than three children, mothers of children with congenital abnormalities in the last pregnancy, tobacco users, women with alcohol misuse by the couple history of sexual abuse and victims of psychological interpersonal violence or physical interpersonal violence (PIVP). The high prevalence of PPD in the postnatal outpatient department detected in this research outlines the importance of routine screening during the postnatal appointment, specially among the sub-groups in which a greater risk has been observed.. This research highlights the importance of continuous searching for the women who misses their appointment at the Postnatal Ambulatory, because they are prone to developing PPD. During pregnancy and postnatal period, an integrated multi-disciplinary routine assistance promoting prevention, diagnosis and adequate treatment shall attend women's mental health.

Key-words: pregnancy, postpartum depression, prevalence, mental health.

LISTA DE SIGLAS

ATC	Adaptação Transcultural
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM-IV	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders – Fourth Edition
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IFF	Instituto Fernandes Figueira
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
THQ	Trauma History Questionnaire
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	9
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA	9
1.2 JUSTIFICATIVA.....	10
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
1.3.1 Depressão Pós-Parto.....	13
1.3.2 A Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	20
CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS, HIPÓTESE E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
2.3 HIPÓTESE.....	23
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	24
CAPÍTULO 3 – MATERIAL E MÉTODOS	26
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	34
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE 1 – Termo de consentimento.....	66
APÊNDICE 2 – Projeto de Pesquisa “Saúde Mental Pós-Parto”	67
I. Identificação do questionário.....	67
II. Características gerais da mãe.....	67
III. Características gerais do parto.....	68
IV. Experiências maternas prévias relacionadas ao ciclo grávido-puerperal..	68
V. Dados sobre o pré-natal.....	69
VI. Histórico psiquiátrico pessoal e familiar	69
VII. Eventos estressantes prévios	70
VIII. Situação Socioeconômica.....	72
IX. Hábitos de vida da mulher e do companheiro.....	73
X. Depressão pós-parto	75
XI. Transtorno de estresse pós-traumático.....	75
XII. Situação conjugal e violência entre parceiros íntimos	76

APRESENTAÇÃO

O primeiro estudo sobre depressão pós-parto surgiu com Pitt ¹, em 1968, com a publicação de um artigo identificando uma apresentação atípica de depressão no puerpério, com predomínio de sintomas neuróticos, como ansiedade, irritabilidade e fobias, e piora dos sintomas ao final do dia. No mesmo artigo, Pitt ¹ descreve os estudos de Brooke ², em que esse autor apontava a disparidade no número de admissões nos hospitais psiquiátricos em relação ao gênero, principalmente na faixa etária entre 15 e 44 anos, quando 64% dos pacientes internados eram do sexo feminino; cita também a observação de Pugh *et al* ³ sobre a alta taxa de admissão de mulheres com transtornos afetivos nos três primeiros meses após o parto em hospitais psiquiátricos.

Desde então, vários autores têm se debruçado sobre o assunto, psiquiatras, obstetras e pediatras têm estudado o tema, todos ressaltando sua importância para a saúde da mulher, sua prole e sua vida conjugal e social. Embora não haja consenso sobre a magnitude da DPP e a melhor forma para sua abordagem pelos profissionais de saúde, todos os autores são unânimes quanto à importância do seu rastreamento e diagnóstico precoce. Ainda, esses especialistas ressaltam que a identificação de fatores de risco para DPP ao longo da gestação possibilita a adoção de medidas preventivas ⁴⁻⁸.

O primeiro capítulo desta dissertação inclui a introdução ao assunto, composta pela delimitação do tema, justificativa e referencial teórico, que demonstram a relevância do estudo da depressão pós-parto como questão de Saúde Pública.

No segundo capítulo são apresentados o objetivo geral, os objetivos específicos e a hipótese a ser testada no trabalho, bem como as questões éticas envolvidas na pesquisa. O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada na pesquisa. O quarto e o quinto capítulos trazem os resultados do estudo e a discussão à luz da literatura afim.

Por fim, no sexto capítulo são apresentadas as considerações finais, seguidas pelos anexos, os quais comportam o termo de compromisso livre e esclarecido oferecido às participantes e o questionário aplicado às puérperas entrevistadas.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Ainda que existam no mundo 450 milhões de pessoas com transtornos mentais ou comportamentais, apenas uma pequena parcela delas recebe atendimento específico para sua doença. Esse montante tende a crescer na medida em que a população envelhece, agravam-se os problemas sociais e a inquietação civil. Embora a OMS defina a saúde não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem estar mental, físico e social, a maioria dos países investe menos que 1% dos seus gastos totais com saúde em programas relativos à saúde mental. As doenças mentais respondem por quatro das principais causas de incapacidade (a saber: depressão, demência, esquizofrenia e dependência química) e correspondem a 12% da carga total de doenças. Entretanto, mais de 30% dos países não possui nenhum programa de saúde mental ⁹.

Entre os fatores que determinam a prevalência, o aparecimento e o curso desses transtornos encontramos a pobreza, sexo, idade, ambiente familiar e social. Frequentemente, duas ou mais desordens mentais coexistem no mesmo indivíduo, sendo ansiedade e depressão uma combinação comum, presente em 50% dos pacientes ¹⁰.

A depressão é atualmente a principal causa de anos vividos com incapacidade, além de ser a quarta entre as dez principais causas da carga global de doenças. A projeção para 2020 é que a depressão venha a se tornar

a segunda causa, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. A depressão acomete principalmente as mulheres, que apresentam o dobro do risco (20 a 25%) quando comparadas aos homens (7 a 12%)⁹.

Muito embora a gestação, o parto e o puerpério sejam vistos como períodos de bem-estar emocional, coroados com a chegada do bebê, diferentes distúrbios emocionais podem afetar a gestação e o período pós-natal. Para Kendell *et al.*¹⁰, a fase em que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade aos transtornos psiquiátricos é o período pós-natal, quando comparado a qualquer outra época da vida. Essa afirmativa é corroborada pelos estudos epidemiológicos de Dietz *et al.*¹¹ e Evans *et al.*¹², onde esses autores mostraram que a gestação e o parto são os períodos na vida em que as mulheres são mais susceptíveis a transtornos mentais.

Dentre os transtornos psiquiátricos comuns ao período pós-natal, a depressão pós-parto (DPP) é das mais frequentes, ocorrendo em 10 a 15% das puérperas¹³. Porém, essa parece ser uma realidade dos países desenvolvidos, uma vez que, em condições menos favoráveis, a prevalência parece significativamente mais alta, devido principalmente à influência de fatores socioeconômicos e culturais¹⁴.

1.2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista sua alta prevalência e as diversas consequências para as mulheres, suas famílias e toda a sociedade, a DPP tem sido cada vez mais reconhecida como problema de Saúde Pública. Se diagnosticada tardiamente,

a DPP afeta a autoestima, os relacionamentos e a capacidade produtiva dessas mulheres ¹⁵. As mães com DPP têm dificuldade de criar vínculos afetivos com seus bebês. Essas mulheres apresentam maiores dificuldades e interrompem mais frequentemente a amamentação ^{16, 17}. São reconhecidos os efeitos deletérios no desenvolvimento cognitivo, neurológico e psicológico das suas crianças, além de elas apresentarem maior frequência de problemas emocionais e comportamentais ¹⁸, que podem estender-se à idade escolar ¹⁹ e adolescência ²⁰. Mesmo que a DPP seja tratada com sucesso, essas consequências sobre a prole podem não ser de todo evitadas ^{21, 22}. Embora a relação entre a depressão materna e o desenvolvimento comportamental e emocional da criança não esteja ainda totalmente compreendida, é possível que se trate de uma condição multidimensional que evolui desde a gestação com influência sobre o feto ²³.

Reconhece-se ainda que parceiros de mulheres deprimidas apresentam taxas de depressão acima do esperado (superiores a 50%) ^{24, 25}, assim como diminuição da autoestima. É possível que, da mesma forma que nas mulheres, os antecedentes pessoais de depressão atuem como fatores de risco na depressão paterna ²⁷. Entretanto, nos homens, a depressão surge mais tardiamente, no primeiro ano pós-natal.

Entretanto a DPP é uma condição frequentemente negligenciada na assistência perinatal e materno-infantil. De um modo geral, na consulta pós-natal realizada cerca de 40 dias após o parto, são abordados os aspectos clínicos do puerpério, priorizando as questões sobre aleitamento e contracepção, em detrimento dos aspectos emocionais que a puérpera possa estar vivenciando. Em seguida, a puérpera recebe alta do ambulatório,

retornando ao seguimento nos serviços de Ginecologia. Frequentemente, a mulher passa mais de um ano sem uma nova consulta com o ginecologista, e muitas dessas mulheres reconhecem o pediatra como o médico exclusivamente do bebê, não discutindo as suas questões pessoais com esse profissional. Ainda que a DPP seja pouco pesquisada pelos obstetras, também há pouca demanda de parte da puérpera, principalmente pelo receio do estigma e exclusão decorrentes do diagnóstico de doença mental ²⁸. Vários estudos ²⁹⁻³¹ têm relatado que mais de 80% das mulheres com DPP não relatam suas queixas ou recebem o diagnóstico de seus médicos. Menos de 25% das puérperas deprimidas têm acesso ao tratamento e apenas 50% dos casos de DPP são diagnosticados pelos protocolos assistenciais comumente adotados ³²⁻³⁴. Além disso, existem características socioculturais associadas à maternidade que dificultam a percepção pela paciente e seus familiares que tais sintomas fazem parte de um adoecimento, tendendo a minimizá-los e a interpretá-los sob pontos de vista não médicos ³².

É importante que os profissionais envolvidos na consulta pós-natal, ainda que sobrecarregados pelo volume de atendimentos, estejam atentos e sejam capacitados para identificar as pacientes em risco, oferecer suporte e questionar aspectos relativos à saúde mental, abrindo um espaço para que as puérperas possam expor suas questões emocionais, visando propiciar um atendimento verdadeiramente integral à saúde dessas mulheres. Da mesma forma os profissionais envolvidos na assistência ao bebê devem estar alerta para aquela mãe que procura o atendimento para o seu filho de modo mais frequente, com queixas aparentemente pouco significativas, ou para aquela cujo bebê apresenta ganho ponderal abaixo do esperado, porque

provavelmente essa mãe está evoluindo com DPP, daí sua insegurança e incapacidade de lidar sozinha com as questões cotidianas do seu filho ³²⁻³⁴.

Frente ao exposto, mostra-se fundamental avançar no debate sobre o cuidado à higidez mental materna prestada pelo serviço público em nosso meio. Dentre as vertentes a serem privilegiadas, uma abordagem mais abrangente e objetiva da saúde mental materna poderia reduzir a ocorrência e os efeitos deletérios da depressão e de outros agravos à saúde mental da mulher no período pós-natal ³⁵. Considerando suas diretrizes, o Instituto Fernandes Figueira revela-se como cenário propício ao desenvolvimento desse debate. Seu perfil assistencial, voltado para a assistência perinatal de alto risco, pode estar associado a uma elevada prevalência de depressão pós-parto. Dessa forma, parece justificável o investimento e o engajamento institucional nessa área.

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO

1.3.1 Depressão Pós-Parto

Tradicionalmente, os transtornos mentais que podem acometer a mulher após o parto são divididos em: disforia pós-parto (*blues*), DPP e psicose puerperal ³⁶. Entre os agravos citados, a DPP é comum e pode se apresentar associada a outras condições como ansiedade ³⁷⁻³⁹ e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) ^{36-40, 41}.

A depressão não-psicótica pós-parto (DPP) afeta cerca de 13% das mulheres ¹³. Entre as adolescentes, a prevalência é ainda maior, possivelmente em virtude da falta de maturidade afetiva e da necessidade que a maioria delas tem de interromper precocemente seus estudos ⁴². Essas estatísticas em torno de 10-15% parecem refletir a realidade de países desenvolvidos. Halbreich e Karkun ¹⁴ revisaram 143 estudos conduzidos em 40 países e mostraram que a estimativa comumente citada em torno de 15% é grosseiramente subestimada, já que nos países em desenvolvimento a prevalência pode chegar a 60%. No Brasil, estudo de base populacional realizado em Pelotas (RS) indicou prevalência de 19,1% ⁴³. Já em Vitória, Ruschi *et al.* ⁴⁴ encontraram uma prevalência de 39,4%. Outros estudos desenvolvidos em Recife e no Distrito Federal mostraram prevalências de 12% ⁴⁵ e 13,2% ⁴⁶, respectivamente.

Essas amplas variações entre as prevalências da DPP nos estudos realizados devem-se às diversidades ambientais e culturais existentes entre os diferentes contextos ⁴⁷. As taxas variam de acordo com o acesso à assistência pré-natal e pós-natal, qualidade da assistência, costumes religiosos, nível de suporte social e econômico, estresse, atitude em relação à gravidez e ao parto, atitudes em relação à doença mental e fatores de vulnerabilidade biológica, entre outros ⁴⁷. Ainda, parecem contribuir para essas discrepâncias as diferenças metodológicas entre os diferentes estudos, especialmente em relação aos instrumentos utilizados para a abordagem da DPP e o período pós-parto estudado ⁴⁸.

Para Gjerdingen *et al.* ⁴⁹, não está definido que a DPP seja uma entidade clínica distinta da depressão, permitindo que os critérios usados no diagnóstico da depressão sejam comuns para o diagnóstico da DPP.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, a DPP deve iniciar-se em até quatro semanas após o parto. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10) classifica como transtornos mentais associados ao puerpério aqueles iniciados nas primeiras seis semanas pós-parto. Contudo, os participantes de um *workshop* na Suécia realizado em 1999 concluíram que o termo depressão pós-parto é útil para descrever qualquer transtorno depressivo sem características psicóticas presente durante o primeiro ano pós-natal⁵⁰. Os estudos clássicos de Kendell *et al.*¹⁰ já haviam apontado para um maior risco de transtorno psiquiátrico nos primeiros 90 dias pós-parto. A partir de uma coorte, Munk-Olsen *et al.*⁵¹ encontraram risco aumentado para depressão nos primeiros cinco meses após o parto. Seu estudo mostrou um risco relativo para depressão nos primeiros 30 dias pós-parto de 2,79; entre 31 e 60 dias esse risco sobe para 3,53 e entre três e cinco meses o risco cai para 2,08. Para Wisner⁵², as observações desses dois estudos trazem a dúvida se o prazo para o início dos sintomas deve estender-se aos três primeiros meses pós-natais.

Em muitos casos, a DPP exige tratamento com profissional qualificado, utilizando técnicas de psicoterapia ou antidepressivos, ou mesmo sua associação⁵³. Se não tratados, os sintomas depressivos podem persistir por muitos meses ou anos⁵⁴, e um fator importante na duração do quadro de DPP é o atraso no início do tratamento adequado⁵⁵. Em alguns casos, a disforia pós-parto, quadro frequente no pós-parto e habitualmente transitório^{56, 57}, persiste e se agrava. Em outros, passado um período de bem-estar após o

parto, o quadro de DPP surge e se instala aos poucos. A mãe sente-se incapaz de cuidar do filho e tem dificuldades para enfrentar a nova configuração familiar. Caracteriza-se por choro frequente, desânimo, labilidade emocional, sentimento de culpa, perda do apetite, alterações do sono, fadiga, irritabilidade, falta de concentração e memória, além de ideias frequentes de morte e suicídio⁵.

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), em um episódio típico de depressão o indivíduo apresenta rebaixamento do humor, redução da energia, diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, fadiga importante mesmo após um esforço mínimo, problemas do sono, diminuição do apetite, diminuição da autoestima e da autoconfiança e ideias frequentes de culpabilidade ou indignidade. O humor depressivo varia pouco de dia para dia, ou segundo as circunstâncias, e pode se acompanhar de sintomas dito “somáticos”, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo. No episódio depressivo leve geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas anteriormente citados. O paciente usualmente sofre com a presença desses sintomas, mas comumente mantém a capacidade de realizar suas atividades habituais. Já os quadros de depressão moderada caracterizam-se pela presença de quatro ou mais desses sintomas, e o paciente aparentemente encontra muitas dificuldades para continuar a

desempenhar as atividades diárias. Por fim, nos episódios depressivos graves vários desses sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e atos suicidas são comuns e geralmente se observa uma série de sintomas “somáticos”⁵⁸.

Os critérios do DSM – IV para diagnóstico de DPP incluem a presença de quatro dos seguintes sintomas, além de tristeza ou perda do prazer: culpa irracional, sentimentos de desvalia, pouca energia, dificuldade de concentração, pensamentos suicidas, retardo ou agitação psicomotora, alterações no apetite e sono (ainda que esses dois últimos sintomas também sejam comuns as puérperas sem DPP). Para Bernstein *et al.*⁵⁹, as puérperas com DPP apresentam menos tendências suicidas e tristeza e mais agitação psicomotora, assim como dificuldade de concentração e de tomar decisões quando comparadas às mulheres com depressão em outras fases da vida.

Em países como o Reino Unido e a Austrália, o suicídio é a principal causa de morte materna^{60, 61}. Algumas mulheres preocupam-se excessivamente com a saúde e a alimentação do filho e se retratam como pessoas más, incapazes de amar seu filho⁵. O sentimento de culpa surge num momento em que todos à sua volta esperam satisfação e alegria e as mães sentem-se deprimidas. Para caracterizar-se como DPP, esses sintomas devem persistir por duas semanas⁶². Esse critério de duas semanas serve para diferenciar a DPP dos casos de disforia pós-parto, quando os sintomas depressivos surgem mais precocemente, bem como leva em consideração o período necessário à adaptação da mulher às noites mal dormidas e aos problemas com a amamentação⁶³.

Os fatores de risco relacionados à DPP são: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, antecedente familiar de doença psiquiátrica, eventos estressantes vivenciados no último ano, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a mulher ou seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social ⁴⁵. Esses fatores produzem uma redução da autoestima e da confiança em cumprir o papel de mãe. Encontramos ainda que depressão e ansiedade presentes durante a gestação aumentam o risco de DPP ^{6, 64-65}. Para Dayan ⁴², tanto a depressão quanto a ansiedade são os principais fatores de risco pré-natais para a DPP, com uma correlação aparente entre a intensidades das manifestações ansiosas durante a gestação e a intensidade da DPP. São citados ainda por esse autor os antecedentes de violência e abusos sexuais na infância como fatores de risco, relacionando o estresse pós-traumático à DPP. Enquanto Ross *et al.* ⁶⁶ citam que 6 a 8% das puérperas apresentam ansiedade generalizada, com sintomas parciais de ansiedade presentes em 20%, Heron *et al.* ⁶⁷ encontraram 21% das gestantes com sintomas significativos de ansiedade, das quais 64% persistiram após o parto. Outros estudos mostraram taxas de prevalência de ansiedade ainda mais elevadas no período pós-natal ⁶⁸. Pacientes com transtorno disfórico no período pré-menstrual ou que apresentaram alterações do humor durante o uso de contraceptivos orais também seriam mais propensas a desenvolverem DPP ⁶⁹, mas essa associação carece de melhores estudos para sua confirmação ⁷⁰. A associação entre alterações endócrinas e a DPP não está estabelecida, a despeito de numerosos estudos que procuram relacionar os níveis de estrogênio, progesterona e cortisol como causa da DPP ^{70, 71}.

Os fatores obstétricos, como o parto cesáreo de urgência e as graves emergências hemorrágicas que envolvem risco de vida materno, ainda que causem um estresse agudo à mulher, não parecem representar um fator de risco para DPP ⁴⁷. Os antecedentes de violência sexual aumentam a susceptibilidade de surgirem transtornos ansiosos com recorrência dos sintomas de estresse pós-traumático após cada nova agressão, sexual ou não ⁴⁷. Algumas mulheres têm uma percepção do parto como uma situação de risco de vida ⁷², ou como uma situação de dor intensa ⁷³, com uma percepção negativa do momento do nascimento do filho. Os estudos de Creedy *et al.* ⁷⁴ e Ayers *et al.* ⁷⁵ mostram que 20 a 30% das mulheres percebem o parto como uma experiência traumática. A incidência do estresse pós-traumático de origem obstétrica está avaliada entre 1 e 2% e é um transtorno grave, potencialmente incapacitante, com frequência associado à depressão e passível de prejudicar o vínculo mãe-bebê ⁷⁶. A maioria dos quadros de DPP são autolimitados, resolvendo-se em alguns meses após seu aparecimento ^{77, 78}. Os quadros depressivos maiores podem estender-se por um ano em 50% das mães afetadas, com graves consequências para ela, sua relação com o marido e com os filhos ⁴⁷. Contudo para algumas mulheres, o parto é o gatilho que desencadeia episódios depressivos recorrentes cronificando a condição ⁴. O risco de recorrência nos próximos partos é de 25% ⁷⁹.

1.3.2 A Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

A dificuldade em diferenciar o diagnóstico da DPP em relação às alterações normais do pós-parto, como distúrbios do sono, perda de peso e sensação de falta de energia constitui um desafio para os profissionais de saúde ⁴.

Tendo em vista as diversas dificuldades em prover uma adequada abordagem da saúde mental materna no período pós-natal, faz-se fundamental o desenvolvimento de estratégias que facilitem a realização de uma investigação básica da higidez psíquica pós-parto por quaisquer profissionais de saúde, ficando a avaliação especializada reservada para os quadros mais relevantes.

O uso de instrumentos de avaliação permite a abordagem dos sintomas psíquicos (construções qualitativas) como variáveis quantitativas, visando ao tratamento desses dados através de procedimentos estatísticos e permitindo sua aplicação em estudos epidemiológicos. Esses estudos necessitam de grande número de entrevistas e, através da sua padronização, essas entrevistas tornam-se mais objetivas e com menor tempo de aplicação. Os diferentes instrumentos (escalas de rastreamento, instrumentos semiestruturados e instrumentos estruturados) abordam questões relativas a sinais, sintomas, comportamentos observáveis e manifestações fisiopatológicas. A diferença entre eles está na composição dos sintomas listados e na habilitação exigida do entrevistador para aplicá-los. As escalas de rastreamento e os instrumentos estruturados podem ser aplicados por entrevistadores leigos previamente treinados ⁸⁰.

A *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) foi originalmente proposta como um instrumento para a avaliação inicial de quadros de DPP⁸¹. À época de sua concepção, seus idealizadores argumentavam que um instrumento específico para investigar a depressão no período pós-natal seria necessário. Os instrumentos disponíveis até então tinham como alvo populações gerais e, por isso, enfatizavam os sintomas somáticos, os quais podem ser causados pelos processos fisiológicos adaptativos do período pós-parto.

Após a análise de alguns instrumentos então disponíveis para a detecção de depressão e ansiedade, assim como a realização de algumas entrevistas-piloto com mulheres que haviam dado à luz recentemente, uma primeira versão da EPDS com 13 itens foi proposta. Contudo, uma análise fatorial mostrou que três desses itens pareciam compor um fator extra, não relacionado à depressão. A fim de favorecer o uso da EPDS especificamente para a detecção da DPP, Cox *et al.*⁸¹ propuseram a exclusão desses três itens.

Assim, a EPDS é composta por dez itens. Suas opções de resposta vão de 0 a 3, conforme a presença e a intensidade do sintoma, e consequentemente a escala pode ter um escore que vai de 0 a 30. Em sua versão original, Cox *et al.*⁸¹ sugeriram que mulheres com escores de 13 ou mais fossem identificadas como deprimidas. No Brasil, os autores responsáveis pelos dois estudos que realizaram a adaptação transcultural (ATC) da versão brasileira sugeriram a utilização de diferentes pontos de corte para a identificação da DPP. Santos *et al.*⁴⁸, em um estudo realizado em Brasília, identificaram que o ponto de corte 11/12 seria o mais adequado ao contexto brasileiro, com sensibilidade de 72%, especificidade de 88%, valor preditivo

positivo de 78%, valor preditivo negativo de 85% e acurácia de 83%. Já no estudo realizado em 2007, na cidade de Pelotas, os autores identificaram que o ponto de corte de 9/10 seria o mais adequado para o rastreamento de DPP, enquanto um ponto de corte de 10/11 seria mais apropriado para o rastreamento de casos de DPP moderada ou grave ⁸².

Apesar das limitações inerentes a um instrumento simplificado e cujas versões nem sempre passaram por estudos de ATC adequados, a facilidade de utilização, inclusive por profissional de saúde não especializado, tornou a EPDS o instrumento mais utilizado nos estudos sobre DPP. Diversos estudos de ATC têm sido desenvolvidos em diferentes línguas, países e culturas, possibilitando um reconhecimento cada vez maior das características do instrumento.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS, HIPÓTESE E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desse estudo é estimar a prevalência da DPP entre mulheres cujo parto tenha ocorrido no IFF (FIOCRUZ).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características associadas à depressão nessa população.

Estimar as prevalências da DPP de acordo com algumas características maternas e perinatais, com enfoque especial nos subgrupos populacionais com maior risco de desenvolver DPP.

2.3 HIPÓTESE

A prevalência da DPP nas mulheres que frequentam o Ambulatório Pós-Natal do IFF é maior que a encontrada na literatura em decorrência do perfil de risco perinatal atendido na sua Maternidade.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo segue as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos ditadas pela Resolução número 196 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, todas as entrevistas realizadas no Ambulatório Pós-Natal foram precedidas pela autorização das puérperas através da leitura e assinatura do consentimento livre e esclarecido, respeitando-se desse modo a autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa. O termo de consentimento foi redigido utilizando linguagem acessível de forma a facilitar a compreensão das questões abordadas na pesquisa, estando a pesquisadora disponível para esclarecer possíveis dúvidas no momento da sua assinatura ou em qualquer outro período em que as pessoas envolvidas necessitassem de maiores esclarecimentos. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, sem a presença de acompanhante, para evitar qualquer possível constrangimento causado pelas respostas da puérpera a ela mesma ou a seus familiares. A identidade das participantes foi preservada, assim como qualquer outra característica que permitisse sua identificação por outros. Toda informação clínica obtida nessa pesquisa foi incluída no prontuário materno.

Essa pesquisa não trouxe dano físico ou moral aos sujeitos nela envolvidos. O benefício dessa pesquisa advém da possibilidade de identificar os possíveis casos de DPP, que possivelmente não seriam diagnosticados na consulta pós-natal habitual. As mulheres cujo resultado da entrevista sugeriu o diagnóstico de DPP foram encaminhadas para consulta com especialista em Saúde Mental a fim de iniciar-se a terapêutica, quando necessária. Proporcionando o acesso ao tratamento necessário assegurou-se a não

maleficiência das puérperas envolvidas nessa pesquisa. A implantação do rastreio da DPP como um procedimento de rotina em todas as consultas realizadas no período pós-parto proporcionaria a extensão desse benefício a todas as mulheres assistidas no Ambulatório de Pós-Natal do IFF.

CAPÍTULO 3 – MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado no Ambulatório de Pós-Natal do IFF (FIOCRUZ), cujas informações foram obtidas através de entrevistas com todas as mulheres cujo parto tenha ocorrido na instituição.

Conforme os objetivos propostos, a estimativa referente à prevalência da DPP foi obtida através de um instrumento simplificado (EPDS), que pode ser utilizado pelos profissionais de saúde comumente responsáveis pela assistência pós-natal na instituição. Em seguida, os casos suspeitos de DPP foram referenciados para o diagnóstico clínico específico.

Em relação à possibilidade de viés de seleção, supondo que as puérperas deprimidas poderiam estar subestimadas nessa população, seja pelo isolamento social que esse transtorno acarreta, seja por essas mulheres estarem sendo atendidas em unidades psiquiátricas, foi realizada uma busca ativa de todas as mulheres que tiveram o parto na instituição e não compareceram à consulta puerperal.

Como citado acima, a população de estudo foi composta por todas as mulheres que tiveram o parto no IFF (FIOCRUZ), não havendo, em princípio, critérios de exclusão definidos. Assim, realizou-se um estudo com duração de cinco meses, entre 8 de fevereiro e 10 de julho de 2011, com um total de 456 participantes.

Todas as informações foram coletadas em um único momento, a partir de um questionário padronizado. As entrevistas foram realizadas por profissionais da área de saúde e do Departamento de Obstetrícia do IFF (FIOCRUZ), do sexo feminino, durante a consulta rotineira para revisão pós-

parto, realizada entre 6 e 8 semanas pós-natais. Esses profissionais foram previamente treinados para a participação na pesquisa, e todo o trabalho de campo foi supervisionado por M.A.C.B.. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado e sem a presença do companheiro ou familiares, assim evitando um possível constrangimento materno com relação a alguma das questões abordadas pela pesquisa.

Para o rastreamento da DPP, a EPDS ⁸³ foi o instrumento utilizado para sua abordagem inicial. A Tabela 1, a seguir, traz a versão em português, adaptada para uso no Brasil por Santos *et al.* ⁴⁶. Conforme apresentado anteriormente, o ponto de corte 11/12 foi sugerido por Santos *et al.* ⁸² para utilização da escala no Brasil. Embora originalmente desenvolvida para o autopreenchimento, nessa pesquisa a EPDS foi aplicada através de entrevistas. Essa é uma alternativa em contextos onde as respondentes possuam um baixo nível de escolaridade, inclusive já tendo sido empregada dessa forma no Brasil ^{46,82}.

Em virtude da característica desse instrumento, que se presta a uma primeira avaliação do agravo em questão, cumpre novamente ressaltar que as pacientes que apresentaram escores maiores que onze na EPDS foram referenciadas para uma entrevista clínica com um especialista em saúde mental, quando então o diagnóstico pode ser confirmado e a terapêutica implementada. A tabela 1 mostra a versão em português da EPDS.

Com respeito aos agravos perinatais, mais especificamente a ocorrência de malformações fetais, prematuridade, crescimento intrauterino restrito e mortalidade perinatal, seus diagnósticos clínicos foram caracterizados através de consulta ao prontuário materno e da criança, quando necessário.

Tabela 1 – Versão em português da *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*¹

Nos últimos 7 dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| (0) Como eu sempre fiz | (2) Sem dúvida menos que antes |
| (1) Não tanto quanto antes | (3) De jeito nenhum |

2. Eu sinto prazer quando penso no que está para acontecer em meu dia a dia.

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| (0) Como sempre senti | (2) Com certeza menos |
| (1) Talvez menos que antes | (3) De jeito nenhum |

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| (3) Sim, na maioria das vezes | (1) Não muitas vezes |
| (2) Sim, algumas vezes | (0) Não, nenhuma vez |

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| (0) Não, de maneira alguma | (2) Sim, algumas vezes |
| (1) Pouquíssimas vezes | (3) Sim, muitas vezes |

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- | | |
|------------------------|----------------------|
| (3) Sim, muitas vezes | (1) Não muitas vezes |
| (2) Sim, algumas vezes | (0) Não, nenhuma vez |

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas do meu dia a dia.

- | | |
|---|--|
| (3) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com elas | (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com elas |
| (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem com elas. | (0) Não. Consigo lidar com elas bem como antes. |

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| (3) Sim, na maioria das vezes | (1) Não muitas vezes |
| (2) Sim, algumas vezes | (0) Não, nenhuma vez |

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| (3) Sim, na maioria das vezes | (1) Não muitas vezes |
| (2) Sim, algumas vezes | (0) Não, nenhuma vez |

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| (3) Sim, quase todo o tempo | (1) De vez em quando |
| (2) Sim, muitas vezes | (0) Não, nenhuma vez |

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| (3) Sim, muitas vezes ultimamente | (1) Pouquíssimas vezes ultimamente |
| (2) Algumas vezes nos últimos dias | (0) Nenhuma vez |

¹ Versão adaptada por Santos *et al.* (1999)

As condições demográficas e reprodutivas maternas foram caracterizadas pelas seguintes variáveis:

- Situação conjugal – relata viver com um companheiro estável ou não, sendo classificadas como tendo um ‘companheiro estável’ as mulheres que viveram com o mesmo parceiro ao longo de toda gestação e período pós-parto.
- Escolaridade materna – classificada em ‘até o 2º grau² incompleto’ ou ‘2º grau completo ou mais’.
- Número de filhos – número de filhos vivos no ato da entrevista, incluindo o atual.
- Idade materna – caracterizada pela idade (anos) da mãe na data da entrevista, estratificada em faixas etárias (< 20 anos; 20 – 35 anos; > 35 anos).

Os antecedentes de atos de abuso sexual foram aferidos através de três itens específicos da escala *Trauma History Questionnaire* (THQ)⁸³:

- Alguém já o(a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade?
- Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o(a) obrigou a tocar nas dele(a), sob força ou ameaça?
- Além dos incidentes mencionados nas duas questões acima, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo(a) a ter contato sexual contra a sua vontade?

A versão disponível da THQ para uso no Brasil foi adaptada por Fizman *et al.*⁸⁴. Essa escala é composta por 24 questões com respostas do tipo *Likert*,

² ‘Segundo Grau’ corresponde ao atual ‘Ensino Médio’

as quais abordam eventos relacionados a crimes, desastres em geral, e traumas e atos de violências interpessoais físicas ou sexuais.

A dimensão relativa aos hábitos de vida incluiu tabagismo materno, consumo de álcool e uso de drogas pelo casal. Esses parâmetros foram avaliados através dos seguintes instrumentos:

- Uso de drogas ilícitas pela mulher e companheiro – avaliado através do Instrumento *Non-Student Drugs Use Questionnaire* (NSDUQ), desenvolvido pela OMS ⁸⁵, adaptado para uso no Brasil ⁸⁶. Aborda o uso de tranquilizantes, com ou sem recomendação médica, maconha, cocaína, cola de sapateiro e outros tipos de drogas. Uma questão positiva classifica o indivíduo como positivo para uso daquela substância.
- Abuso atual de álcool pela mulher e pelo companheiro – o abuso de álcool foi avaliado através do instrumento CAGE ⁸⁷⁻⁸⁹, para os companheiros, e pelo instrumento TWEAK ^{86, 88-90} entre as puérperas. O CAGE [(C) Cut-down, (A) Annoyed, (G) Guilty, (E) Eye-opener] é um instrumento amplamente utilizado para a identificação de condições suspeitas de abuso de álcool, simples e de fácil aplicação, e os indivíduos são considerados de alto risco para o abuso de álcool com duas ou mais respostas positivas. O TWEAK é um instrumento especificamente desenvolvido para a utilização entre gestantes, e consiste de cinco itens. Dois deles são provenientes do CAGE [Eye-opener (E) e Cut-down (C)], outros dois, oriundos do *Michigan Alcoholism Screening Test*

(MAST) ⁹¹ [Worry (W) e Amnesia or Blackouts (A)] e o último item, que aborda a questão da tolerância [Tolerance (T)] é proveniente do instrumento T-ACE ⁹⁰. Um *cut-off* de 2 também foi empregado para o TWEAK.

- Tabagismo materno durante a gestação – estratificado em quatro níveis: não fumou, fumou entre um e 10 cigarros/dia, entre 11 e 19 cigarros/dia e fumou 20 ou mais cigarros/dia.
- Tabagismo materno atual ou no pós-parto – também categorizado em quatro níveis, conforme acima descrito.

A versão em português do instrumento *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2) ⁹³⁻⁹⁷ foi a ferramenta utilizada para a identificação da VPI nessa pesquisa. A CTS2 é um instrumento multidimensional, específico para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação íntima, namoro ou casamento. É composto por cinco escalas/dimensões. Três abordam táticas de resolução de conflitos através de negociação, agressão psicológica e violência física. As outras duas abordam as possíveis consequências da violência na saúde individual da respondente e do seu companheiro e a existência de coerção sexual no relacionamento do casal.

O instrumento se inicia com uma pequena introdução, apontando que a ocorrência de conflitos nas relações entre casais é algo frequente. Em seguida há 78 itens que expressam possíveis ações da respondente ⁹⁷ e, reciprocamente, de seu companheiro ⁹⁷, durante momentos de desentendimentos e desavenças. A escala de negociação é formada por seis itens que descrevem estratégias normalmente utilizadas quando os casais priorizam o diálogo e as demonstrações de apreço mútuo para resolver

situações de divergência. As escalas de agressão psicológica, violência física, injúria e coerção sexual são formadas por, respectivamente, 8, 12, 6 e 7 itens, classificados como menores ou graves, de acordo com a importância ⁹⁶. Na CTS2, os itens foram mesclados de modo que não haja gradiente de gravidade ou qualquer agrupamento por dimensão.

Como o instrumento foi elaborado em língua inglesa ⁹⁶, um processo formal de adaptação transcultural da CTS2 foi realizado para sua utilização no Brasil ⁹³⁻⁹⁵. Por questões operacionais, nessa pesquisa foi utilizada uma versão reduzida do instrumento, a qual contempla as subescalas de negociação, violência psicológica e física ⁹⁶, essas duas últimas apenas em relação aos atos perpetrados contra a mulher.

A participação anônima e voluntária foi assegurada através da leitura de um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi oferecido a todas as participantes antes da entrevista. Conforme anteriormente descrito, todas as entrevistas foram realizadas de forma particular, sem a presença do cônjuge, familiares ou pessoas próximas da respondente.

Uma vez preenchidos, os questionários foram avaliados e codificados pela pesquisadora e pelo coorientador. O armazenamento dos dados foi realizado através do programa EpiInfo 6.04.

Em seguida, cada variável teve seus valores apreciados, bem como foi avaliado o perfil dos dados ausentes. Os desvios não esperados dos valores de cada variável e também os valores aberrantes foram detectados através do exame da distribuição de cada variável. A limpeza dos dados incluiu a consulta dos questionários originais e correção dos erros de digitação.

A análise dos dados buscou, inicialmente, descrever a população de estudo. Assim, todas as variáveis do estudo foram examinadas, visando não somente à estratificação como também obter sua distribuição. Essas informações são fundamentais para a caracterização da amostra. Nessa etapa, técnicas estatísticas para análises univariadas e bivariadas foram empregadas através do software Stata 10 e, basicamente, foram esses os recursos utilizados para a obtenção das estimativas de prevalência.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

No período de 8 de fevereiro a 10 de julho de 2011, 532 puérperas estavam agendadas para consulta no Ambulatório de Pós-Natal do IFF (FIOCRUZ) das quais 430 compareceram e foram entrevistadas. Foram excluídas 16 (3%) mulheres desse total porque, embora seus pré-natais tenham sido realizado no IFF, seus partos ocorreram em outras instituições. Dentre as restantes, 430 compareceram e foram entrevistadas, sem que nenhuma tenha recusado participar do estudo. Dentre essas, 336 (65%) compareceram na primeira data agendada e 94 (18%) compareceram após busca ativa e remarcação da sua consulta pós-natal. Foram ainda realizadas 26 (5%) entrevistas telefônicas com puérperas que faltaram, mesmo remarcadas.

As puérperas entrevistadas apresentavam idade média de 25,5 anos (13-47 anos, DP=7,6), com 28% (IC 95% 23,9-32,2%) de adolescentes e 11,1% (IC 95% 8,3-14,0%) com 35 ou mais anos de idade. Do total das entrevistadas, 53% (IC 95% 48,4-57,6%) tinham até o 2º grau incompleto, e 85,7% (IC 95% 82,5-88,9%) viviam em situação conjugal estável.

A figura 1 apresenta o fluxo das pacientes agendadas no Ambulatório de Pós-Natal, com o total de pacientes entrevistadas, as que compareceram na primeira data marcada, as remarcadas, as entrevistadas pelo telefone e as perdas. A tabela 2 apresenta as características sociodemográficas das puérperas entrevistadas.

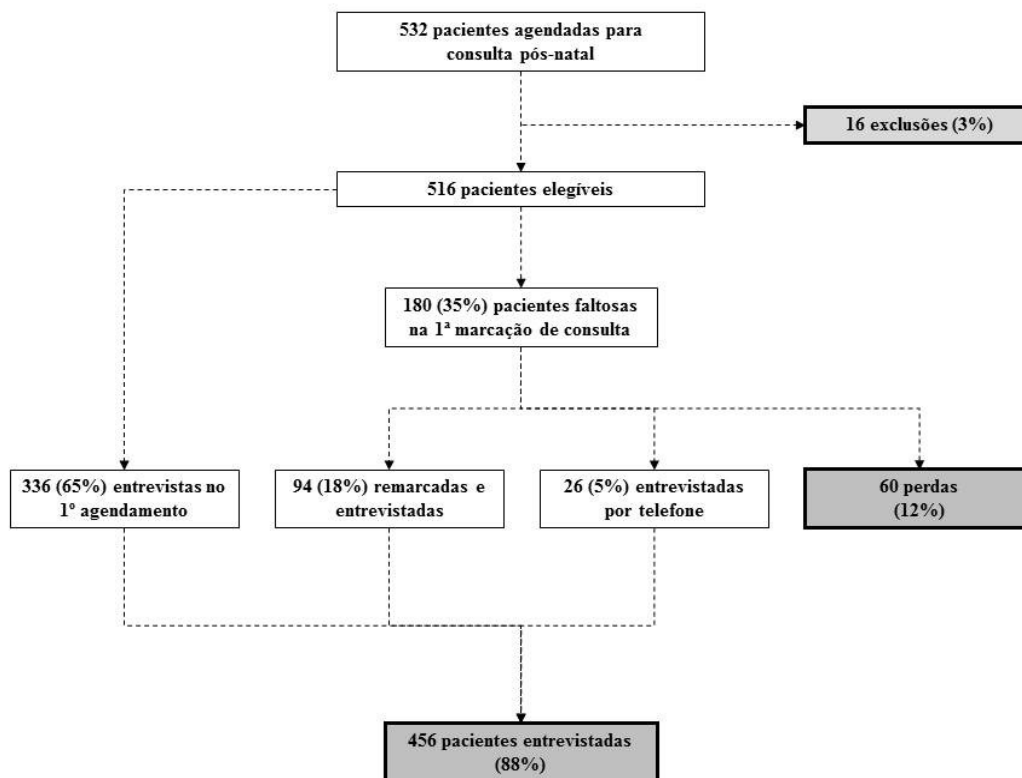


Figura 1 – Fluxograma das pacientes agendadas e efetivamente atendidas no Ambulatório Pós-Natal do IFF

Tabela 2 – Características sociodemográficas das puérperas entrevistadas

CARACTERÍSTICAS	N	%	IC 95%
Idade Materna			
Adolescente	128	28,07	23,9 - 32,2
20 a 35 anos	277	60,75	56,2 - 65,2
35 anos ou mais	51	11,18	8,3 - 14,0
Escolaridade			
Até 2º grau incompleto	242	53,07	48,4 - 57,6
2º grau completo ou mais	214	46,93	42,3 - 51,5
Situação Conjugal Estável			
Sim	391	85,75	82,5 - 88,9
Não	65	14,25	11,0 - 17,4
Total	456	100	

Em relação ao histórico reprodutivo e antecedentes obstétricos, o grupo era composto por 44,3% (IC 95% 39,7-48,8%) de primigestas e 53% (IC 95% 48,4-57,6%) de primíparas; 15,7% (IC 95% 12,4-19,1%) das puérperas entrevistadas relatavam um abortamento prévio. Exatamente 50% (IC 95% 45,3-54,6%) das puérperas tinham um filho vivo por ocasião da entrevista. Quanto aos antecedentes obstétricos, 5% (IC 95% 3-7%) das puérperas tinham história de natimorto e 5,4% (IC 95% 3,3-7,5%) antecedente de neomorto. A tabela 3 mostra o histórico reprodutivo e os antecedentes obstétricos das puérperas entrevistadas.

Em relação à gestação índice, 28,5% (IC 95% 24,3-32,6%) das puérperas entrevistadas tiveram partos prematuros, 37% tiveram partos cesáreos eletivos (IC 95% 32,6-41,5%) e 17,1% (IC 95% 13,6-20,5%) cesáreas de emergência, totalizando 54,1% de partos cesáreos. Ainda, 16,8% (IC 95% 13,4-20,3%) apresentaram diagnóstico de crescimento intrauterino restrito, 28% (IC 95% 23,9-32,2%) tiveram filhos com malformação congênita e 3,2% (IC 95% 1,6-4,9%) tinham gestações gemelares. Em relação ao desfecho perinatal, 73 (16,3%) mulheres tiveram perdas perinatais (natimortos e neomortos até 28 dias de vida), sendo 6,5% (IC 95% 4,2-8,8%) natimortos e 9,4% (IC 95% 6,7-12,1%) neomortos.

Tabela 3 – Histórico reprodutivo e antecedentes obstétricos

CARACTERÍSTICAS	N	%	IC 95%
Número de Gestações			
1	202	44,3	39,7 - 48,8
2	123	26,97	22,8 - 31,0
3 ou mais	131	28,73	24,5 - 32,8
Número de Partos			
Primípara	242	53,07	48,4 - 57,6
Secundípara	128	28,07	23,9 - 32,2
Múltipara	486	18,86	15,2 - 22,4
Número de Abortos			
0	356	78,07	74,2 - 81,8
1	72	15,79	12,4 - 19,1
2	20	4,39	2,4 - 6,2
3 ou mais	8	1,75	0,0 - 2,9
Número de filhos vivos			
0	42	9,21	6,5 - 11,8
1	228	50,00	45,3 - 54,6
2	124	27,19	23,0 - 31,2
3 ou mais	62	13,60	10,4 - 16,7
Antecedente de natimorto			
Não	433	94,96	92,9 - 96,9
Sim	23	5,04	3,0 - 7,0
Antecedente de neomorto			
Não	431	94,52	92,4 - 96,6
Sim	25	5,48	3,3 - 7,5
Total	456	100	

Entre os hábitos de vida relatados pelas puérperas entrevistadas, 39,7% (IC 95% 55,7-64,7%) relatavam mau uso de álcool, 13,3% (IC 95% 10,2-16,5%) haviam fumado nos últimos 12 meses e 1,5% (IC 95% 0,4-2,6%) usaram drogas (excluindo o uso de tranquilizantes). Quando indagadas sobre os

hábitos de vida dos seus companheiros, 19% (IC 95% 15,4-22,7%) relataram mau uso de álcool pelos companheiros e 5,7% (IC 95% 3,5-7,9%) o uso de drogas (excluindo o uso de tranquilizantes) por parte deles.

A tabela 4 mostra as características do parto, as intercorrências obstétricas e o desfecho perinatal. A tabela 5 mostra os hábitos de vida das puérperas e de seus companheiros.

Tabela 4 – Características do parto, intercorrências obstétricas e desfecho perinatal

CARACTERÍSTICAS	N	%	IC 95%
Parto			
Termo	326	71,49	67,3 - 75,6
Prematuro (< 37 sem)	130	28,51	24,3 - 32,6
Tipo de Parto			
Vaginal sem anestesia	162	35,53	31,1 - 39,9
Vaginal com analgesia	39	8,55	5,9 - 11,1
Cesárea eletiva	169	37,06	32,6 - 41,5
Cesárea de emergência	78	17,11	13,6 - 20,5
Fórcipe	8	1,75	0,5 - 2,9
CIUR			
Não	379	83,11	79,6 - 86,5
Sim	77	16,89	13,4 - 20,3
Malformação Congênita			
Não	328	71,93	67,7 - 76,0
Sim	128	28,07	23,9 - 32,2
Gestação Múltipla			
Não	441	96,71	95,0 - 98,3
Sim	15	3,29	1,6 - 4,9
Desfecho perinatal			
Nativo	383	83,99	80,6 - 87,3
Natimorto	30	6,58	4,2 - 8,8
Neomorto	197	9,43	6,7- 12,1
Total	456	100	

Tabela 5 – Hábitos de vida das puérperas e seus companheiros

CARACTERÍSTICAS	N	%	IC 95%
Mau uso de álcool – Mulher ¹			
Não	274	60,22	55,7 - 64,7
Sim	181	39,78	35,2 - 44,2
Tabagismo <= 12 meses – Mulher			
Não	395	86,62	83,4 - 89,7
Sim	61	13,38	10,2 - 16,5
Uso de drogas – Mulher ²			
Não	425	93,2	90,8 - 95,5
Sim	31	6,8	4,4 - 9,1
Mau uso de álcool – Homem ³			
Não	365	80,93	77,2 - 84,5
Sim	86	19,97	15,4 - 22,7
Uso de drogas – Homem ^{4, 5}			
Não	420	92,92	90,5 - 95,2
Sim	32	7,08	4,7 - 9,4

¹ Uma perda

²Incluindo tranquilizantes

³ Cinco perdas

⁴Incluindo tranquilizantes

⁵ Quatro perdas

Dentre os eventos estressantes na vida relacionados à DPP, foram pesquisados o relato de algum ato de abuso sexual na vida e atos de violência psicológica ou física por parte do companheiro durante a gestação. Assim, 21% (IC 95% 17,2-24,8%) tinham histórico de algum ato de abuso sexual na vida, 72,5% (IC 95% 68,4-76,6%) relataram algum ato de violência psicológica por parte do seu companheiro e 23,2% (IC 95% 19,3-27,1%) reportaram algum ato de violência física por parte do seu companheiro. A tabela 6 mostra os

antecedentes de abuso sexual e violência (psicológica e física) entre parceiros íntimos.

Tabela 6 – Antecedentes de abuso sexual e violência entre parceiros íntimos (VPI)

CARACTERÍSTICAS	N	%	IC 95%
Antecedente de abuso sexual			
Não	360	78,95	75,1 - 82,7
Sim	96	21,05	17,2 - 24,8
VPI – Psicológica contra a mulher na gestação			
Não	125	27,41	23,3 - 31,5
Sim	331	72,59	68,4 - 76,6
VPI – Física contra a mulher na gestação			
Não	350	76,75	72,8 - 80,6
Sim	106	23,35	19,3 - 27,1
Total	456	100	

Através da aplicação da Edinburgh Postnatal Depression Scale para o rastreio da DPP, usando o ponto de corte igual ou maior a 12, a prevalência geral da DPP no Ambulatório Pós- Natal do IFF foi de 24,8% (113 mulheres - IC 95% 20,8-29%).

As pacientes que compareceram na primeira data agendada para sua consulta pós-natal apresentaram uma prevalência de DPP de 22% (IC 95% 17,8-26,8%); aquelas que compareceram uma vez remar cadas tiveram prevalência de 35,6% (IC 95% 25,6-46,6%) e as entrevistadas por telefone apresentaram prevalência de 24% (IC 95% 9,3-45,1%). Houve uma diferença

estatisticamente significativa na prevalência de DPP no grupo de mulheres que não compareceram na primeira data agendada (p-valor = 0,037).

A análise bivariada mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade, escolaridade ou situação conjugal da mulher quanto a prevalência de DPP (p-valor = 0,66, p-valor = 0,083 e p-valor = 0,129, respectivamente).

Em relação ao número de filhos, a análise bivariada mostrou significância estatística, relacionando essa variável a uma maior prevalência de DPP. Houve uma diferença estatisticamente significativa no subgrupo das mulheres atualmente sem nenhum filho vivo, com prevalência de 35,7%, e naquelas com três ou mais filhos vivos, com prevalência de 33,8% (p-valor = 0,009).

Não houve diferença significativa quanto a prevalência de DPP nos subgrupos com parto prematuro, crescimento intrauterino restrito ou gestação múltipla (p-valor = 0,118, p-valor = 0,336 e p-valor = 0,533, respectivamente). Também não foi observada diferença estatisticamente significativa nos subgrupos de acordo com a via de parto (p-valor = 0,056)

Quando comparados os subgrupos com e sem malformação congênita, a análise bivariada mostrou diferença estatisticamente significativa na prevalência da DPP (35,1%) no subgrupo com malformação congênita (p-valor = 0,001).

Os antecedentes de natimortalidade ou neomortalidade não mostraram significância estatística na prevalência da DPP no grupo estudado, assim como o desfecho perinatal na gestação índice (p-valor = 0,334 e p-valor = 0,572, respectivamente). A tabela 7 mostra as variáveis tipo de entrevista, número de

filhos vivos e malformação congênita, que foram significativas em relação à prevalência da DPP.

Tabela 7 – Variáveis com significância estatística em relação à DPP

CARACTERÍSTICAS	DPP (%)	IC 95%	P-VALOR
Tipo de entrevista			
Na data agendada	22	17,8 - 26,8	
Remarcadas	35,6	25,6 - 46,6	
Por telefone	24	9,3 - 45,1	0,037
Número de filhos vivos			
0	35,7	21,5 - 51,9	
1	18,4	13,6 - 24,0	
2	28,2	20,5 - 37,0	
3 ou mais	33,8	22,3 - 47,0	0,009
Malformação Congênita			
Não	20,7	16,4 - 25,5	
Sim	35,1	26,9 - 44,0	0,001

A análise bivariada mostrou que o tabagismo no último ano e o mau uso de álcool pela mulher, assim como o mau uso de álcool pelo seu companheiro foram estatisticamente significativos na prevalência da DPP (p-valor = 0,011, p-valor = 0,03 e p-valor = 0,006, respectivamente).

A tabela 8 destaca as variáveis hábitos de vida, relato de abuso sexual e violência entre parceiros íntimos, que foram estatisticamente significativas em relação à prevalência da DPP.

Tabela 8 – Variáveis com significância estatística em relação à DPP

CARACTERÍSTICAS	DPP (%)	IC 95%	P-VALOR
Mau uso do álcool - Mulher			
Não	21,5	16,8 - 26,8	
Sim	29,8	23,2 - 37,0	0,03
Tabagismo <= 12 meses			
Não	22,7	18,7 - 27,2	
Sim	37,7	25,6 - 51,0	0,011
Mau uso do álcool - Homem			
Não	21,9	17,7 - 26,5	
Sim	36	25,9 - 47,1	0,006
Abuso Sexual			
Não	21,9	17,7 - 26,5	
Sim	35,4	25,9 - 45,8	0,006
VPI – Psicológica			
Não	10,4	5,6 - 17,1	
Sim	30,2	25,3 - 35,4	0,000
VPI – Física			
Não	20,5	16,4 - 25,1	
Sim	38,6	29,3 - 48,6	0,000

O uso de drogas (excluídos os tranquilizantes), seja pela mulher ou pelo seu companheiro, não mostrou relevância estatística em relação à DPP (p-valor = 0,067 e p-valor = 0,536).

O antecedente de algum ato de abuso sexual, assim como os relatos de violência por parte do companheiro, seja psicológica ou física, foram estatisticamente significativos na prevalência da DPP (p-valor = 0,006, p-valor = 0,000 e p-valor = 0,000, respectivamente).

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO

Embora a literatura cite que a DPP afeta em torno de 10 a 15% das puérperas ^{6, 45, 46}, a prevalência encontrada entre as puérperas atendidas no Ambulatório Pós-Natal do IFF foi de 24,8%, semelhante à encontrada por Lobato *et al.* ⁵⁸ e outros autores nacionais ^{43, 100}. Ruschi *et al.* ⁴⁴, num estudo que envolveu 292 mulheres, reportaram prevalência ainda mais elevada de 39,4%. As diferentes prevalências podem ser explicadas pelas diversas metodologias (populações estudadas, tamanho e critérios de seleção da amostra, critério para o diagnóstico e período pós-natal estudado) empregadas nos estudos citados. A elevada prevalência encontrada no grupo entrevistado pode ser atribuída possivelmente, entre outras causas, às características particulares da população assistida nessa instituição, com um grande número de casos de malformações fetais (28%).

Muitas mulheres têm expectativas particulares quanto à sua gestação, parto e período pós-natal. Eventos como um parto complicado ou a hospitalização prolongada do recém-nato trazem preocupações e sentimentos de desapontamento e falha. Esses sentimentos podem afetar a capacidade de adaptação da mulher à maternidade no período pós-parto, potencializando o aparecimento da DPP ⁹⁸.

A prevalência da DPP encontrada nessa pesquisa destaca a importância da realização da consulta pós-natal para a puérpera, não só pelo seu aspecto obstétrico mas também para avaliação da sua higidez mental. A maior prevalência da DPP entre as puérperas que compareceram à consulta apenas quando a mesma foi remarcada ressalta o valor da busca ativa dessas

mulheres. Nenhuma dessas mulheres havia buscado auxílio, anteriormente, com profissional de Saúde Mental. A busca e remarcação dessas puérperas trouxe assim a possibilidade de fazer o diagnóstico e proporcionar o suporte terapêutico necessário à sua recuperação.

Ainda que alguns autores ^{4, 7, 45, 58} relacionem a maternidade na adolescência como fator de risco para DPP, não houve maior prevalência da DPP no grupo de adolescentes entrevistadas, embora a esse grupo pertençam quase 1/3 das entrevistadas. O fato da rotina de assistência do Ambulatório Pré-Natal do IFF trabalhar no sentido de incentivar a participação da família durante as consultas pré-natais e de oferecer suporte psicológico à adolescente, quando necessário, pode explicar esse achado discordante da literatura.

Outras variáveis sociodemográficas como escolaridade e situação conjugal também não se mostraram relacionadas com maior prevalência da DPP na população estudada. Entretanto, autores como Moraes *et al.* ⁴³ e Segre *et al.* ⁹⁹ relataram maior prevalência da DPP entre as puérperas com menor escolaridade; enquanto Tannous *et al.* ¹⁰⁰ mostraram que as mulheres que não coabitavam com seus companheiros apresentavam o dobro do risco para desenvolver DPP. Lobato ⁵⁸ encontrou maior prevalência da DPP entre mulheres sem situação conjugal estável. Para Beck *et al.* ^{7, 101} as condições socioeconômicas, que incluem a escolaridade e a situação conjugal, podem ser consideradas como fatores de risco com menor efeito para a predição de DPP. Bloch *et al.* ⁸ não encontraram associação entre as características socioeconômicas e DPP.

O número de filhos foi uma variável associada à maior prevalência de DPP nessa amostra, principalmente no subgrupo sem filhos e naquelas com três ou mais filhos. Esses achados encontram respaldo na literatura, uma vez que Righetti-Veltema *et al.*¹⁰² encontraram associação entre multiparidade e DPP. Enquanto Bloch *et al.*⁸ relacionaram a maior prevalência da DPP com um menor número de filhos vivos.

Os antecedentes de natimortos e neomortos também não se associaram à maior prevalência de DPP. Hutti *et al.*¹⁰³ encontraram associação entre perdas perinatais em gestações prévias e a presença de sintomas depressivos no pós-parto; enquanto Hunfeld *et al.*¹⁰⁴ relatam que, no grupo de mulheres com antecedentes de perdas perinatais, aquelas com ansiedade apresentaram mais sentimentos negativos logo após o parto de um nativo na gestação subsequente.

As mães de crianças com malformações congênitas apresentaram uma prevalência de DPP de 35,2%. Rona *et al.*¹⁰⁵ pesquisaram depressão e ansiedade em mães de crianças com defeitos cardíacos graves e mostraram uma prevalência de DPP de 18% nesse grupo. Para Benute *et al.*¹⁰⁶, se a gestação por si só é um momento repleto de conflitos para a mulher, o diagnóstico de malformação fetal pode desencadear sentimentos de baixa estima, menos valia e fracasso nela e no seu companheiro. Nos casos em que as malformações não são passíveis de tratamento, acentua-se o sentimento de impotência e de fracasso do casal, potencializando a DPP. Levantamento realizado nas diversas bases de dados (LILACS, Scielo, IBECs, Medline, Scopus) com as seguintes palavras-chave: *congenital abnormalities, birth defects, congenital defects, pregnancy outcome* e *risk factors* não localizou

outros artigos que permitissem aprofundar a comparação entre os achados dessa pesquisa e os dados da literatura.

Variáveis obstétricas como parto prematuro e CIUR não colaboraram para um aumento significativo na prevalência da DPP nessa população. Autores como Robertson *et al.* ⁴, O'Hara e Swain ⁶, e Beck ⁷ relacionaram as complicações obstétricas como um fator de risco menor, mas significativo para a DPP. Drewett *et al.* ¹⁰⁷ relatam uma associação significativa entre o parto prematuro e a DPP, mesmo após ajustes para variáveis socioeconômicas. Lobato ⁵⁸ encontrou prevalência de DPP superior a 50% em torno do terceiro mês pós-parto entre mães com parto prematuro. A gestação múltipla também não influenciou na prevalência da DPP no subgrupo das puérperas entrevistadas. Choi *et al.* ¹⁰⁸, numa pesquisa com uma amostra representativa que incluiu 776 pares de gemelares, referem um incremento de 43% na prevalência da DPP entre as mães de gemelares. Glazebrook *et al.* ¹⁰⁹, num estudo prospectivo com 175 mães que conceberam gêmeos após tratamento com técnicas de fertilização *in vitro*, mostraram que essas mulheres tinham uma probabilidade três vezes maior de desenvolver sintomas depressivos seis semanas após o parto. A pequena porcentagem de mães de gemelares nessa amostra (3,29%) pode explicar essa discordância em relação à literatura.

O desfecho perinatal não se mostrou relacionado à DPP. É surpreendente que as mães de natimortos, neomortos e de filhos vivos apresentem a mesma prevalência de DPP, quando a experiência de ter um filho natimorto é reconhecida na literatura como devastadora para a mulher, com consequências negativas para sua saúde mental ¹¹⁰. Para Bernazzani *et*

*al.*¹¹¹, 20 a 30% das mulheres com perdas perinatais (natimorto ou neomorto) desenvolvem sintomas depressivos que podem persistir por até 30 meses.

Hábitos de vida como o mau uso do álcool, tabagismo e drogas ilícitas pela mulher relacionaram-se com prevalências significativamente mais altas de DPP. Essas associações têm sido relatada por vários autores. Homish *et al.*¹¹² realizaram um estudo longitudinal com 595 mulheres que relacionou maior prevalência de DPP com o uso do álcool e fumo, mesmo após correção de fatores demográficos. McCoy *et al.*¹¹³ citam o tabagismo como um fator de risco significativo para a DPP. Whitaker *et al.*¹¹⁴ avaliaram uma amostra representativa de 4353 mulheres e, após corrigir potenciais fatores de confundimento sociodemográficos, encontraram uma prevalência de depressão 46% maior entre as fumantes ao longo do primeiro ano pós-parto, assim como uma prevalência 33% maior de tabagismo entre as mães com depressão ao longo do primeiro ano pós-parto, sugerindo que essas duas condições não devem ser tratadas isoladamente. Papilo *et al.*¹¹⁵ avaliaram mães com relatos de abuso de álcool e drogas ilícitas no terceiro e sexto mês pós-parto e, quando comparadas com um grupo controle, as primeiras apresentaram mais sintomas depressivos.

Em relação ao mau uso do álcool pelo companheiro fica claro que, uma vez presente, essa condição prejudica o relacionamento do casal, afetando o suporte que esse companheiro pode oferecer à mulher e favorecendo o desenvolvimento da DPP, o que é corroborado pelo resultado desta pesquisa. Lobato⁵⁸ encontrou prevalência de DPP maior que 50% entre as puérperas cujos parceiros faziam mau uso do álcool, e mais de 70% das mulheres cujos companheiros usavam drogas ilícitas apresentavam-se provavelmente

deprimidas. Existe ainda uma possível inter-relação entre o uso do álcool e a VPI, onde um fator predisporia ao outro ⁵⁸.

Os antecedentes de abuso sexual estiveram relacionados à DPP no grupo estudado. Kendall-Tackett ¹¹⁶ e Ansara *et al.* ¹¹⁷ mostraram que as mulheres com antecedentes de abuso apresentavam maior risco para transtornos mentais no período pós-parto. Estudo prospectivo desenvolvido na Austrália com 45 mulheres que apresentavam DPP demonstrou que metade delas tinham história de abuso sexual. Essas mulheres também demoraram mais para se recuperarem do quadro depressivo ¹¹⁸. Um outro estudo com 53 puérperas relacionou os sintomas depressivos aos antecedentes de abuso sexual e baixa autoestima, com consequências negativas nas relações com seus filhos ¹¹⁹. Dubowitz *et al.* ¹²⁰ relacionaram a experiência de múltiplos abusos com maior probabilidade de DPP. Esses autores afirmam que tal histórico influi na qualidade da atenção prestada aos filhos pelas mães, na sua disponibilidade emocional e na tolerância às atividades diárias, com maior tendência a interpretar o comportamento dos filhos como problemáticos. O histórico de abuso compromete a sua autoconfiança e a sua capacidade de realizar atividades simples como trocar fraldas. Essas mães sentem-se mais preocupadas quanto ao seu comportamento ser o apropriado, ou como ele seria interpretado pelas outras pessoas. Essa falta de confiança contribui para o incremento no risco de DPP ¹²¹.

O subgrupo vítima de violência psicológica ou física também apresentou associação com a DPP, aumentando de modo expressivo a sua prevalência, que alcançou 37% no subgrupo vítima de violência física, semelhante ao relatado por Lobato ⁵⁸. A VPI é um problema de Saúde Pública que afeta

predominantemente mulheres em idade reprodutiva em todos os países do mundo ¹²², independente da situação econômica ou de fatores sociais e culturais ^{123, 125}, relacionando-se com várias sequelas na Saúde Mental: uso de drogas ilícitas ^{124, 125}, disfunção social ¹²⁴⁻¹²⁶, insônia ^{124, 126}, ansiedade ^{124, 126}, stress pós-traumático ^{126, 128-130}, tendências suicidas ¹³¹⁻¹³³ e depressão ¹³¹⁻¹³⁶. A chance de a mulher ser agredida por seu companheiro ou ex-marido é muito maior do que a de sofrer algum ato de violência por estranhos ^{137, 138}. De acordo com a OMS ¹³⁹, a prevalência de VPI varia significativamente nos diferentes países e regiões, oscilando entre 13 a 71%. Alguns estudos apontam a gravidez como fator de risco para a violência doméstica ¹⁴⁰, que pode iniciar-se depois da gestação, ou alterar o padrão quanto à frequência e gravidade nesse período ¹⁴¹. No Brasil, Reichenheim *et al.* ¹⁴² pesquisaram a prevalência de VPI em 15 capitais e no Distrito Federal e encontraram 78,3% de VPI – Psicológica e 14,6% de VPI – Física perpetrada contra mulheres. Durante a gestação, Menezes *et al.* ¹⁴¹ relatam prevalência de VPI de 7,4% num estudo realizado em Pernambuco, principalmente nas mulheres com baixa escolaridade, tabagistas e com história familiar de violência. A própria autora questiona a baixa prevalência encontrada em seu trabalho, justificando que as entrevistas foram realizadas logo após o parto, quando as condições psicológicas da mãe poderiam influenciar as respostas a qualquer inquérito que envolva situação familiar, com uma tendência a relevar as atitudes agressivas do parceiro, na tentativa de manter a relação, principalmente com a chegada de um filho. Para Beydoum *et al.* ¹²², que analisaram a violência familiar na gestação e no pós-parto numa amostra representativa no Canadá, a VPI pode promover ou exacerbar a DPP. Os dados encontrados no ambulatório Pós-

Natal do IFF estão em acordo, embora muito mais elevados aos citados por autores como Beydoun *et al.* ¹²² que encontraram 18% de DPP no grupo vítima de VPI e Records *et al.* ¹⁴³ que mostraram prevalência da DPP na ordem de 19,3% entre mulheres vítimas de abuso físico, psicológico ou sexual durante a gestação. Leung *et al.* ¹⁴⁴ encontraram maior prevalência de DPP entre mulheres chinesas que sofreram VPI – psicológica, sexual e física. Daniels ¹⁴⁵ referiu-se à associação entre VPI e depressão como uma comorbidade letal por causa do risco estabelecido de homicídio e suicídio associado às duas condições. Para Datner *et al.* ¹⁴⁶, o trauma é causa importante de morte materna em diversos países, sendo 36 a 63% dessas mortes representadas por homicídios, a maioria deles praticados pelos parceiros íntimos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta prevalência de DPP encontrada neste estudo mostra a relevância da investigação desse transtorno na consulta pós-natal. Seu diagnóstico precoce e tratamento podem aliviar o sofrimento dessas mulheres, influir no desenvolvimento mental e emocional dos seus filhos e na relação dela com seu companheiro e demais familiares.

A busca ativa promovida pelos serviços de saúde, garantindo a presença das puérperas às consultas, também se mostrou uma estratégia importante, uma vez que nesse subgrupo de mulheres que compareceram às consultas apenas quando remarcadas foi detectada uma maior prevalência da DPP.

O atendimento pré-natal às gestantes com fetos malformados deve também oferecer suporte psicológico a essas mulheres e seus familiares ainda durante a gestação tendo em vista a elevada prevalência da DPP detectada nesse subgrupo.

Quanto aos hábitos de vida, é válido investigar detalhadamente durante a anamnese nas consultas de pré e pós-natal o uso abusivo do álcool e das drogas, além do tabagismo, associados a uma maior prevalência do agravo mental. A investigação deve incluir também os hábitos de vida dos companheiros, pela repercussão que os mesmos trazem para a saúde mental da mulher.

Como a violência psicológica e física entre os parceiros íntimos frequentemente é uma questão não abordada durante o atendimento pré-natal, é de suma importância trazer esse tema para dentro dos ambulatórios,

investigando sinais subliminares que possam sugerir a presença desse problema no âmbito familiar.

A generalização dos resultados desta pesquisa é limitada pelas características peculiares da população assistida no Ambulatório Pós-Natal do IFF, por exemplo, com grande número de mães de fetos malformados.

Entretanto, a alta prevalência da DPP encontrada neste e em tantos outros estudos nacionais e internacionais mostra que essa é uma questão de Saúde Pública que precisa ser melhor enfrentada. Na rede do Sistema Único de Saúde, que atende a população mais vulnerável, essa deve ser uma preocupação dos profissionais que prestam assistência às mulheres no ciclo grávido-puerperal. Ainda durante a gestação, através da implantação de pequenas modificações na anamnese das mulheres atendidas nos ambulatórios pré-natais, é possível identificar aquelas com antecedentes depressivos, depressão na gestação ou com maior potencial para desenvolverem depressão pós-parto. Essa iniciativa pode possibilitar o oferecimento de suporte psicológico a essas mulheres, melhorando substancialmente a sua qualidade de vida e daqueles que com ela convivem.

REFERÊNCIAS*

1. Pitt B. "Atypical" Depression Following Childbirth. *Br J Psychiatr.* 1968;114:1325-35.
2. Brooke, EM. National statistics in the epidemiology of mental illness. *J Ment Sci.* 1965;105:893.
3. Pugh TF, Jerath BK, Schmidt WM, Reed RB. Rates of mental disease related to childbearing. *New Eng J Med.*1963;268:1224.
4. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatr.* 2004;26:289-95.
5. Almond P. Postnatal depression: A global public health perspective. *Perspectives in Public Health.* 2009;129(5):221-7.
6. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psych.* 1996;8:37-54.
7. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50:275-85.
8. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord.* 2005;88:9-18.
9. WHO. *Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva: WHO Scientific Publication; 2001.
10. Kendell RE, Chalmers L, Platz C. The epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatr.* 1987;150:662-73.
11. Dietz PM, William SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically identified maternal depression before, during and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatr.* 2007;164:1515-20.
12. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br Med J.* 2001;323:257-60.

* "As referências seguem as normas propostas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/FIOCRUZ".

13. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91(2-3):97-111.
14. Buist AE, Barnett BEW, Milgrom J, Pope S, Condon JT, Ellwood DA et al. To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression. *MJA*. 2002;177:101-5.
15. Ip S, Chung M, Raman G. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Asses (Full Rep)*. 2007;153:1-186.
16. Dennis CL, Mc Queen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr*. 2007;96:590-4.
17. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J*. 1986;292: 1165-67.
18. Murray L, Sinclair D, Cooper P. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40:1259-71.
19. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatr*. 2006;163:1001-8.
20. Gunlicks ML, Weissman MM. Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2008;47: 379-89.
21. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsken KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol*. 2007;19:585-602.
22. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(4):357-64.
23. Harvey I, McGrath G. Psychiatry morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *Br J Psychiatr*. 1988;152:506-10.
24. Milgrom J, McCloud PI. Parenting stress and postnatal depression. *Stress Med*. 1996; 12:177-86.
25. Lovestone S, Kumar R. Postnatal psychiatry illness: the impact on partners. *Br J Psychiatr*. 1993;163:210-16.

26. Epperson CN. Postpartum Major Depression: Detection and Treatment. *Am Fam Physician*. 1999;59(8):2247-54.
27. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract*. 1996;46(408):427-8.
28. Kelly R, Ztazick D, Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatr*. 2001; 158(2):213-9.
29. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatr*. 2001;158(11):1856-63.
30. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 1999; 93 (5 Pt 1): 653-7.
31. Evins G, Theofrastus JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 182(5): 1080-2.
32. Alt MS, Benetti SPC. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol Estud*. 2008; 13 (2): 389-94.
33. Eilat-Tsanami S, Merom A, Romano S, Reshef A, Lavi I, Tabenkin H. The effect of postpartum depression on women's consultations with physicians. *Isr Med Assoc J*. 2006;8(6):406-10.
34. Flynn HA, Davis M, Marcus SM, Cunningham R, Blow FC. Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *Gen Hosp Psychiatr* 2004;26:316-22.
35. Estelitta-Lins CE, Lobato G. Depressão pós-parto: nossa tarefa no contexto da assistência materno infantil. *InfoSaúde* 2008;10(1):3.
36. Zaers S, Waschke M, Ehlert U. Depressive symptoms of post-traumatic disorder in women after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008;29(1):61-71.
37. Lee AM, Lam SK, Mun Lau SMS, Chong CSY, Chui HW, F DYT. Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*. 2007;110(%):1102-12.
38. Levine RE, Oandasan AP, Primeau LA, Berenson AB. Anxiety disorders during pregnancy. *Am J Perinatol*. 2003;20(5):239-47.

39. Dayan J. Clinical approach and epidemiological aspects of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2007; 36(6):549-61.
40. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*. 1997;11(6):587-97.
41. Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009;116:672-80.
42. Szigethy EM, Ruiz P. Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *Am J Psychiatr*. 2001;158(1):22-7.
43. Moraes I, Silva R, Pinheiro RT, Silva RA, Horta B, Sousa PRL et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):65-70.
44. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(3): 274-80.
45. Da Silva VA, Santos ARM, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*. 1998;31 (6);799-804.
46. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 1999;26(2);90-5.
47. Dankner R, Goldberg RP, Fisch RZ, Crum RM. Cultural elements of postpartum depression. A study of 327 Jewish Jerusalem women. *J Reprod Med*. 2000;45(2):97-104.
48. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal Depression – A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106(5):1071-83.
49. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med* 2007;20(3):280-8.
50. Cox J, Holden J. Perinatal Mental Health – a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell; 2003. 125p.
51. Munk-Olsen T, Laursen T, Pederson C, Mors O, Mortensen P. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 2006;296(21):2582-9.

52. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DKY. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13:37-40.
53. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychol*. 2003;64(11):1284-92.
54. O'Hara M. Postpartum blues, depression and psychosis: A review. *Journal of Obstet Gynaec Supplementary*. 1987;7(205):227.
55. England SJ, Ballard C, George S. Chronicity in postnatal depression. *European J Psychiatry*. 1994;8:93-6.
56. Cantilino, A. Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Screening Scale na população brasileira [Dissertação de Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003. 98p.
57. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clín*. 2006;33(2):92-102.
58. Azevedo GL. Violência física entre parceiros íntimos na gestação; um fator de risco para depressão pós-parto? [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. 214p.
59. Bernstein IH, Rush AJ, Yonkers K et al. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depress Anxiety*. 2008; 25:20-6.
60. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatr*. 2003;183:279-81.
61. Cliffe S, Black D, Bryant J, Sullivan E. Maternal deaths in New South Wales, Australia: a data linkage project. *N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48:255-60.
62. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ*. 2002;167:1253-60.
63. Gavin N, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlener G, Swinson T. Perinatal Depression – a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106 (5 Pt 1):1071-83.
64. Neter E, Collins NL, Lobel M, Dunkel-Schetter C. Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Women's Health*. 1995;1:51-75.

65. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol.* 2002;99:223-8.
66. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *J Clin Psychiatr.* 2006;67:1285-98.
67. Heron J, O'Connor TG, Evans J. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004;80:65-73.
68. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord.* 2005;19:295-311.
69. Haywood A, Slade P, King H. Is there evidence of an association between postnatal distress and premenstrual symptoms? *J Affect Disord.* 2006;99:241-5.
70. Harris B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood: working towards strategies for prophylaxis and treatment. *Br J Psychiatr* 1994;164:288-92.
71. McCoy SJ, Beal JM, Watson GH. Endocrine factors and postpartum depression. A selected review. *J Reprod Med.* 2003;48:402-8.
72. Vythilingum B. Anxiety disorders in pregnancy. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10: 331-5.
73. Niven CA. Labour pain: Long term recall and consequences. *J Reprod Infant Psychol* 1993;6:83-7.
74. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms. Incidence and contributing factors. *Birth* 2000;27:104-11.
75. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001;28:111-8.
76. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23(1):31-9.
77. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatr.* 1984;144:35-47.
78. Watson JP, Elliot Sa, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatry disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatr.* 1984;144:453-62.

79. Wisner KL. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psych.* 1999;157:1933-40.
80. Andreoli SB, Blay SL, Mari JJ. Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In: Goretsein C, Andrade LH, Zuardi AW, editores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos editorial; 2000, p.45-51.
81. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British J Psychiatr.* 1987;150:782-86.
82. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(11):2577-88.
83. Green BL. Trauma History Questionnaire. In: Stamm BH, Varra EM, editors. *Measurement of stress, trauma and adaptation.* Lutherville, MD: Sidran Press;1996:366-8p.
84. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to experiences. *Rev Bras Psiquiatr.*2005;27(1):783-96.
85. Smart RG, Arif A, Hughes P, Medina Mora ME, Navaratnam V, Varma VK, et al. *Drugs use among non-student youth – WHO Offset Publication, No 60.* Geneva: World Health Organization; 1981. p. 5-57.
86. Masur J, Monteiro MG. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res.* 1983;16:215-8.
87. Moraes CL, Viellas EF, Reichenheim ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol.* 2005;66(2):165-73.
88. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res.*1994;18(5):1156-61.
89. Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatr.* 1971;127:1653-8.
90. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;160:863-70.

91. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a study of psychiatry disorder in women. New York: The Free Press, 1978.
92. Goyal D, Gay C, Lee, KAL. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in the first time mothers? *Women's Health Issues*. 2010; 20(2):96-104.
93. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saúde Pública*. 2002 May-Jun; 18(3):783-96.
94. Reichenheim ME, Klein RE, Moraes CL. Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: An item response theory analysis. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):53-62.
95. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. [Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), an instrument used to identify violence in couples]. *Cad Saúde Pública*. 2002 Jan-Feb;18(1):163-76.
96. Straus MA, Hamby SL, Boney-Mc Coy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues*. 1996;17(3):283-316.
97. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008 Mar;37(2):151-60.
98. Straus MA, Douglas EM. A short form of the Revised Conflict Tactics Scales and Typologies for severity and Mutuality. *Violence Vict*. 2004;10(5):507-20.
99. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Social Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42(4):316-21.
100. Tannous L, Gigante LP, Fuchs S, Busnello EDA. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(1).
101. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *JOGNN* 2002;31:394-402.
102. Righetti- Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*. 1998;49(3):167-80

103. Huttu MH, Armstrong DS, Myers J. Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011;36(2):104-11.
104. Hunfeld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J. *Prenatal Diagn.* 1997;17(9):843-51.
105. Rona RJ, Smeeton Nc, Beech R, Barnett A, Sharland G. Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus. *Acta Paediatr.* 1998;87(2):201-5.
106. Benute GG, Gollop TR. O que acontece com os casais após o diagnóstico de malformação fetal? *Femina.* 2002;30(9):661-3.
107. Drewett R, Blair P, Emmett P, Emond A. Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers depressed in the postnatal period: a population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psych.* 2004;45(2):356-66.
108. Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. *Pediatrics.* 2009;123:1147-54.
109. Glazebrook C, Sheard C, Cox S, Oates M, Ndukwe G. Parenting stress in first-time mothers of twins and triplets conceived after in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2004;81:505-11.
110. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VWV et al. Perinatal complication increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG* 2010;117:1390-8.
111. Bernazzani O, Bifulco A. Motherhood as a vulnerability factor in major depression; the role of negative pregnancy experiences. *Soc Sci Med.* 2003;56:1249-60.
112. Homish GG, Cornelius JR, Richardson GA, Day NL. Antenatal risk factors associated with postpartum comorbid alcohol use and depressive symptomatology. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004; 28:1242-8.
113. McCoy SJ, Beal JM, Saunders B, Hill EN, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective design. *J Reprod Med* 2008;53(3):166-70.
114. Whitaker RC, Orzol SM, Kahn RS. The co-occurrence of smoking and a major depressive episode among mothers 15 months after delivery. *Prev Med* 2007;45(6):476-80.
115. Papilo M, Savonlehti E, Sourander A, Alqvist S, Helenius A, Piha J. Examination of maternal interactive behavior and psychosocial situation of

substance-abusing mothers in treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2011;20(2):143-51.

116. Kendall-Tackett KA. *Depression in new mothers: causes, consequences and treatment options.* Binghamton, NY:Haworth; 2005.

117. Ansara D, Cohen MM, Gallop R, Kung R, Schei B. Predictors of women's physical health problems after childbirth. *J Psychosom Obstetric Gynaecol.* 2005;26:115-25.

118. Buist A, Janson H. Childhood abuse, postpartum depression and parenting difficulties: A literature review of associations. *Aust New Zealand J Psychiatr.* 2003;32:370-8.

119. Lutenbacher M. Relationships between psychosocial predictors factors and abusive parenting attitudes in low-income single mothers. *Nurs Res.* 2002;51:158-67.

120. Dubowitz H, Black MM, Kerr MA, Hussey JM, Morrel TM, Everson MD et al. Type and timing of mothers' victimization: Effects on mothers and children. *Pediatrics.* 2001;107:728-35.

121. Douglas AR. Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse Negl.* 2000;24:425-34.

122. Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun MA, Tamim H. Intimate partner violence as risk factor for postpartum depression among canadian women in the maternity experience survey. *Ann Epidemiol.* 2010;20:575-83.

123. Grimstad H, Schei B. Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1999;23:81-90.

124. Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D et al. Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's Health Issues.* 2005;15:21-30.

125. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.*2002;369:1331-6.

126. Fals-Stewart W, Kennedy C. Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2005;29:5-17.

127. Burke JG, Thieman LK, Gielen AC, O'Campo P, McDonnell KA. Intimate partner violence, substance abuse, and HIV among low-income women: Taking a closer look. *Violence Against Women.* 2005;11:1140-61.

128. Koopman C, Ismailji T, Holmes D, Classen Cc, Palesh O, Wales T. The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *J Health Psychol.* 2005;10:211-21.
129. Bradley R, Schwarctz AC, Kaslow NJ. Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *J Trauma Stress.* 2005;18:685-96.
130. Yoshihama M, Horrocks J. The relationship between intimate partner violence and PTSD: an application of Cox regression with time-varying covariates. *J Trauma Stress.* 2003;16:371-80.
131. Woods SJ. Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: What we know and what we need to know. *J Interpers Violence.* 2005;20:394-402.
132. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues.* 2004;14:19-29.
133. Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, Jurkovic GJ. Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *Am J Community Psychol.* 2005;36:109-21.
134. Thompson MP, Kaslow NJ, Kingree JB. Risk factors for suicide attempts among African American women experiencing recent intimate partner violence. *Violence Vict.* 2002;17:283-95.
135. Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women.* 2006;12:221-39.
136. Houry D, Kaslow NJ, Thompson MP. Depressive symptoms in women experiencing intimate partner violence. *J Interpers Violence.* 2005;20:1467-77.
137. Heise L, Ellsberg m, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78(Suppl):S5-14.
138. Langhinrichsen-Rohling J. Top 10 greatest "hits": important findings and future directions for intimate partner violence research. *J Interpers Violence.* 2005;20(1):108-18.
139. Violence against woman. WHO Consultation, Geneva 5-7 February 1996. Geneva World Health Organization. 1996 document FRH/WHO/96.27. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf.

140. Chambliss LR. Domestic violence: a public health crisis. *Clin Obstet Gynecol.* 1997;40:630-8.
141. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(5):309-16.
142. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Públ.* 2006;22(2):425-392.
143. Records K, Rice MJ. Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the first 8 months after birth. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2009;30(3):181-190.
144. Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;79:159-66.
145. Daniels K. Intimate partner violence & depression: A deadly comorbidity. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2005;43:44-51.
146. Datner EM, Ferroggiaro AA. Violence during pregnancy. *Med Clin North Am.* 1999;17:645-56.

APÊNDICE 1



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e participar da pesquisa intitulada “Prevalência e fatores associados à depressão e transtorno de estresse pós-traumático pós-parto”. Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada pelo Dr. Gustavo Lobato, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (21) 2554-1893 ou pelo email lobato@iff.fiocruz.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui também informada que esse estudo tem objetivos puramente científicos. Em linhas gerais, será avaliada a prevalência e os fatores associados à ocorrência de depressão e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) pós-natal entre mulheres que tiveram o parto na instituição. Fui também esclarecida de que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista face-a-face com a utilização de um questionário especificamente desenvolvido para a pesquisa, a qual será realizada a partir da assinatura desta autorização. As informações obtidas serão apenas acessadas pelo pesquisador principal ou colaboradores da pesquisa. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, também poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, através do telefone (21) 25541730 ou pelo email cepiff@iff.fiocruz.br.

O pesquisador principal ofertou-me uma cópia assinada deste Termo de Consentimento, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o acompanhamento do meu filho(a) ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE 2

Projeto de Pesquisa “Saúde Mental Pós-Parto”

Número de identificação na pesquisa | | | | | |

Número do prontuário materno no IFF | | | | | | | |

Instruções para preenchimento:

Em todo questionário preencher 7 (ou 77 – 777 – 7777 – 77/77 – 77/77/77) para “recusa”, 8 (e similares 88 ...) para “não-informado” e 9 (e similares 99 ...) para “não se aplica”.

I. Identificação do questionário

Entrevistador (nome e código)	1. _____
Data da entrevista	2. / /
Revisado por (nome e código)	3. _____
Data da revisão	4. / /
Digitador (nome e código)	5. _____
Data da digitação	6. / /

II. Características gerais da mãe

Nome da mãe	7. _____
Idade da mãe	8. anos
Escolaridade materna - Qual foi a última série que V/S completou?	9. (grau) (série)
00. Não estuda ou estudou	
30. Terceiro grau incompleto ou mais	
Qual a sua cor? Leia as alternativas	10.
1. Branca 2. Parda/Mulata/Morena/Cabocla 3. Negra 4. Amarela/Oriental 5. Indígena	
Número de gestações prévias (incluindo a última)	11.
Número de partos anteriores (incluindo o último)	12.
- Número de partos vaginais anteriores	13.
- Número de cesarianas anteriores	14.
Número de abortamentos prévios	15.
- Número de abortamentos espontâneos	16.
- Número de abortamentos provocados	17.
Nº de filhos vivos atualmente (incluindo o atual)	18.
Nº de natimortos prévios (não incluir aqui a gestação índice)	19.
Nº de neomortos prévios (não incluir aqui a gestação índice)	20.

III. Características gerais do parto

Data do parto		21. __ _ _ / __ _ _ / __ _ _
Via de parto	1. Parto vaginal sem analgesia 2. Parto vaginal com analgesia 3. Cesariana eletiva 4. Cesariana de urgência (não programada) 5. Fórceps	22. __
Idade gestacional no parto		23. __ __ semanas 24. __ __ dias
Peso ao nascimento		25. __ _ _ _ _ gramas
Desfecho perinatal	1. Nascido vivo, ainda vive 2. Natimorto 3. Nascido vivo, neomorto nas primeiras 24 horas 4. Nascido vivo, neomorto após 24 horas (até 7 dias, inclusive) 5. Nascido vivo, neomorto após 7 dias (até 28 dias, inclusive) 6. Nascido vivo, óbito infantil (após 28 dias de vida)	26. __
APGAR de 1º minuto		27. __ _ _
APGAR de 5º minuto		28. __ _ _
Sexo do recém-nascido	1. Masculino 2. Feminino	29. __
O bebê tinha alguma malformação congênita?	1. Sim 0. Não	30. __
Se NÃO, vá para a questão 34		
Se SIM, ESPECIFICAR		
_____		31. __ _ _ _ _
_____		32. __ _ _ _ _
_____		33. __ _ _ _ _
Quanto tempo você ficou internada na maternidade após o parto?		34. __ _ _ _ dias
Quanto tempo o bebê ficou internado após o parto?		35. __ _ _ _ dias
O bebê ficou internado na UTI?	1. Sim 0. Não	36. __
Se NÃO, vá ao para a questão 38		
Se SIM, por quantos dias?		
		37. __ _ _ _ _ dias
O bebê foi submetido a alguma cirurgia?	1. Sim 0. Não	38. __
Houve a ocorrência de “near-miss” neonatal?		
Marcar “Sim” se APGAR de 5º min. < 7, peso ao nascimento < 1500 g. ou IG no parto < 32 sem.	1. Sim 0. Não	39. __

IV. Experiências maternas prévias relacionadas ao ciclo grávido-puerperal

Como você classifica a forma com que os médicos e a equipe de saúde te atenderam no momento do parto? Leia as alternativas		40. __
1. Ruim 2. Boa 3. Muito boa 4. Excelente		
Durante o parto, os médicos e a equipe de saúde te informaram de tudo o que estava acontecendo?		41. __
1. Sim 0. Não		
Você acha que durante o seu parto você manteve o controle do que estava acontecendo?		42. __
1. Sim 0. Não		
Um pouco antes, durante ou logo após o parto, você sentiu medo? Leia as alternativas		43. __

0. Não 1. Sim, eu senti um pouco de medo 2. Sim, eu senti muito medo	
Você considera que algum (ou alguns) dos seus partos anteriores foi difícil? 1. Sim 0. Não	44. <input type="checkbox"/>
Em algum momento ao longo da gestação você teve medo do parto? Leia as alternativas 0. Não 1. Sim, eu senti um pouco de medo 2. Sim, eu senti muito medo	45. <input type="checkbox"/>

V. Dados sobre o pré-natal

Quando ficou grávida, você estava querendo engravidar? Leia as alternativas 1. Sim, naquele momento 2. Sim, mas não naquele momento 3. Não, não queria engravidar	46. <input type="checkbox"/>
Você fez pré-natal? 1. Sim 0. Não	47. <input type="checkbox"/>
Com quantas <u>semanas</u> de gravidez você começou o pré-natal? Externo ao IFF	48. <input type="text"/> <input type="text"/> sem.
Quantas consultas de pré-natal você fez? Externas ao IFF	49. <input type="text"/> <input type="text"/>
A paciente fez pré-natal no IFF? 1. Sim 0. Não	50. <input type="checkbox"/>
Se SIM, especificar o motivo _____	51. <input type="text"/> <input type="text"/>
Com quantas <u>semanas</u> de gestação o pré-natal no IFF começou?	52. <input type="text"/> <input type="text"/> sem.
Quantas consultas de pré-natal você fez no IFF ?	53. <input type="text"/> <input type="text"/>
Você esteve internada na gestação? 1. Sim 0. Não	54. <input type="checkbox"/>
Se NÃO, vá para a questão 56 Se SIM, especificar o(s) motivo(s) _____	55. <input type="text"/> <input type="text"/>

VI. Histórico psiquiátrico pessoal e familiar

Você já teve algum problema psicológico antes da gestação ? 1. Sim 0. Não	56. <input type="checkbox"/>
Se SIM, ESPECIFICAR para codificação posterior (agravo e medicação, se possível)	57. <input type="text"/> <input type="text"/>
Você teve algum problema psicológico durante a gestação ? 1. Sim 0. Não	58. <input type="checkbox"/>
Se SIM, ESPECIFICAR para codificação posterior (agravo e medicação, se possível)	59. <input type="text"/> <input type="text"/>
Algum familiar seu (pai, mãe, irmãos, tios ou avós) já teve algum diagnóstico médico de problema psicológico? 1. Sim 0. Não	60. <input type="checkbox"/>
Se SIM, ESPECIFICAR para codificação posterior (familiar, agravo e medicação, se possível)	61. <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	62. <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	63. <input type="text"/> <input type="text"/>

VII. Eventos estressantes prévios

“Agora eu gostaria de saber sobre algumas situações estressantes que você já possa ter vivido”

Leia as perguntas abaixo.	Intensidade - “1” a “5”		Idade
Em caso afirmativo, pergunte a intensidade e a idade em que o evento ocorreu.	0. Não	“1” - nada estressante	(anos completos)
	1. Sim	“5” - extremamente estressante	
Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto?	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>
Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?	67. <input type="checkbox"/>	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>
Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>
Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você estava lá?	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>
Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar? Se responder SIM, por favor, especificar.	76. <input type="checkbox"/>	77. <input type="checkbox"/>	78. <input type="checkbox"/>
Você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc, durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?	79. <input type="checkbox"/>	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>
Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc, durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. <input type="checkbox"/>
Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?	85. <input type="checkbox"/>	86. <input type="checkbox"/>	87. <input type="checkbox"/>
Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)? Se responder SIM, por favor, especificar.	88. <input type="checkbox"/>	89. <input type="checkbox"/>	90. <input type="checkbox"/>
Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque poderia ter sido morto (a) ou gravemente ferido (a)? Se responder SIM, por favor, especificar.	91. <input type="checkbox"/>	92. <input type="checkbox"/>	93. <input type="checkbox"/>
Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto? Se responder SIM, por favor, especificar quem.	94. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>	96. <input type="checkbox"/>
Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo? Se responder SIM, por favor, especificar.	97. <input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>

<p>Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado?</p> <p>Se responder SIM, por favor, especificar sua relação com esta pessoa (ex. mãe, neto, etc).</p> <p>_____</p>	100. __	101. __	102. __ __
<p>Leia as perguntas abaixo.</p> <p>Em caso afirmativo, pergunte a intensidade e a idade em que o evento ocorreu.</p>	<p>0. Não</p> <p>1. Sim</p>	<p>Intensidade - "1" a "5"</p> <p>"1" - nada estressante</p> <p>"5" - extremamente estressante</p>	<p>Idade</p> <p>(anos completos)</p>
<p>Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)?</p> <p>Se responder SIM, por favor, especificar sua relação com esta pessoa.</p> <p>_____</p>	103. __	104. __	105. __ __
<p>Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida?</p> <p>Se responder SIM, por favor, especificar.</p> <p>_____</p>	106. __	107. __	108. __ __
<p>Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu de forma inesperada?</p> <p>Se responder SIM, por favor, indicar.</p> <p>_____</p>	109. __	110. __	111. __ __
<p>Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial?</p> <p>Se responder SIM, por favor, indicar o local.</p> <p>_____</p>	112. __	113. __	114. __ __
<p>Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade?</p> <p>Se responder SIM, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai, mãe, irmão).</p> <p>_____</p>	115. __	116. __	117. __ __
<p>Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça?</p> <p>Se responder SIM, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai, mãe, irmão).</p> <p>_____</p>	118. __	119. __	120. __ __
<p>Além dos incidentes mencionados nas duas questões acima, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo (a) a ter contato sexual contra a sua vontade?</p>	121. __	122. __	123. __ __
<p>Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou de modo a causar intensa humilhação ou pavor?</p>	124. __	125. __	126. __ __
<p>Alguém da sua família ou pessoa próxima persistentemente já lhe ridicularizou, humilhou ou ignorou causando intenso sofrimento?</p>	127. __	128. __	129. __ __
<p>Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?</p>	130. __	131. __	132. __ __

Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou <u>desarmado</u> e o (a) feriu gravemente?	133. __	134. __	135. __
Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?	136. __	137. __	138. __
Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima? Se responder SIM, por favor, especificar.	139. __	140. __	141. __
ATENÇÃO! Identifique na lista acima, pelo número da primeira coluna de resposta (NÃO x SIM), o evento que você considere que tenha sido <u>o mais estressante em sua experiência de vida.</u>			142. __

VIII. Situação socioeconômica

Quem é a pessoa de maior renda na sua casa? Se a 1 ou 2, vá à questão 146	143. __
1. A própria 2. O companheiro 3. Outra	
Qual o seu parentesco com ela? Especificar para codificação posterior	144. __
(Nome da pessoa de maior renda) já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que ele(a) completou?	145. __ __
00. Não estuda ou estudou	(grau) (série)
30. Terceiro grau incompleto ou mais	

“Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre alguns bens e utensílios que as pessoas têm em casa. Quantos desses você tem?”

Automóvel	146. __
Televisão em cores	147. __
Banheiro	148. __
Rádio (excluindo o do carro)	149. __
Máquina de lavar	150. __
Videocassete e/ou DVD	151. __
Aspirador de pó	152. __
Geladeira	153. __
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	154. __
Empregada mensalista	155. __

IX. Hábitos de vida da mulher e do companheiro

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu uso de qualquer bebida que contenha álcool no último ano”.

“Mesmo que a quantidade de álcool tomada tenha sido pequena, seria muito importante que você respondesse todas as perguntas”.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

Você bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? Se NÃO, CONFIRME com a respondente se ela não bebe um pouquinho nem em situações/ocasiões especiais.	1. Sim	0. Não	156. __
Mantida a resposta NÃO, vá à questão 162			
Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”?			157. __ __
Anote a resposta (tipo de bebida e quantidade), e converta em doses depois _____			
Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	1. Sim	0. Não	158. __
Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	1. Sim	0. Não	159. __
Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	1. Sim	0. Não	160. __
Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	1. Sim	0. Não	161. __

“Agora vamos falar sobre outros hábitos que as pessoas têm no dia-a-dia...”

Você fumou nos últimos doze meses? Caso a resposta seja NÃO, confirme se realmente não fumou nenhum cigarro.	1. Sim	0. Não	162. __
Mantida a resposta NÃO, pule para a questão 167			
Você fumou durante algum período da gestação? Se NÃO, pule para a questão 165.	1. Sim	0. Não	163. __
Quantos cigarros, em média, você fumou durante a gestação? Leia as alternativas			164. __
1. Menos de meio maço por dia			
2. Meio a um maço por dia			
3. Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros)			
4. Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)			
Você fumou depois do nascimento de (nome do bebê)? Se NÃO, pule para para questão 167	1. Sim	0. Não	165. __
Quantos cigarros, em média, você fumou após o nascimento de (nome do bebê)? Leia as alternativas			166. __
1. Menos de meio maço por dia			
2. Meio a um maço por dia			
3. Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros)			
4. Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)			

“Também é importante saber sobre o uso de drogas por você. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar novamente que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa”.

“Nos últimos 12 meses...”			
... Você usou tranqüilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros?	1. Sim	0. Não	167. __
... Você usou cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	1. Sim	0. Não	168. __
... Você usou maconha?	1. Sim	0. Não	169. __
... Você usou cocaína?	1. Sim	0. Não	170. __
... Você usou outros tipos de drogas? Quais? _____	1. Sim	0. Não	171. __

Caso a mãe NÃO tenha relatado uso de drogas, pule a próxima questão

As pessoas se preocupam com o seu uso de drogas (ou tranqüilizantes) e/ou sugerem que você pare de usá-las?	1. Sim	0. Não	172. __
---	--------	--------	----------

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o uso, pelo seu companheiro, de qualquer bebida que contenha álcool no último ano”.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a <u>uma lata ou meia garrafa de cerveja</u>, a <u>1 chopp</u>, a <u>2 copos de cerveja</u>, a <u>1 copo de vinho</u>, a <u>uma dose de uísque, cachaca ou outros destilados</u> ou a <u>1 copo de caipirinha</u>.			
Ele bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? Se NÃO, CONFIRME com a respondente se ele realmente não bebe um pouquinho nem em situações/ocasiões especiais. Mantida a resposta NÃO, vá à questão 178.	1. Sim	0. Não	173. __
Alguma vez ele sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	1. Sim	0. Não	174. __
As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	1. Sim	0. Não	175. __
Ele se sente culpado pela maneira com que costuma beber?	1. Sim	0. Não	176. __
Ele costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	1. Sim	0. Não	177. __

“Também é importante saber sobre o uso de drogas por seu companheiro atual. Essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa”.

... Ele usa tranqüilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros?	1. Sim	0. Não	178. __
... Ele usa cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	1. Sim	0. Não	179. __
... Ele usa maconha?	1. Sim	0. Não	180. __
... Ele usa cocaína?	1. Sim	0. Não	181. __
... Ele usa outros tipos de drogas? Quais? _____	1. Sim	0. Não	182. __

Caso a respondente não tenha relatado uso de drogas pelo companheiro, pule a próxima questão.

As pessoas se preocupam com o uso de drogas (ou tranqüilizantes) por ele, e/ou sugerem que ele pare de usá-las?	1. Sim	0. Não	183. __
---	--------	--------	----------

X. Depressão pós-parto

“Agora nós gostaríamos de saber como você tem se sentindo NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje”.

Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas? 0. Como você sempre fez 1. Não tanto quanto antes 2. Sem dúvida menos que antes 3. De jeito nenhum	184. ___
Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia? 0. Como sempre sentiu 1. Talvez menos do que antes 2. Com certeza menos 3. De jeito nenhum	185. ___
Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas? 0. Não, nenhuma vez 1. Não muitas vezes 2. Sim, algumas vezes 3. Sim, na maioria das vezes	186. ___
Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão? 0. Não, de maneira alguma 1. Pouquíssimas vezes 2. Sim, algumas vezes 3. Sim, muitas vezes	187. ___
Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo? 0. Não, nenhuma vez 1. Não muitas vezes 2. Sim, algumas vezes 3. Sim, muitas vezes	188. ___
Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia? 0. Não. Você consegue lidar com eles tão bem quanto antes 1. Não. Na maioria das vezes consegue lidar bem com eles 2. Sim. Algumas vezes não consegue lidar bem como antes 3. Sim. Na maioria das vezes você não consegue lidar bem com eles	189. ___
Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir? 0. Não, nenhuma vez 1. Não muitas vezes 2. Sim, algumas vezes 3. Sim, na maioria das vezes	190. ___
Você tem se sentido triste ou arrasada? 0. Não, de jeito nenhum 1. Não muitas vezes 2. Sim, muitas vezes 3. Sim, na maioria das vezes	191. ___
Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado? 0. Não, nenhuma vez 1. De vez em quando 2. Sim, muitas vezes 3. Sim, quase todo o tempo	192. ___
A ideia de fazer mal a si mesma passou por sua cabeça? 0. Nenhuma vez 1. Pouquíssimas vezes, ultimamente 2. Algumas vezes nos últimos dias 3. Sim, muitas vezes, ultimamente	193. ___

XI. Transtorno de estresse pós-traumático

“Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.”

Opções de resposta: 1. Nada 2. Um pouco 3. Médio 4. Bastante 5. Muito

Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	194. ___
Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	195. ___
De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	196. ___
Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	197. ___
Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	198. ___

Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	199. __
Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	200. __
Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	201. __
Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	202. __
Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	203. __
Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	204. __
Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	205. __
Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	206. __
Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	207. __
Ter dificuldades para se concentrar?	208. __
Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?	209. __
Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	210. __

XII. Situação conjugal e violência entre parceiros íntimos

“Agora, gostaríamos de saber um pouco sobre a sua situação conjugal.”

Você é casada ou tem um companheiro fixo? Qual das seguintes opções melhor descreve a sua situação conjugal?	
1. Tenho um marido/companheiro que é o mesmo desde a gestação até agora	
2. Estava casada (marido/companheiro) na gestação, mas agora estou sozinha	211. __
3. Outras Especificar _____	

“Os casais têm maneiras diferentes de tentar resolver suas diferenças, seus problemas. Mesmo que um casal se relacione bem, há momentos em que um discorda do outro, se chateia com o outro, discutem e se agridem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer”.

“Por favor, eu gostaria de saber se o seu (ex)companheiro fez uma ou mais das coisas que eu vou dizer a seguir desde que você soube que estava grávida.”

Instruções para preenchimento:

Leia cada uma das questões a seguir e pergunte se “isto já aconteceu”. Marque o número correspondente à resposta do entrevistado:

0. Não 1. Aconteceu uma vez 2. Aconteceu mais de uma vez

Atenção:

Para as questões de negociação, as opções de resposta são apenas:

0. Não 1. Sim

Obs: as questões de negociação são aquelas que não são sucedidas pela pergunta “Isso aconteceu mais de uma vez?”

<i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i>	
Você mostrou que se importava com ele, mesmo que vocês estivessem discordando?	212. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?	213. __
Você explicou para seu (ex)companheiro (ou aaa) o que você não concordava com ele?	214. __

Seu (ex)companheiro (ou aaa) explicou para você o que ele não concordava com você?	215. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te insultou ou xingou? Isso aconteceu mais de uma vez?	216. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) jogou alguma coisa em você que poderia machucá-la? Isso aconteceu mais de uma vez?	217. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) torceu seu braço ou puxou seu cabelo? Isso aconteceu mais de uma vez?	218. __
<i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i>	
Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	219. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	220. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te deu um empurrão? Isso aconteceu mais de uma vez?	221. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) usou uma faca ou arma contra você? Isso aconteceu mais de uma vez?	222. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) chamou você de gorda, feia ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	223. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te deu um murro ou te acertou com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	224. __
<i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i>	
Seu (ex)companheiro (ou aaa) destruiu alguma coisa que te pertencia de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	225. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te sufocou ou estrangulou? Isso aconteceu mais de uma vez?	226. __
O seu (ex)companheiro (ou aaa) gritou ou berrou com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	227. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te jogou contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	228. __
Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	229. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	230. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te deu uma surra? Isso aconteceu mais de uma vez?	231. __
<i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i>	
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te segurou com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	232. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	233. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te deu um tabefe ou uma bofetada? Isso aconteceu mais de uma vez?	234. __
Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	235. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso?	236. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) queimou ou derramou líquido quente em você de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	237. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te acusou de ser “ruim de cama”? Isso aconteceu mais de uma vez?	238. __
<i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i>	
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez alguma coisa para te ofender? Isso aconteceu mais de uma vez?	239. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) ameaçou acertar ou jogar alguma coisa em você? Isso aconteceu mais de uma vez?	240. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te chutou? Isso aconteceu mais de uma vez?	241. __
Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	242. __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	243. __

Muito obrigada(o) !!!