



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**Avaliação da Relação entre os Agravos Perinatais e a
Depressão Pós-Parto**

Juliana Loureiro Silva de Medeiros

RIO DE JANEIRO

MAIO DE 2019



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**Avaliação da Relação entre os Agravos Perinatais e a
Depressão Pós-Parto**

Juliana Loureiro Silva de Medeiros

Dissertação apresentada à
Pós-Graduação em Pesquisa
Aplicada à Saúde da Criança e
da Mulher, como parte dos
requisitos para obtenção do
título de Mestre em Ciências

**Orientador: Fernando Maia Peixoto Filho
Co Orientador: Gustavo Lobato de Azevedo**

**RIO DE JANEIRO
MAIO DE 2019**

CIP - Catalogação na Publicação

Medeiros, Juliana.

Avaliação da Relação entre os Agravos Perinatais e a Depressão Pós-Parto / Juliana Medeiros. - Rio de Janeiro, 2019.

75 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Orientador: Fernando Maia Peixoto Filho.

Co-orientador: Gustavo Lobato de Azevedo.

Bibliografia: f. 48-55

1. Depressão pós-parto. 2. Saúde mental. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a origem de tudo.

Agradeço aos meus pais, Carlos e Rosani, minha base sólida. Responsáveis pela minha vida e por toda minha trajetória até aqui. Serei eternamente grata por todo incentivo, apoio, carinho e amor que sempre dedicaram a mim. Vocês são meus exemplos!

Agradeço também ao meu esposo Bruno, que há 13 anos compartilha a vida comigo, não somente nas vitórias, mas também nos períodos de angústias e dificuldades. Obrigada por permanecer ao meu lado, mesmo sem a atenção devida e com tantos momentos de lazer perdidos. Amo você!

Aos meus filhos, João e Alice, razões do meu viver. Obrigada por me darem a honra de sentir o verdadeiro amor incondicional e por serem a minha inspiração diária. Tudo que faço é por vocês!

Ao meu orientador Dr. Fernando Maia Peixoto Filho por ter me incentivado a iniciar o mestrado e por toda orientação, competência, profissionalismo, ensinamento e dedicação. Obrigada por ter confiado e acreditado em mim, mesmo nos momentos em que eu mesma descreditei.

Agradeço também ao meu co-orientador, Dr. Gustavo Lobato de Azevedo, que com toda paciência e sabedoria contribuiu sobremaneira para que essa dissertação existisse. Obrigada pela confiança no fornecimento dos dados e por todas as discussões e sugestões fundamentais para as análises e que levarei também para a vida.

A todos os professores da Pós-Graduação pelo ensinamento durante o curso e à secretaria acadêmica do Instituto Fernandes Figueira por todo auxílio e organização.

Aos meus colegas de curso, que com paciência e empatia me auxiliaram com as matérias e seminários, principalmente nos períodos de ausência pela gravidez e pós-parto. Muito obrigada!

Por fim, aos meus irmãos, familiares e amigos, por toda parceria e incentivo em todos os momentos da minha vida. Sou muito grata por ter vocês!

LISTA DE ABREVIATURAS

ATC	Adaptação Transcultural
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
CAGE	Cut-down; Annoyed; Guilty; Eyeopener
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
CTS2	Revised Conflict Tactics Scale
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IFF	Instituto Fernandes Figueira
NSDUQ	Non-Student Drugs Use Questionnaire
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
THQ	Trauma History Questionnaire
TWEAK	Tolerance; Worried; Eye-opener; Amnesia; Cut-down)
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das participantes do estudo...	27
Figura 2 – Modelo operacional propositivo.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas da população estudada e a prevalência de depressão pós-parto (DPP), por subgrupo.	37
Tabela 2 - História de trauma, ocorrência de eventos estressantes e hábitos de vida da população estudada e a frequência de depressão pós-parto (DPP), por subgrupo.	39
Tabela 3 - Agravos perinatais individualizados e escore total de agravos da população estudada e a frequência de depressão pós-parto (DPP), por subgrupo	40
Tabela 4 - Análise multivariada, através de modelos de complexidade crescente, da relação entre a presença de agravos perinatais e depressão pós-parto (DPP).	42

RESUMO

Objetivo: A depressão pós-parto é a complicação de saúde mental mais comum do período puerperal e está associada a uma série de possíveis consequências adversas para as mulheres e seus filhos. Ressalta-se, portanto, a importância de sua identificação precoce, facilitada através da identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da DPP. Esse estudo tem como objetivo avaliar a relação entre a ocorrência de agravos perinatais e o desenvolvimento de depressão pós-parto. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, com 456 puérperas, entrevistadas no Ambulatório de Pós-Natal do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ. A DPP foi investigada através da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e as informações sobre os desfechos perinatais como anomalias congênitas, parto prematuro, crescimento intrauterino restrito, baixo apgar e óbito perinatal foram pesquisadas no prontuário materno. Foi criado um modelo teórico hierarquizado abrangendo várias dimensões associadas aos agravos perinatais e à DPP visando orientar a análise multivariada de regressão logística e averiguar a existência de alguma potencial interação estatística na relação entre os desfechos perinatais e a ocorrência de DPP. Os agravos perinatais também foram modelados através de um escore a fim de investigar a existência de um gradiente na relação entre os agravos perinatais e a DPP. **Resultados:** A prevalência de DPP foi maior na presença de prematuridade, apgar <7, malformação congênita e óbito perinatal e a análise em escore dos agravos perinatais mostrou que o acúmulo de eventos perinatais adversos trouxe um risco progressivamente maior de DPP. Mesmo após as etapas de desconfundimento, a presença dos agravos perinatais se manteve associada ao aumento da prevalência de DPP, com um OR de 1,20 (IC 95% 1,02-1,42) esse resultado se mostrou estatisticamente significativo (p-valor = 0,025). **Conclusão:** Os agravos perinatais são fatores de risco independentes para DPP nesta análise, reforçando a relevância de seu estudo e de uma avaliação global da mulher durante o pré-natal e o pós-parto, focando também na saúde mental, facilitando o diagnóstico precoce e minimizando seus efeitos deletérios.

Palavras-chave: depressão pós-parto; saúde mental; agravos perinatais

ABSTRACT

Aims: Postpartum depression (PPD) is the most common mental health complication of the puerperal period and is associated with a number of adverse consequences for women and their children. Therefore, early diagnosis is essential and can be facilitated by the identification of risk factors for the development of PPD. This study aims to evaluate the relationship between the occurrence of perinatal injuries and the development of postpartum depression.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study. In total, 456 postpartum women were interviewed at the Post-Natal Outpatient Clinic of the Fernandes Figueira Institute - FIOCRUZ. DPP was investigated through the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and information on perinatal outcomes such as congenital anomalies, preterm birth, restricted intrauterine growth, low apgar, and perinatal death were investigated in the maternal medical record. A hierarchical theoretical model was created covering several dimensions and these were associated with perinatal disorders and PPD aiming to guide the multivariate analysis of logistic regression and to investigate the existence of some potential statistical interaction in the relationship between perinatal outcomes and the occurrence of PPD. Perinatal injuries were also modeled using a score to investigate the existence of a gradient in the relationship between perinatal injuries and PPD. **Results:** The prevalence of PPD was higher in cases of prematurity, apgar <7, congenital malformation and perinatal death, and the analysis of the perinatal injuries score showed that the accumulation of adverse perinatal events brought a progressively greater risk of PPD. Even after controlling for confounding, the presence of perinatal injuries remained associated with an increase in the prevalence of PPD, with an OR of 1.20 (95% CI 1.02-1.42). This result was statistically significant (p value = 0.025). **Conclusion:** Perinatal injuries are independent risk factors for PPD in this analysis, reinforcing the relevance of their study and an overall assessment of women during prenatal and postpartum, also focusing on mental health, facilitating early diagnosis and minimizing its deleterious effects.

Keywords: postpartum depression; mental health; perinatal injuries

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Justificativa	14
3. Referencial Teórico.....	17
3.1 Depressão pós-parto	17
3.2 Fatores de risco para depressão pós-parto.....	20
3.3 Relação com os agravos perinatais	21
4. Hipótese.....	24
5. Objetivos	24
5.1 Objetivo geral	24
5.2 Objetivos específicos	24
6. Materiais e Métodos.....	25
6.1 Tipo de estudo.....	25
6.2 Local de estudo	25
6.3 Amostra.....	26
6.4 Coleta de registro de dados	27
6.5 Modelo teórico	28
6.6 Variáveis e medidas	30
6.7 Análise estatística	33

7. Considerações Éticas.....	35
8. Resultados.....	36
9. Discussão.....	43
10. Conclusão	47
11. Referências Bibliográficas.....	48
12. Anexos.....	56
12.1 Anexo A - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	56
12.2 Anexo B - Questionário Padronizado	57
12.3 Anexo C - Termo de Consentimento	72
12.4 Anexo D - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	73

1. Introdução

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Desde então, a importância da valorização do bem-estar mental é cada vez mais evidente. As condições de saúde mental, juntamente com as doenças cardiovasculares, são os fatores que mais contribuem para o fardo econômico global das doenças não transmissíveis¹. Além disso, são a principal causa de anos vividos com incapacidade em todo o mundo².

Sua relevância é ainda maior no período perinatal, uma vez que não há tempo na vida em que a afirmação “Não há saúde sem saúde mental” seja mais verdadeira³. Sabe-se, por exemplo, que o parto atua como um poderoso gatilho para episódios depressivos em algumas mulheres⁴. Portanto, ainda que a gravidez e a chegada de um novo bebê sinalizem para um tempo de mudanças e esperança para o futuro, para muitas mulheres este é um momento desafiador; que pode ser ofuscado por uma doença mental, e essa agravada pelo estigma generalizado³.

De fato, o período pós-parto é a fase na qual as mulheres apresentam maior vulnerabilidade aos transtornos psiquiátricos⁵. Dessa forma, a doença mental perinatal é uma das complicações mais importantes da gravidez e puerpério⁶, com implicação significativa na saúde materna, desfecho do parto e desenvolvimento da prole^{7, 8}.

Por definição, os transtornos psiquiátricos perinatais são aqueles que surgem pela primeira vez durante o período da gestação e pós-parto ou que representam uma recidiva de uma condição pré-existente. Diversos tipos de

distúrbios compõem esse espectro, sendo os de ansiedade e de humor os mais comuns⁷.

A depressão pós-parto, tema desse estudo, é considerada a complicação mais comum de saúde mental no puerpério⁹, com prevalência global estimada em torno de 10 a 15%^{10, 11}. No Brasil, as taxas de prevalência variam entre 12 e 19%¹³, no entanto alguns trabalhos relatam taxas de 28%¹⁴ e até quase 40%¹². Essa grande variação entre os estudos deve-se, principalmente, à heterogeneidade na definição da doença, ao período no qual é determinada a prevalência e ao tipo de método utilizado para diagnóstico¹⁵.

2. Justificativa

A DPP representa uma das maiores causas de mortalidade e morbidade materna a longo prazo^{4, 16}, contribuindo para 20% das mortes maternas no período pós-parto¹⁷, sendo considerada um sério problema de saúde pública¹⁸.

As mulheres que apresentaram DPP têm duas vezes mais chance de desenvolver novos episódios de depressão em um período de 5 anos¹⁹. Além disso, apresentam maior prejuízo na criação de vínculos afetivos com seus bebês, dificuldades na amamentação e podem gerar efeitos deletérios no desenvolvimento cognitivo, neurológico e psicológico de sua prole, efeitos que podem estender-se à idade escolar e adolescência^{18, 20}.

A depressão materna também afeta fortemente o humor paterno e o relacionamento do casal, levando a um aumento da discórdia e diminuição da satisfação conjugal, com consequências importantes sobre o funcionamento a curto e longo prazo da família⁴. Estudos demonstram que os pais apresentam um risco de 10% de desenvolver depressão no primeiro ano após o parto²¹.

No entanto, apesar da sua alta prevalência e magnitude, a depressão pós-parto ainda é geralmente subidentificada, subdiagnosticada e subtratada^{22, 23}. Baseado nisso e no fato da prevenção da DPP parecer ser factível e efetiva, iniciou-se um movimento crescente para integrar um rastreio de saúde mental na rotina de cuidados primários na gestação e puerpério²⁴, que culminou na atual recomendação do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) para que os médicos realizem um *screening*, pelo

menos uma vez durante o período perinatal, visando identificar os pacientes que apresentem sintomas de depressão e ansiedade²⁵.

Diversas causas podem estar relacionadas a um aumento da chance de desenvolver transtornos mentais no período pós-parto. A presença de história prévia de depressão é um dos preditores mais fortes de DPP, assim como a presença de ansiedade ou depressão durante a gestação e a exposição pessoal a fatores estressantes^{10, 26-28}.

Sabe-se que a transição para a maternidade pode ser particularmente difícil sob certas circunstâncias, como no caso de nascimento de um bebê prematuro, uma vez que estas situações aumentam o estresse parental, geram necessidades especiais à nova mãe e podem dificultar a interação mãe-bebê¹⁸.

Além disso, complicações perinatais podem gerar sensações de desapontamento e expectativas frustradas que alteram o ambiente hormonal, contribuindo para aumentar o risco de DPP²⁹.

Dentro desse contexto, a maior parte dos estudos relata uma possível e plausível conexão entre a presença de agravos perinatais e a DPP^{18, 27, 30, 31}.

No entanto, essa relação ainda não está bem estabelecida¹⁹, uma vez que poucas variáveis relacionadas ao bebê foram consideradas nos estudos e a maior parte desses fatores de risco foi estudado entre mães de bebês saudáveis a termo^{10, 26, 27}.

Dessa forma, como exposto acima, a importância e a magnitude da depressão pós-parto justificam a necessidade de ampliar o conhecimento sobre esse transtorno mental. Além disso, a necessidade de um rastreamento e diagnóstico precoce valorizam a busca pela identificação de seus determinantes, destacando-se o estudo entre a presença de agravos perinatais

e a DPP, inserido dentro do Instituto Fernandes Figueira, uma instituição com perfil de assistência perinatal de alto risco.

Ademais, compreender mais sobre os fatores de risco associados à depressão pós-parto entre mães de bebês com agravos perinatais pode contribuir para melhorar a qualidade do atendimento para esses pacientes e suas famílias.

3. Referencial Teórico

3.1 Depressão pós-parto

Descrita pela primeira vez em 1968 como uma apresentação atípica de depressão no puerpério, com predomínio de sintomas neuróticos, como ansiedade, irritabilidade e fobias³², a depressão pós-parto ainda não é amplamente conhecida, com etiologia incerta e muitas vezes subdiagnosticada^{9, 29}.

O diagnóstico de DPP é clínico e requer a presença de, ao menos, cinco sintomas tais como: rebaixamento do humor, redução da energia, perda de interesse em atividades prazerosas, diminuição da capacidade de concentração, problemas do sono, mudança de peso, diminuição da autoestima e da autoconfiança, ideias frequentes de culpabilidade, retardo psicomotor ou agitação e ideações suicidas. Esses sintomas devem ser suficientes para causar interferência na qualidade de vida, requerem tratamento específico e persistem por, no mínimo, duas semanas³³.

Em relação ao início dos sintomas ocorrem algumas divergências. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V)³³, definidos pela Associação Americana de Psiquiatria, os sintomas devem surgir em até 4 semanas após o parto, já pela classificação internacional de doenças (CID-10)³⁴, podem ocorrer em até 6 semanas após o parto. Por último, estudos recentes consideram o início da sintomatologia ocorrendo em até 90 dias³⁵ ou até mesmo 1 ano^{15, 25, 36}.

Um estudo retrospectivo recente com 116 mulheres com diagnóstico de depressão pós-parto identificou que o início dos sintomas ocorreu um mês após o parto em 54% das mulheres, entre o segundo e o quarto mês de pós-parto em 40% e iniciou-se entre o quinto e decimo segundo mês após o parto em 6% das mulheres³⁷.

Em suma, não há consenso sobre o que constitui o período pós-parto para os objetivos de pesquisa em DPP, e é provável que diferentes prazos sejam usados para diferentes propósitos. Por exemplo, períodos mais curtos podem ser usados para estudos biológicos, e períodos mais longos usados para estudos sociais e estudos de tratamento ou prevenção²⁴.

Deve-se sempre atentar para o diagnóstico diferencial entre a depressão pós-parto e outros diferentes distúrbios emocionais, como, por exemplo, a disforia pós-parto (*Blues*) e a psicose puerperal³⁸.

O Blues se apresenta com sintomas mais leves, que se iniciam nos primeiros 3-4 dias após o parto e não apresentam duração maior do que duas semanas. Além disso, não requer tratamento específico^{27, 39}. Já a psicose puerperal é a forma mais grave e mais rara, com uma prevalência de cerca de 0,1 – 0,2%. Pode iniciar-se nas primeiras 48 – 72h do puerpério e caracteriza-se pela presença de alucinações, requerendo hospitalização para tratamento específico na maior parte dos casos^{40, 41}.

O diagnóstico de DPP é, no entanto, muitas vezes perdido pela dificuldade de diferenciar os sintomas da DPP, tais como mudanças no sono, apetite e libido, dos sintomas do puerpério normal²⁵ se tornando um grande desafio que pode complicar sua identificação e retardar o tratamento²⁷.

Para uma melhor abordagem da saúde materna mental no período pós-natal, dispõem-se de métodos de avaliação inicial como a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)⁴², que é o instrumento específico e simplificado mais utilizado, mundialmente e no Brasil, para a avaliação inicial de quadros de DPP⁴³⁻⁴⁶.

Essa escala é composta por dez itens e suas opções de resposta variam de 0 a 3, conforme a presença e a intensidade dos sintomas. Dessa forma, o score pode ir de 0 a 30. Originalmente, os autores sugeriram que um score acima de 12 fosse utilizado para identificação de mulheres deprimidas⁴².

No Brasil, dois estudos realizaram a adaptação transcultural (ATC) da versão brasileira e sugeriram a utilização de diferentes pontos de corte para a identificação da DPP. No primeiro estudo, realizado em Brasília, o ponto de corte 11/12 foi identificado como sendo 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%⁴⁷. Já o segundo estudo, realizado na cidade de Pelotas, sugeriu o ponto de corte 9/10 para o rastreio de depressão pós parto e, além disso, identificou que o ponto de corte 10/11 seria apropriado para o rastreio de casos moderados a graves de DPP⁴⁸. A razão para o uso de menores pontos de corte se baseia no fato de que é melhor ter falso-positivo do que falso-negativo em um procedimento de avaliação em duas etapas⁴⁹.

3.2 Fatores de risco para depressão pós-parto

Diversos fatores são conhecidamente preditores de maior risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, ocorrendo diferenças em relação a força de associação com esse diagnóstico.

A presença de história pessoal de depressão, a presença de sintomas de ansiedade ou humor deprimido durante a gestação, e a ocorrência de eventos pessoais estressantes no último ano são fortes preditores de aumento do risco de desenvolvimento de DPP^{6, 27, 49-53}.

Sabe-se que mulheres com história positiva de depressão parecem ser mais susceptíveis às mudanças hormonais, aumentando o risco de desenvolvimento da DPP¹⁷. Alguns estudos relatam que 25 a 50% das mulheres que já tiveram DPP terão recorrência em uma próxima gestação^{54, 55}.

Dentro do contexto de eventos pessoais estressantes, o medo do parto aparece também como importante fator de risco, com relato de aumento de prevalência de DPP em cerca de três vezes entre mulheres sem história prévia de depressão⁵⁶.

Uma situação conjugal instável foi moderadamente associada a um maior risco de DPP^{51, 57}. Por outro lado, um adequado suporte familiar e conjugal durante a gestação foi considerado um importante fator de proteção²⁷.

Além desses, outras condições sociodemográficas como baixo nível socioeconômico^{7, 58}, menor escolaridade^{12, 26}, uso de drogas e tabagismo também influenciam a prevalência de depressão pós-parto²⁷. Assim como a presença de violência entre parceiros íntimos (VPI) e história de abuso físico e / ou sexual ao longo da vida¹⁵.

Embora alguns estudos tenham relatado altas taxas de DPP em mães adolescentes^{59, 60}, duas metanálises concluíram que a idade materna não é um fator de risco para DPP^{10, 26}. O número de partos prévios também não é fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, quando analisado isoladamente, porém ter duas ou mais crianças pode aumentar a possibilidade de DPP devido à maior carga psicológica gerada pelo maior número de filhos^{17, 61}.

Fatores obstétricos como complicações clínicas na gestação e no parto apresentaram um pequeno, mas significativo efeito no risco de desenvolvimento de DPP²⁷. Mulheres submetidas a cesariana de emergência apresentaram risco duas vezes maior de desenvolver depressão nas primeiras seis semanas após o parto⁶².

O aleitamento materno apresenta uma relação inversa com a depressão pós-parto, uma vez que a amamentação é associada a uma redução na taxa de DPP. Um estudo conduzido por Hamdan e Tamim, demonstrou que a amamentação durante os primeiros quatro meses pós parto reduziu o risco de DPP⁴⁹. No entanto, apesar de não ter sido estabelecida uma relação causal entre o aleitamento e a depressão pós-parto, a amamentação aumenta a interação entre mãe e bebê e, assim, pode afetar positivamente a saúde da mãe, melhorando seu bem-estar psicológico⁶³.

3.3 Relação com os agravos perinatais

A presença de complicações durante a gravidez e o parto atuando como preditores de risco para o desenvolvimento de DPP foi estudada por *Blom et al* em uma coorte com 4941 mulheres. Esse estudo holandês apresentou como

resultado um aumento do risco de DPP para pré-eclâmpsia, hospitalização durante a gestação, cesárea de emergência, suspeita de sofrimento fetal e internação hospitalar do bebê. Além disso, foi relatado que o risco de depressão pós-parto aumentou com um maior número de complicações perinatais. Já a presença de líquido amniótico meconial e o índice de Apgar no quinto minuto não se mostraram significativamente associados a DPP²⁹.

Uma análise de base populacional com 511.422 mulheres, realizado na Finlândia, também avaliou a relação entre desfechos perinatais desfavoráveis e a depressão pós-parto, separando-as por grupos com ou sem história prévia de DPP. Como resultado inicial, foi demonstrado um aumento da prevalência de depressão associada à prematuridade, baixo peso, óbito perinatal, baixo índice de Apgar no quinto minuto e malformação fetal, independentemente de uma história prévia de depressão, em comparação com mulheres sem depressão pós-parto. No entanto, após o ajuste para possíveis fatores de confundimento, apenas a prematuridade e malformação fetal congênita se mantiveram com associação estatisticamente significativa⁵⁶.

Dentro desse contexto, em uma revisão sistemática realizada em 2010, Vigod *et al.* relatou que mães de bebês prematuros tem um risco 40% maior de depressão, no período pós-parto imediato, do que mães de fetos a termo. E esse aumento do risco pode se estender durante todo o primeiro ano pós-natal para mães de bebês com extremo baixo peso¹⁹.

A prematuridade também foi estudada por Gulamani *et al.* (2013), seu trabalho encontrou uma diferença significativa ($p < 0,01$) na taxa de DPP com seis semanas de pós-parto entre mães de filhos a termo (15,3%) e mães de filhos pré-termo (35,3%)¹⁸.

De forma similar, mães de recém natos com extremo baixo peso apresentaram um risco 4 a 18 vezes maior de desenvolver DPP, comparados com mães de bebês a termo³⁰. Além disso, os efeitos de uma doença mental materna gerando dificuldades no desenvolvimento infantil também já foi identificado especificamente em bebês com baixo peso e extremo baixo peso⁶⁴⁻⁶⁶.

Estudos também documentam taxas mais altas de depressão pós-parto entre mães de bebês de Unidade de Terapia Intensiva em comparação com bebês saudáveis, com estimativas de prevalência variando entre 28% e 70%⁹.

Da mesma forma, evidências sugerem que mães de crianças com malformações apresentam maior risco de desenvolver sintomas depressivos⁶⁷. Um achado importante foi que as mães que receberam o diagnóstico de fenda lábio palatina durante o pré-natal e que tiveram um bom acompanhamento, apresentaram menor risco de DPP em comparação com as pacientes que desconheciam o diagnóstico previamente ou que não tiveram acompanhamento pré-natal adequado⁶⁸.

4. Hipótese

A exposição aos agravos perinatais pode afetar a capacidade de adaptação da mulher à maternidade no período pós-parto, favorecendo o aparecimento da DPP.

5. Objetivos

5.1 Objetivo geral

O objetivo geral desse estudo é avaliar a relação entre a presença de agravos perinatais e o desenvolvimento de DPP.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar quais agravos perinatais têm relação significativa com a DPP;
- Analisar se existe um gradiente na relação entre os agravos perinatais e a DPP, ou seja, se o acúmulo desses eventos perinatais adversos traria um risco progressivamente maior de DPP;
- Averiguar a existência de fator modificador de efeito para a relação entre os desfechos perinatais e a DPP;

6. Materiais e Métodos

6.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo analítico transversal, cujos dados são análises secundárias do estudo intitulado “PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO ENTRE MULHERES ASSISTIDAS NO AMBULATÓRIO DE PÓS-NATAL DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – FIOCRUZ” (CAAE: 0040.0.008.000-10)

6.2 Local de estudo

Os dados foram colhidos no Ambulatório de Pós-Natal do Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz. A escolha do local do estudo baseou-se no fato de que essa instituição é referência para gestações de alto-risco fetal, incluindo agravos como malformações fetais, prematuridade e crescimento intrauterino restrito, facilitando o estudo da relação destes agravos com a depressão pós-parto.

6.3 Amostra

A população de estudo foi composta por mulheres que tiveram o parto no IFF e que estavam agendadas para a consulta rotineira de revisão, no ambulatório de pós-natal, realizada entre 6 e 8 semanas pós-parto, no período entre 8 de fevereiro e 10 de julho de 2011.

Objetivando reduzir a possibilidade de viés de seleção, foi realizada uma busca ativa de todas as mulheres que tiveram o parto na instituição e não compareceram à consulta puerperal, uma vez 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. Essa busca ativa foi realizada da seguinte forma: Primeiramente as pacientes foram contatadas por telefone para confirmar a consulta e reiterar sua importância. Quando a paciente alegava algum motivo que impedisse o comparecimento, uma data alternativa de sua conveniência era oferecida. Se, mesmo assim, a puérpera, deixasse de comparecer a consulta, um novo contato telefônico era feito e uma terceira data definida. Ocorrendo uma nova ausência, era realizado um contato telefônico adicional com dois objetivos: oferecer mais uma nova data de consulta e solicitar à mulher que respondesse ao questionário da pesquisa no momento da ligação.

Foi definido como critério de exclusão: mulheres que não haviam parido na instituição.

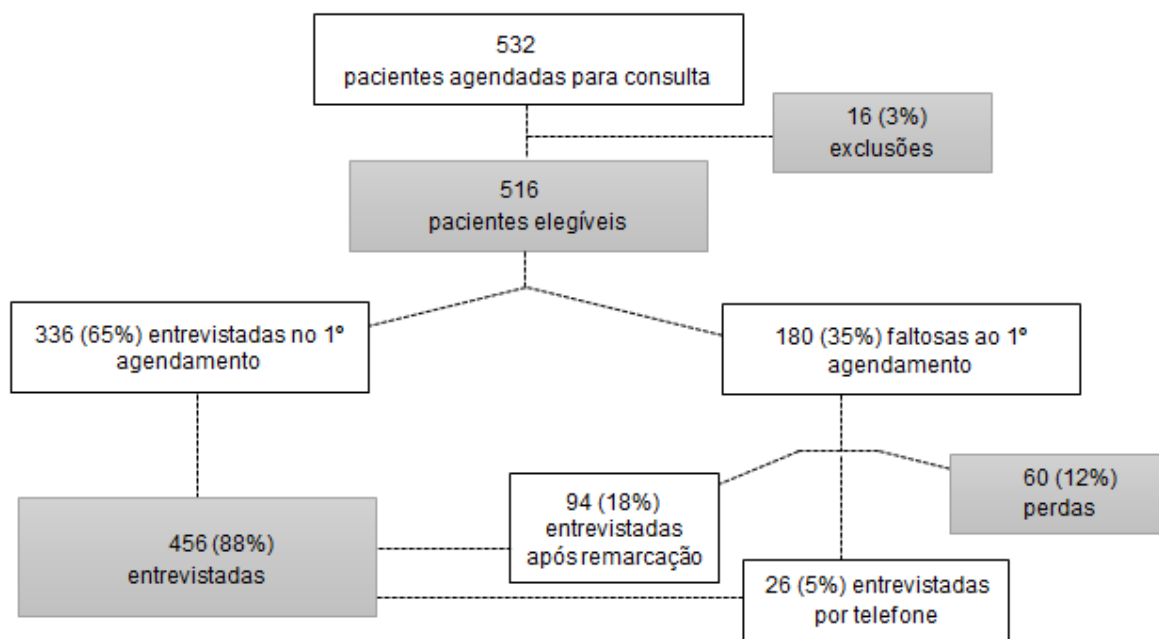


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das participantes do estudo.

6.4 Coleta de registro de dados

As entrevistas foram realizadas por 9 profissionais da área de saúde e do Departamento de Obstetrícia do IFF (FIOCRUZ), do sexo feminino, e por uma entrevistadora contratada, que foram previamente treinadas para a participação na pesquisa. As informações foram obtidas através da utilização de um questionário padronizado (Anexo 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. A participação anônima e voluntária foi assegurada através da leitura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C), oferecido a todas as participantes antes da entrevista.

Todas as etapas do procedimento tiveram identificação específica para assegurar o anonimato dos pacientes estudados.

O armazenamento dos dados foi realizado no programa EpiInfo 6.04. Cada variável teve seus valores apreciados, assim como o perfil dos dados ausentes. Desvios não esperados de valores foram detectados através da comparação entre os valores dos pares de variáveis e do exame da distribuição de cada variável. A limpeza dos dados incluiu a consulta dos questionários originais e correção dos erros de digitação.

6.5 Modelo teórico

Baseado na hipótese central desse estudo e, de acordo com os fatores de risco para DPP conhecidos de estudos anteriores e disponíveis no momento do estudo, foi proposto um modelo operacional que englobe a maior parte das covariáveis relevantes para o estudo da relação entre os agravos perinatais e a DPP, e que serviu de base para a realização das análises estatísticas.

Esse diagrama ilustrado (Figura 2) contém as variáveis associadas tanto a exposição (Agravos perinatais) como ao desfecho (DPP) que podem representar possíveis fatores de confusão. A alocação no diagrama foi realizada de acordo com as relações descritas na literatura e de acordo com uma ordem cronológica de ocorrência dos eventos.

O modelo é composto por 4 níveis. No primeiro nível está a dimensão das características sociodemográficas (idade, situação conjugal, raça materna, nível econômico, escolaridade materna e número de gestações)^{12, 27, 60, 69-73}, que podem atuar como antecedentes dos eventos dos níveis seguintes. No

segundo nível encontram-se as dimensões de histórico psiquiátrico^{4, 6, 26, 27, 74}, hábitos de vida, que inclui o uso de álcool pela gestante e pelo parceiro⁷⁵ e a dimensão dos fatores estressantes na gestação, que inclui eventos traumáticos prévios^{72, 76}, VPI⁷⁷ e medo do parto, que podem atuar como precedentes dos agravos perinatais e da depressão pós-parto. O terceiro nível, podendo atuar como precedente da DPP, é representado pelos agravos perinatais^{9, 29, 78}.

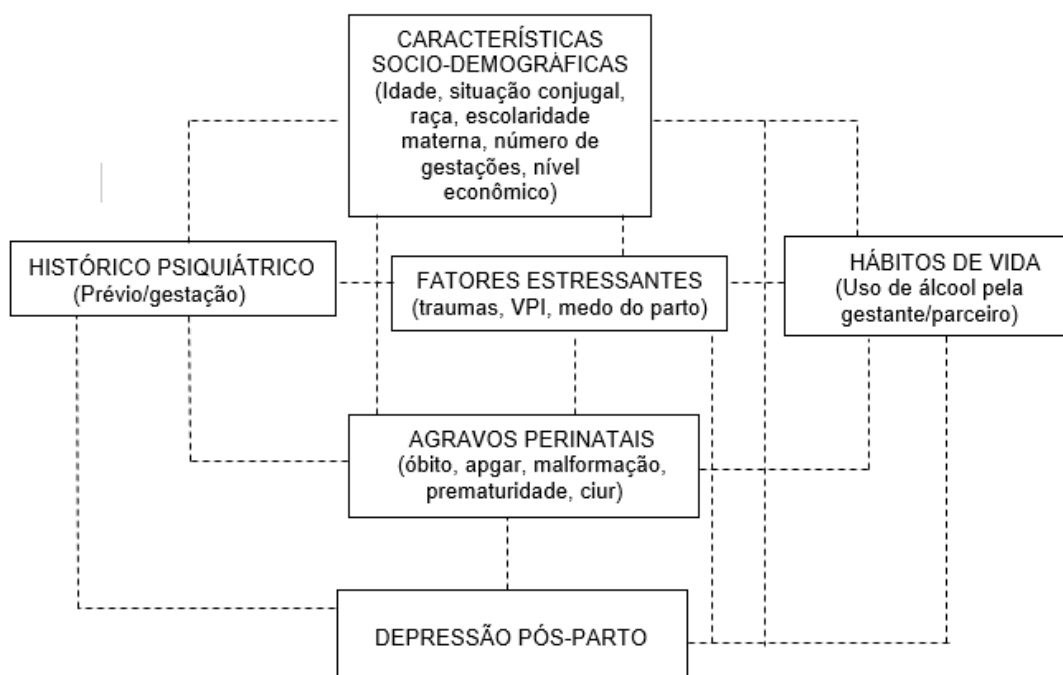


Figura 2 – Modelo operacional propositivo

6.6 Variáveis e medidas

A presença de DPP foi investigada através de um instrumento simplificado, denominado Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), preenchido pelos profissionais de saúde. Foi utilizada a versão em português, adaptada para uso no Brasil por Santos *et al.* (1999)⁷⁹ (Anexo A) O ponto de corte utilizado foi maior ou igual a 12. Em seguida, os casos identificados como DPP foram referenciados para um especialista em saúde mental para confirmação diagnóstica e implementação de terapêutica.

A presença ou não de agravos perinatais (variável de exposição central), foi confirmada através de consulta ao prontuário materno e da criança. Os agravos pesquisados foram: natimorto/neomorto ou morte infantil (óbito perinatal); prematuridade (idade gestacional no parto inferior a 37 semanas); CIUR (peso fetal estimado abaixo do p10 para idade gestacional); malformação congênita identificada ao nascimento e baixo índice de Apgar no primeiro minuto de vida (menor ou igual a 7). Essa dimensão foi representada por uma variável ordinal composta que englobou as variáveis dicotômicas descritas acima. Além da análise individual de cada agravo, um escore total, com variação de 0 a 5, também foi utilizado no processo de modelagem.

A caracterização das condições demográficas e reprodutivas maternas foi realizada 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 – estratificada em quatro níveis: 1º grau incompleto ; 1º grau completo ou 2º grau incompleto ; 2º grau completo/ 3º grau incompleto ou completo.
- Número de gestações - o número de gestações prévias (incluindo a gestação índice) foi obtido por meio do relato materno e categorizado em três níveis (1, 2, 3 ou mais), tanto para fins descritivos quanto para a utilização nas análises principais.
- Idade materna – caracterizada pela idade (anos) da mãe na data da entrevista, estratificada em faixas etárias (< 20 anos; 20 – 35 anos; > 35 anos).
- Raça materna - definida segundo a percepção da própria entrevistada (branca, parda e negra) e analisada como uma variável dicotômica (negra, outras).
- Nível econômico: baseado no Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) que tem a função de estimar o poder de compra das pessoas através de informações como o escore da posse de bens duráveis/consumo no domicílio. Esse indicador foi estratificado em tercís para a análise.

O histórico psiquiátrico pessoal foi obtido através do relato do uso de tranquilizante nos últimos 12 meses e/ou pelo relato de diagnósticos de psicopatologias ocorridos antes ou durante a gestação índice. A variável foi consolidada de forma dicotômica, pelo menos um relato positivo sendo suficiente para indicar um histórico psiquiátrico positivo. A informação sobre o uso de tranquilizantes foi obtida por meio de uma questão específica do instrumento Non-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ).

O mau uso de álcool pela mulher e seu companheiro foi avaliado através de dois instrumentos:

- TWEAK [(T)Tolerance; (W)Worried; (E)Eye-opener; (A)Amnesia; (K)Cut-down] – avaliou o abuso atual de álcool pelas mulheres. O TWEAK é um instrumento especificamente desenvolvido para a utilização entre gestantes⁸⁰, que foi adaptado para uso no Brasil⁸¹, e que consiste em cinco itens.
- CAGE [(C) Cut-down; (A) Annoyed; (G) Guilty; (E) Eye-opener] – avaliou o abuso atual de álcool pelo companheiro. Esse é um instrumento simples, de fácil aplicação e amplamente utilizado⁸², também com adaptação para uso no Brasil⁸¹.

Nos dois instrumentos, o mau uso de álcool foi caracterizado por duas ou mais respostas positivas, para fins descritivos. Ambas as variáveis foram modeladas de forma ordinal, considerando os escores totais.

Na dimensão dos eventos estressantes foram avaliadas a ocorrência de eventos traumáticos prévios, a violência por parceiro íntimo (VPI) física e psicológica e o medo do parto.

- Os antecedentes de eventos traumáticos foram aferidos através do instrumento Trauma History Questionnaire (THQ), em sua versão disponível para uso no Brasil⁸³. Essa escala é composta por 26 questões as quais abordam eventos relacionados a crimes, desastres em geral, e traumas e atos de violências interpessoais físicas ou sexuais. Na análise desse estudo não foram considerados os itens referentes às questões de violência física e sexual, uma vez que esses foram avaliados dentro da análise de VPI.

Esse indicador foi categorizado em três níveis (nenhum evento, 1 a 3 eventos, 4 ou mais eventos), tanto para fins descritivos quanto para a utilização nas análises principais.

- A identificação da VPI foi realizada através do instrumento Revised Conflict Tactics Scale (CTS2), em sua versão brasileira⁸⁴. Essa é uma ferramenta multidimensional, específica para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação íntima, namoro ou casamento. 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 das questões. Por questões operacionais, na coleta dos dados foi utilizada uma versão reduzida do instrumento, a qual contempla as subescalas de negociação, violência psicológica e física, essas duas últimas apenas em relação aos atos perpetrados contra a mulher. Para análise, consideramos a presença de pelo menos um item como positivo nas escalas de violência física e psicológica, que foram analisadas separadamente.

6.7 Análise estatística

Primeiramente, utilizando modelos de regressão logística simples, realizamos o estudo da variável de exposição central através de análises bivariadas, nas quais examinamos a relação de cada agravo perinatal com a depressão pós-parto, buscando identificar aqueles que apresentaram associação significativa ($p < 0,20$) com o desfecho. Nessa etapa também

testamos uma categorização em escore dos agravos (0, 1, 2, 3, 4 e 5) em relação ao desfecho final.

A seguir, através de modelos de regressão logística simples e múltipla, realizamos o estudo das covariáveis pertencentes às outras quatro dimensões descritas no modelo acima (características sociodemográficas, hábitos de vida, fatores estressantes e histórico psiquiátrico). Como exemplo, em relação a dimensão das características sociodemográficas, as variáveis idade, raça, escolaridade, nível econômico, situação conjugal e escolaridade foram, inicialmente, analisadas individualmente em relação à DPP. As que se mostraram significativas foram mantidas no modelo e analisadas em conjunto em relação ao desfecho final, de forma que se mantiveram, dentro de cada dimensão, apenas as covariáveis que apresentaram significância estatística.

A etapa final de análise, foi realizada através de modelos de regressão logística múltipla, a partir de subetapas com modelos de complexidade crescente, no qual incluímos de forma progressiva, da esquerda para direita (distal para proximal), cada dimensão de covariáveis, tendo como base o diagrama representando na Figura 2. Dessa forma, na primeira subetapa estava a dimensão dos agravos perinatais (escore dos agravos) e a DPP, na segunda subetapa, acrescentamos a dimensão características sociodemográficas. Na terceira, e última, subetapa foram acrescentadas as dimensões relativas aos hábitos de vida, fatores estressantes na gestação e histórico psiquiátrico pessoal. Dessa forma, ao final todas as dimensões e variáveis, significativamente associadas, estavam representadas.

7. Considerações Éticas

Esse estudo teve sua execução baseada nos princípios da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira (CAAE: 04717818.5.0000.5269)

8. Resultados

A amostra descrita acima foi composta por 456 mulheres, na qual foi obtida uma prevalência geral de DPP de 24,8% (113 mulheres - IC 95% 20,8-29%).

Como descrito na Tabela 1, que relata as características da dimensão sociodemográfica, a amostra foi composta em sua maioria por puérperas que apresentavam idade entre 20 e 35 anos (60,7%), primíparas (44,3%), com até o 2º grau incompleto (53%), que referiram estar em um relacionamento estável (85,7%) e que não se declararam negras (84,7%).

Após a realização da análise bivariada, as variáveis raça materna, escolaridade, número de gestações e o índice econômico demonstraram influenciar significativamente (p -valor $<0,20$) a prevalência de DPP, podendo atuar como variáveis confundidoras na relação entre os agravos perinatais e a depressão pós-parto. Já a idade materna e a situação conjugal não apresentaram relação estatisticamente significativa (Tabela 1).

Na dimensão relacionada ao histórico psiquiátrico pessoal, seja prévio ou na gestação, cerca de 1 em cada 6 entrevistadas apresentou história positiva. Considerando a dimensão relativa aos eventos estressantes, mais de 90% das mulheres relatou ao menos um evento traumático prévio e mais da metade (64,5%) das entrevistadas relataram ter medo do parto. A positividade para VPI física foi identificada em 23,3% das puérperas enquanto 72,6% das mulheres relataram terem sofrido VPI psicológica (Tabela 2).

Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas e reprodutivas da população estudada e a prevalência de depressão pós-parto (DPP), por subgrupo.

Variáveis	Distribuição			DPP		p-valor
	N	%	(95% CI)	%	(95% CI)	
Idade						
< 20 anos	128	28.1	(24.1-32.4)	25	(18.2-33.3)	0.696
20 a 35 anos	277	60.7	(56.2-65.1)	23.8	(19.1-29.2)	
> 35 anos	51	11.2	(0.8-14.4)	29.4	(18.4-43.4)	
Raça maternal						
Negra	70	15.3	(12.3-18.9)	31.4	(21.6-43.3)	0.163
Outras	386	84.7	(81.2-87.7)	23.6	(20.3-26.8)	
Escolaridade maternal						
1º grau incompleto	89	19.5	(16.1-23.4)	31.5	(22.6-41.8)	0.079
1º grau completo ou 2º grau incompleto	153	33.5	(29.3-38.0)	26.1	(19.7-33.7)	
2º grau completo	158	34.7	(30.4-39.1)	22.8	(16.8-30.0)	
3º grau incompleto ou completo	56	12.3	(9.5-15.6)	16.1	(8.5-28.3)	
Número de gestações						
1	202	44.3	(39.7-48.9)	23.3	(17.9-29.6)	0.094
2	123	27.0	(23-31.2.0)	21.9	(15.4-30.1)	
3 ou mais	131	28.7	(24.7-33.0)	29.8	(22.5-38.1)	
Situação conjugal estável						
Sim	391	85.7	(82.2-88.7)	24.5	(20.5-29.1)	0.782
Não	65	14.3	(11.3-17.7)	26.1	(16.8-38.2)	
Status econômico (CCEB)^a						
1º tercil	165	36.2	(31.8-40.7)	32.7	(25.9-40.2)	<0.001
2º tercil	135	29.6	(25.5-33.9)	25.9	(19.1-34.0)	
3º tercil	156	34.2	(29.9-38.7)	15.3	(10.5-21.9)	

^a CCEB (Critério de classificação econômica Brasil) - a função de estimar o poder de compra das pessoas através de informações como o escore da posse de bens duráveis/consumo no domicílio. Esse indicador foi estratificado em tercís para a análise.

Considerando a dimensão dos hábitos de vida relatados pelas puérperas, o mau uso de álcool pela gestante foi presente em menos da metade (39,8%) da amostra e o mau uso de álcool pelo companheiro foi relatado por cerca de 20% das mulheres entrevistadas (Tabela 2).

Após a realização da análise bivariada, o medo do parto, a presença de VPI física e psicológica e a história de trauma se relacionaram de forma significativa com a prevalência de DPP. De forma similar, o mau uso de álcool pela mulher ou pelo parceiro e o histórico psiquiátrico pessoal apresentaram evidência significativa de relação com o aumento da prevalência de DPP (Tabela 2).

Em relação aos agravos perinatais (Tabela 3), cerca de 1 em cada 4 puérperas teve parto prematuro, proporção similar às mães que tiveram filhos com Apgar menor do que 7 no primeiro minuto. Além disso, 16,9% tiveram filho com CIUR e 28,1% tiveram filho com malformação congênita. O percentual de óbito perinatal, incluindo natimorto, neomorto e morte infantil foi de 16%.

A análise bivariada da relação entre cada agravo perinatal e a DPP (Tabela 3) mostrou que, apesar de uma discreta maior prevalência de DPP no subgrupo com CIUR (27,2%) em relação ao subgrupo sem CIUR (24,2%), não houve diferença estatisticamente significativa na relação entre CIUR e DPP. A prevalência de DPP também se apresentou maior na presença de prematuridade (30%) e apgar <7 (30,2%), no entanto com uma significância estatística limítrofe.

Tabela 2 - História de trauma, ocorrência de eventos estressantes e hábitos de vida da população estudada e a frequência de depressão pós-parto (DPP), por subgrupo.

Variáveis	Distribuição			DPP		p-valor
	N	%	(95% CI)	%	(95% CI)	
História de Trauma						
Nenhum evento	9	2.0	(1.0-3.7)	0.0	-----	
Um a três eventos	209	45.8	(41.2-50.4)	15.8	(11.4-21.4)	<0.001
Quatro ou mais eventos	238	52.2	(47.5-56.7)	33.6	(27.8-39.8)	
Histórico Psiquiátrico						
Negativo	387	84.9	(81.2-7.8)	20.7	(16.9-25.0)	<0.001
Positivo	69	15.1	(12.1-8.7)	47.8	(36.2-59.6)	
Mau uso de álcool (gestante)						
Negativo	274	60.2	(55.6-4.6)	21.5	(17.0-26.8)	0.046
Positivo	181	39.8	(35.3-4.3)	29.8	(23.5-36.9)	
Mau uso de álcool (parceiro)						
Negativo	365	80.9	(77.0-4.3)	21.9	(17.9-26.4)	0.007
Positivo	86	19.1	(15.6-2.9)	36.1	(26.5-46.7)	
Medo do parto						
Negativo	162	35.5	(31.2-0.0)	16.6	(11.6-23.2)	0.003
Positivo	294	64.5	(59.9-8.7)	29.2	(24.3-34.7)	
VPI física						
Negativo	350	76.7	(72.6-0.4)	20.5	(16.6-25.1)	0.018
Positivo	106	23.3	(19.5-7.3)	38.6	(29.8-48.3)	
VPI psicológica						
Negativo	125	27.4	(23.4-1.7)	10.4	(6.1-17.1)	0.001
Positivo	331	72.6	(68.2-6.5)	30.2	(25.4-35.4)	

Tabela 3 - Agravos perinatais individualizados e escore total de agravos da população estudada e a frequência de depressão pós-parto (DPP), por subgrupo

Variáveis	Distribuição			DPP		p-value
	N	%	(95% CI)	%	(95% CI)	
Óbito perinatal						
Não	383	84.0	(80.3-87.0)	22.9	(19.0-27.4)	0.043
Sim	73	16.0	(12.9-19.6)	34.2	(24.2-45.9)	
Apgar <7						
Não	337	73.9	(69.6-77.7)	22.8	(18.6-27.6)	0.109
Sim	119	26.1	(22.2-30.3)	30.2	(22.6-39.1)	
Malformação congênita						
Não	328	71.9	(67.6-75.8)	20.7	(16.6-25.4)	0.002
Sim	128	28.1	(24.1-32.3)	35.1	(27.3-43.8)	
Prematuridade						
Não	326	71.4	(67.1-75.4)	22.7	(18.4-27.5)	0.104
Sim	130	28.5	(24.5-32.8)	30.0	(22.7-38.4)	
CIUR						
Não	379	83.1	(79.3-86.2)	24.2	(20.2-28.8)	0.579
Sim	77	16.9	(13.7-20.6)	27.2	(18.4-38.3)	
Escore de Agravos						
Nenhum	202	44.3	(39.7-48.9)	18.8	(13.9-24.8)	0.003
Um	125	27.4	(23.4-31.7)	24.0	(17.2-32.3)	
Dois	50	11.0	(8.4-14.2)	32.0	(20.4-46.2)	
Três	25	5.5	(3.7-7.9)	52.0	(32.6-70.7)	
Quatro	43	9.4	(7.1-12.4)	34.8	(22.0-50.3)	
Cinco	11	2.4	(1.3-4.3)	9.0	(1.1-46.4)	

Na presença de óbito perinatal, o percentual das mulheres entrevistadas que apresentaram DPP foi maior do que na ausência dessa variável, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

De forma similar, quando comparados os subgrupos com e sem malformação congênita, a análise bivariada mostrou diferença estatisticamente

significativa na prevalência da DPP no subgrupo com malformação congênita em relação ao subgrupo sem malformação congênita.

Na tabela 3 também está descrita a relação entre o escore dos agravos perinatais e a prevalência de DPP, evidenciando que o acúmulo de eventos perinatais (nenhum a 3) influenciou significativamente no aumento do percentual de depressão.

A tabela 4 representa a análise multivariada realizada através de modelos de complexidade crescente, conforme descrito na subseção de análise estatística.

O modelo I representa a estimativa da relação (Odds Ratio – OR) entre o escore dos agravos perinatais e a depressão pós-parto, com um resultado encontrado de 1,22 (IC 95% 1,05-1,40). No modelo II foram acrescentadas as covariáveis significativas (raça, escolaridade, número de gestações e índice econômico) da dimensão das características socio-demográficas, resultando em um OR de 1,21 (IC 95% 1,04 – 1,40).

E, por fim, todas as covariáveis das dimensões do histórico psiquiátrico, hábitos de vida e fatores estressantes, que se mostraram significativas foram adicionadas ao modelo III.

Como resultado, mesmo após as duas etapas de desconfundimento, a presença dos agravos perinatais se manteve associada ao aumento da prevalência de DPP, com um OR de 1,20 (IC 95% 1,02-1,42) e esse resultado se mostrou estatisticamente significativo (p-valor = 0,025).

Tabela 4 - Análise multivariada, através de modelos de complexidade crescente, da relação entre a presença de agravos perinatais e depressão pós-parto (DPP).

		<u>Modelo I</u>	<u>Modelo II</u>	<u>Modelo III</u>
		OR ^a (CI 95%)	OR (CI 95%)	OR (CI 95%)
	DPP			
	Não	1.0 (reference)	1.0 (reference)	1.0 (reference)
	Sim	1.22 (1.05 – 1.40)	1.21 (1.04 – 1.40)	1.20 (1.02 – 1.42)

Modelo I – relação entre o escore dos agravos perinatais e a DPP.

Modelo II - como o Modelo I, mais as variáveis socioeconômicas, demográficas e reprodutivas.

Modelo III – como o Modelo II, mais as variáveis do histórico psiquiátrico, hábitos de vida e fatores estressantes.

^a OR - Odds Ratio

9. Discussão

Este estudo contribui para o conhecimento sobre a DPP e suas causas, dando ênfase à sua relação com os agravos perinatais. Como resultado, foi demonstrado que a associação positiva entre a ocorrência de agravos perinatais e o desenvolvimento de DPP permanece mesmo após a introdução, no modelo, de possíveis variáveis de confundimento, que apresentaram relação estatisticamente significativa com a DPP, tais como raça, índice econômico, histórico psiquiátrico, VPI, medo do parto e mau uso de álcool. Esse achado é consistente com estudos anteriores que também relataram a relação entre eventos perinatais adversos e uma maior prevalência de DPP^{18, 19, 30, 56, 61, 68, 85, 86}.

Um achado importante desse estudo foi que o acúmulo de eventos perinatais adversos trouxe um risco progressivamente maior de depressão pós-parto, fortalecendo a relação causal entre essas duas variáveis, evidenciando que quanto maior a gravidade perinatal do recém-nato maior o risco de depressão. Blom *et al.* (2010)²⁹ em sua coorte também demonstrou que o risco de DPP aumentou conforme o número de complicações perinatais que as mulheres experimentaram, no entanto, em sua análise, também foram incluídas complicações obstétricas, tais como pré-eclâmpsia; hospitalização durante a gestação; tipo e local do parto e não apenas os agravos perinatais relacionados ao bebê. Em nossa amostra, essa tendência de aumento progressivo não se manteve quando atingimos quatro e/ou cinco agravos, essa queda pode ser

explicada pelo número pequeno de mulheres nesse subgrupo, o que não permite uma análise mais clara da gravidade nesse ponto do escore.

A associação entre a ocorrência de agravos perinatais e a DPP pode ser explicados por diversos mecanismos. Primeiramente, podemos considerar os fatores psicológicos inerentes à um parto complicado por sofrimento fetal ou ao nascimento de um bebê prematuro ou malformado, que podem resultar em expectativas frustradas e sentimentos de falha, afetando a capacidade da mulher de adaptação ao puerpério e gerando sintomas depressivos^{29, 87}. Além disso, a saúde física também pode ser afetada em mulheres que tiveram um parto complicado, que podem experimentar mais dor, cansaço e limitações no período pós-parto. Essa maior morbidade física pode resultar em taxas mais altas de DPP⁸⁸. Por fim, fatores hormonais também podem estar relacionados, uma vez que a diminuição da serotonina, que ocorre em situações de estresse, está relacionada ao aumento da DPP⁷.

Os resultados deste estudo devem ser vistos à luz de sua robustez e limitações. No lado positivo está a realização de uma análise de dados multivariada, baseada em um modelo teórico abrangente funcionando como um guia para controlar potenciais confundidores importantes, fortalecendo a validade dos resultados. Também destaca-se como fator positivo o grande número de participantes na amostra. Além disso, tanto a exposição de interesse quanto as co-variáveis foram avaliadas através de instrumentos adequados, amplamente utilizados nas pesquisas epidemiológicas nacionais e internacionais e adaptados para uso no Brasil, garantindo a qualidade das informações coletadas.

O fator limitante a ser considerado é o fato de ser um estudo de base transversal, o que poderia influenciar na análise dos agravos perinatais como fator causal da depressão pós-parto. Consideramos que não há plausibilidade ao inferir que a exposição poderia preceder o resultado quando analisamos a relação entre malformação e DPP, ou seja, não há estudos evidenciando que a presença de depressão prévia ou durante a gestação poderia cursar com alguma malformação fetal. No entanto, ao analisarmos os outros agravos perinatais estudados, como a prematuridade, CIUR e óbito perinatal, poderia haver perdas em tratar essa relação como causal. Meltzer-Brody *et al.* (2014)⁴ demonstrou que mulheres com depressão antenatal são menos participantes em práticas recomendadas de cuidados pré-natais e correm maior risco de se engajar em comportamentos de saúde de risco, como tabagismo e uso de substâncias na gravidez, aumentando assim o risco de desfechos obstétricos adversos, incluindo parto pré-termo e baixo peso ao nascer⁴. A fim de mitigar esse problema, durante nossa análise, foi controlada a presença de história prévia de depressão antes ou durante a gestação, como possível fator confundidor. No entanto, reconhecemos que alguns casos de depressão prévia ou durante a gestação podem não ter sido diagnosticados durante o pré-natal, sendo diagnosticadas apenas durante o período pós-parto.

Outro ponto relevante para o debate diz respeito à validade externa dos resultados, uma vez que a população assistida no IFF apresenta características peculiares à uma instituição de referência para alto risco fetal. Dessa forma, a generalização para unidades básicas, com predomínio de gestações de baixo risco materno-fetal, pode ser prejudicada.

Por fim, os presentes resultados reforçam a importância de uma avaliação global da mulher durante o pré-natal e o período pós-parto, focando tanto na parte obstétrica quanto na saúde mental, visto que a depressão pós-parto, que é a complicação de saúde mental mais comum desse período⁴⁴, está associada a uma série de possíveis consequências adversas para as mulheres e seus filhos⁸⁹. Além disso, ressalta-se a importância de sua identificação precoce⁹⁰, auxiliada pelo reconhecimento dos fatores de risco de desenvolvimento da DPP. Dessa forma, corrobora-se a relevância do conhecimento dos agravos perinatais que podem atuar aumentando a chance de desenvolver depressão pós-parto, facilitando o diagnóstico precoce e minimizando seus efeitos sobre as mulheres e sua família.

10. Conclusão

A presença de agravos perinatais atuou aumentando a chance de desenvolvimento de DPP, e essa relação positiva permaneceu mesmo após a introdução, no modelo, de possíveis variáveis de confundimento. Além disso, foi demonstrado que o acúmulo de eventos perinatais adversos resultou em um risco progressivamente maior de depressão pós-parto. Quando analisados isoladamente, a prevalência de DPP se apresentou maior na presença de prematuridade, CIUR, Apgar <7, malformação fetal e na ocorrência de óbito perinatal, no entanto, essa diferença se mostrou estatisticamente significativa apenas na presença de malformação fetal e óbito perinatal.

Apesar da alta prevalência da DPP demonstrada neste e em outros estudos reforçar a sua importância como questão de saúde pública, ela continua sendo muitas vezes subdiagnosticada ou até mesmo negligenciada durante o pré-natal e pós-parto. A identificação dos agravos perinatais atuando como fatores de aumento da chance de desenvolvimento de depressão pós-parto, assim como a identificação de outros fatores de risco já bem estabelecidos, pode auxiliar na assistência a essas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, buscando um possível diagnóstico e intervenção precoce, visando uma melhora na qualidade de vida e diminuição das possíveis consequências para elas e suas famílias.

11. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases [Internet]. 2012 [citado 2 de julho de 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf>
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. Howard LM, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. *The Lancet*. 2014;384(9956):1723–1724.
4. Meltzer-Brody S, Stuebe A. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):49–60.
5. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 2005;88(1):9–18.
6. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3–12.
7. Paschetta E, Berrisford G, Coccia F, Whitmore J, Wood AG, Pretlove S, et al. Perinatal psychiatric disorders: an overview. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(6):501–509.e6.
8. Field T. Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behav Dev*. 2010;33(1):1.
9. Gillaspay S, Tahirkheli N, Cherry A, McCaffree MA, Tackett A. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2014;975.
10. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8(1):37–54.
11. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014;215(2):341–6.
12. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJD. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(3):274-80.

13. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1):65-70.
14. Mosso FT, Volpi FCL, Scalise DV, Molina MAS, Ramos ERP. Prevalência de depressão pós-parto em puérperas de Maringá. *Rev Saud Pesq*. 2008;1(3):251-57.
15. Viguera A. Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 25 de abril de 2018].
16. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. The extent of post-partum depression in Brazil: a systematic review. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2011;11(4):369–79.
17. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*. 2017;6:60–60.
18. Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam SI. A Review of Postpartum Depression, Preterm Birth, and Culture. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2013;27(1):52–9.
19. Vigod S, Villegas L, Dennis C-L, Ross L. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2010;117(5):540–50.
20. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016;77:153–66.
21. Gurung B, Jackson LJ, Monahan M, Butterworth R, Roberts TE. Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:179.
22. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum Depression: A Review. *J Health Care Poor Underserved*. 2012;23(2):534–42.
23. Tahirkheli NN, Cherry AS, Tackett AP, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2014;6:975–87.
24. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9(1):379–407.
25. Committee Opinion No. 630: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. 2015;125(5):1268–71.

26. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275–85.
27. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289–95.
28. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5–14.
29. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VWV, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2010;117(11):1390–8.
30. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, Ehrhardt S, Hendel A, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord*. 2015;180:154–61.
31. Gold KJ, Johnson TRB. Mothers at Risk: Maternal Mental Health Outcomes After Perinatal Death. *Obstet Gynecol*. 2014;123:6S.
32. Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry*. 1968;114(516):1325–1335.
33. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.
34. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. 1998. Porto Alegre: Artes Médicas. 105 p.
35. Elliott S. Report on the Satra Bruk workshop on classification of postnatal mental disorders on November 7-10, 1999, convened by Birgitta Wickberg, Philip Hwang and John Cox with the support of Allmanna Barnhuset represented by Marina Gronros. *Arch Womens Ment Health*. 2000;3:27–33.
36. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005 Feb;(119):1-8.
37. Altemus M, Neeb CC, Davis A, Occhiogrosso M, Nguyen T, Bleiberg KL. Phenotypic differences between pregnancy-onset and postpartum-onset major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(12):e1485-1491.

38. Zaers S, Waschke M, Ehlert U. Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008;29(1):61–71.
39. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol*. 1984;93(2):158–71.
40. Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(7):829–33.
41. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1987;150:662–73.
42. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1987;150:782–6.
43. Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. *Am Fam Physician*. 2010;82(8):926–933.
44. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. Solomon CG, organizador. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177–86.
45. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*. 2001;55(2):113–7.
46. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Women's Ment Health*. 2005;8(2):89–95.
47. Santos MF dos, Martins FC, Pasqual L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín São Paulo*. 1999;26(2):90–5.
48. 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;23:2577–2588.
49. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):125–33.
50. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström C-M, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2002;99(2):223–8.

51. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. *Compr Psychiatry*. 2011;52(4):343–51.
52. Mersky JP, Janczewski CE. Adverse Childhood Experiences and Postpartum Depression in Home Visiting Programs: Prevalence, Association, and Mediating Mechanisms. *Matern Child Health J*. 2018;22:1051.
53. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord*. 2008;108(1):147–57.
54. Cooper PJ, Murray L. Course and Recurrence of Postnatal Depression: Evidence for the Specificity of the Diagnostic Concept. *Br J Psychiatry*. 1995;166(2):191–5.
55. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry*. 2004;161(7):1290–2.
56. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*. 2013;3(11):e004047.
57. Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*. 2000;6(4):349–54.
58. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*. 2014;384(9956):1775–1788.
59. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Chen L, Holleb LJ, Stevens J, et al. Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. *Child Abuse Negl*. 2009;33(3):127–38.
60. Deal LW, Holt VL. Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health*. 1998;88(2):266–70.
61. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2013;5:787–93.
62. Koo V, Lynch J, Cooper S. Risk of postnatal depression after emergency delivery. *J Obstet Gynaecol Res*. 2003;29(4):246–250.

63. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89(4):332–8.
64. Huhtala M, Korja R, Lehtonen L, Haataja L, Lapinleimu H, Rautava P, et al. Parental Psychological Well-Being and Behavioral Outcome of Very Low Birth Weight Infants at 3 Years. *Pediatrics*. 2012;129(4):e937–44.
65. Gray RF, Indurkha A, McCormick MC. Prevalence, Stability, and Predictors of Clinically Significant Behavior Problems in Low Birth Weight Children at 3, 5, and 8 Years of Age. *Pediatrics*. 2004;114(3):736–43.
66. Treyvaud K, Anderson VA, Lee KJ, Woodward LJ, Newnham C, Inder TE, et al. Parental Mental Health and Early Social-emotional Development of Children Born Very Preterm. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(7):768–77.
67. Bailey DB, Golden RN, Roberts J, Ford A. Maternal depression and developmental disability: Research critique. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13(4):321–9.
68. Johns AL, Hershfield JA, Seifu NM, Haynes KA. Postpartum Depression in Mothers of Infants With Cleft Lip and/or Palate: *J Craniofac Surg*. 2018;1.
69. Havens JR, Simmons LA, Shannon LM, Hansen WF. Factors associated with substance use during pregnancy: Results from a national sample. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1):89–95.
70. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275–285.
71. Khalil A, Syngelaki A, Maiz N, Zinevich Y, Nicolaidis KH. Maternal age and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012;42(6):634–43.
72. Barrios YV, Gelaye B, Zhong Q, Nicolaidis C, Rondon MB, Garcia PJ, et al. Association of Childhood Physical and Sexual Abuse with Intimate Partner Violence, Poor General Health and Depressive Symptoms among Pregnant Women. *PLoS ONE*. 2015;10(1).
73. Breiding MJ, Reza A, Gulaid J, Blanton C, Mercy JA, Dahlberg LL, et al. Risk factors associated with sexual violence towards girls in Swaziland. *Bull World Health Organ*. 2011;89(3):203–10.
74. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012–24.
75. Esper LH, Furtado EF. Identifying maternal risk factors associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(10):877–89.

76. Banducci AN, Hoffman EM, Lejuez CW, Koenen K. The Impact of Childhood Abuse on Inpatient Substance Users: Specific Links with Risky Sex, Aggression, and Emotion Dysregulation. *Child Abuse Negl.* 2014;38(5):928–38.
77. Shah PS, Shah J. Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses | *Journal of Women's Health.* 2010;19(11):2017-2031
78. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* 2007;28(1):36–44.
79. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26(2):90–5.
80. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, et al. Screening for Pregnancy Risk-Drinking. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006;18(5):1156–61.
81. 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.
82. Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *Am J Psychiatry.* 1974;131(10):1121–3.
83. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(1):63–6.
84. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:1083–1093.
85. Treyvaud K. Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: A review. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2014;19(2):131–5.
86. Barkmann C, Helle N, Bindt C. Is very low infant birth weight a predictor for a five-year course of depression in parents? A latent growth curve model. *J Affect Disord.* 2018;229:415–20.
87. Beck CT. Postpartum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs.* 2006;106(5):40-50; quiz 50-51.
88. Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(4):242–248.

89. Fellmeth G, Opondo C, Henderson J, Redshaw M, Mcneill J, Lynn F, et al. Identifying postnatal depression: Comparison of a self-reported depression item with Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at three months postpartum. *J Affect Disord.* 2019;251:8–14.
90. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health. Clinical Guidelines. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. 2004;

12. Anexos

12.1 Anexo A - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

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

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

12.2 Anexo B - Questionário Padronizado

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

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. _ _ / _ _ / _ _	

Características gerais da mãe

Nome da mãe	7. _____	
Idade da mãe	8. _ _	anos
Escolaridade materna - Qual foi a última série que V/S completou? 00. Não estuda ou estudou 30. Terceiro grau incompleto ou mais	9. _ _ (grau) (série)	
Qual a sua cor? Leia as alternativas 1. Branca 2. Parda/Mulata/Morena/Cabocla 3. Negra 4. Amarela/Oriental 5. Indígena	10. _	

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. __

Características gerais do parto

Data do parto	21. __ __ / __ __ / __ __
Via de parto	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 minute	27. __ __
APGAR de 5º minute	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?		
O bebê foi submetido a alguma cirurgia?	1. Sim 0. Não	37. __ __ __ dias
		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. __

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?	44. __
1. Sim 0. Não	
Em algum momento ao longo da gestação você teve medo do parto? Leia as alternativas	45. __
0. Não	
1. Sim, eu senti um pouco de medo	
2. Sim, eu senti muito medo	

Dados sobre o pré-natal

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

Histórico psiquiátrico pessoal e familiar

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

Eventos estressantes prévios

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

Leia as perguntas abaixo. Em caso afirmativo, pergunte a intensidade e a idade em que o evento ocorreu.	0. Não 1. Sim	Intensidade - “1” a “5” “1” - nada estressante “5” - extremamente estressante	Idade (anos completos)
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"/>

Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado? Se responder SIM, por favor, especificar sua relação com esta pessoa (ex. mãe, neto, etc).	100. __	101. __	102. __
--	----------	----------	----------

Leia as perguntas abaixo. Em caso afirmativo, pergunte a intensidade e a idade em que o evento ocorreu.	0. Não 1. Sim	Intensidade - "1" a "5" "5" "1" - nada estressante "5" - extremamente estressante	Idade (anos completos)
Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)? Se responder SIM, por favor, especificar sua relação com esta pessoa.	103. __	104. __	105. __
Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida? Se responder SIM, por favor, especificar.	106.	107.	108.
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? Se responder SIM, por favor, indicar.	109. __	110. __	111. __
Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial? Se responder SIM, por favor, indicar o local.	112.	113.	114.
Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade? Se responder SIM, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai, mãe, irmão).	115. __	116. __	117. __
Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça? Se responder SIM, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai, mãe, irmão).	118. __	119. __	120. __
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?	121. __	122. __	123. __
Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou de modo a causar intensa humilhação ou pavor?	124. __	125. __	126. __
Alguém da sua família ou pessoa próxima persistentemente já lhe ridicularizou, humilhou ou ignorou causando intenso sofrimento?	127. __	128. __	129. __
Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?	130. __	131. __	132. __

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

Situação socioeconômica

Quem é a pessoa de maior renda na sua casa? 1. A própria 2. O companheiro 3. Outra	Se a 1 ou 2, vá à questão 146	143. __
Qual o seu parentesco com ela?	Especificar para codificação posterior	144. __
(Nome da pessoa de maior renda) já freqüentou ou freqüenta 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. __

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

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.

importante que você respondesse todas as perguntas”.

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. Mantida a resposta NÃO, vá à questão 162	1. Sim	0. Não	156.
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”? Anote a resposta (tipo de bebida e quantidade), e converta em doses depois _____			157.
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. Mantida a resposta NÃO, pule para a questão 167	1. Sim	0. Não	162. __
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 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)			164. __

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 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.		
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.	1. Sim 0. Não	173. __
Mantida a resposta NÃO, vá à questão 178.		

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. __
---	--------	--------	----------

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 senti 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 alguma s vezes	1. Pouquíssimas vezes	2. Sim,	187. __

3. Sim, muitas vezes			
Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?			
0. Não, nenhuma vez	1. Não muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	188. __
3. Sim, muitas vezes			
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			189. __
2. Sim. Algumas vezes não consegue lidar bem como antes			
3. Sim. Na maioria das vezes você não consegue lidar bem com eles			
Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?			
0. Não, nenhuma vez	1. Não muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	190. __
3. Sim, na maioria das vezes			
Você tem se sentido triste ou arrasada?			
0. Não, de jeito nenhum	1. Não muitas vezes	2. Sim, muitas vezes	191. __
3. Sim, na maioria das vezes			
Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado?			
0. Não, nenhuma vez	1. De vez em quando	2. Sim, muitas vezes	192. __
3. Sim, quase todo o tempo			
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	193. __
3. Sim, muitas vezes, ultimamente			

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	201. __

passado?	
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. __

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
3. Outras **Especificar** _____

211. |__|

“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

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

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

0. Não 1. Sim

“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu

<i>(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) !!!

12.3 Anexo C - Termo de Consentimento



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): _____

12.4 Anexo D - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Relação entre os Agravos Perinatais e a Depressão Pós-Parto

Pesquisador: Fernando Maia Peixoto Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: D4717818.5.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 3.098.923

Apresentação do Projeto:

A depressão pós parto é um tema relevante para saúde pública, assistência obstétrica e perinatal devido as possíveis repercussões sobre a saúde materna e do bebê. Este projeto visa analisar a relação da depressão pós-parto com os agravos perinatais. Será utilizado o banco de dados de um projeto anterior aprovado por este CEP "Prevalência e fatores associados à depressão e transtorno do estresse pós-traumático pós-parto" em 2010. O a população de estudo é oriunda do IFF. O desenho de estudo é transversal e será feita uma análise multivariada através de regressão logística. Hipótese do estudo é a exposição aos agravos perinatais pode afetar a capacidade de adaptação da mulher à maternidade no período pós-parto, favorecendo o aparecimento da DPP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral desse estudo é avaliar a relação entre a presença de agravos perinatais e o desenvolvimento de DPP.

Objetivo Secundário:

- Identificar quais agravos perinatais têm relação significativa com a DPP;
- Analisar se existe um gradiente na relação entre os agravos perinatais e a DPP, ie, o acúmulo de diversos desses eventos perinatais adversos trata um risco progressivamente maior de DPP;
- Averiguar a existência de alguma potencial interação estatística na relação entre os desfechos perinatais e a ocorrência de DPP;

Endereço: RUI BARROSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.260-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-6461 E-mail: cepff@ff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do parecer: JULIANE

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco A de quebra de sigilo dos dados, porém no preenchimento do projeto baseline, o pesquisador informou que não há risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante, embora os dados sejam referentes a cerca de 500 mulheres internadas há 8 anos, a pergunta do estudo se mostra pertinente e não há prejuízo para a validade dos achados devido ao tempo transcorrido. O estudo incluirá a análise das covariáveis pertencentes às outras quatro dimensões: características

sociodemográficas, hábitos de vida, fatores estressantes e histórico psiquiátrico). Cada dimensão será avaliada separadamente e de forma similar à avaliação da dimensão dos agravos perinatais.

Os agravos pesquisados foram: malformações congênitas do feto ou do recém-nascido; prematuridade (idade gestacional no parto menor a 37 semanas); baixo peso ao nascer (menor a 2500g); malformação congênita, baixo índice de Apgar no primeiro minuto de vida (menor ou igual a 7); cirurgia neonatal; internação em UTI neonatal.

Considerações sobre os termos de apresentação congatona:

TCE e Anuência já foram apresentados e avaliados na avaliação do projeto original. Carta de autorização para utilização dos dados foi apresentada. Registre na pesquisa foi realizado.

Recomendações:

Inserir o risco de quebra de sigilo dos dados e os cuidados tomados para evitá-lo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PR_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1276354.pdf	17/12/2018 11:11:12		Aceite
Outros	Registro.docx	17/12/2018 11:10:37	JULIANA LOUREIRO SILVA DE	Aceite
Fórm de R0610	F01raderosto.pdf	17/12/2018 10:55:26	JULIANA LOUREIRO SILVA DE	Aceite
Parecer Anterior	Case.JPG	10/12/2018 18:09:17	JULIANA LOUREIRO SILVA DE	Aceite

Endereço: RUI BARBOSA 718
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8997 E-mail: cepff@fio cruz.br