

SANDRA APARECIDA NASCIMENTO PIRES

**VALIDAÇÃO DE UMA FERRAMENTA SIMPLIFICADA PARA RASTREAR
SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS DO MUNICÍPIO DE
VIÇOSA/MG E MICRORREGIÃO, NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Luiz Sérgio Silva

Coorientadora: Luciana Moreira Lima

VIÇOSA – MINAS GERAIS

2020

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

P667v
2020 Pires, Sandra Aparecida Nascimento, 1984-
Validação de uma ferramenta simplificada para rastrear
sintomas de depressão pós-parto em puérperas do município de
Viçosa/MG e microrregião, no contexto da atenção primária à
saúde / Sandra Aparecida Nascimento Pires. – Viçosa, MG,
2020.

95 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Orientador: Luiz Sérgio Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Estudo de Validação. 2. Depressão Pós-Parto.
3. Questionário de Saúde do Paciente. 4. Saúde Mental.
5. Atenção Primária à Saúde. I. Universidade Federal de Viçosa.
Departamento de Medicina e Enfermagem. Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde. II. Título.

CDD 22 ed. 618.76

SANDRA APARECIDA NASCIMENTO PIRES

**VALIDAÇÃO DE UMA FERRAMENTA SIMPLIFICADA PARA RASTREAR
SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PUÉRPERAS DO MUNICÍPIO DE
VIÇOSA/MG E MICRORREGIÃO, NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

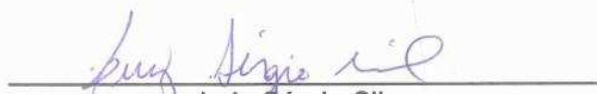
Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 20 de julho de 2020.

Assentimento:



Sandra Aparecida Nascimento Pires
Autora



Luiz Sérgio Silva
Orientador

A todas as participantes da pesquisa, em especial às mulheres com sintomas de depressão pós-parto que merecem toda sensibilidade, respeito e cuidado dos profissionais da saúde a fim de receberem assistência e tratamentos efetivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a força maior que me sustenta e que me permite ser quem sou, tudo posso Naquele que me fortalece.

À minha mãe Luzia, por ser a melhor do mundo, por nunca medir esforços para que eu concretizasse meus sonhos e por me recordar todos os dias o quanto sou amada.

Ao meu saudoso pai Alcino, por ser o melhor exemplo e deixar cristalizado em minha memória, o que é ser uma pessoa do bem.

Aos meus nove irmãos por todo amor e companheirismo, e, sobretudo por me ensinarem o que é um cuidado altruísta.

Aos meus sobrinhos, por manter viva minha essência de criança e ao mesmo tempo me permitir ser exemplo, amo vocês!

Aos meus cunhados, por contribuir com os melhores presentes da minha vida.

Ao meu companheiro Carlos Henrique, por ser um homem honrado, ajudar na execução da minha pesquisa e me inspirar a ser minha melhor versão.

Aos amigos, por todo incentivo e sempre acolherem meus desabafos; em especial ao Deco e a Elisangela, os quais, foram também companheiros. Ao meu colega do mestrado Zeó, pela parceria e risadas, nesses dois últimos anos. E ao Roberto, pelas contribuições técnicas.

Ao professor Luiz Sérgio, pela dedicação e competência, com as quais conduziu minha orientação. Por me acolher e me guiar, por estar sempre à disposição, apesar da distância.

Ao professor Alex Fabrício, por reorganizar nosso caminhar ao longo desse processo e por disponibilizar tempo e ajuda quando foram necessários.

A professora Luciana Moreira Lima pela disponibilidade em me coorientar.

Aos demais professores do programa da pós-graduação, funcionários e colaboradores do DEM, por participarem desse processo de aprendizagem.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. (Carl Gustav Jung)

RESUMO

PIRES, Sandra Aparecida Nascimento, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2020. **Validação de uma ferramenta simplificada para rastrear sintomas de depressão pós-parto em puérperas do município de Viçosa/Mg e microrregião, no contexto da atenção primária à saúde.** Orientador: Luiz Sérgio Silva. Coorientadora: Luciana Moreira Lima.

A depressão pós-parto (DPP) acomete várias mulheres no puerpério. Contudo, a falta de avaliação e conseqüente falta de diagnóstico pode levar à complicação e cronificação de casos. O objetivo desse estudo foi validar o Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2) para rastrear sintomas e determinar a prevalência da DPP em puérperas de Viçosa/MG e microrregião. Trata-se de estudo transversal para avaliar propriedades psicométricas do PHQ-2 para rastreamento de sintomas da DPP. O diagnóstico foi acessado após resultado positivo com a aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), do PHQ-2, do Questionário de Saúde do Paciente 9 (PHQ-9) e da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV). Dados coletados em 351 puérperas que deram a luz no período de 08/04/2019 a 14/01/2020, no período puerperal de duas semanas a seis meses, na cidade de Viçosa/MG e microrregião, que utilizam serviços públicos de saúde do Programa Saúde da Família (PSF), Policlínica, Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) e do Hospital São Sebastião. A prevalência de DPP encontrada foi de 6,3% (IC_{95%}: 4,1 – 9,2), a maioria tinha idade acima de 20 anos e era casada; aproximadamente metade da amostra autodeclarou-se branca, trabalhava, tinha escolaridade média e renda familiar até um salário mínimo; poucas praticavam atividade física, faziam uso de álcool e/ou eram fumantes; 47,58% classificaram seu estado de saúde como bom, a maioria não tinha história pregressa de doenças e 63,82% usaram medicamento nas duas últimas semanas. Fatores como idade acima de 20 anos, raça/cor autodeclarada branca, estado civil divorciada/separada, ter trabalho e estado de saúde ruim mostraram associação com DPP na análise multivariada. O instrumento apresentou boa consistência interna, alfa de Cronbach = 0,79; sensibilidade de 95% e especificidade de 98%, utilizando o ponto de corte ≥ 3 . A DPP é reconhecida como problema de saúde pública, necessita de meios de prevenção e tratamento. O PHQ-2 pela sua praticidade de aplicação pelos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), pode se constituir em um instrumento adequado para a triagem de DPP nesse contexto.

Palavras-chave: Estudo de validação. PHQ-2. Depressão pós-parto. Saúde mental.
Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

PIRES, Sandra Aparecida Nascimento, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, July, 2020. **Validation of a simple screening tool for identifying symptoms of postpartum depression in puerperal women in the municipality of Viçosa/MG and microregion, in the primary health care context.** Adviser: Luiz Sérgio Silva. Co-adviser: Luciana Moreira Lima.

Postpartum depression (PPD) affects several women in the puerperium. However, the lack of evaluation and the consequent lack of diagnosis can lead to complication and chronicity of cases. The aim of this study was to validate Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) to track symptoms and determine PPD prevalence in puerperal women from Viçosa/MG and the microregion. A cross-sectional study was conducted to assess the psychometric properties of PHQ-2 for screening symptoms for PPD. The diagnosis was accessed after a positive result for Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), PHQ-2, Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) and Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5-CV). Data was collected from 351 puerperal women who gave birth from 08/04/2019 to 01/14/2020, in the puerperal period of 2 weeks to 6 months, in the city of Viçosa/MG and microregion, who use public health services from Family Health Program (PSF), Polyclinic, State Center for Specialized Care (CEAE) and Hospital São Sebastião. The prevalence of PPD was 6.3% (95% CI: 4.1 - 9.2), most were aged over 20 years and were married; approximately half of the sample declared themselves white, worked, had an average education and a family income of up to 1 minimum wage; few practiced physical activity, used alcohol and/or were smokers; 47,6% rated their health status as good, most had no history of illness and 63,8% used medication in the past 2 weeks. Factors such as age over 20, self-declared race/color white, divorced/separated marital status, having a job and poor health status were associated with PPD in the multivariate analysis. The instrument showed good internal consistency, Cronbach's alpha = 0.79; sensitivity of 95% and specificity of 98%, using the cut-off point ≥ 3 . PPD is recognized as a public health problem, requiring prevention and treatment strategies. PHQ-2, due to its practical application by professionals of Primary Health Care (APS), is suitable for screening PPD in these context.

Keywords: Validation study. PHQ-2. Postpartum depression. Mental health. Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Curva Roc do PHQ-2 contra o padrão-ouro SCID-5-CV. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características da amostra incluída na Validação do Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2) (N = 351). Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Tabela 2 Alfa de Cronbach das escalas utilizadas no estudo. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Tabela 3 Sensibilidade, especificidade, razão de verossimilhança positiva e negativa do PHQ-2 para rastreamento de sintomas de depressão pós-parto. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Tabela 4 Análise univariada de variáveis com indicativos de associação com depressão pós-parto. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020. (N = 351)

Tabela 5 Análise de regressão multivariada para fatores associados à depressão pós-parto. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020. (N=351)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA Associação Psiquiátrica Americana
APS Atenção Primária à Saúde
CAGE *Cut down Annoyed Guilty Eye-opener*
CEAE Centro Estadual de Atenção Especializada
CID-10 Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DPP Depressão Pós-Parto
DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPDS Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
IC Intervalo de Confiança
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LR- Razão de Verossimilhança Negativa
LR+ Razão de Verossimilhança Positiva
OMS Organização Mundial da Saúde
PHQ Questionário de Saúde do Paciente
PHQ-2 Questionário de Saúde do Paciente 2
PHQ-9 Questionário de Saúde do Paciente 9
PNS Pesquisa Nacional de Saúde
PSF Programa Saúde da Família
ROC *Receiver Operating Characteristic*
RP Razão de Prevalência
SCID-5-CV Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5
SPSS *IBM SPSS Statistics for Windows*
STATA *Stata Corp College Station*
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC Transtorno Mental Comum
UFV Universidade Federal de Viçosa
VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VPN Valor Preditivo Negativo
VPP Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 RESULTADOS	25
6 PRODUTOS FINAIS.....	34
6.1 Artigo	34
6.2 Produto Técnico	58
7 DISCUSSÃO	61
8 CONCLUSÃO.....	72
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXO A – Aprovação do projeto pelo CEP – UFV.....	77
ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo.....	81
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
ANEXO D - Questionário estruturado.....	85
ANEXO E – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.....	92
ANEXO F – Questionário de Saúde do Paciente 2.....	94
ANEXO G – Questionário de Saúde do Paciente 9	95

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa – UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução geral, objetivos geral e específicos, metodologia, resultados, um artigo científico, um *podcast*, discussão, conclusão, referências bibliográficas e anexos. O artigo “Depressão pós-parto: prevalência e validação do Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2)”, foi formatado de acordo com as normas da revista *Cadernos de Saúde Pública*, (Qualis B2 – Medicina I), para a qual o artigo foi submetido. O *podcast* denominado: “Depressão pós-parto: sintomas, causas e tratamento”, foi disponibilizado em canais de divulgação como Anchor e Spotify.

2 INTRODUÇÃO

A temática da saúde da mulher é alvo de atenção, de forma sempre crescente, nas políticas públicas de saúde. Desde há cerca de 30 anos, quando se despertava para a questão da mortalidade materna (SOUZA, 2015), o fenômeno se evidencia com amplitude cada vez mais globalizada.

Para Souza (2015), ao considerar que durante a gravidez e parto, as mulheres podem desenvolver alguma condição não planejada, muitos países vêm orientando suas políticas de saúde no sentido de ampliar a cobertura da atenção obstétrica a essa população.

Da mesma forma que a gravidez, o pós-parto, também denominado puerpério, é um período especial na vida de uma mulher e merece considerações específicas (BRASIL, 2012). O puerpério é um momento provisório após a gestação e, para Arrais e Araujo (2017), é um período de também significativas alterações biológicas, psicológicas e sociais, considerado como a época mais propensa para a ocorrência de distúrbios psiquiátricos.

Os problemas de saúde mental que podem ocorrer após o parto impactam de forma negativa, não apenas na saúde da mãe; eles também têm sido associados à sensibilidade e capacidade de resposta reduzida no cuidado e às taxas mais altas de problemas comportamentais em crianças pequenas (RAHMAN et al, 2013).

As formas e intensidade de sofrimento psíquico no pós-parto dependem de uma série de fatores (BRASIL, 2012). Os distúrbios afetivos mais recorrentes nesse período são o *baby blues*, a psicose puerperal e a depressão pós-parto. Assim, faz-se necessário o entendimento de cada um, para o reconhecimento dos sintomas e do seu desenvolvimento a fim de fomentar um diagnóstico mais seguro, uma vez que os quadros apresentam sintomas semelhantes.

O *baby blues* ou tristeza puerperal é uma alteração psíquica leve e transitória que se inicia no 3º ou 4º dia do puerpério, não sendo considerado, portanto, um transtorno (BRASIL, 2012).

A psicose puerperal, por sua vez, é um transtorno grave e raro, com início abrupto nas duas ou três semanas após o parto, no qual são notados sintomas como alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos e insônia (BRASIL, 2012; SANTOS e SERRALHA, 2015).

A depressão pós-parto (DPP), também conhecida como depressão puerperal, principal alvo de interesse do presente trabalho, é um transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso, na 2ª a 3ª semana do puerpério (BRASIL, 2012).

Por afetar um considerado número de mulheres, a depressão puerperal é considerada um importante problema de saúde pública em nosso país, afetando tanto a saúde da mãe, quanto o desenvolvimento normal do bebê (MENEZES et al, 2012, p. 22).

Apesar de ser considerado um grave problema de saúde pública, nem sempre a DPP é diagnosticada e tratada com a devida seriedade a qual o problema exige. A triagem de rotina para depressão pós-parto, não é comum na maioria dos serviços de cuidados em saúde, embora o rastreamento da doença seja amplamente recomendado para identificar e tratar as pessoas afetadas, devido ao impacto significativo desse distúrbio nas pacientes e em suas famílias (CHAE et al, 2012).

A depressão pós-parto é definida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), da Associação Psiquiátrica Americana, como um episódio de depressão maior que ocorre durante a gravidez ou nas quatro semanas seguintes ao parto. Entre 3 a 6% das mulheres, apresentam um episódio depressivo maior durante a gravidez ou nas semanas ou meses após o parto, assim esses episódios são designados como episódios no periparto (APA, 2014).

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) descreve o diagnóstico da depressão pós-parto como uma desordem comportamental e mental associada ao puerpério, apenas se iniciar dentro de seis semanas após o parto e quando não atender aos critérios associados à outras categorias (OMS, 1993).

Em seus estudos, Brocchi, Bussab e David (2015) afirmam que a DPP apresenta um ou mais episódios depressivos em decorrência do nascimento de um filho, se caracteriza por um conjunto de sintomas que se iniciam entre a quarta e oitava semanas após o parto, alcançando seu ápice de sintomas nos seis primeiros meses que sucedem o nascimento da criança.

Alguns pesquisadores consideraram o diagnóstico de DPP em até 12 meses após o parto (BRUM, 2017). Dikmen-Yildiz, Ayers e Phillips (2017), defendem um período de seis meses para a ocorrência do diagnóstico do transtorno.

Não pode ser observado um consenso entre os autores em relação ao período e a duração dos sintomas que caracterizam a depressão pós-parto, dificultando o diagnóstico e o prognóstico da doença.

Os sintomas da depressão pós-parto são variados, entretanto, alguns são mais característicos. Brocchi, Bussab e David (2015) ressaltam os mais observáveis, como alteração do humor, desinteresse, redução de energia, anedonia, choro frequente, sentimento de culpa, alterações do sono, do apetite, da libido e medo em machucar o filho. Também podem ser encontrados outros sintomas como ideias suicidas, obsessivas ou supervalorizadas.

De acordo com o DSM-5, os episódios pós-parto devem ser distinguidos de *delirium*, de psicose, de transtorno de ansiedade e de distúrbios do sono, que também podem ocorrer nesse período. O período pós-parto é diferenciado, ainda, em relação às alterações neuroendócrinas e adaptações psicossociais e ao impacto potencial da amamentação (APA, 2014).

Dada a complexidade do tema, as causas da depressão pós-parto, ainda não são totalmente conhecidas, haja vista que muitos fatores estão associados à depressão materna. Theme-Filha et al (2016) ressaltam que fatores de risco sociodemográficos e individuais estão associados à doença.

A etiologia da doença é multifatorial, a qual envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais. Primeiramente, são apontados os fatores hormonais e fisiológicos, seguidos dos fatores sociodemográficos, e posteriormente os fatores psicossociais (ARRAIS e ARAUJO, 2017).

Katon, Russo e Gavin (2014) concluíram em seu estudo, que a idade mais jovem, desemprego, sintomas depressivos pré-natais, estressores psicossociais, doenças físicas crônicas pré-gestacionais (diabetes, condições neurológicas, p. ex.) e tabagismo são preditores para o desenvolvimento de DPP.

A prevalência da DPP também apresenta diferenças significativas dentre a maioria dos estudos, decorrente da própria falta de consenso em relação ao período e à duração da morbidade. Para Moraes et al (2017) a depressão pós-parto é o mais importante transtorno psiquiátrico porque as prevalências são elevadas, variando de 10 a 20% na maioria dos estudos e pelo impacto provocado na relação familiar.

Diversos são os estudos nacionais e internacionais a respeito da prevalência da DPP, assim como, também são os instrumentos utilizados para diagnosticá-la (MORAIS et al, 2015).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que a estimativa de casos de DPP em países de baixa renda é de 19,8% dos casos. Em um estudo importante, com base na pesquisa “Nascer no Brasil”, que coletou informações sobre depressão pós-parto realizada com 23.894 mulheres, no período de 6 a 18 meses após o nascimento, a prevalência foi de 26,3% (THEME-FILHA et al, 2016).

A prevalência da DPP varia muito devido a uma falta de uniformidade nos parâmetros metodológicos utilizados nas pesquisas, como diferenças nas populações estudadas, métodos de diagnósticos e o período pós-parto considerado (MORAES et al, 2017). Campos e Rodrigues (2015) ressaltam a importância de considerarmos também fatores de risco e proteção existentes e não só grau de desenvolvimento de um país.

Estudos de validação de instrumentos de triagem vêm sendo desenvolvidos ao longo de décadas; e as propriedades de um teste quanto à capacidade para identificar corretamente indivíduos afetados pela depressão pós-parto, é fundamental para o desenvolvimento de novos estudos para o diagnóstico da doença. A padronização do instrumento de medida é necessária para o monitoramento da prevalência de doenças e fatores de risco (SANTOS et al, 2013).

Em 1987, na Grã-Bretanha, Cox et al desenvolveram um teste de triagem: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*Edimburg Postpartum Depression Scale* - EPDS), para identificar sintomas de depressão pós-parto especificamente, sendo usado em pesquisas e contextos clínicos e; desde então, a escala vem sendo usada em diversos estudos (MALISZEWSKA et al, 2017).

Para seu estudo de revisão sistemática, Moraes et al (2017) selecionaram 22 artigos relacionados ao rastreio e diagnóstico da DPP e, que foram publicados nos últimos cinco anos anteriores à análise dos artigos, concluindo que a EPDS é o instrumento mais comum para a triagem de DPP, sendo utilizada em 68% dos estudos da amostra.

Apesar de ser considerada uma ferramenta válida e confiável para triagem da doença, a EPDS é um instrumento com um número considerável de itens, o que pode demandar tempo e conhecimento adequado para responder ao questionário.

Portanto, há uma necessidade de desenvolver e validar novas ferramentas de triagem para depressão pós-parto, as quais possam ser utilizadas pela maioria dos profissionais que lidam com mulheres no puerpério, que sejam rápidas e de fácil aplicação. Nesse sentido, tem-se o Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2), uma escala reduzida, mas com propriedades psicométricas para triagem de depressão.

O primeiro estudo de validação do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ) desenvolvido por seus criadores, concluiu que o instrumento tem validade e utilidade para diagnosticar transtornos mentais nos cuidados primários. Além de seu valor na realização de diagnósticos psiquiátricos provisórios, o PHQ produz um índice de gravidade dos sintomas depressivos (SPITZER, KROENKE e WILLIAMS, 1999).

O PHQ-2 é uma das versões reduzidas do PHQ, e a validade de constructo e critério do instrumento, o torna uma medida atraente para o rastreamento da depressão (KROENKE, SPITZER e WILLIAMS, 2003).

Assim, reduzir a avaliação da depressão pós-parto para duas questões de triagem, pode aumentar a rotina de investigação sobre o transtorno puerperal no sistema de saúde pública.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Validar a escala reduzida PHQ-2 para rastrear sintomas de depressão pós-parto em puérperas do Município de Viçosa/MG e microrregião.

3.2 Objetivos Específicos

1. Validar a escala reduzida PHQ-2 para utilização na Atenção Primária à Saúde, utilizando a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV);
2. Demonstrar a aplicabilidade da escala PHQ-2 em populações assistidas pela Atenção Primária à Saúde (APS);
3. Avaliar a prevalência de depressão pós-parto em uma população de puérperas do município de Viçosa/MG e microrregião.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, abordando o tema ferramentas para rastreamento de depressão pós-parto (DPP).

Para representar o universo da pesquisa, foi solicitada no Programa Saúde da Família (PSF), no Centro Estadual de Atenção Especializada e na Casa de Caridade de Viçosa – Hospital São Sebastião, a indicação de puérperas que deram a luz no período de duas semanas a seis meses da cidade e microrregião. Após obtenção da listagem as mulheres, as quais foram possíveis o contato, foram convidadas por telefone e presencialmente. Aquelas que aceitaram o convite participaram da pesquisa.

A escolha da aplicação de entrevistas em puérperas com pelo menos duas semanas de pós-parto, teve o objetivo de evitar confusão entre os sintomas da depressão pós-parto e o fenômeno conhecido como *baby blues* e atender aos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para o diagnóstico. Como não há consenso quanto ao prazo máximo para considerar o período puerperal, optou-se pelo limite de seis meses. Para Dikmen-Yıldiz, Ayers e Phillips (2017) a triagem psicossocial e as intervenções devem ser oferecidas em até pelo menos 06 meses após o nascimento para captar os novos casos.

A amostra foi composta por 351 mulheres, todas responderam ao questionário estruturado, as escalas utilizadas para rastreio da DPP e a SCID-5-CV; foram admitidas na pesquisa mulheres de todas as idades, que estavam no puerpério no período de abril de 2019 a janeiro de 2020 e, após serem informadas sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), concordando com a participação na mesma.

O risco envolvido na pesquisa seria a possibilidade de constrangimento das respondentes às perguntas do questionário utilizado na pesquisa. Para tanto, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), está orientado que o sujeito da pesquisa pode se recusar responder a uma pergunta, um conjunto de perguntas, ou até mesmo a todo o questionário. Os benefícios decorrentes da pesquisa são inerentes à possibilidade de diagnóstico precoce de indicativos de quadro de depressão pós-parto, permitindo a atuação imediata dos profissionais de saúde no controle da situação de saúde da participante. Para as participantes pesquisadas, todas aquelas que foram diagnosticadas com possível quadro de DPP, foram

encaminhadas para atendimento com profissional habilitado para a gestão do caso e acompanhadas até a resolução do quadro.

Para a condução do estudo, o projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo nº 3.255.601), conforme Resoluções 466/2012 (CNS, 2012) e 510/2016 (CNS, 2016). Ressalta-se ainda que os resultados foram divulgados de forma agrupada sob a forma de tabelas, preservando-se o sigilo dos dados das participantes.

As participantes responderam a um questionário estruturado, não identificado, com perguntas sobre aspectos socioeconômicos, como: idade, estado civil, escolaridade, cor da pele ou raça autoavaliada, ocupação, renda, participação na renda familiar, composição familiar, número de filhos; aspectos sobre saúde, como: autoavaliação do estado de saúde, histórico de doenças, histórico de tratamento de doenças psiquiátricas, incapacidade de realizar atividades habituais por problemas de saúde, uso de medicamentos, limitações físicas ou necessidades especiais; e aspectos sobre hábitos de vida, como: prática de atividade física, prática de atividades sociais e/ou culturais, tabagismo, uso de preservativos, uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas.

Após responder sob os aspectos gerais, as participantes responderam à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), ao Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2), ao Questionário de Saúde do Paciente 9 (PHQ-9), sendo então submetidas à Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV) para o diagnóstico da DPP, a qual foi aplicada por profissional habilitado para tal, seguindo-se a ordem de citação dos instrumentos. Apenas as participantes com resultado positivo na EPDS e no PQH-2 responderam ao PHQ-9 a fim de comparar os resultados e aumentar a robustez do instrumento PHQ-2, conforme indicado na literatura pertinente (MAURER, RAYMOND E DAVIS, 2018).

Todos os resultados dos 351 questionários foram confirmados pela Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV).

Os questionários foram autoaplicados, sendo respondidos na sala de vacinas (local que preservou a confidencialidade e a tranquilidade), nos PSFs e nas residências das participantes.

Já a SCID-5-CV foi aplicada por profissionais habilitados (psicólogo e psiquiatra), os quais fizeram treinamento adequado para sua utilização. A aplicação da entrevista em participantes com resultado positivo durante o rastreio foi realizada

nas residências e na Unidade de Atenção Especializada em Saúde – Universidade Federal de Viçosa (UAES).

A EPDS é uma ferramenta de triagem psicométrica utilizada para identificar sintomas de depressão pós-parto. Brocchi, Bussab e David (2015) definem essa escala como um questionário de autoavaliação, a qual questiona sobre a última semana; contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas. Portanto, os escores finais das respostas da escala podem variar de 0 a 30 pontos. As questões 1, 2, e 6 identificam sintomas de anedonia; as questões 3, 4 e 5, de ansiedade; e as questões 7, 8, 9 e 10, de sintomas depressivos (MORAIS et al, 2015).

Santos et al (2007) realizaram um estudo de validação da EPDS em uma amostra de mães no estudo de coorte de nascimentos em Pelotas no Sul do Brasil. O estudo indicou que um ponto de corte ≥ 11 seria adequado para triagem, mas não para o diagnóstico de mães com depressão pós-parto moderada ou intensa.

Para fins de diagnóstico um ponto de corte maior seria mais adequado. De acordo com os criadores da EPDS, mulheres que pontuaram acima de um limiar de 12/13 eram mais propensas a sofrer de uma doença depressiva de gravidade variável [...] (COX, HOLDEN e SAGOVSKY, 1987).

O estudo de validação inicial confirmou a aceitabilidade da escala e encontrou um ponto de corte de 12/13, com sensibilidade (86%) e especificidade (78%) para depressão maior e menor usando critérios de diagnóstico de pesquisa (COX, 2019). Nesse estudo, para a EPDS, adotamos um ponto de corte ≥ 12 .

Na presente pesquisa, foi utilizada a versão do PHQ-2 proveniente da versão em português do PHQ-9, que foi traduzida e adaptada para o Brasil, sendo acessada no site da Pfizer.

O PHQ-2 é usado para rastrear pacientes com depressão, são duas perguntas que questionam sobre a frequência de humor deprimido e anedonia (tive pouco interesse ou prazer em fazer as coisas e senti desânimo, desalento ou falta de esperança), durante as duas semanas anteriores. Os escores variam de zero (nenhum dia), um (em vários dias), dois (em mais da metade do número de dias) e três (quase todos os dias), havendo aumento da severidade da depressão na medida em que a pontuação aumenta (LINO et al, 2016). A pontuação dos escores finais varia de 0 a 6 pontos.

Para o PHQ-2 adotamos um ponto de corte ≥ 3 . A validade discriminante do PHQ-2 foi analisada em uma amostra de mulheres brasileiras no contexto da atenção primária à saúde. Obteve, portanto, resultados como sensibilidade de 97% e especificidade de 88%; valor preditivo positivo de 0,81 e negativo de 0,98 no ponto de corte 3 - utilizando a SCID-IV como padrão ouro (LIMA OSÓRIO et al, 2009).

Para Santos et al (2013) o PHQ-9 é freqüentemente usado ou recomendado para triagem diagnóstica de transtornos mentais, pode ser tanto autoaplicado quanto aplicado por entrevistadores treinados.

O PHQ-9 é composto por 9 perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para depressão maior, descritas no DSM-5. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala de 0 a 3 pontos correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, respectivamente. O escore final varia de 0 a 27 pontos. O questionário ainda inclui uma décima pergunta, que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar (SANTOS et al, 2013).

O ponto de corte adotado para o PHQ-9 foi ≥ 10 . Esse ponto de corte igual ou superior a 10 mostrou-se o mais adequado para o rastreamento da depressão (LIMA OSÓRIO et al, 2009).

A SCID-5-CV é um guia de entrevista para a realização dos principais diagnósticos psiquiátricos segundo os critérios da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 - da Associação Psiquiátrica Americana (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). De acordo com First et al (2017), em razão de sua validade e confiabilidade, vários estudos consideram a SCID como o padrão-ouro na determinação da precisão dos diagnósticos clínicos.

Construída para ter três versões, foi utilizada a versão clínica da SCID (SCID-5-CV) traduzida e adaptada para o português do Brasil, já que a mesma cobre o diagnóstico de episódio depressivo (FIRST et al, 2017).

A aplicação da SCID-5-CV para confirmação do diagnóstico das escalas PHQ-2 e EPDS é justificada, pois a mesma é considerada padrão-ouro na determinação da precisão dos diagnósticos clínicos, devido sua validade e confiabilidade.

O questionário estruturado e os instrumentos de rastreio da DPP foram respondidos no mesmo dia na sequência já mencionada; já a SCID-5-CV das

participantes com resultado positivo para DPP foi aplicada posteriormente, sendo agendada sua aplicação para a semana seguinte.

Os dados foram analisados utilizando os programas estatísticos SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows), versão 24.0 e STATA 9.2 (Stata Corp College Station, TX, USA). Realizou-se estatística descritiva para caracterização da amostra e estatística inferencial para comparação dos grupos, por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher por simulação de Monte Carlo.

Foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta, tendo como variável dependente a depressão pós-parto, os resultados foram expressos em Razão de Prevalência, foram incluídas na análise de regressão as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$. As variáveis explicativas selecionadas foram então incluídas no modelo e mantiveram-se no mesmo, apenas as que apresentaram valor de $p < 0,05$.

Para avaliar a sensibilidade e a especificidade da escala PHQ-2, em relação à SCID-5-CV, utilizou-se a Receiver-Operating Characteristic Analysis (curva ROC), com intervalo de confiança de 95%. A confiabilidade das escalas foi avaliada utilizando-se o alfa de Cronbach. O grau de concordância entre as classificações das escalas foi calculado através do teste Kappa de Cohen.

5 RESULTADOS

Participou da pesquisa um total de 351 mulheres. Conforme informado no capítulo “4. Metodologia”, tratou-se de amostra de conveniência e todas as convidadas participaram da pesquisa.

Considerando-se as características gerais da amostra, a maioria se encontrava na faixa etária acima de 20 anos (86,61%) e estavam com filhos em idade entre quatro e seis meses (33,90%), aproximadamente metade da amostra se autodeclarou branca (47,01%) e (80,63%) eram casadas ou viviam com companheiro (Tabela 1).

No que se refere ao grau de instrução (53,28%) tinham ensino médio; a maioria (70,94%) vivia com marido e filhos, (86,00%) tinha até dois filhos e (72,60%) vivia com até quatro pessoas em casa. De acordo com a ocupação (54,70%) trabalhavam e apenas (7,41%) eram estudantes. Grande parte tinha renda familiar de até um salário mínimo (54,70%) e (49,86%) relataram ter independência financeira, mas apenas (5,70%) era a principal responsável pelo lar (Tabela 1).

Em relação aos hábitos de vida a maior parte não praticava atividade física (73,22%) e não participava de evento social (84,62%). A maioria não era fumante (94,30%); entre as fumantes (10,54%) consumiam de um a dez cigarros e (2,56%) fumavam 11 ou mais cigarros por dia; (7,41%) fumavam de um a cinco anos, (3,70%) fumavam de seis a quatorze anos e apenas (1,99%) fumavam há 15 anos ou mais; (71,23%) não conviviam com fumantes. A maior parte nunca fez uso de drogas (96,01%), nenhuma fazia uso no momento da pesquisa, e não usava preservativos nas relações sexuais (74,07%) (Tabela 1).

Uma boa porcentagem (47,58%) classificou seu estado de saúde como bom e apenas (1,71%) possuem alguma limitação física. A maioria das mulheres teve parto cesariano (75,78%), nunca houve nenhuma doença (72,36%), não fez nenhum tratamento e nem tomou medicação (78,06%). Aproximadamente um terço já fez ou faz tratamento para doença psiquiátrica (25,64%) e (19,94%) tomaram medicação para esse tipo de doença; na amostra total (63,82%) usaram algum tipo de medicamento nas duas últimas semanas (Tabela 1).

Tabela 1

Características da amostra incluída na Validação do Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2). Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020 (N = 351).

Variáveis	N	%
Faixa etária		
≤20 anos	47	13,39
>20 anos	304	86,61
Idade do filho		
≤1 mês	103	29,34
1 a 2 meses	44	12,54
>2 a 4 meses	85	24,22
>4 a 6 meses	119	33,90
Cor/Raça		
Branca	165	47,01
Parda	99	28,21
Negra/outras	87	24,79
Estado civil		
Solteira	62	17,66
Casada ou vive em união estável	283	80,63
Separada/divorciada/viúva	6	1,71
Grau de instrução		
Fundamental incompleto/completo	65	18,52
Ensino médico incompleto/completo	187	53,28
Curso técnico	7	1,99
Superior ou mais	92	26,21
Composição familiar		
Eu e filhos	10	2,85
Eu, marido e filho (s)	249	70,94
Eu, filho (s) e outros	36	10,26
Eu, marido, filho (s) e outros	56	15,95
Quantidade de filhos		
Até 2 filhos	302	86,00
3 a 4 filhos	43	12,30
5 ou mais filhos	6	1,70
Quantidade de pessoas que vivem na casa		
Até 4 pessoas	255	72,60
5 a 6 pessoas	77	21,90
7 ou mais pessoas	19	5,40
Trabalha		
Sim	192	54,70
Não	159	45,30
Estudante		
Sim	26	7,41
Não	325	92,59

Continua:

Continuação Tabela 1

Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	192	54,70
Entre 2 e 3 salários mínimos	126	35,90
Entre 4 e 6 salários mínimos	20	5,70
Acima de 6 salários mínimos	13	3,70
Participação na renda familiar		
Não trabalha e seus gastos são custeados	156	44,44
Trabalha, mas não é independente financeiramente	20	5,70
Trabalha e é independente financeiramente	175	49,86
Responsável principal pela casa		
Eu mesma	20	5,70
Eu e companheiro (a)	136	38,75
Companheiro (a) e outros	195	55,55
Nos últimos 12 meses, praticou ou pratica atividade física		
Não	257	73,22
Sim	94	26,78
Nos últimos 12 meses, participou ou participa de eventos sociais ou culturais		
Não	297	84,62
Sim	54	15,38
Já foi fumante		
Não	304	86,61
Sim	47	13,39
É fumante		
Não	331	94,30
Sim	20	5,70
Quantidade de cigarros que fuma por dia		
Nenhum	305	86,89
1 até 10 cigarros	37	10,54
11 ou mais cigarros	9	2,56
Anos fumando		
Nunca fumou	305	86,89
1 até 5 anos	26	7,41
6 até 14 anos	13	3,70
15 ou mais anos	7	1,99
Convive com pessoas fumando		
Não	250	71,23
Sim	101	28,77
Fez uso de droga considerada não lícita no Brasil		
Não	337	96,01
Sim	14	3,39
Ainda faz uso dessa droga		
Não	351	100,0
Sim	0	0,00
Usa preservativo nas relações sexuais		
Sim	91	25,93
Não	260	74,07

Continuação Tabela 1

Estado de saúde		
Muito bom	153	43,59
Bom	167	47,58
Regular	29	8,26
Ruim	2	0,57
Possui algum tipo de limitação física ou é portadora de necessidades especiais		
Não	345	98,29
Sim	6	1,71
Tipo de parto		
Normal	85	24,22
Cesariano	266	75,78
Alguma vez um médico lhe informou de alguma doença		
Não	254	72,36
Sim	97	27,64
Você faz tratamento e usa medicamentos para a doença		
Não	274	78,06
Sim	77	21,94
Você já teve e/ou fez tratamento para depressão, estresse, síndrome do pânico ansiedade ou outras doenças		
Não	261	74,36
Sim	90	25,64
Usa/usou medicamentos para essa doença		
Não	281	80,06
Sim	70	19,94
Usou qualquer medicamento nas últimas 2 semanas		
Não	127	36,18
Sim	224	63,82

De acordo com o avaliado pelo Questionário CAGE (MASUR & MONTEIRO, 1983), um pequeno percentual, 2,56% fazia uso abusivo de álcool (dado não tabulado).

Os valores mínimos e máximos do escore do PHQ-2 foram 0 e 6, respectivamente, média 0,6 (DP=1,07). A confiabilidade (ou consistência interna), medida pelo coeficiente alfa de Cronbach foi 0,79. Já as escalas PHQ-9 e EPDS apresentaram confiabilidade de 0,65 e 0,82 respectivamente, conforme Tabela 2.

Tabela 2

Alfa de Cronbach das escalas utilizadas no estudo. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Escala	Média (DP)	Máximo	Mínimo	Alpha de Cronbach
PHQ-2	0,60 (1,07)	6	0	0,79
PHQ-9	12,65 (4,30)	27	0	0,65
EPDS	3,94 (4,44)	30	0	0,82

O ponto de corte obtido através da curva ROC foi ≥ 3 , indicando uma sensibilidade de 95% e especificidade de 98%, de acordo com a Tabela 3. A acurácia do teste foi de 98% (Figura 1).

Os valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN) foram 0,81 (81%) e 0,99 (99%), respectivamente.

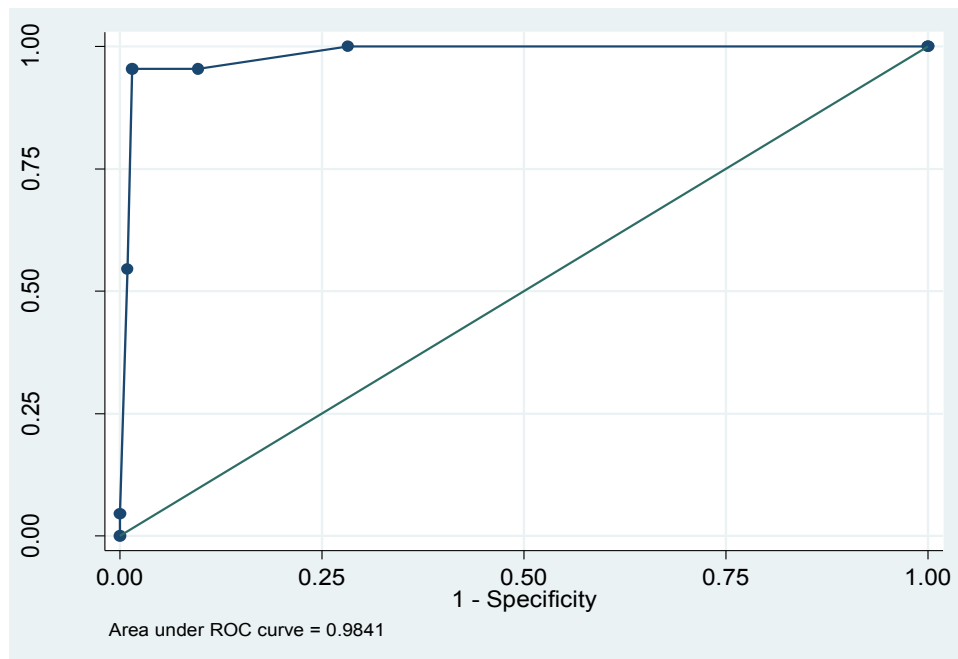
Tabela 3

Sensibilidade, especificidade, razão de verossimilhança positiva (LR+) e negativa (LR-) do PHQ-2 para rastreamento de sintomas de depressão pós-parto. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Escore do PHQ-2	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	LR+	LR-
≥ 0	100,0	0,0	1,0	
≥ 1	100,0	71,7	3,5	0,0
≥ 2	95,5	90,3	9,8	0,1
≥ 3	95,5	98,5	62,8	0,0
≥ 4	54,6	99,1	59,8	0,5
≥ 5	4,6	100,0		1,0
≥ 6	0,0	100,0		1,0

Figura 1

Curva Roc do PHQ-2 contra o padrão-ouro SCID-5-CV. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.



O valor do coeficiente kappa foi de 0,87 ($p < 0,001$) para o PHQ-2 em relação à SCID-5-CV e de 0,84 ($p < 0,001$) em relação à EPDS.

A Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5, considerada padrão-ouro, indicou que 22 mulheres apresentavam DPP, ou seja, uma prevalência de 6,3% (IC_{95%}: 4,1 – 9,2). Entre essas mulheres, 21 também foram indicadas como positivas pelo PHQ-2.

Todas as participantes da pesquisa, diagnosticadas com quadro de depressão pós-parto, foram encaminhadas para atendimento com profissional habilitado, onde receberam tratamento psiquiátrico e psicológico adequados. Apenas uma participante já havia sido diagnosticada com o transtorno durante a pesquisa e estava fazendo tratamento medicamentoso.

Na análise univariada, apresentaram associação com o desfecho DPP, faixa etária RP 1,07 (1,04 – 1,10); estado civil – apenas para as puérperas com estado civil de separada/divorciada RP: 0,93 (0,87– 0,99); cor/raça – negra/outras RP: 0,95 (0,90 – 1,00); a condição de trabalhar RP: 1,04 (1,00 – 1,09); estado de saúde bom RP: 1,06 (1,02 – 1,11); regular RP: 1,12 (1,00 – 1,25); a variável doença pregressa apresentou significância de até 0,20, entretanto foi para o modelo, não

permanecendo no modelo final. As outras variáveis consideradas não apresentaram significância estatística (Tabela 4).

Tabela 04

Análise univariada de variáveis com indicativos de associação com DPP. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020. (N = 351)

Variável	Categorias	RP (IC 95%)
Faixa Etária	≤20 anos	1,00
	>20	1,07 (1,04 – 1,10) *
Estado Civil	Solteira	1,00
	Casada	0,98 (0,92 – 1,05) ***
	Separada/divorciada	0,93 (0,87 – 0,99) **
Cor/raça	Branca	1,00
	Parda	0,95 (0,90 – 1,01) ***
	Negras/outras	0,95 (0,90 – 1,00) **
Número de filhos	Até dois filhos	1,00
	Três a quatro filhos	1,01 (0,94 – 1,09) ***
	Cinco ou mais filhos	1,10 (0,85 – 1,42) ***
Número de pessoas que vivem na casa	Até quatro pessoas	1,00
	Cinco a seis pessoas	1,02 (0,96 – 1,08) ***
	Sete ou mais pessoas	0,99 (0,90 – 1,10) ***
Estuda	Não	1,00
	Sim	1,03 (0,95 – 1,11) ***
Trabalha	Não	1,00
	Sim	1,04 (1,00 – 1,09) **
Participação na renda familiar	Não trabalha	1,00
	Trabalha mas não é independente financeiramente	1,11 (0,96 – 1,27) ***
	Trabalha e é independente financeiramente	1,03 (0,99 – 1,08) ***
Responsável principal pela casa	Eu mesma	1,00
	Eu e companheiro (a)	0,88 (0,76 – 1,03) ***
	Companheiro (a) e outros	0,88 (0,75 – 1,02) ***
Nos últimos 12 meses participou ou participa de eventos sociais ou culturais	Não	1,00
	Sim	1,05 (0,97 – 1,14) ***

Continua:

Continuação Tabela 4

É fumante	Não	1,00
	Sim	0,99 (0,90 – 1,09) ***
Convive com pessoas fumando	Não	1,00
	Sim	0,99 (0,94 – 1,05) ***
Fez uso de droga considerada não lícita no Brasil	Não	1,00
	Sim	1,15 (0,96 – 1,37) ***
Estado de saúde	Muito bom	1,00
	Bom	1,06 (1,02 – 1,11) **
	Regular	1,12 (1,00 – 1,25) **
	Ruim	1,47 (0,93 – 2,34) ***
Alguma vez um médico lhe informou de alguma doença	Não	1,00
	Sim	1,08 (1,02 – 1,15) **
Você já teve e/ou fez tratamento para alguma doença psiquiátrica	Não	1,00
	Sim	1,05 (0,99 – 1,11) ***

* $p \leq 0,01$ ** $p \leq 0,05$ *** $p > 0,05$

No modelo multivariado final (Tabela 5) associaram-se independentemente à presença de DPP as variáveis faixa etária, RP: 1,06 (1,02 – 1,11); estado civil, RP: 0,88 (0,81 – 0,96) – apenas para as puérperas separadas/divorciadas; raça/cor: negra/outras, RP: 0,94 (0,89 – 0,99); ter trabalho: RP: 1,07 (1,02 – 1,12) e estado de saúde bom RP: 1,08 (1,03 – 1,14); regular: RP: 1,18 (1,05 – 1,32) e ruim: RP: 1,54 (1,01 – 2,35).

Tabela 5

Análise de regressão multivariada para fatores associados à depressão pós-parto. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Variável	Categorias	RP (IC 95%)
Faixa etária	≤ 20 anos	1,00
	>20	1,06 (1,02 – 1,11) *
Estado civil	Solteira	1,00
	Casada ou vive em união estável	0,98 (0,91 – 1,05) ***
	Separada/divorciada/viúva	0,88 (0,81 – 0,96) *

Continua:

Continuação Tabela 5

Raça/cor	Branca	1,00
	Parda	0,95 (0,90 – 1,01) ***
	Negra/outras	0,94 (0,89 – 0,99) **
Trabalho	Não	1,00
	Sim	1,07 (1,02 – 1,12) *
Estado de saúde	Muito bom	1,00
	Bom	1,08 (1,03 – 1,14) *
	Regular	1,18 (1,05 – 1,32) *
	Ruim	1,54 (1,01 – 2,35) **

* $p \leq 0,01$ ** $p \leq 0,05$ *** $p > 0,05$

6 PRODUTOS FINAIS

6.1 Artigo de Resultados

Depressão pós-parto: prevalência e validação do Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2)

Postpartum depression: prevalence and validation of Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2)

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) acomete várias mulheres no puerpério. Contudo, a falta de avaliação e consequente falta de diagnóstico pode levar à complicação e cronificação de casos. O objetivo desse estudo foi validar o Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2) para rastrear sintomas e determinar a prevalência da DPP em puérperas atendidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) de uma cidade da Zona da Mata mineira e microrregião. Trata-se de estudo transversal com 351 puérperas no período puerperal de duas semanas a seis meses, que utilizaram serviços públicos de saúde do Programa Saúde da Família (PSF), Policlínica, Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) e de um hospital municipal. As puérperas responderam às escalas EPDS, PHQ-2 e PHQ-9 e foram entrevistadas por profissionais treinados usando os critérios da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV), utilizada como padrão-ouro. Foi calculada a sensibilidade e especificidade de cada ponto de corte do PHQ-2 e construiu-se curva ROC. A prevalência de DPP foi de 6,3%. O PHQ-2 apresentou boa consistência interna, α de Cronbach = 0,79; o melhor ponto de corte para rastreamento foi ≥ 3 com sensibilidade de 95% e especificidade de 98%. Esses resultados demonstram que o PHQ-2, um instrumento com praticidade de aplicação pelos profissionais que atuam na APS, é adequado para triagem de DPP.

Palavras-chave: Estudo de validação; Questionário de Saúde do Paciente; depressão pós-parto; saúde mental; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) affects several women in the puerperium. However, the lack of evaluation and the consequent lack of diagnosis can lead to complication and chronicity of cases. The purpose of this study was to validate the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) to track symptoms and determine the prevalence of PPD in puerperal women attended by Primary Health Care (PHC) in a city in Zona da Mata in Minas Gerais and in the microregion. This is a cross-sectional study with 351 puerperal women in the puerperal period of two weeks to six months, who used public health services from the Family Health Program (PSF), Polyclinic, State Center for Specialized Care (CEAE) and a municipal hospital. The puerperal women responded to the EPDS, PHQ-2 and PHQ-9 scales and were interviewed by trained professionals using the DSM-5 Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) criteria, used as the gold standard. The sensitivity and specificity of each cutoff point of PHQ-2 was calculated and a ROC curve was constructed. The prevalence of PPD was 6.3%. PHQ-2 showed good internal consistency, Cronbach's $\alpha = 0.79$; the best cut-off point for screening was ≥ 3 with a sensitivity of 95% and specificity of 98%. These results demonstrate that the PHQ-2, an instrument with practical application by professionals working in PHC, is suitable for screening PPD.

Keywords: Validation study; Patient Health Questionnaire; postpartum depression; mental health; primary health care.

INTRODUÇÃO

O pós-parto, também conhecido como puerpério, é um período de intensas transformações na vida da mulher que resultam em maior risco de desenvolvimento de algum distúrbio mental ¹. As formas e intensidade de sofrimento psíquico nesse período podem estar associadas ao contexto socioeconômico e cultural, ao suporte familiar recebido e à história individual de cada mulher ². Os distúrbios afetivos mais recorrentes nesse período são: o *baby blues*, a psicose puerperal e a depressão pós-parto. E o que difere cada um desses quadros são a duração e gravidade dos sintomas ³.

O *baby blues* ou tristeza puerperal é uma alteração psíquica leve e transitória com início no 3º ou 4º dia do puerpério, com remissão espontânea de uma semana a dez dias. O transtorno psicótico puerperal é um transtorno grave e raro, com início abrupto nas duas ou três semanas após o parto. Já a depressão pós-parto (DPP), igualmente conhecida como depressão puerperal é um transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso, na 2ª a 3ª semana do puerpério ².

Os sintomas da depressão pós-parto mais característicos são: alteração do humor, desinteresse, redução de energia, anedonia, choro frequente, sentimento de culpa, alterações do sono, do apetite, da libido e medo em machucar o filho ⁴.

Não há consenso em relação ao período e duração dos sintomas. Alguns pesquisadores consideraram o diagnóstico de DPP em até doze meses após o parto ⁵ e outros defendem um período de seis meses para ocorrência do diagnóstico ⁶.

As causas da doença ainda não são totalmente conhecidas. No entanto são apontados fatores hormonais e fisiológicos, seguido dos fatores sociodemográficos e posteriormente sociais, evidenciando a etiologia multifatorial da doença ^{7,8}.

A prevalência da DPP varia muito devido à falta de uniformidade nos parâmetros metodológicos, como diferenças nas populações estudadas, métodos de diagnósticos e período pós-parto considerado ^{9,10}.

Embora o rastreamento da doença seja amplamente recomendado para identificar e tratar pessoas afetadas, a triagem de rotina para DPP não é comum na maioria dos serviços de cuidados em saúde ¹¹. Apesar da concordância entre os médicos sobre a importância de reconhecer e tratar a depressão pós-parto, as atividades reais de triagem são bastante variáveis ¹².

Estudos de validação de instrumentos de triagem vêm sendo desenvolvidos ao longo dos anos, sendo importante a padronização dos mesmos para monitoramento da prevalência e de fatores de risco da doença ¹³.

Estudo de revisão que analisou a triagem de mulheres com DPP concluiu que a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*Edimburg Postpartum Depression Scale – EPDS*) é o instrumento mais comum, sendo utilizada em 68% dos estudos da amostra ⁹. No entanto, nos ambientes clínicos onde há maior volume de atendimentos, instrumentos mais breves podem ser necessários. Assim o Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2) pode ser uma alternativa efetiva para o rastreamento da DPP, devido a sua brevidade, facilidade de aplicação e entendimento ¹⁴.

O objetivo deste estudo foi validar o PHQ-2 por meio da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV), para rastrear sintomas depressivos no pós-parto em mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde e medir a prevalência do transtorno nessa população de puérperas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal realizado em uma cidade da Zona da Mata de Minas Gerais e microrregião no período de abril de 2019 a janeiro de 2020.

A amostra foi composta por 351 mulheres de todas as idades e que estavam no puerpério. Foi solicitada nas unidades básicas de saúde, no centro de referência em saúde e no hospital local, a indicação de puérperas que deram à luz no período de duas semanas a seis meses, residentes na cidade e microrregião. Após obtenção da listagem as mulheres, as quais foram possíveis o contato, foram convidadas por telefone e presencialmente. Aquelas que aceitaram o convite participaram da pesquisa.

A escolha da aplicação de entrevistas em puérperas com pelo menos duas semanas de pós-parto teve o objetivo de evitar confusão entre os sintomas da DPP e o *baby blues* e atender aos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para o diagnóstico. Como não há consenso quanto ao prazo máximo para considerar o período puerperal, optou-se pelo limite de seis meses.

Os seguintes instrumentos foram utilizados para a coleta de dados:

A) Questionário estruturado não identificado, com perguntas sobre aspectos socioeconômicos, de saúde e hábitos de vida.

B) Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS): questionário de autoavaliação que questiona sobre a última semana; contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas ⁴. Os escores finais das respostas podem variar de 0 a 30 pontos. Foi realizado estudo de validação da EPDS em amostra de mães no estudo de coorte de nascimentos em Pelotas no Sul do Brasil. O estudo indicou que um ponto de corte ≥ 11 seria adequado para triagem, mas não para o diagnóstico de depressão pós-parto moderada ou intensa ¹⁵. Para fins diagnósticos um ponto de corte maior seria mais adequado; o estudo de validação inicial da escala confirmou sua aceitabilidade e encontrou um ponto de corte de 12/13, com sensibilidade (86%) e especificidade (78%) para depressão maior e menor usando critérios de diagnóstico de pesquisa ¹⁶.

C) O Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2) é usado para rastrear pacientes com depressão; são duas perguntas que questionam sobre a frequência de humor deprimido e anedonia (tive pouco interesse ou prazer em fazer as coisas e senti desânimo, desalento ou falta de esperança), durante as duas semanas anteriores ¹⁴. Os escores variam de zero (nenhum dia), um (em vários dias), dois (em mais da metade do número de dias) e três (quase todos os dias) ¹⁷. As pontuações dos escores finais variam de 0 a 6 pontos. A validade discriminante do PHQ-2 foi analisada em uma amostra de mulheres brasileiras no contexto da atenção primária à saúde. Obteve, portanto, resultados como sensibilidade de 97% e especificidade de 88%; valor preditivo positivo de 0,81 e negativo de 0,98 no ponto de corte 3, utilizando a SCID-IV como padrão ouro ¹⁸.

D) O Questionário de Saúde do Paciente 9 (PHQ-9) é frequentemente usado ou recomendado para triagem diagnóstica de transtornos mentais ¹³. É composto por 09 perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para depressão maior, descritas no DSM-5. A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala de 0 a 3 correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, respectivamente ¹². O escore final varia de 0 a 27 pontos. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. Um ponto de corte igual ou superior a 10 mostrou-se o mais adequado para o rastreamento da depressão ¹⁸. A aplicação do PHQ-9 consistiu na corroboração do resultado do PHQ-2 ¹⁹.

E) A Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 é um guia de entrevista para a realização dos principais diagnósticos psiquiátricos segundo os critérios da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 - da Associação Psiquiátrica Americana. Em razão de sua validade e confiabilidade, vários estudos consideram a SCID como o padrão-ouro na determinação da precisão dos diagnósticos clínicos. Construída para ter três versões, foi utilizada a versão clínica da SCID (SCID-5-CV) traduzida e adaptada para o português do Brasil, já que ela cobre o diagnóstico de episódio depressivo²⁰.

Foi adotado para a EPDS, um ponto de corte ≥ 12 , para o PHQ-2 ≥ 3 e para o PHQ-9 ≥ 10 . Os questionários foram respondidos na ordem que aparecem acima, participantes com resultado positivo na EPDS e no PHQ-2 responderam também ao PHQ-9 para comparar os resultados e aumentar a robustez do instrumento PHQ-2. Como padrão-ouro foi utilizado a SCID-5-CV, e todos os resultados dos 351 questionários foram confirmados pela mesma.

Os questionários foram autoaplicados, sendo respondidos na Sala de vacinas, nos PSFs (considerado local adequado em termos de sigilo e conforto) e nas residências das participantes, todos no mesmo dia. Já a SCID-5-CV foi aplicada após agendamento, por profissionais habilitados, os quais fizeram treinamento adequado para sua utilização. A aplicação da entrevista em participantes com resultado positivo durante o rastreio foi realizada nas residências das participantes e em uma unidade de atenção especializada em saúde local.

Realizou-se estatística descritiva para caracterização da amostra e para avaliar a sensibilidade e a especificidade da escala PHQ-2, em relação SCID-5-CV, utilizou-se a Receiver-Operating Characteristic Analysis (curva ROC), com intervalo de confiança de 95%. A confiabilidade das escalas foi avaliada utilizando-se o alfa de Cronbach. O grau de concordância entre as escalas foi calculado através do teste Kappa de Cohen. Os dados foram analisados utilizando os programas estatísticos SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows), versão 24.0 e STATA 9.2 (Stata Corp College Station, TX, USA).

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFV/MG sob o parecer nº 3.255.601. Todas as participantes, após serem informadas sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), concordando com a participação na pesquisa.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 351 mulheres. Considerando-se as características gerais, a maioria se encontrava na faixa etária acima de 20 anos (86,61%) e estava com filhos com idade entre quatro e seis meses (33,90%), aproximadamente metade da amostra se autodeclarou branca (47,01%) e grande percentual era casada ou vivia com companheiro (80,63%). Em relação ao grau de instrução (53,28%) tinham ensino médio; a maioria (70,94%) vivia com marido e filhos, (86,00%) tinha até dois filhos e (72,60%) vivia com até quatro pessoas em casa (Tabela 1).

De acordo com a ocupação (54,70%) trabalhavam e apenas (7,41%) eram estudantes. Grande parte tinha renda familiar de até um salário mínimo (54,70%) e (49,86%) relataram ter independência financeira, mas apenas (5,70%) era a principal responsável pelo lar (Tabela 1).

Em relação aos hábitos de vida a maior parte não praticava atividade física (73,22%) e não participava de evento social (84,62%). A maioria não era fumante (94,30%); entre as fumantes (10,54%) fumavam de um a dez cigarros e (2,56%) fumavam 11 ou mais cigarros por dia; (7,41%) fumavam de um a cinco anos, (3,70%) fumavam de seis a quatorze anos e apenas (1,99%) fumavam há 15 anos ou mais; (71,23%) não conviviam com fumantes. A maior parte nunca fez uso de drogas (96,01%), nenhuma fazia uso no momento, e não usava preservativos nas relações sexuais (74,07%) (Tabela 1).

Uma porcentagem acentuada (47,58%) classificou seu estado de saúde como bom e apenas (1,71%) possuem alguma limitação física. A maioria teve parto cesariano (75,78%), nunca teve nenhuma doença (72,36%), não fez nenhum tratamento e nem tomou medicação (78,06%). Aproximadamente um terço já fez ou fazia tratamento para doença psiquiátrica (25,64%) e (19,94%) tomaram medicação para esse tipo de doença; da amostra total (63,82%) declararam ter usado algum de medicamento nas duas últimas semanas (Tabela 1).

Tabela 1

Características da amostra incluída na Validação do Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2). Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020 (N = 351).

Variáveis	N	%
Faixa etária		
≤20 anos	47	13,39
>20 anos	304	86,61
Idade do filho		
≤1 mês	103	29,34
1 a 2 meses	44	12,54
>2 a 4 meses	85	24,22
>4 a 6 meses	119	33,90
Cor/Raça		
Branca	165	47,01
Parda	99	28,21
Negra/outras	87	24,79
Estado civil		
Solteira	62	17,66
Casada ou vive em união estável	283	80,63
Separada/divorciada/viúva	6	1,71
Grau de instrução		
Fundamental incompleto/completo	65	18,52
Ensino médio incompleto/completo	187	53,28
Curso técnico	7	1,99
Superior ou mais	92	26,21
Composição familiar		
Eu e filhos	10	2,85
Eu, marido e filho (s)	249	70,94
Eu, filho (s) e outros	36	10,26
Eu, marido, filho (s) e outros	56	15,95
Quantidade de filhos		
Até 2 filhos	302	86,00
3 a 4 filhos	43	12,30
5 ou mais filhos	6	1,70
Quantidade de pessoas que vivem na casa		
Até 4 pessoas	255	72,60
5 a 6 pessoas	77	21,90
7 ou mais pessoas	19	5,40
Trabalha		
Sim	192	54,70
Não	159	45,30
Estudante		
Sim	26	7,41
Não	325	92,59

Continua:

Continuação Tabela 1

Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	192	54,70
Entre 2 e 3 salários mínimos	126	35,90
Entre 4 e 6 salários mínimos	20	5,70
Acima de 6 salários mínimos	13	3,70
Participação na renda familiar		
Não trabalha e seus gastos são custeados	156	44,44
Trabalha, mas não é independente financeiramente	20	5,70
Trabalha e é independente financeiramente	175	49,86
Responsável principal pela casa		
Eu mesma	20	5,70
Eu e companheiro (a)	136	38,75
Companheiro (a) e outros	195	55,55
Nos últimos 12 meses, praticou ou pratica atividade física		
Não	257	73,22
Sim	94	26,78
Nos últimos 12 meses, participou ou participa de eventos sociais ou culturais		
Não	297	84,62
Sim	54	15,38
Já foi fumante		
Não	304	86,61
Sim	47	13,39
É fumante		
Não	331	94,30
Sim	20	5,70
Quantidade de cigarros que fuma por dia		
Nenhum	305	86,89
01 até 10 cigarros	37	10,54
11 ou mais cigarros	9	2,56
Anos fumando		
Nunca fumou	305	86,89
1 até 5 anos	26	7,41
6 até 14 anos	13	3,70
15 ou mais anos	7	1,99
Convive com pessoas fumando		
Não	250	71,23
Sim	101	28,77
Fez uso de droga considerada não licita no Brasil		
Não	337	96,01
Sim	14	3,39
Ainda faz uso dessa droga		
Não	351	100,0
Sim	0	0,00

Continuação Tabela 1

Usa preservativo nas relações sexuais		
Sim	91	25,93
Não	260	74,07
Estado de saúde		
Muito bom	153	43,59
Bom	167	47,58
Regular	29	8,26
Ruim	2	0,57
Possui algum tipo de limitação física ou é portadora de necessidades especiais		
Não	345	98,29
Sim	6	1,71
Tipo de parto		
Normal	85	24,22
Cesariano	266	75,78
Alguma vez um médico lhe informou de alguma doença		
Não	254	72,36
Sim	97	27,64
Você faz tratamento e usa medicamentos para a doença		
Não	274	78,06
Sim	77	21,94
Você já teve e/ou fez tratamento para depressão, estresse, síndrome do pânico ansiedade ou outras doenças		
Não	261	74,36
Sim	90	25,64
Usa/usou medicamentos para essa doença		
Não	281	80,06
Sim	70	19,94
Usou medicamentos nas últimas 2 semanas		
Não	127	36,18
Sim	224	63,82

De acordo com o avaliado pelo Questionário CAGE, pequeno percentual, 2,56% fazia uso abusivo de álcool (dado não tabulado).

Os valores mínimos e máximos do escore do PHQ-2 foram 0 e 6, respectivamente, média 0,6 (DP=1,07). A confiabilidade (ou consistência interna), medida pelo coeficiente alfa de Cronbach foi 0,79. Já as escalas PHQ-9 e EPDS apresentaram confiabilidade de 0,65 e 0,82 respectivamente, conforme tabela 2.

Tabela 2

Alfa de Cronbach das escalas utilizadas no estudo. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Escala	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Alpha de Cronbach
PHQ-2	0,60 (1,07)	0	6	0,79
PHQ-9	12,65 (4,30)	0	27	0,65
EPDS	3,94 (4,44)	0	30	0,82

O ponto de corte obtido através da curva ROC foi ≥ 3 , indicando uma sensibilidade de 95% e especificidade de 98%, de acordo com a tabela 3. A acurácia do teste foi de 98% (Figura 1). Os valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN) foram 0,81 (81%) e 0,99 (99%), respectivamente.

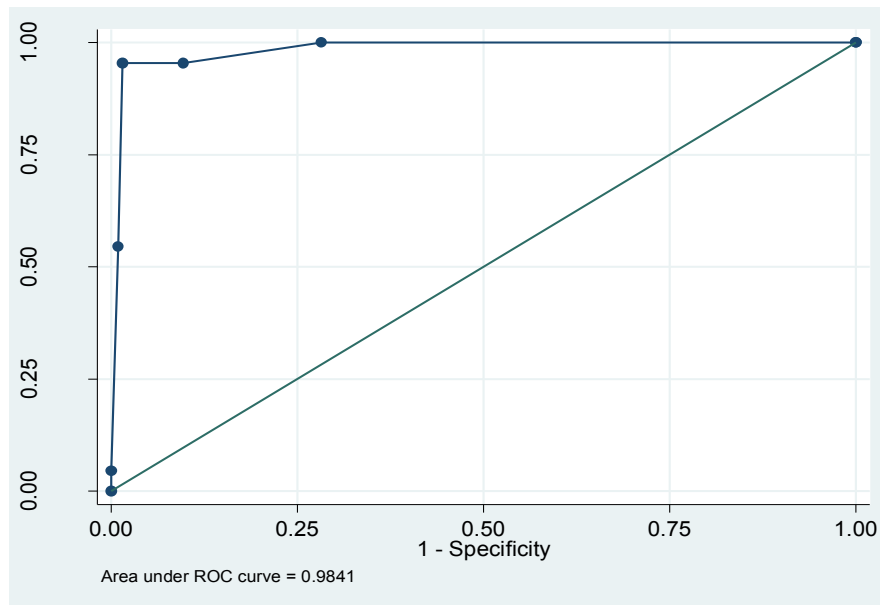
Tabela 3

Sensibilidade, especificidade, razão de verossimilhança positiva (LR+) e negativa (LR-) do PHQ-2 para rastreamento de sintomas de depressão pós-parto. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Escore do PHQ-2	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	LR+	LR-
≥ 0	100,0	0,0	1,0	
≥ 1	100,0	71,7	3,5	0,0
≥ 2	95,5	90,3	9,8	0,1
≥ 3	95,5	98,5	62,8	0,0
≥ 4	54,6	99,1	59,8	0,5
≥ 5	4,6	100,0		1,0
≥ 6	0,0	100,0		1,0

Figura 1

Curva Roc do PHQ-2 contra o padrão-ouro SCID-5-CV. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2020.



O valor do coeficiente Kappa foi de 0,87 ($p < 0,001$) para o PHQ-2 em relação à SCID-5-CV e de 0,84 ($p < 0,001$) em relação à EPDS.

A SCID-5-CV, considerada padrão-ouro, indicou que 22 mulheres apresentavam DPP, ou seja, uma prevalência de 6,3% (IC_{95%}: 4,1 – 9,2). Entre essas, 21 também foram indicadas como positivas pelo PHQ-2.

Todas as participantes diagnosticadas com quadro de depressão pós-parto foram encaminhadas para atendimento com profissional habilitado, onde receberam tratamento psiquiátrico e psicológico adequados. Apenas uma paciente diagnosticada com o transtorno durante a pesquisa, já estava fazendo tratamento medicamentoso para DPP.

DISCUSSÃO

A amostra final foi de 351 puérperas, apresentando uma prevalência de depressão pós-parto de 6,30% ($n=22$). Número diferente do descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estima maior número de casos para populações de países em desenvolvimento¹⁰. Estudo em hospitais público e privado teve como resultados 26,00% e 9,00% de prevalência, respectivamente²¹. Outros estudos corroboram esses resultados, com prevalências de 17,50%, 26,30%, 19,80%^{3,7,22}. A prevalência da amostra atual foi compatível com um dos primeiros estudos brasileiros que utilizaram uma versão da SCID como instrumento diagnóstico, onde 7,20% das puérperas apresentaram diagnóstico da doença²³. Contudo, foi encontrado resultado semelhante ao do presente estudo, em que 6,70%

da amostra também apresentaram sintomas depressivos ¹. Para tanto, é preciso considerar os diversos fatores que levam a variações das prevalências encontradas ^{5,21}.

Houve predomínio de mulheres na faixa etária acima de 20 anos. De 1998 a 2018, os percentuais de nascimento cujas mães tinham até 24 anos caíram, enquanto houve elevação nas faixas etárias entre 30 e 40 anos ²⁴. A busca cada vez maior pelo reconhecimento acadêmico e profissional resulta no adiamento da maternidade atualmente ²⁵.

Aproximadamente metade da amostra autodeclarou-se branca; estudo que buscou delinear o perfil de gestantes apontou que 55,60% das mulheres se autodeclararam brancas ²⁶. Já o estudo sobre desigualdades sociodemográficas na assistência à maternidade, mostrou que mulheres negras (pretas e pardas) são aquelas que mais utilizam os serviços públicos em saúde ²⁷.

A grande maioria era casada ou vivia com companheiro. Dados semelhantes foram encontrados, onde um total de 80,95% tinha companheiro fixo ²⁸. Contudo, maior prevalência de puérperas solteiras, 54,55%, foi encontrada em estudo na área urbana de cidade do interior mineiro ²⁹. O estado civil prevalente na amostra pode ser explicado pelo fator maior idade das entrevistadas.

Cerca de 50% das mulheres tinham ensino médio incompleto e completo. Ao pesquisar a escolaridade de gestantes atendidas na maternidade de um hospital universitário obtiveram-se valores semelhantes, 29,60% possuíam ensino médio completo e 25,90% ensino médio incompleto ²⁶. No atual estudo um percentual de 26,21% possuía o ensino superior. Uma das explicações se deve ao fato de que a cidade abriga uma universidade pública, uma faculdade e um centro universitário privados, o que facilita e instiga a inserção da população na obtenção de maior escolaridade.

Em relação à composição familiar, grande parte das entrevistadas vivia com marido e filhos; em estudo sobre visita domiciliária no pós-parto foram encontrados dados parecidos; 64,60%, da amostra viviam com marido e filhos ³⁰. Informações sobre arranjos familiares, concluíram que o núcleo familiar mais comum no país era formado por casal com filhos, mas tem-se notado a queda da sua participação ao longo dos anos ³¹.

Para o número de filhos, os dados mostram que a maioria tinha até dois filhos. Dados diferentes são apontados em estudo onde apenas 33,33% da amostra

tinham dois filhos ²⁹. Os dados do presente estudo são corroborados, quando se trata da projeção da população, tendo a taxa de fecundidade total atingindo média de 1,70 filhos por mulher de 2010 a 2015 ²⁴.

Grande parte das puérperas morava com até quatro pessoas. Um resultado diferente foi apontado em estudo sobre transtorno mental comum em mulheres adultas, em que 20,20% das mulheres com o transtorno viviam com cinco ou mais pessoas no domicílio ³². Dados também relevantes foram encontrados em outro estudo, onde 81,10% viviam com até quatro pessoas ³³. A maior parte das mulheres era casada e tem dois filhos, o que explica o número citado.

Aproximadamente metade da amostra trabalhava. Dados diferentes são apresentados, evidenciando que quanto à ocupação houve predomínio (64,10%) de mulheres sem emprego fixo ³⁴. Sobre a ocupação laboral estudo com dado semelhante evidencia que a maioria das mulheres (44,40%) trabalhava e estava empregada em diversos setores ²⁶. As estatísticas revelam uma crescente população economicamente ativa representada por mulheres ³⁴, a amostra reflete a conjuntura atual.

O presente estudo mostrou percentual considerável para renda familiar de até um salário mínimo. No entanto, há estudo com resultado divergente, prevalecendo 90,20% das famílias com renda de um a três salários mínimos e apenas 2,00% com renda até um salário mínimo ³⁵. A amostra foi composta por mulheres que frequentam os serviços públicos de saúde, sendo a população de baixa renda mais comum nesse cenário.

Dados sobre a renda mostram que 49,86% são independentes financeiramente. A participação da mulher no sustento financeiro do lar é uma realidade comum atualmente ³⁶. O estudo sobre multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e maternidade tardia, concluiu que mulheres também contribuem para renda da família e, em alguns casos, são o principal provedor do núcleo familiar ³⁷.

Pequena parte era a principal responsável pela casa; apesar do nível de ocupação dos homens ter diminuído mais do que o das mulheres a partir de 2015, mulheres ainda têm maiores índices de desocupação e têm rendimento inferior ³¹. No entanto, nos últimos anos, o número de mulheres responsáveis pela família tem se elevado e percebeu-se também uma tendência elevada da mulher, de cada vez mais, assumir o papel de chefe da família na atualidade ³⁸.

Porcentagem pequena praticou atividade física e participou de eventos sociais. Ao considerar dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), estudo mostra que praticamente metade da população brasileira não atingiu os níveis recomendados de prática de atividade física ³⁹. É preciso compreender que se trata de mulheres no pós-parto, o estudo é transversal e reflete o momento atual da vida da mulher.

A maioria não era fumante e não convivia com tabagistas. Estudo sobre qualidade de vida no período puerperal confirma o baixo percentual de tabagistas ⁴⁰. Dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) mostraram que a frequência de adultos fumantes do sexo feminino foi de 6,90% ⁴¹. O hábito de fumar varia entre as regiões e sofre influência de fatores socioculturais e geográficos ⁴².

Poucas puérperas faziam o uso de bebida alcoólica. Em estudo com mulheres com morbidades maternas graves 31,00% eram usuárias de bebida alcoólica ⁴³. Resultado que vai de encontro ao do presente estudo analisou a qualidade de vida das mulheres no período puerperal, e constatou que nove mulheres (8,70%) relataram etilismo ⁴⁰. O dado da amostra atual é pequeno; contudo, mostra que algumas mulheres ainda mantêm o hábito de beber, mesmo amamentando.

Sobre o uso de drogas consideradas não lícitas no país, percentual pequeno já fez uso. Estudo realizado com puérperas atendidas em hospital de referência constatou que 7,96% já haviam sido usuárias de maconha e 4,14% de cocaína e/ou crack ⁴⁴. Porcentagem (1,45%) encontrada em outra amostra revela dados ainda menores, concluindo que o número de drogas ilícitas decresceu com o desenvolvimento da gestação ⁴⁵. O uso de drogas ilícitas é desaconselhado durante a gestação e período de amamentação.

Quanto ao uso de preservativos, aproximadamente $\frac{1}{4}$ da amostra relatou fazer uso do mesmo. Pesquisa sobre métodos contraceptivos e fatores relacionados ao planejamento da gravidez encontrou percentual ainda menor, em que apenas 11,90% da amostra declararam fazer uso de preservativo ⁴⁶. A maior parte da atual amostra era casada ou vivia com companheiro o que pode explicar o não uso de preservativo.

Aproximadamente metade da amostra classificou seu estado de saúde como bom; porcentagem mais expressiva encontrada em outro estudo evidencia que em relação à autoavaliação da saúde, 58,40% das mulheres avaliou sua saúde como

boa ou muito boa ⁴⁷. No presente estudo os números estão abaixo daquele encontrado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em que 62,40% das mulheres consideraram sua saúde como boa ou muito boa ⁴⁸. O número aqui encontrado é bastante significativo, mas trata-se de momento específico da vida da mulher que certamente interfere na sua autoavaliação de saúde.

Neste estudo a maioria teve parto cesariano, diferindo do observado em pesquisa no interior do Maranhão, onde 59,30% referiram ter tido parto vaginal ⁴⁹. Uma porcentagem também elevada e condizente com o presente estudo evidencia que 79,20% da amostra foram submetidas à cesariana ⁵⁰. Os dados são alarmantes uma vez que está acima do preconizado, é recomendado que não se ultrapasse os 15,00% dos nascimentos ⁵¹.

Cerca de 28,00% informou que teve alguma doença e 22,00% relatou ter feito tratamento e usado medicação para essa doença. Com resultado próximo, estudo sobre fatores relacionados à qualidade de vida de puérperas informou que 30,10% possuíam patologias prévias à gestação ⁵². O resultado do presente estudo não é alarmante, o dado é referente ao longo da vida das pesquisadas.

Aproximadamente 26,00% relatou que teve e/ou fez tratamento para doença psiquiátrica e cerca de 20,00% relatou ter tomado medicação para a mesma. A porcentagem de 16,70% é apresentada em estudo que trata sobre DPP e relato de histórico de distúrbio psiquiátrico ²². Há uma prevalência de depressão de 10,90% na população brasileira, sendo essa maior no sexo feminino ²⁴. Os números não estão em desacordo com esses dados.

No presente estudo, um percentual considerável informou ter tomado algum tipo de medicação durante as duas últimas semanas. Percentuais ainda maiores foram relatados em estudo comparando qualidade de vida e uso de medicamentos, onde 70,80% das mulheres faziam uso de alguma medicação ⁵³. Considerações devem ser direcionadas ao pré-natal enquanto momento ideal para avaliação das gestantes e prevenção de morbidades que podem levar ao uso de medicamentos no puerpério.

Na análise da escala PHQ-2, foi encontrada alta sensibilidade e alta especificidade nessa população, considerando um ponto de corte ≥ 3 em relação ao padrão-ouro (SCID-5-CV). Os achados sobre o PHQ-2 corroboram os resultados do estudo de validade do instrumento no contexto da atenção primária de saúde da população brasileira ¹⁸.

A consistência interna do PHQ-2 mostrou boa confiabilidade da escala, sendo classificada como substancial. Estudos realizados em outras populações demonstraram confiabilidade semelhante àquela encontrada no presente estudo^{17,54,55}. Fato que, aliado às outras propriedades, qualifica o instrumento para o fim proposto no presente estudo.

A pesquisa tem como limitações ter utilizado amostragem por conveniência e o método de natureza transversal, o que não permite estabelecer relações de causalidade entre os eventos e os fatores estudados. Foram recrutadas somente participantes da rede pública de saúde e todos os questionários foram autoaplicados o que pode resultar em viés de amostragem e de resposta; no entanto, todo cuidado foi direcionado ao controle da qualidade das respostas, sendo as puérperas orientadas sobre o objetivo da pesquisa e o respeito aos preceitos éticos.

CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos no pós-parto foi menor do que a encontrada em outros estudos; no entanto, a pesquisa se mostra relevante e chama atenção para os cuidados que devem ser direcionados para esse grupo de mulheres.

O estudo mostrou que o PHQ-2 pode se constituir em instrumento adequado para triagem da depressão pós-parto em puérperas atendidas na Atenção Primária à Saúde, podendo ser utilizado na rede pública devido a sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde com treinamento adequado.

Estudos futuros, utilizando o instrumento em diferentes populações de puérperas, em regiões brasileiras com diferentes perfis socioeconômico e demográfico devem ser realizados a fim de contribuir para confirmação da utilidade da escala para triagem de sintomas de DPP.

Vinculação acadêmica: Este artigo é parte da dissertação de mestrado profissional de Sandra Aparecida Nascimento Pires pela Universidade Federal de Viçosa – UFV.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Poles MM, Carvalheira APP, De Barros Leite Carvalhaes MA, et al. Maternal depressive symptoms during immediate postpartum: Associated factors. *ACTA Paul Enferm* 2018; 31: 351–358.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica nº 32*. 1ª Edição. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2012.
3. Oliveira MJM de, Dunningham W. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em salvador. *Rev Bras Neurol e Psiquiatr* 2015; 19: 72–83.
4. Brocchi BS, Bussab VSR, David V. Depressão pós-parto e habilidades pragmáticas: comparação entre gêneros de uma população brasileira de baixa renda. *Audiol - Commun Res* 2015; 20: 262–268.
5. Brum EHM de. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. *Cad Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolv* 2017; 17: 92–100.
6. Dikmen-Yildiz P, Ayers S, Phillips L. Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery* 2017; 55: 29–37.
7. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN da, et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord* 2016; 194: 159–167.
8. Arrais A da R, Araujo TCCF. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicol Saúde Doença* 2017; 18: 828–839.
9. Moraes GP de A, Lorenzo L, Pontes GAR, et al. Triagem e diagnóstico de depressão pós-parto: Quando e como? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 2017; 39: 54–61.
10. Campos BC De, Rodrigues OMPR. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Psico* 2015; 46: 483-492.
11. Chae SY, Chae MH, Tyndall A, et al. Can we effectively use the two-item PHQ-2

to screen for postpartum depression? *Fam Med* 2012; 44: 698–703.

12. Gjerdincjen D, Crow S, McGovern P, et al. Postpartum depression screening at well-child visits: Validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2009; 7: 63–70.

13. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica* 2013; 29: 1533–1543.

14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*; 41: 1284–1292.

15. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica* 2007; 23: 2577–2588.

16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–786.

17. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, et al. Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional. *Cad Saude Publica*; 32. Epub ahead of print 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00086715.

18. Lima Osório F de, Vilela Mendes A, Crippa JA, et al. Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care* 2009; 45: 216–227.

19. Maurer DM, Raymond TJ, Davis BN. Depression: Screening and Diagnosis. *Am Fam Physician*. 2018;98(8):508-515.

20. First, Michael B., WILLIAM JBW, KARG R. SR. *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5* -. Tradução: Porto Alegre: Artmed, 2017.

21. Morais M de LS e., Fonseca LAM, David VF, et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estud Psicol* 2015; 20: 40–50.

22. Araújo I, Aquino K, Fagundes L, et al. Depressão pós-parto: perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidas em uma maternidade pública de referência em Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet* 2019; 41: 155–163.
23. Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TLC de, et al. Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59: 1–9.
24. IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. *Estatísticas do Registro Civil 2018*. Rio de Janeiro: IBGE, https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2018_v45_informativo.pdf (2018).
25. Teixeira EC, Gurgel HM, Monteiro DLM, et al. Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil – análise da frequência entre 2006 e 2012. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*; 14. Epub ahead of print 31 March 2015. DOI: 10.12957/rhupe.2015.16214.
26. Terezinha S. Perfil das gestantes atendidas na maternidade do hospital universitário Santa Terezinha, Joaçaba, SC. *Unoesc Ciência - ACBS* 2016; 7: 105–110.
27. Carmen Simone Grilo D, Luís EB, Suzana K, et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: Dados do inquérito nacional nascer no Brasil (2011-2012). *Saude e Soc* 2016; 25: 561–572.
28. Andrade SG de, Vasconcelos YA de, Carneiro ARS, et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. *Rev Prevenção Infecção e Saúde*; 4. Epub ahead of print 11 August 2018. DOI: 10.26694/repis.v4i0.7283.
29. Moll MF, Matos A, Rodrigues T de A, et al. Rastreamento a depressão pós-parto em mulheres jovens. *Rev enferm UFPE line* 2019; 13: 1338–1344.
30. Almeida E, Nelas P, Duarte J. Visita Domiciliária no pós-parto. *Millenium* 2016; 50: 267–281.

31. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
32. Senicato C, Azevedo RCS de, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cien Saude Colet* 2018; 23: 2543–2554.
33. Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* 2015; 38: 195–201.
34. Araújo KRDS, Calácio IA, Ribeiro JF, et al. Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. *Rev Eletronica Gestão Saúde* 2015; 6: 2739-2750.
35. BOSKA G, BOSKA GA, WISNIEWSKI D, et al. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. *J Nurs Heal* 2016; 6: 38–50.
36. Fiorin PC, Oliveira CT de, Dias ACG. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Rev bras orientac prof* 2014; 15: 25–35.
37. Lopes MN, Dellazzana-Zanon LL, Boeckel MG. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. *Temas em Psicol* 2014; 22: 917–928.
38. Moura RG de, de Lavor Lopes P, da Silveira RC. Gênero e família: a mulher brasileira chefe de família. Que mulher é esta? *Cad Unifoa* 2016; 11: 55–66.
39. Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, et al. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2015; 24: 277–286.
40. Condeles PC, Silva SGF da, Fernandes DB, et al. Qualidade de vida no período puerperal: importância e satisfação. *Rev Rene* 2019; e41421–e41421.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre*

frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados br. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019.

42. Barbosa LFM, Machado CJ. Fatores socioeconômicos e culturais associados à prevalência de tabagismo entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18: 385–397.
43. Silveira MS, Gurgel RQ, Barreto ÍD de C, et al. A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave. *Cad Saúde Coletiva* 2018; 26: 378–383.
44. Renner FW, Garcia EL, Renner JDP, et al. Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014. *Bol Científico Pediatr*; 4.
45. Rocha PC, Britto e Alves MTSS de, Chagas DC das, et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saude Publica* 2016; 32: e00192714.
46. De Oliveira Alves M, Parreira BDM, Dias FA, et al. Uso de métodos contraceptivos e fatores relacionados ao planejamento da gravidez entre puérperas. *Rev Enferm da UFSM* 2016; 6: 424–433.
47. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JR de A, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr* 2018; 67: 101–109.
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro, <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf> (2014).
49. Carvalho Marques L de, Rodrigues W, Silva V, et al. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. *J Heal NPEPS* 2016; 1: 145–159.
50. Prado MRMC Do, Oliveira FDCC, Assis KF, et al. Prevalência de deficiência de

vitamina D e fatores associados em mulheres e seus recém-nascidos no período pós-parto. *Rev Paul Pediatr* 2015; 33: 287–294.

51. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas: Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas*. Geneva, 2015.

52. Silva SGF da, Condeles PC, Parreira BDM, et al. Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais na qualidade de vida de puérperas. *Rev enferm UERJ* 2019; e44636–e44636.

53. Freitas RF, Freitas TF, Viana TG, et al. Qualidade de vida de mulheres climatéricas comparada com o uso de medicamentos. *Infarma - Ciências Farm* 2015; 27: 112 - 116.

54. Maroufizadeh S, Omani-Samani R, Almasi-Hashiani A, et al. The reliability and validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and PHQ-2 in patients with infertility. *Reprod Health*; 16. Epub ahead of print 9 September 2019. DOI: 10.1186/s12978-019-0802-x.

55. Staples LG, Dear BF, Gandy M, et al. Psychometric properties and clinical utility of brief measures of depression, anxiety, and general distress: The PHQ-2, GAD-2, and K-6. *Gen Hosp Psychiatry* 2019; 56: 13–18.

6.2 Produto Técnico

Aluna: Sandra Aparecida Nascimento Pires

Orientador: Luiz Sérgio Silva

Podcast: Depressão pós-parto: sintomas, causas e tratamento.

Esse podcast é um produto final de pesquisa e faz parte das exigências do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Viçosa - UFV, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Olá a todos, bem vindos ao podcast: Depressão pós-parto: sintomas, causas e tratamento.

Meu nome é Sandra Pires, sou psicóloga clínica e mestranda em Ciência da Saúde pela UFV e juntamente com o psiquiatra e professor da UFV, Alex Fabricio de Oliveira vamos abordar o tema, destacando o impacto que a doença pode causar na relação mãe-filho e as possibilidades de tratamento.

A depressão puerperal, também conhecida como depressão pós-parto (DPP) é um transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso, ainda na gestação ou após o nascimento de um filho. É diferente do *baby blues* que é uma alteração psíquica leve, pode ocorrer com a maioria das mulheres e da psicose pós-parto, que por sua vez, é um transtorno grave e raro, e com início abrupto. Esses quadros todos podem ocorrer no período do pós-parto.

Uma característica bem particular do quadro de DPP é o cuidado e a preocupação excessivos da mãe com o filho, podendo até mesmo ser uma obsessão quanto aos cuidados com a saúde e bem estar do bebê. E ao mesmo tempo vêm os sentimentos de culpa e inutilidade em relação ao papel de mãe.

O quadro de DPP compartilha alguns sintomas com o quadro de depressão maior, como alteração do humor, desinteresse, redução de energia, anedonia, choro frequente, sentimento de culpa, alterações do sono, do apetite, da libido. Podem ser encontrados outros sintomas como medo em machucar o filho, ideias suicidas, obsessivas ou supervalorizadas.

Pessoal para ser considerada uma DPP esses sintomas precisam acontecer por pelo menos duas semanas, já a duração dos sintomas é muito variável podendo ir de meses a anos.

As causas da depressão pós-parto ainda não são totalmente conhecidas e vários fatores estão associados à depressão materna. A origem da doença é multifatorial, o que envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Temos algumas características que são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento da doença, como histórico de doença psiquiátrica, ou seja, já ter tido depressão, ou quadros de ansiedade, falta de apoio familiar e social, problemas de saúde persistente, temperamento difícil do bebê, hábitos de etilismo e de tabagismo, história de abuso ou violência doméstica entre outros.

É preciso desmitificar dois mitos: primeiro, o fato de que a mulher tem a obrigação de suportar o mal estar em nome do seu filho; até certo ponto é esperado que a mulher tenha alguma reação emocional e alguma dificuldade de adaptação. Ela pode estar vivendo um emaranhado emocional independente de a gestação ter sido planejada ou não. Assim, é compreensível até certo ponto a turbulência emocional do pós-parto, mas quando foge a uma normalidade, a mulher precisa sim de uma atenção e um cuidado para melhorar sua relação com o filho; entende-se dessa forma que não é preciso suportar uma situação de sofrimento exagerado. Outro mito que é preciso compreender: que remédios são muito prejudiciais para a criança tanto na gestação, e depois no pós-parto durante a amamentação. Com o avanço da medicina e vários estudos sobre o tema, foi possível verificar que algumas medicações antidepressivas foram eficazes no tratamento da depressão pós-parto, melhorando a saúde da mãe e a qualidade da relação com o filho, ou seja, durante a gestação ou pós-parto, mulheres deprimidas que não fizeram tratamento adequado tiveram mais complicações. Mas é preciso compreender também que não são todas as medicações que são seguras para uso nesse período, é preciso orientação e acompanhamento médico. Contudo, o tratamento medicamentoso adequado e bem orientado tem efeito final de bem estar tanto para mãe quanto para o filho.

Como o Alex já mencionou é de suma importância o tratamento medicamentoso, desde que feito com profissional habilitado e competente para tal. A psicoterapia, em especial a terapia cognitiva comportamental, também é uma opção viável de tratamento para a depressão pós-parto, podendo ser aliada quando necessário, ao tratamento medicamentoso. Ainda, por medo e receio do uso da medicação nesse período, a psicoterapia acaba sendo aderida com mais facilidade pelas puérperas ou gestantes e seus familiares.

A prioridade pessoal é sempre tratar a mãe com DPP para que ela saia o quanto antes desse quadro e volte a ter uma relação saudável com o filho. Por isso mães não hesitem em procurar sempre que necessário o profissional capacitado, o mesmo vai saber orientá-las quanto às práticas, talvez nem medicamentosa e nem de psicoterapia, mas práticas saudáveis e efetivas que irão ajudar a melhorar o quadro da doença.

Referências Bibliográficas:

APA - ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; DE ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psic., Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 18, n. 3, p. 828-845, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n3/v18n3a16.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica nº 32. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

BROCCHI, Beatriz Servilha; BUSSAB, Vera Silvia Raad; DAVID, Vinicius. Depressão pós-parto e habilidades pragmáticas: comparação entre gêneros de uma população brasileira de baixa renda. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 262-268, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v20n3/2317-6431-acr-20-3-0262.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.

IBIAPINA, Flávio Lúcio Pontes et al. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **Femina**, v. 38, n.3, mar. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a008.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

THEME-FILHA, Mariza Miranda. et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birthin Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p.159–167, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715306789?via%3DiHub>. Acesso em: 20 fev. 2020.

Disponível em:

<https://anchor.fm/sandra-pires2/episodes/Depresso-ps-parto-sintomas--causas-e-tratamentos-efuvbs>

<https://open.spotify.com/show/1AcQLloUZ1cUiMluLhyrxK>

7 DISCUSSÃO

A amostra final foi de 351 puérperas, apresentando uma prevalência de depressão pós-parto de 6,30% (n=22). Esse número se diferencia dos dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza um número maior de casos da doença para populações de países em desenvolvimento (Campos e Rodrigues, 2015). Alguns estudos brasileiros também apresentaram estimativas maiores se comparadas ao presente estudo, Marais et al (2015) no estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo encontraram 26,00% e 9,00% respectivamente, outros estudos corroboram esses resultados, com prevalências de 17,50%, 26,30%, 19,80% (Oliveira e Dunningham, 2015; Theme-Filha et al, 2016; Araújo et al, 2019). A prevalência de depressão pós-parto na amostra atual foi compatível com um dos primeiros estudos brasileiros que utilizou uma versão da SCID como instrumento diagnóstico, onde 7,20% das puérperas apresentaram diagnóstico de depressão pós-parto (CANTILINO et al, 2010). Poles et al (2018) também encontraram resultado semelhante ao do presente estudo, em que 6,70% da amostra apresentou sintomas depressivos. Para Brum (2017) e Morais et al (2015) é preciso considerar os diversos fatores que levam às variações das prevalências encontradas.

No presente estudo, houve um predomínio de mulheres na faixa etária acima de 20 anos e com filhos em idade entre quatro e seis meses. Essa faixa etária também apresentou cerca de 6,00% a mais de prevalência de DPP, quando comparada ao grupo com menos de 20 anos. Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes à Região Sudeste no ano de 2018, mostram que as mulheres estão esperando mais tempo para serem mães e priorizando a gestação depois dos 30 anos. De 1998 a 2018, os percentuais de nascimento cujas mães tinham até 24 anos caíram, enquanto houve elevação nas faixas etárias entre 30 e 40 anos (IBGE, 2018). A busca cada vez maior pelo reconhecimento acadêmico e profissional resulta em adiamento da maternidade nos dias atuais (TEIXEIRA et al, 2015); em concordância a esses resultados, Molero et al (2014) também destacaram em seu estudo maior frequência da doença em puérperas na idade adulta (24-32 anos); Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017) consideraram essa faixa etária superior como fator de proteção e concluíram que o menor risco para a doença ocorreu em mulheres de 25 anos ou mais. Apesar de vários estudos considerarem que mães mais jovens apresentam maior frequência de

sintomas depressivos, Fernandez Vera et al (2014) demonstraram em seu estudo que não houve diferença significativa da doença entre o grupo de mulheres mais jovens e mulheres adultas. A prevalência de transtornos depressivos pode aumentar com a idade, assim como uma recidiva de uma depressão anterior, fatores relevantes que podem justificar a frequência mais alta encontrada no grupo de mulheres acima de 20 anos no presente estudo.

No que se refere à raça/cor autodeclarada, aproximadamente metade da amostra autodeclarou-se branca; houve também um aumento da possibilidade de ter depressão pós-parto nesse grupo em relação àquelas que autodeclararam-se negra/outras. Estudo que buscou delinear o perfil de gestantes atendidas na maternidade de um hospital universitário do Sul do país apontou os seguintes dados: 55,60% das mulheres se autodeclararam brancas, 37,00% pardas e 7,40% negras (Prandini, Maciel e Vicensi, 2016). No entanto, Diniz et al (2016) em seu estudo sobre desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele, mostra que mulheres negras (pretas e pardas) são aquelas que mais utilizam os serviços públicos em saúde. Os achados em relação à redução da prevalência entre as autodeclaradas negras e pardas não foi confirmado por Fellmeth et al (2019), na pesquisa sobre identificação da depressão pós-natal realizada no Reino Unido; os resultados do estudo mostraram que em relação à EPDS, mulheres com sintomas depressivos eram a maioria de etnia negra ou minoritária. Um estudo de revisão sistemática sobre raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil feito por Smolen e Araújo (2017), mostra no que tange a depressão relacionada à gravidez, a prevalência de depressão pós-parto também foi significativamente maior para as mulheres não brancas. Contudo, em seu estudo, Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar et al (2017) não encontraram associação entre a doença e a autodeclaração de raça/cor. É compreensível que mulheres, as quais vivem em condições de desvantagem possam apresentar maior risco de ter algum distúrbio psiquiátrico, o que pode não ser devido exclusivamente à autodeclaração de raça/cor, pois é realmente como a pessoa se vê. É preciso considerar também as desigualdades econômicas e sociais nos diferentes contextos – a maioria das participantes desse estudo possui renda igual ou inferior a um salário mínimo; outro ponto a se ressaltar é que a porcentagem de mulheres que se autodeclararam brancas era aproximadamente a metade da população estudada.

A grande maioria das participantes era casada ou vivia com companheiro, esse dado se compara ao de muitas pesquisas já realizadas nesse âmbito. Andrade et al (2018) encontraram dados semelhantes em seu estudo quanto a situação conjugal das parturientes, um total de 80,95% tinha companheiro fixo: (26,25% eram casadas e 54,70% tinham união estável). Já Moll et al (2019) encontraram uma maior prevalência, 54,55% (148), de puérperas solteiras em seu estudo. Além disso, as mulheres separadas/divorciadas tiveram menos 88,00% de possibilidade de desenvolver DPP em relação ao grupo de mulheres solteiras. Em estudo realizado no Chile, Martinez, Vöhringer e Rojas (2016) encontraram um percentual significativo (58,70%) de DPP entre as solteiras. Para Moll et al (2019) não se obteve associação entre a provável depressão e o estado civil das mulheres que compuseram a amostra. Mulheres solteiras estão sujeitas a uma sobrecarga maior de cuidados e de responsabilidade em relação ao filho ainda pequeno, uma vez que nem sempre contam com o suporte dos parceiros; estas questões podem justificar a maior prevalência no grupo de puérperas do atual estudo. Nessa mesma perspectiva, para Fonseca e Canavarro (2017) ser solteira também tem sido considerado fator de risco para depressão pós-parto.

Cerca de 53,00% das mulheres tinham ensino médio incompleto e completo. O resultado pontuado por Andrade et al (2018), mostra que a maior parte da sua amostra, 42,29%, também estudou até o ensino médio, apesar de a porcentagem ser menor que a do presente estudo. Ao pesquisar a escolaridade, Prandini et al (2016) obtiveram valores semelhantes, 29,60% tinham ensino médio completo e 25,90% ensino médio incompleto. No atual estudo, apesar da maioria apresentar nível de escolaridade média, há de se considerar também que 26,21% possuíam ensino superior ou mais. Uma das explicações para esse número considerado se deve ao fato de que a cidade abriga uma universidade pública, uma faculdade e um centro universitário privados, o que facilita e instiga a inserção da população na obtenção de maior escolaridade.

Um pequeno percentual era estudante; Silva et al (2015) em seu estudo sobre assistência de enfermagem humanizada no parto normal, encontraram um valor de 10,00% de estudantes em sua amostra. A maioria das participantes tinha idade acima de 20 anos e trabalhavam, estas podem ser possíveis justificativas para o número reduzido de estudante encontrado.

Em relação à composição familiar, um percentual considerado vivia com marido e filhos; em estudo sobre visita domiciliar no pós-parto Almeida, Nelas e Duarte et al (2016) encontraram dados parecidos: a maior parte da amostra, 64,60%, vivia com marido e filhos. Para tanto, informações do IBGE (2016) sobre arranjos familiares, concluíram que o núcleo familiar mais comum no país era formado por casal com filhos, mas tem-se notado a queda da sua participação, que passou de 50,10% a 42,30% do total dos arranjos, de 2005 a 2015. Apesar das mudanças que vêm acontecendo na composição familiar, o resultado do presente estudo apresenta consonância com o dado que se refere ao estado civil já apresentado, onde a maioria era casada ou vivia com companheiro.

Para o número de filhos, os dados mostram que a maioria tinha até dois filhos. Moll et al (2019) relatam dados diferentes, em que apenas 33,33% da sua amostra tinham dois filhos. Os dados do atual estudo são corroborados pelo IBGE (2018), quando trata da projeção da população, tendo a taxa de fecundidade total atingindo média de 1,7 filhos por mulher de 2010 a 2015. A quantidade de filhos tem relação direta com vários fatores, entre eles o fator idade; mulheres com mais idade tendem a ter menos filhos, o que pode ser observado no presente estudo.

Quanto ao número de pessoas que viviam na casa, um percentual elevado morava com até quatro pessoas, o resultado difere do encontrado por Senicato, Azevedo e Barros (2018) em que a maior parte da sua amostra, 20,20%, tinha cinco ou mais pessoas morando no domicílio. Já Borges, Hegadoren e Miasso et al (2015) encontraram dados mais elevados, em que 81,10% viviam com até quatro pessoas. A maior parte da amostra atual é casada e têm dois filhos, esses fatos reiteram o resultado para essa variável.

Aproximadamente metade da amostra trabalhava. Araújo et al (2015) apresentaram número diferente em seu estudo; quanto à ocupação houve um predomínio, com 256 (64,10%) mulheres sem emprego fixo, sendo que estas atuavam apenas como profissionais do lar. Em seu estudo Prandini et al (2016) sobre a ocupação laboral evidencia que a maioria das mulheres, 44,40%, trabalhava e estava empregada em diversos setores. As estatísticas revelam uma crescente população economicamente ativa representada por mulheres (ARAÚJO et al, 2015, p. 2747). Desse modo, fica evidente que a amostra da presente pesquisa reflete a conjuntura atual, onde as mulheres estão se inserindo cada vez mais no mercado de trabalho. E, dentre esse grupo, aquelas que trabalhavam tiveram 7,00% a mais de

possibilidade de ter a doença em relação àquelas que não trabalhavam. Tal informação é confirmada por Greinert e Milani (2015), onde afirmaram que após uma gestação mulheres que trabalhavam apresentaram dificuldades para retornar ao trabalho, sendo mais difícil conciliar vida profissional e cuidar do filho. Um resultado diferente é apontado em um estudo sobre fatores psicossociais e sociodemográficos associados à DPP; Morais et al (2015) mostraram que entre mulheres de nível socioeconômico baixo foi menor a prevalência entre aquelas que disseram ter trabalho. Para Manente e Rodrigues (2016) a ocorrência maior de DPP entre mulheres que trabalham é justificada porque essas apresentam mais preocupação em razão da necessidade de retornar ao trabalho e deixar o filho aos cuidados de outras pessoas que não ela própria. O presente resultado talvez possa ser explicado por questões como essa; além disso, tem o fato de que muitas mães podem ter a necessidade de abrir mão, mesmo que por algum tempo, da sua carreira profissional, o que pode gerar mais preocupação e sofrimento para essa mulher.

O presente estudo mostrou um percentual considerável para renda familiar de até um salário mínimo. No estudo de Boska, Wisniewski e Lentsck (2016) foi encontrado resultado diferente; nesse, a renda também foi dividida por quantidade de salários mínimos, prevalecendo 90,20% das famílias com renda de um a três salários mínimos e apenas 2,00% com renda até um salário mínimo. No entanto, o estudo de Araújo et al (2015) identificou que 86,50% da população estudada possuíam renda mensal de até um salário mínimo, porcentagem ainda maior que a do presente estudo. Um ponto a ressaltar é que, a atual amostra foi composta por mulheres que frequentavam os serviços públicos de saúde o que talvez explique a renda familiar encontrada, tendo em vista que é mais comum se tratar de população de baixa renda.

A participação na renda familiar mostra que 49,86% eram independentes financeiramente. Para Fiorin, Oliveira e Dias (2014) a participação da mulher no sustento financeiro do lar é uma realidade comum atualmente. O estudo sobre multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e maternidade tardia, concluiu que mulheres também contribuem de forma significativa, para renda da família e, em alguns casos, são o principal provedor de seu núcleo familiar (LOPES, DELLAZZANA-ZANON e BOECKEL, 2014, p. 921). A maioria das mulheres da amostra apresentada é adulta e trabalha dados que corroboram para uma

independência financeira. Apesar dessa independência financeira, são mulheres com renda muito baixa; a maioria tem renda de até um salário mínimo.

Apesar da grande porcentagem de mulheres independentes financeiramente, uma pequena porcentagem, era a principal responsável pela casa; de acordo com dados do IBGE (2016), apesar do nível de ocupação dos homens ter diminuído mais do que o das mulheres a partir de 2015, ainda assim, mulheres têm maiores índices de desocupação que os homens e rendimento inferior. Apesar desse fato, para Moura, Lopes e Silveira (2016) nos últimos anos, o número de mulheres responsáveis pela família tem se elevado e, percebeu-se uma tendência elevada da mulher, de cada vez mais, assumir o papel de chefe da família nesse rearranjo social atual.

Em relação aos hábitos comportamentais, uma porcentagem pequena praticou atividade física e participou de eventos sociais. Em seu estudo Mielke et al (2015) considerando dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mostram que praticamente metade da população brasileira não atingiu os níveis recomendados de prática de atividade física. Considerando a condição de insuficientemente ativos, as taxas mostram que no Brasil, entre as mulheres foram observadas frequências mais elevadas variando de 50,30% na Região Sul a 56,40% na Região Norte (IBGE, 2014). Em relação a participar de eventos social e cultural, Parreira et al (2017), em estudo sobre fatores associados a transtorno mental comum, encontraram dados que diferem da população dessa pesquisa; 54,30% tinham participação nesses eventos como atividade de lazer. Há de se compreender que a amostra do presente estudo é composta por mulheres no pós-parto; ter filho recém-nascido interfere na realização de atividades físicas e na participação de eventos fora do ambiente familiar. O estudo é transversal e reflete o momento atual e recente da vida da mulher.

A maioria das pesquisadas não era fumante e também não convivia com tabagistas; entre as fumantes, um pequeno percentual consumia de 11 ou mais cigarros por dia e fumava há mais de 15 anos. Em um estudo sobre qualidade de vida no período puerperal, Condeles et al (2019) também tiveram como resultado baixo percentual de tabagistas. Dados do Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) mostraram que no conjunto das 27 capitais avaliadas, a frequência de adultos fumantes do sexo feminino foi de 6,90% (BRASIL, 2018). Barbosa e Machado (2015) ressaltam que o

hábito de fumar varia entre as regiões e sofre influência de fatores socioculturais e geográficos. Além dos fatores mencionados, o estudo atual é composto por mulheres no puerpério que podem estar amamentando. Isso pode ter refletido nos números de tabagistas.

Da mesma forma, a abordagem do abuso de álcool, encontrou baixo percentual entre as pesquisadas. Os números diferem daqueles relatados por Silveira et al (2018) em seu estudo, no grupo de mulheres sem morbidade materna grave, 11,00% eram usuárias de bebida alcoólica e no grupo com morbidade materna grave, um número ainda maior, 31,00%. Um resultado que vai de encontro ao pontuado pelo presente estudo, foi o de Condeles et al (2019) que também tiveram como resultado 9 mulheres (8,70%) relatando etilismo. O dado encontrado é mínimo, no entanto, mostra que algumas mulheres ainda mantêm o hábito de beber, mesmo amamentando. Tanto o tabagismo quanto o etilismo foram informados sem receio pelas participantes, haja vista que são hábitos considerados lícitos, desconsiderando que são fatores de risco tanto para saúde da mãe quanto do filho.

Sobre o uso de drogas consideradas não lícitas no país, um percentual pequeno já fez uso e no momento da pesquisa nenhuma era usuária. Renner et al (2015) ao realizar estudo com puérperas atendidas em um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul constataram que 7,96% da sua amostra já havia sido usuárias de maconha e 4,14% de cocaína e/ou crack. Rocha et al (2016) encontraram uma porcentagem menor, 1,45%, concluindo que o número de drogas ilícitas decresceu com o desenvolvimento da gestação. O uso de drogas ilícitas é claramente proibido durante a gestação e período de amamentação; por sua ilicitude podem dificultar o comprometimento da mãe sobre a veracidade dessa informação, embora no grupo pesquisado, mesmo o uso das drogas consideradas lícitas, houve baixa representatividade.

Quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais, em seu estudo sobre gravidez no puerpério, Silva et al (2018), pontuaram que 17,60% das mulheres relataram fazer uso de preservativo masculino durante esse ato, número menor do que aquele encontrado no presente estudo; Alves et al (2016) em estudo feito em Uberaba/MG encontraram um percentual bem menor, apenas 11,90% da sua amostra declararam fazer uso do preservativo masculino durante as relações sexuais. Apesar da porcentagem maior encontrada no presente estudo, ainda é

preciso refletir que a maior parte das mulheres era casada ou vivia com companheiro o que pode explicar o dado encontrado.

Aproximadamente metade da amostra classificou seu estado de saúde como bom; um dado mais expressivo foi encontrado por Gonçalves et al (2018) no estudo sobre prevalência de depressão e fatores associados, em relação a auto avaliação da saúde, 58,40% das mulheres avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. No presente estudo os números estão abaixo do número encontrado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e divulgado pelo IBGE (2014), onde 62,40% das mulheres consideraram sua saúde como boa ou muito boa. O número aqui encontrado é bastante significativo. No entanto, trata-se de momento específico da vida de cada mulher, podendo, conforme esse, contribuir para diferentes visões de sua autoavaliação de saúde. Apenas seis mulheres declararam possuir algum tipo de limitação física ou ser portadora de necessidades especiais. Esses dados são condizentes com o informado pelo IBGE (2015) para nossa população, considerando as quatro categorias de deficiências (intelectual, física, auditiva e visual), um total de 6,20% possuía pelo menos uma das deficiências. No presente estudo, as mulheres que declararam seu estado de saúde como bom, tiveram apenas 8,00% a mais de possibilidade de ter a doença em relação àquelas que declararam ter saúde muito boa e mulheres que declararam ter saúde regular tiveram 18,00% a mais de possibilidade. Já as mulheres que declararam seu estado de saúde como ruim tiveram 54,00% a mais de possibilidade de ter DPP. Em pesquisa realizada no Sul do país, considerado pioneiro, Zubaran et al (2010), constataram que sintomas depressivos no pós-parto estavam significativamente relacionados às medidas de autoavaliação de saúde entre as mães do estudo; e ainda sugeriram que uma autoavaliação de saúde bem estabelecida pode ser uma ferramenta útil na detecção de DPP. De acordo com o pontuado por Gonçalves et al (2018), em sua amostra a autoavaliação de saúde muito boa ou boa constituiu-se como fator de proteção contra a depressão. É provável que as pessoas ao avaliar sua saúde considerem questões físicas e emocionais; possivelmente, no presente estudo, mulheres que autoavaliaram sua saúde como ruim apresentavam histórico de doenças, problema de saúde ou algum comportamento considerado não saudável. Todas essas questões podem justificar a maior possibilidade da doença nesse grupo de mulheres. Carvalho et al (2015), ao comparar autoavaliação de saúde em população com graus diferentes de bem-estar subjetivo encontrou diferenças que podem

expressar além da situação de saúde, aspectos psicossociais que são influenciados por questões culturais e que impactam de forma diferente cada grupo.

Neste estudo a maioria teve parto cesariano, o que é um fato expressivo. Esse dado se difere do encontrado por Carvalho et al (2016) em pesquisa no interior do Maranhão, onde 59,30% das entrevistadas referiram ter tido parto vaginal. Já Prado et al (2015) encontraram que 79,36% das mulheres da sua amostra foram submetidas à cesariana, número que se aproxima do resultado dessa pesquisa. São, contudo, alarmantes uma vez que está acima do preconizado pela OMS (2015), que recomenda não ultrapassar os 15,00% dos nascimentos.

Cerca de 28,00% informou que já teve alguma doença, 22,00% relatou ter feito tratamento e usado medicação para essa doença. Com um resultado próximo, Silva et al (2019) relataram que 30,10% possuíam patologias prévias à gestação. Em seu estudo sobre prevalências de transtorno mental comum (TMC), Senicato, Azevedo e Barros (2018) constataram que 23,70% das mulheres tinham uma doença crônica e 36,90% relataram de cinco ou mais problemas de saúde. O resultado do presente estudo não é alarmante, visto que o dado é referente ao longo da vida das pesquisadas.

Aproximadamente 26,00% relatou que teve e/ou fez tratamento para doença psiquiátrica e um pequeno percentual relatou ter tomado medicação para essa doença. Araújo et al (2019) em estudo sobre depressão pós-parto mostraram um número menor, em que 16,70% das mulheres relataram ter histórico de distúrbio psiquiátrico. Dados do IBGE (2018) mostraram uma prevalência de depressão de 10,90% na população brasileira, sendo maior no sexo feminino. Os números do presente estudo se tratam de um quadro específico, que pode se somar a quadros depressivos previamente existentes.

Em estudo sobre TMC e uso de psicofármacos, Borges, Hegadoren e Miasso et al (2015) constataram que entre as entrevistadas positivas para o transtorno, 41,60% faziam uso de psicofármacos na ocasião da entrevista e entre as negativas, 15,70% usavam medicamentos. No presente estudo, um percentual considerável informou ter tomado algum tipo de medicação durante as duas últimas semanas. Freitas et al (2015) encontraram percentuais ainda maiores em seu estudo, onde 70,80% das mulheres faziam uso de alguma medicação. O período puerperal, principalmente quando a mulher amamenta, não é um momento propício para o uso de medicação, principalmente com atuação psicotrópica. Considerações devem ser

direcionadas ao pré-natal enquanto momento ideal para avaliação das gestantes e prevenção de quadros e morbidades que levam a esse tipo de necessidade.

Apesar de não apresentarem associação no presente estudo, outros estudos consideraram como fator de risco para depressão pós-parto ou encontraram associação entre as variáveis: baixa renda familiar, baixa escolaridade, número de filhos, doença psiquiátrica pregressa e tabagismo com depressão pós-parto.

Araújo et al (2019) concluíram que, entre outras, a baixa renda e a baixa escolaridade eram características que prevaleciam entre as puérperas que apresentavam escores para suspeita do transtorno. Lima et al (2017) também consideraram a maior escolaridade como fator associado de proteção.

Embora não tenha permanecido no modelo final, a existência de patologias pregressas, principalmente aquelas relacionadas a morbidades psiquiátricas, é importante preditor para o desfecho considerado nesse estudo.

Em seu estudo sobre tristeza materna em puérperas e fatores associados, Andrade et al (2017) encontraram que mulheres com história prévia de depressão e o fator multiparidade apresentaram associação estatística significativa com DPP.

Em relação ao histórico de depressão, Silverman et al (2017) pontuaram que o risco da doença foi superior a 20 vezes em mulheres com histórico de depressão. Já em relação à multiparidade, no estudo de Oztora et al (2019) realizado na Turquia, constataram que não houve relação significativa entre DPP e o maior número de filhos. Maior número de filhos significa sobrecarga na criação dos mesmos, podendo ser um fator de risco. Embora não permanecendo no modelo final, a análise univariada mostrou que existe a possibilidade de associação.

O que pode acontecer também em relação ao tabagismo. Monteiro et al (2018) concluíram na sua pesquisa, que um dos fatores com indicativo de associação para depressão pós-parto foi o hábito de fumar. Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar et al (2017) também identificaram uma associação entre o uso de tabaco durante a gravidez e a doença, sendo que o uso de tabaco aumentou em 26,00% o risco para DPP.

Na análise da escala PHQ-2, foi encontrada alta sensibilidade e alta especificidade nessa população, considerando um ponto de corte ≥ 3 . Os achados sobre o PHQ-2 corroboram os resultados do estudo de validade do instrumento no contexto da atenção primária de saúde da população brasileira (Lima Osório et al,

2009). Os referidos autores encontraram respectivamente, 0,97%, 0,88% de sensibilidade e de especificidade.

A consistência interna da escala PHQ-2 mostrou boa confiabilidade da escala, sendo classificada como substancial. Estudos realizados em outras populações (Lino et al, 2016; Maroufizadeh et al, 2019; Staples et al, 2019) demonstraram confiabilidade semelhante àquela encontrada no presente estudo.

O atual estudo mostrou que o PHQ-2 pode se constituir em um instrumento adequado para a triagem de sintomas de depressão pós-parto em puérperas atendidas na Atenção Primária à Saúde, podendo ser utilizado na rede pública devido a sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde, com treinamento adequado. Considerando-se as situações de frequência da puérpera no controle pós-parto e puericultura.

Estudos futuros utilizando o instrumento como procedimento de avaliação podem ser conduzidos em diferentes populações de puérperas, de regiões brasileiras com diferentes perfis socioeconômico e demográfico a fim de contribuir para a confirmação da utilidade da escala para triagem de sintomas de DPP.

Quanto às limitações da pesquisa, estas estão relacionadas ao tipo de amostragem, devido às questões práticas foi utilizada amostragem por conveniência; e ao método utilizado, o estudo é de natureza transversal, o que não permite estabelecer relações de causalidade entre os eventos e os fatores estudados. Foram recrutadas somente participantes da rede pública de saúde e todos os questionários foram autoaplicados o que pode resultar em viés de amostragem e de resposta; no entanto, todo o cuidado foi direcionado ao controle da qualidade das respostas, sendo as puérperas orientadas sobre o objetivo da pesquisa, sobre o respeito aos preceitos éticos e contaram com ajuda no esclarecimento de eventuais dúvidas sobre as questões apresentadas. Realçamos que as participantes não apresentaram dúvidas significativas referentes ao questionário.

8 CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos no pós-parto foi menor do que a encontrada em outros estudos; no entanto, a pesquisa se mostra relevante e chama atenção para os cuidados que devem ser direcionados para esse grupo de mulheres, uma vez que o transtorno causa impactos negativos na relação do binômio mãe/filho, bem como na saúde de ambos.

A depressão pós-parto é reconhecida como problema de saúde pública, necessitando de meios de prevenção para o devido tratamento e acompanhamento.

Estudos que discorrem sobre o transtorno evidenciam que a triagem de mulheres ainda grávidas e no pós-parto pode reduzir os sintomas depressivos e a prevalência da doença, reforçando a necessidade de triagem adequada dessa população.

O PHQ-2, por sua facilidade de aplicação, torna-se uma boa ferramenta para uso rotineiro nos cenários da atenção primária à saúde. A possibilidade de utilização por qualquer profissional de saúde treinado o torna ainda mais prático e eficaz no rastreamento de sintomas da depressão pós-parto na atenção primária à saúde.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Marcela de Oliveira et al. Uso de métodos contraceptivos e fatores relacionados ao planejamento da gravidez entre puérperas. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 6, n. 3, p. 424-433, jul./set., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21249/pdf>. Acesso em: 5 jun. 2020.

ANDRADE, Marcela et al. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 8-13, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n18/n18a02.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

APA - ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CARVALHO, Alice Teles de et al. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2449-2461, nov., 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2015.v31n11/2449-2461/pt>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 510**, de 7 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

COX, Jhon. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. **Br J Psychiatry**, v. 214, n. 3, p. 127-129, Mar. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30774059/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade** [online]. 2016, v. 25, n. 3, p. 561-572. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/561-572/pt>. Acesso em: 2 jun. 2020.

FELLMETH, Gracia et al. Identifying postnatal depression: Comparison of a self-reported depression item with Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at three months postpartum, **Journal of Affective Disorders**, v. 251, p. 8-14, May 2019. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718327733>). Acesso em: 31 May 2020.

FERNANDEZ VERA, Johalys Karina et al. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. **Rev Obstet Ginecol Venez.**, Caracas dic, v. 74, n. 4, p. 229-

243, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/ve/pdf/og/v74n4/art03.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

FONSECA, A; CANAVARRO, M. C. Depressão Pós-Parto. **PROPSICO**: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde - Ciclo 1, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/45085?mode=full>. Acesso em: 31 maio 2020.

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo v. 17, n. 1, p. 26-36, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193839259003.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cader. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, e00094016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00094016.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões** - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

KATON, Wayne; RUSSO Joan; GAVIN, Amelia. Predictors of Postpartum Depression. **Journal of Women's Health**, v. 23, n. 9, p. 753-759, Sept. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25121562>. Acesso em: 28 fev. 2020.

LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307050739007.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2020.

MALISZEWSKA, Karina et al. Group-based interventions for postpartum depression: An integrative review and conceptual model. **Acta Neuropsychiatrica**, Cambridge University Press, v. 29, n. 6, p. 347-355, Dec. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28560935>. Acesso em 28 fev.2020. Acesso em: 28 fev. 2020.

MANENTE, Milena Valelongo; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 99-111, jul. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v20n1/v20n1a08.pdf>. Acesso em: 31 maio 2020.

MARTINEZ, Pablo; VOHRINGER, Paul A.; ROJAS, Graciela. Barreiras ao acesso ao tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de saúde primários: um modelo preditivo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2675, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0982-2675.pdf. Acesso em: 31 maio 2020.

MASUR, J; MONTEIRO, M. G. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. **J Biol Res**, v. 16, n.3, p. 215-218, 1983. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6652293/>. Acesso em: 30 jul. 2020.

MENEZES, Francislene Lopes et al. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. **Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/3822/3803>. Acesso em: 30 mar. 2020.

MOLERO, Katherine L. et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. **Rev. chil. obstet. ginecol.**, Santiago, v. 79, n. 4, p. 294-304, 2014. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n4/art08.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

MONTEIRO, Keila Araujo et al. Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto Imediato. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v. 24, n. 4, p. 379-388, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964579>. Acesso em: 6 jun. 2020

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OZTORA S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. **Niger J Clin Pract.**, v. 22, n.1, p. 85-91, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30666025/> Acesso em: 9 jun. 2020.

PARREIRA, Bibiane Dias Miranda et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03225.pdf. Acesso em: 5 jun. 2020

PRANDINI, Naiane Ribeiro; MACIEL, Karine Fontana; VICENSI, Maria do Carmo. Perfil das gestantes atendidas na maternidade do hospital universitário Santa Terezinha, Joaçaba, SC. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 7, n. 1, p. 105-110, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2cd0/ab4eab28f839646414c912ce933c79c7ff111.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

RAHMAN, Atif et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low and middle-income countries: a systematic review and meta analysis. **Bull World Health Organ**, v. 81, n. 8, p. 593-601, Aug. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738304/pdf/BLT.12.109819.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

SANTOS, Luísa Parreira; SERRALHA, Conceição Aparecida. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 43, p. 5-25, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3748/4406>. Acesso em: 30 jan. 2020.

SILVA, Daisy Costa da et al. Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal. **REBES**, Pombal, v.5, n.2, p. 50-56, abr.-jun., 2015. Disponível em: <https://editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3660/3317>. Acesso em: 4 jun. 2020.

SILVA, Isabel Cristina da; SILVA, Michele Esteves da; GALDINO, Cíntia Valéria. Gravidez no puerpério: conhecimento de mulheres quanto ao uso de métodos contraceptivos. **Saber Digital**, v. 11, n. 2, p. 35-41, 2018. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/620/486>. Acesso em: 5 jun. 2020.

SILVERMAN, Michael et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. **Depression and anxiety**, v. 34, n. 2, p.178-187, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5462547/>. Acesso em: 9 jun. 2020.

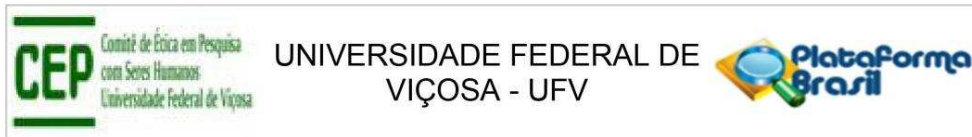
SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n12/4021-4030/pt>. Acesso em: 6 jun. 2020.

SOUZA, João Paulo. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-551, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2020.

SPITZER, Robert L; KROENKE Kurt; WILLIAMS, Janet B. W. Validation and utility of a self-report version of PRIMEMD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. **Jama**, v. 282, n. 18, p. 1737-1744, Nov. 1999. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192080>. Acesso em: 6 mar. 2020.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K.; SCHUMACHER, M. V.; AMORETTI, A. L.; THORELL, M. R.; MÜLLER, L. C. The correlation between postpartum depression and health status. **Matern Child Health J.**, v. 14, n. 5 p. 751-757, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-009-0512-z>. Acesso em: 11 jun. 2020.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Validação de uma ferramenta simplificada para o diagnóstico da depressão pós-parto em puérperas do município de Viçosa/MG e microrregião.

Pesquisador: LUIZ SÉRGIO SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 94886318.5.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Medicina e Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.255.601

Apresentação do Projeto:

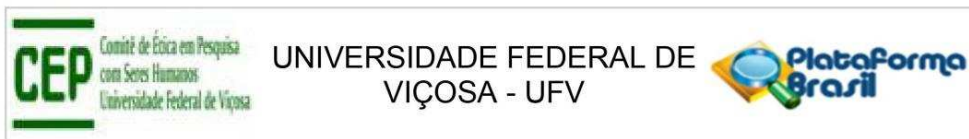
Emenda apresentada sob a seguinte justificativa: Para alcançar o número de participantes proposto foi necessário estender a pesquisa para a microrregião, bem como inserir mais duas instituições para o local da pesquisa. Foi retirado o instrumento Inventário de

Depressão de Beck (BDI) e inseriu-se a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM-5, haja vista que essa é considerada padrão-ouro para diagnóstico de depressão. Para conferir maior confiabilidade as medias do PHQ2, as participantes também responderão ao questionário PHQ9, que é a extensão do PHQ2. Assim, participantes com resultado positivo no PHQ2, responderão ao PHQ9, dando positivo nesse último, serão encaminhadas para segunda etapa do estudo que contempla a entrevista clínica estruturada. Para conferir maior robustez ao diagnóstico de depressão, foi proposta essa segunda etapa para o estudo, na qual foram inseridos novos pesquisadores, estes são médicos residentes em Medicina da família e Comunidade do curso de Medicina da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Os questionários que serão utilizados na pesquisa foram agrupados em um único documento, evidenciando a ordem em que serão aplicados. As modificações foram realizadas no título do projeto, na metodologia adotada para consecução do estudo e no cronograma.

Objetivo da Pesquisa:

1. Determinar a prevalência da depressão pós-parto em puérperas da cidade de Viçosa/MG e

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 3.255.601

microrregião.2. Validar escala reduzida PHQ 2 para rastreamento de depressão pós-parto nessa população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco envolvido na pesquisa seria a possibilidade de constrangimento dos respondentes às perguntas do questionário utilizado na pesquisa. Para tanto, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), está orientado que o sujeito da pesquisa pode se recusar a responder a uma pergunta, um conjunto de perguntas, ou até mesmo a todo o questionário, sem que haja qualquer mudança na forma como é tratado pelos pesquisadores.

Benefícios: Os benefícios decorrentes da pesquisa são inerentes à possibilidade de diagnóstico precoce de indicativos de quadro de depressão (DPP) pós-parto, permitindo a atuação imediata dos profissionais de saúde no controle da situação de saúde da paciente. Para as pacientes pesquisadas, todas aquelas que forem diagnosticadas com possível quadro de DPP, serão encaminhadas para atendimento por profissional habilitado para a condução do quadro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM-5 (SCID-5) com objetivo de corroborar o diagnóstico da morbidade nessa população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados estão de acordo com as exigências da Resolução 466/2012 da CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda aprovada nos termos expostos pelo pesquisador.

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para o encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 3.255.601

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_131766_1_E1.pdf	20/03/2019 10:26:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Emenda.pdf	20/03/2019 10:05:40	SANDRA APARECIDA NASCIMENTO	Aceito
Parecer Anterior	PARECER.pdf	20/03/2019 09:15:24	SANDRA APARECIDA NASCIMENTO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_Emenda.pdf	20/03/2019 09:08:21	SANDRA APARECIDA NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO1_Emenda.jpeg	20/03/2019 08:59:30	SANDRA APARECIDA NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_Emenda.jpeg	20/03/2019 08:58:36	SANDRA APARECIDA NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Emenda.pdf	20/03/2019 08:57:54	SANDRA APARECIDA NASCIMENTO PIRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/07/2018 17:56:41	LUIZ SÉRGIO SILVA	Aceito
Outros	PHQ2.pdf	20/07/2018 17:55:13	LUIZ SÉRGIO SILVA	Aceito
Outros	EDPS.pdf	20/07/2018 17:54:23	LUIZ SÉRGIO SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SANDRA1.jpeg	20/07/2018 17:52:09	LUIZ SÉRGIO SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SANDRA.jpeg	20/07/2018 17:51:03	LUIZ SÉRGIO SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Sandra.pdf	20/07/2018 17:48:31	LUIZ SÉRGIO SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 3.255.601

VICOSA, 10 de Abril de 2019

Assinado por:
Maria da Conceição Aparecida Pereira Zolnier
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

ANEXO B

25/06/2020

SAGAS

O novo artigo foi submetido com sucesso!**Login:** [Sandra Pires](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)**SAGAS**Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Início	Autor	Consultor	Editor	Mensagens	Sair
------------------------	-----------------------	---------------------------	------------------------	---------------------------	----------------------

CSP_1815/20

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	25 de Junho de 2020
Título	Depressão pós-parto: prevalência e validação do Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2)
Título corrido	Depressão pós-parto: prevalência e validação do PHQ-2
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	Estudo de validação, Questionário de Saúde do Paciente, depressão pós-parto, saúde mental, atenção primária à saúde
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	Sandra Aparecida Nascimento Pires (Universidade Federal de Viçosa/UFV) <sandraanpires@yahoo.com.br> Luiz Sérgio Silva (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS) <luizsergios@yahoo.com.br>
STATUS	<i>Com Secretaria Editorial</i>

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2020

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Senhora está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa Validação de uma ferramenta simplificada para o diagnóstico da depressão pós-parto em puérperas do município de Viçosa/MG e microrregião. Nesta pesquisa pretendemos realizar estudo epidemiológico sobre depressão pós-parto em puérperas do município de Viçosa/MG e microrregião, determinar a prevalência da doença e validar a escala reduzida Questionário de Saúde do Paciente 2 (PHQ 2) para rastreamento de depressão pós-parto nessa população. O motivo que nos leva a fazer este estudo é que a descoberta dos sintomas logo no início do transtorno vai impactar de forma positiva no diagnóstico e consequentemente no prognóstico da depressão pós-parto. A validação do instrumento PHQ-2 é possível a partir de uma amostra populacional de puérperas brasileiras, para sua utilização na população de gestantes e puérperas brasileiras.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Serão aplicados o PHQ-2, ele tem apenas duas perguntas; o PHQ-9, com nove perguntas, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), ela contém dez perguntas e a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 para participantes com resultado positivo nos testes PHQ-2 e PHQ-9. Além de questões sobre aspectos socioeconômicos e sociodemográficos como idade, estado civil, etc.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em algum constrangimento no momento de responder às perguntas do questionário utilizado na pesquisa. Para tanto, pode haver recusa de resposta a uma pergunta, um conjunto de perguntas, ou até mesmo ao questionário todo, sem haver qualquer mudança na forma que você é tratada pelos pesquisadores. A pesquisa contribuirá para a possibilidade de diagnóstico precoce de indicativos de quadro de depressão pós-parto (DPP), permitindo a atuação imediata dos profissionais no controle da situação de saúde da paciente. Para as participantes pesquisadas, todas aquelas que forem diagnosticadas com possível quadro de DPP, serão encaminhadas para atendimento com profissional habilitado para a confirmação e condução do caso, desde que você consinta e deseje isso.

Para participar deste estudo a Senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, a Senhora tem assegurado o direito à indenização. A Senhora tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Senhora é atendida pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. A Senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV (DEM) e a outra será fornecida a Senhora.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____,
contato _____, fui informada dos objetivos da pesquisa Validação de uma ferramenta simplificada para o diagnóstico da depressão pós-parto em puérperas do município de Viçosa/MG e microrregião de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Sandra Aparecida Nascimento Pires
Endereço: Travessa Felício Brandi, nº 22, Centro, Viçosa/MG.
Telefone: (31)99755-0867
Email: sandraanpires@yahoo.com.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Universidade Federal de Viçosa
Edifício Arthur Bernardes, piso inferior
Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário
Cep: 36570-900 Viçosa/MG
Telefone: (31)3899-2492
Email: cep@ufv.br
www.cep.ufv.br

Viçosa, 04 de dezembro de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO D

Questionário

Parte I – Dados de identificação, situação socioeconômica e estado de saúde.

BLOCO A: Identificação

A.1 Data de Nascimento: ____/____/____

A.2 Estado civil:

- Solteira
- Casada ou vive em união estável
- Separada / divorciada
- Viúva

A.3 Escolaridade: _____

- Nenhum estudo Fundamental incompleto Fundamental completo Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo Curso técnico Superior ou mais.

Curso: _____

A.4 Como você classificaria a sua cor da pele ou raça?

- Parda Negra Branca Indígena Outra.

A.5 Endereço: _____

BLOCO B: Dados Socioeconômicos

B.1 Ocupação: _____

B.2 Renda familiar:

- Até um salário mínimo
- Entre dois e três salários mínimos
- Entre quatro e seis salários mínimos
- Acima de seis salários mínimos

B.3 Participação na renda familiar:

- Não trabalha e seus gastos são custeados
- Trabalha, mas não é independente financeiramente
- Trabalha e é independente financeiramente
- Trabalha e é a principal responsável pelo sustento da família.

B.4 Em sua família, quem é considerado o chefe ou o principal responsável pela casa?

- Eu mesmo
- Meu cônjuge ou companheiro (a)

- () Eu e meu cônjuge, igualmente
- () Meu pai e minha mãe
- () Meu filho ou minha filha ou ambos
- () Não tem chefe
- () Outra pessoa: _____

B.5 Numero de filhos: _____

B.6 Quantas pessoas vivem na residência: _____ pessoas.

B.7 Composição familiar: () Pais () Esposa () Marido () Filhos () Irmãos () Amigos () Outros.

BLOCO C: Estado de Saúde

As próximas perguntas se referem a seu estado de saúde e a alguns problemas de saúde que você possa ter tido ou tenha.

C.1 De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu próprio estado de saúde?

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Regular
- (4) Ruim

C.2 Alguma vez um MÉDICO lhe informou de alguma doença?

Sim Não

Se Sim, qual (is) foi (ram) a(s) doença(s)? _____

Você faz tratamento para essa doença? Sim Não

Usa Medicamentos?

Sim Qual _____

Não

C.3 Você já teve e/ou fez tratamento para depressão, estresse, síndrome do pânico, ansiedade ou outras doenças relacionadas à saúde mental (psiquiátrica)?

Sim Não

Se, sim, qual (is)? _____

C.4 Nas últimas duas semanas, por quantos dias, no total, você ficou impedido (a) de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por algum problema de saúde que você teve?

_____ Dia (s)

Nenhum dia

C.5 Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, Você usou algum medicamento?

Sim Não

Se SIM, qual medicamento(s) você usou nas duas ÚLTIMAS SEMANAS?

C.6 Você possui algum de tipo de limitação física ou é portador de necessidades especiais?

Sim Não

Que tipo de limitação? _____

Usa alguma prótese e/ou órtese? _____

C.7 Nos ÚLTIMOS DOZE MESES, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer?

(1) Sim Quanto tempo por dia? _____ Por quantas vezes na semana? _____

(2) Não

C.8 Nos ÚLTIMOS DOZE MESES, você praticou algum tipo de atividade social ou participou de eventos sociais e culturais?

(1) Sim Que tipo de evento? _____ Quantas vezes por mês? _____

(2) Não

C.9 Você é ou já foi fumante de cigarros, ou seja, já fumou, ao longo da vida, pelo menos 100 cigarros (cinco maços)?

(1) Sim

(2) Não

Se **NÃO**, pule para a pergunta **C.13** nesta página

C.10 Você fuma cigarros atualmente?

(1) Sim

(2) Não

Se **NÃO**, pule para a pergunta **C.11** nesta página

C.11 Em geral, quantos cigarros por dia você fuma ou fumava?

_____ cigarros

Menos de 1 cigarro por dia

C.12 Por quantos anos você fuma ou fumou?

_____ anos.

C.13 Você convive com pessoas fumando na mesma sala de trabalho ou em casa?

- (1) Sim, tanto em casa como no trabalho
(2) Sim, apenas em casa
(3) Sim, apenas no trabalho
(4) Não

C.14 Você já fez uso de alguma droga não considerada lícita em nosso país?

Sim Não

C.15 Se você respondeu positivamente à questão anterior, você ainda faz uso (mesmo que esporadicamente)?

Sim Não

C.16 Você faz uso de preservativos em suas atividades sexuais?

Sim Não Em todas? Sim Não
 Não

Parte II – Questionário CAGE

Alguma vez a sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

Sim Não

As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Sim Não

A sr.(a) se sente culpado(a) pela maneira com que costuma beber?

Sim Não

A sr.(a) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Sim Não

Parte III – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Data da entrevista:

Idade do bebê:

Pontuação:

Aplicador da escala:

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

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

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

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

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

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

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
 Sim, muitas vezes
 Só de vez em quando
 Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- Sim, muitas vezes
 Às vezes
 Raramente
 Nunca

Parte IV – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO PACIENTE 2 (PHQ 2)

Data da aplicação: ____/____/____

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetada por algum dos seguintes problemas?

(Utilize "✓" por baixo dos algarismos para indicar a sua resposta)

	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.	0	1	2	3
Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
Total:				

Soma dos totais das colunas= _____ + _____ + _____ + _____ = _____

Parte V – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO PACIENTE 9 (PHQ 9)

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetada por algum dos seguintes problemas? (Utilize "✓" por baixo dos algarismos para indicar a sua resposta)

	Nunca	Em vários dias	Em mais da metade do número de dias	Em quase todos os dias
Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas -----	0	1	2	3
Senti desânimo, desalento ou falta de esperança -----	0	1	2	3
Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais -----	0	1	2	3
Senti cansaço ou falta de energia -----	0	1	2	3
Tive falta ou excesso de apetite -----	0	1	2	3
Senti que não gosto de mim próprio/a ou que sou um(a) falhado(a) ou me desiludi a mim próprio(a) ou à minha família -----	0	1	2	3
Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ler o jornal ou ver Televisão -----	0	1	2	3
Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual -----	0	1	2	3
Pensei que seria melhor estar morto/morta, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma -----	0	1	2	3
Soma dos totais das colunas = _____	_____	+-----	+-----	+-----

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?

Não dificultaram	Dificultaram um Pouco	Dificultaram Muito	Dificultaram Extremamente
------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------

ANEXO E

Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS)

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

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

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

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

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir
- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez
8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal
- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum
9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado
- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca
10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.
- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

SANTOS, Iná S. et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 23, v.11, p. 2577-2588, nov, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/04.pdf>. Acesso em: 39 mar. 2020.

ANEXO F

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO PACIENTE 2 (PHQ 2)

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetada por algum dos seguintes problemas?
(Utilize "✓" por baixo dos algarismos para indicar a sua resposta)

	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias					
Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.	0	1	2	3					
Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3					
Total:									
Soma dos totais das colunas=	_____	+	_____	+	_____	+	_____	=	_____

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

ANEXO G

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - (PHQ-9)

Durante as **últimas 2 semanas**, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

(Marque sua resposta com "✓")

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING _____ + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Se você assinalou **qualquer** um dos problemas, indique o grau de **dificuldade** que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.