

**VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES E DEPRESSÃO
MATERNA: ESTUDO DA COORTE BRISA.**

**SÃO LUÍS, MA
MAIO – 2018**

SABRINA VARÃO OLIVEIRA RIBEIRO

**VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES E DEPRESSÃO MATERNA: ESTUDO DA
COORTE BRISA.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Federal do
Maranhão como requisito parcial à obtenção do
título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Rosângela Fernandes
Lucena Batista.

Co-orientador: Profa. Dra. Marizélia Rodrigues
Costa Ribeiro

SÃO LUÍS, MA

MAIO – 2018

Ribeiro, Sabrina Varão Oliveira.

Violência contra gestantes e depressão materna: estudo da coorte Brisa / Sabrina Varão Oliveira Ribeiro. – 2018.

113f

Orientador(a): Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Análise fatorial. 2. Depressão materna. 3. Gestação. 4. Validação. 5. Violência contra mulher. I. Batista, Rosângela Fernandes Lucena. II. Título.

VIOLÊNCIA CONTRA GESTANTES E DEPRESSÃO MATERNA: ESTUDO DA COORTE BRISA.

Sabrina Varão Oliveira Ribeiro

Tese aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca examinadora
constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista (Orientadora)
Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente (USP)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Marizélia Rodrigues Costa Ribeiro
Doutora em Políticas Públicas (UFMA)
Coorientadora
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof^ª. Dra. Flor de Maria Araújo Mendonça Silva
Doutora em Saúde Coletiva (UFMA)
Examinador Externo
Universidade CEUMA

Prof. Dr. Lucas Guimarães C. Sá
Doutor em Psicologia (UFSCar)
Examinador Externo ao Programa
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dra. Cecília Cláudia Costa Ribeiro de Almeida
Doutora em Odontologia (UNICAMP)
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões
Doutora em Medicina (USP)
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Doutora em Saúde Pública (UFBA)
Suplente
Universidade Federal do Maranhão

À Deus por ter permitido que esse sonho fosse realizado.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me concedido a vida e me presenteado com essa oportunidade de crescimento!

Aos meus pais, Genival e Sônia, por todo seu amor, dedicação, valores transmitidos e exemplos de vida.

À minha irmã, Flávia, por toda força e carinho.

Ao meu esposo, melhor amigo e companheiro em todas as horas, Joaquim, por sua dedicação pela família e por estar sempre ao meu lado nessa caminhada. O seu apoio foi fundamental na realização deste sonho!

Ao meu filho, Felipe, por existir e ser a maior felicidade de nossas vidas e me dar estímulo para continuar vencendo!

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) pelo aprendizado, crescimento e pela qualidade de ensino prestada. Tenho muito orgulho de ter feito parte desse grupo tão seleta!

À minha orientadora, Profa. Dra. Rosângela Batista, pessoa maravilhosa, de coração enorme, disponível, acolhedora, sincera, crítica, a qual conheço e admiro há alguns anos, e que foi indispensável nessa caminhada. Agradeço todo o apoio recebido durante essa longa trajetória e por tudo que me foi ensinado.

À Profa. Dra. Marizélia, admirável como pessoa e pesquisadora, dedicada, inteligente, disponível e persistente! Obrigada por cada ensinamento e energia positiva! Indescritível o quanto cresci ao seu lado!

À Kivânia, pelo incentivo, apoio e disponibilidade em sempre ajudar. Sem você não seria possível concluir essa etapa!

Aos professores do PGSC pelo conhecimento transmitido ao longo de todo o curso.

Aos meus colegas do PPGSC, pelas contribuições em cada seminário, pelas amizades, alegrias e incentivo.

À Livia Rodrigues e Luciana Cavalcante, pela gentileza e disponibilidade em prestar esclarecimentos nas frequentes dúvidas.

À minha tia e enfermeira, Dra. Francisca Georgina, por ser fonte de inspiração e admiração profissional.

À Jesus, Leila e Sônia, por nos receber tão bem, sempre simpáticas e gentis, e por compartilhar de cada momento de ansiedade, angústia e alegria.

À Enfermeira Darlene e à Secretaria Municipal de Saúde por terem autorizado a minha licença para capacitação profissional. Sem essa liberação, tudo se tornaria mais difícil!

Ao Hospital Universitário Presidente Dutra, por fazer parte de toda a minha trajetória acadêmica e profissional, hoje sendo meu local de trabalho e por ter sido a minha escola durante a faculdade e residência de Enfermagem. Por ter sido local de muito aprendizado ao longo desses anos e por servir de incentivo ao conhecimento científico. Gostaria de agradecer a grandes amigos e colaboradores, que me ofereceram apoio e flexibilidade nessa jornada, em especial à Divisão de Enfermagem e Unidade de Cuidados Intensivos do Adulto. Ficarei muito grata em poder compartilhar e contribuir com conhecimentos adquiridos!

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse com êxito ao final desta caminhada.

Muito obrigada!

“Os sonhos precisam de persistência e coragem para ser realizados. Nós os regamos com nossos erros, fragilidades e dificuldades.”

Augusto Cury

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

- Figura 1-** Fluxograma da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010 – 61
2013.....
- Figura 2 -** Modelo teórico dos efeitos da violência na gestação, sintomas de 62
depressão na gestação e sintomas de depressão materna na coorte pré-natal
BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.....

Artigo 2

- Figura 1 -** Fluxograma da coorte nascimento BRISA. São Luís – MA, 2010 – 77
2013.....

LISTA DE TABELAS

Tabelas do Artigo 1

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.....	56
Tabela 2 - Violência, sintomas depressivos na gestação e sintomas de depressão materna em mulheres da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.....	57
Tabela 3 - Indicadores de ajuste para o modelo inicial. São Luís -MA, 2010-2013.....	57
Tabela 4 - Indicadores de ajuste para o modelo inicial. São Luís -MA, 2010-2013.....	58
Tabela 5 - Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor dos efeitos indiretos para variáveis indicadoras. São Luís – MA, 2010-2013.....	60

Tabelas do Artigo 2

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres que responderam o questionário da Escala de Edimburgo. São Luís – MA, 2010-2013.....	75
Tabela 2 - Indicadores de ajuste da Análise Fatorial Exploratória da Escala de Edimburgo. São Luís, 2018.....	75
Tabela 3 - Matriz de cargas fatoriais da Análise Fatorial Exploratória para os modelos uni e multidimensionais da Escala de Edimburgo. São Luís, 2018.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
BRISA	- Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies
CEPEC	- Centro de Pesquisas Clínicas
CES-D	- Center for Epidemiological Scale – Depression
CFI	- Comparative Fit Index
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
CP	- Coeficiente Padronizado
DP	- Desvio padrão
DPP	- Depressão materna
EPDS	- Edimburg Depression Postpartum Scale
HUPD	- Hospital Universitário Presidente Dutra
IC	- Intervalo de Confiança
MOS	- Medical Outcomes Study
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
RR	- Risco Relativo
RMSEA	- Root Mean Square Error of Aproximation
SES	- Situação Socioeconômica
STATA	- Data Analysis and Statical Software
SUPP	- Suporte Social
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	- Tucker Lewis Index
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
VD	- Violência Doméstica
VPI	- Violência por Parceiro Íntimo
WHO	- World Health Organization
WLSMV	- Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted
WRMR	- Weighted Root Mean Square Residual

RIBEIRO, Sabrina Varão Oliveira, **Violência contra gestantes e depressão materna: estudo da coorte Brisa**, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 113p.

RESUMO

O presente estudo teve dois objetivos: Analisar os efeitos da violência na gestação nos sintomas de depressão materna e avaliar a adequação da Escala de Edimburgo em mulheres após o puerpério. No primeiro artigo, foi realizado um estudo em uma coorte de pré-natal no município de São Luís (Brasil) com amostra de 1.139 mães. Violência psicológica e violência física contra gestantes foram medidas pelo instrumento World Health Organization Violence against woman. Sintomas de depressão na gestação foram medidos pela Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e sintomas de depressão materna foram medidos pela Escala de Depressão materna de Edimburgo (EPDS). O modelo conceitual, por modelagem de equações estruturais, teve situação socioeconômica, suporte social, violência psicológica, física e depressão na gestação como determinantes de sintomas de depressão materna. No segundo artigo, foi realizado estudo em uma coorte de nascimento no município de São Luís (Brasil) com amostra de 3.194 mães. O instrumento utilizado para avaliar os sintomas de depressão materna foi a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo. Os dados foram ponderados e após isso, foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE). Foram consideradas significativas as cargas fatoriais quando acima de 0,40. Foram calculados o índice de escalabilidade H de Loevinger e o critério de Mokken. Foi observado no primeiro artigo que sintomas de depressão materna foram relatados por gestantes que mais frequentemente sofreram violência psicológica (Coeficiente Padronizado, CP=0.256; pvalor, $p<0.001$), violência física (CP=0.221 $p<0.001$) e apresentavam sintomas de depressão na gestação (CP=0.322 $p<0.001$). Sintomas de depressão na gestação mediaram efeitos das violências física e psicológica na depressão materna. E no segundo artigo, foi observado que a AFE com duas dimensões apresentou o melhor ajuste (RMSEA=0,053; CFI=0,988; TLI=0,979). O índice de escalabilidade H de Loevinger não mostrou nenhum valor $<0,3$, não sugerindo a exclusão de nenhum item da Escala de Edimburgo. Gestantes submetidas à violência psicológica e física e que apresentaram sintomas de depressão na gestação relataram com mais frequência sintomas de depressão materna. O EPDS com dois fatores, nas diferentes versões propostas, se mostrou adequada para avaliação dos sintomas de depressão pós-parto

em mulheres em São Luís - MA e os resultados ratificam a possibilidade de utilização em diversas culturas e períodos de vida.

Descritores: Violência contra a mulher. Gestação. Depressão. Validação. Análise Fatorial.

RIBEIRO, Sabrina Varão Oliveira, **Violência contra gestantes e depressão materna: estudo da coorte Brisa**, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 113p.

ABSTRACT

The present study had two objectives: to analyze the effects of gestational violence on the symptoms of maternal depression and to assess the adequacy of the Edinburgh Scale in post-puerperium women. In the first article, a study was carried out in a prenatal cohort in the city of São Luís (Brazil) with a sample of 1,139 mothers. Psychological violence and physical violence against pregnant women were measured by the World Health Organization Violence Against Woman instrument. Symptoms of gestational depression were measured by the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) and symptoms of maternal depression were measured by the Edinburgh Maternal Depression Scale (EPDS). The conceptual model, by modeling structural equations, had socioeconomic situation, social support, psychological violence, physical and depression in gestation as determinants of symptoms of maternal depression. In the second article, a study was carried out in a birth cohort in the city of São Luís (Brazil) with a sample of 3194 mothers. The instrument used to assess the symptoms of maternal depression was the Edinburgh Postpartum Depression Scale. The data were weighted and after that, the Exploratory Factor Analysis (AFE) was performed. Factorial loads were considered significant when above 0.40. The Loevinger H scalability index and the Mokken criterion were calculated. It was observed in the first article that symptoms of maternal depression were reported by pregnant women who suffered more psychologically (standardized coefficient, CP = 0.256, $p < 0.001$), physical violence (CP = 0.221 $p < 0.001$) and had symptoms of depression during pregnancy (CP = 0.322 $p < 0.001$). Symptoms of gestational depression mediated the effects of physical and psychological violence on maternal depression. And in the second article, it was observed that the AFE with two dimensions presented the best fit (RMSEA = 0.053; CFI = 0.988; TLI = 0.979). The Loevinger index of scalability H showed no value < 0.3 , not suggesting the exclusion of any item from the Edinburgh Scale. Pregnant women subjected to psychological and physical violence and who presented with symptoms of depression during pregnancy reported more often symptoms of maternal depression. The EPDS with two factors, in the different versions

proposed, was adequate for evaluating the symptoms of postpartum depression in women in São Luís - MA and the results confirm the possibility of use in different cultures and life periods.

Descriptors: Violence against women. Gestation. Depression. Validation. Factor analysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	30
4.1 Delineamento do estudo.....	30
4.2 Local do Estudo.....	30
4.3 Participantes e Amostra.....	30
4.4 Instrumentos de coleta de dados.....	33
4.5 Variáveis.....	36
4.6 Análise descritiva e Modelagem por Equações Estruturais.....	37
4.7 Aspectos Éticos.....	39
5 RESULTADOS.....	40
5.1 Artigo 1.....	40
5.2 Artigo 2.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE.....	89
ANEXOS.....	93

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é uma das principais formas de violação dos direitos humanos à vida e à saúde. É um problema mundial de saúde pública, encontrado entre mulheres de diferentes situações socioeconômicas, idades, escolaridades, e em países desenvolvidos e em desenvolvimento que demanda esforços de várias esferas para sua prevenção e intervenção (OLIVEIRA et al, 2015).

Diversos danos à saúde podem resultar da violência, variando desde queixas ginecológicas e da esfera sexual até consequências obstétricas diversas como gestações indesejadas, retardo em iniciar o pré-natal, abortamento e natimortalidade, baixo peso ao nascer, trabalho de parto prematuro e perdas fetais. Também podem estar presentes dor pélvica crônica, cefaléia, depressão, tentativa de suicídio, síndrome de estresse pós-traumático, ansiedade, uso de drogas, dentre outros, o que pode futuramente reduzir a capacidade materna de cuidar adequadamente de seus filhos (MENEZES, 2003; AUDI, et al. 2008b; MORAES, ARANA, REICHENHEIM, 2010; DURAND, et al. 2011).

Por um lado, a gravidez pode ser fator protetor contra a violência, observando-se a diminuição ou a cessação de episódios abusivos; por outro lado, ela pode determinar o início das agressões ou aumento de sua gravidade e frequência, ou mesmo, não apresentar mudança no padrão abusivo (HEDIN, 2000).

A violência durante a gestação tem sido considerada importante fator de risco para a saúde da gestante e do feto. A prevalência de violência durante o período gestacional varia, chegando até a 20,1% e, na maioria das vezes, o parceiro íntimo é o perpetrador dessa violência. Em cerca de 90% dos casos, os maus tratos já estavam presentes antes da gestação sendo que a história de violência doméstica (VD) pode ser o principal preditor de agressões na gravidez (AUDI et al, 2008a).

Em um estudo realizado por Mattar (2007), foi observado que algumas mulheres vitimizadas apresentavam alteração de humor no puerpério, o que o levou a supor que a ocorrência de violência, quer seja na gestação ou anteriormente a ela, pode estar associada à maior risco de depressão materna.

De acordo com Vesga-López et al (2008), entre 15% e 29% das mulheres durante a gestação e no pós-parto manifestam alguma psicopatologia. Dentre essas, a depressão materna está entre as mais prevalentes, podendo afetar uma em cada oito mulheres após a gestação. No Brasil, estudo de base populacional indicou prevalência ainda maior (19,1%), o que corresponde a quase uma puérpera em cada cinco (MORAES, 2006).

Assim, a depressão materna é uma condição há muito reconhecida como importante causa de morbidade materna, com grande relevância no âmbito da saúde pública. Além das sérias consequências para sua própria saúde, as síndromes depressivas que acometem mulheres nos primeiros meses após o parto, afetam diretamente toda a família (SIT e WISNER, 2009).

Os sintomas associados à depressão materna incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (SCHWENGBER e PICCININI, 2005).

A elevada frequência de depressão materna e os efeitos negativos para mãe e a criança apontam para a necessidade de sua descoberta precoce e instrumentos válidos e confiáveis são necessários em sua pesquisa. O *Edimburg Depression Postpartum Scale (EPDS)* é um dos instrumentos de triagem de sintomas de depressão pós-parto mais pesquisados e amplamente utilizados.

Portanto, o foco central desta pesquisa visa responder os seguintes questionamentos: A violência na gestação tem efeito sobre os sintomas de depressão materna? O EPDS é capaz de medir sintomas de depressão em mulheres que não mais se encontram no período pós-parto?

Nesse sentido, consideram-se as seguintes hipóteses:

- 1) A violência na gestação influencia nos sintomas de depressão materna.
- 2) O EPDS é um instrumento bidimensional, capaz de medir sintomas de depressão pós-parto em mulheres após o puerpério.

Deste modo, esta tese gerou dois artigos:

Artigo 1: Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais.

Artigo 2: Escala de Edimburgo: análise fatorial exploratória em uma amostra de mulheres na coorte BRISA.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar os efeitos da violência na gestação nos sintomas de depressão materna e avaliar a adequação da Escala de Edimburgo em mulheres após o puerpério.

2.2 Específicos

- Caracterizar as condições socioeconômicas e demográficas das mães;
- Avaliar a ocorrência de violência contra a gestante na amostra estudada;
- Verificar o percentual de mães com sintomas de depressão materna;
- Verificar os efeitos diretos e indiretos da violência na gestação e apoio social nos sintomas de depressão materna;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Violência contra a mulher na gestação

Violência contra as mulheres foi definida pela Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência contra Mulheres como qualquer ato de violência de gênero que resulte ou seja suscetível de resultar em danos físicos, sexuais ou emocionais (ONU, 1993).

A Lei Maria da Penha define a violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

Ameaças e maus tratos contra a mulher passaram a fazer parte da luta dos movimentos feministas no Brasil de forma mais intensa a partir das décadas de 1970 e 1980, ocasião em que o governo propôs as primeiras políticas públicas na área (GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2009). Foram criados serviços específicos, voltados para o enfrentamento do problema, como as delegacias de atendimento à mulher, casas-abrigo e centros de referência com atendimento psicossocial, que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros ou ex-parceiros no âmbito doméstico (MOREIRA et al., 2008).

Globalmente, pelo menos uma em cada três mulheres sofreram algum tipo de abuso durante sua vida. A violência contra as mulheres ocorre em todos os países, entre todos os grupos sociais, culturais, econômicos e religiosos e é mais comum em culturas onde as normas de gênero asseguram o masculino sobre o feminino (JEWKES 2002).

Desde a década de 1970, a violência tem sido cada vez mais reconhecida como associada a morbidade e mortalidade significativas, particularmente entre as mulheres (MANZOLLI, 2010). No Brasil, um estudo realizado no pós-parto imediato indicou que 33,8% das mulheres entrevistadas haviam sofrido algum tipo de violência durante a gravidez (MORAES E REICHENHEIM, 2002).

A violência contra a mulher é amplamente reconhecida como grave problema de saúde pública. Estudo multicêntrico sobre violência doméstica coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) constatou que as prevalências de violência perpetrada por parceiro

íntimo em algum momento da vida variam entre 15% no Japão a 71% na Etiópia e no último ano a prevalência física/sexual foi de 4% a 54% respectivamente (GARCIA, 2006).

Uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a perpetrada pelo marido ou outro atual ou ex parceiro íntimo, também conhecida como violência por parceiro íntimo (VPI). É conceituada como um padrão de comportamento coercitivo que podem incluir danos físicos, abuso, agressão sexual, isolamento social progressivo, perseguição, privação, intimidação e ameaças (BOLADALE, 2013).

A situação de VPI é mais prevalente entre mulheres em idade reprodutiva, podendo ocorrer durante o período gestacional, o que a torna particularmente preocupante devido aos efeitos adversos para a saúde da mãe, do feto e, posteriormente, da criança. (TAILLIEU e BROWNRIDGE, 2010).

A gravidez pode ser um momento de especial vulnerabilidade à VPI devido a mudanças nas demandas e necessidades físicas, emocionais, sociais e econômicas. Este período vulnerável, no entanto, não está limitado ao tempo entre a concepção e o nascimento. Pesquisas demonstram que os fatores de risco para VPI associado com gravidez abrange o período de um ano antes da concepção até um ano após o parto (DEVRIES et al., 2010).

Os fatores de risco para a violência contra as mulheres durante gravidez se repetem entre países em desenvolvimento, com particularidades relacionadas com a religião e cultura, mas em geral são os mesmos (BESSA et al., 2014). Violência na gravidez tem sido associada com idade, estado civil materno, baixa condição socioeconômica, escolaridade, baixo nível de apoio social, paridade, gravidez não planejada, assistência pré-natal e hábitos de vida não saudáveis, tais como tabagismo, abuso de substâncias e padrões de alimentação insalubre (NUNES, 2011; COKER; SANDERSON; DONG, 2004; BAILEY, 2010).

A violência no período gestacional e perinatal está sendo cada vez mais reconhecida como um importante fator de risco para resultados adversos para a saúde, tanto da mãe quanto da criança. O dano se estende às queixas ginecológicas e sexuais, e várias consequências obstétricas como gravidez indesejada, retardo em iniciar o pré-natal, aborto e natimortalidade, baixo peso ao nascimento, trabalho de parto prematuro e perda fetal. Também podem estar presentes dor pélvica crônica, cefaleia, doença espástica de colo, depressão, tentativa de suicídio e estresse pós-traumático, ansiedade e uso de drogas (BESSA et al., 2014; SANCHEZ et al., 2013).

Mulheres expostas à violência durante a gravidez apresentam risco aumentado para gestações complicadas por hemorragia vaginal, descolamento prematuro da placenta,

doença hipertensiva específica da gravidez, infecções renais e do trato urinário, além de enfraquecimento dos sistemas de apoio à família (ABASIUBONG et al., 2010; FLACH, 2011)

3.2 Depressão na gravidez e no pós-parto

A depressão é um transtorno de alta prevalência que apresenta como sintomas clínicos, o humor deprimido na maior parte do dia, a tristeza, perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e/ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes (APA, 2014).

A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo e foi a quarta principal contribuinte para a carga global de doenças em 2000. As estimativas revelam dados preocupantes com um aumento vertiginoso para o número de novos deprimidos. Aproximadamente 20% da população terá um episódio de doença depressiva pelo menos uma vez na vida, com isso, estima-se que a doença alcance o segundo lugar no ranking entre as afecções que mais perpassará os anos de vida útil da população mundial em todas as idades e em ambos os sexos, podendo mesmo até ultrapassar o número de afetados por doenças cardiovasculares. Atualmente, ela já está em segundo lugar na categoria de idade entre 15 e 44 anos em ambos os sexos (WHO, 2009; TOWNSEND, 2002).

A prevalência da depressão durante o período gestacional é de aproximadamente 7 a 25% (ARAÚJO et al., 2010) e observa-se uma incidência de 10 a 42% de DPP em puérperas do Brasil e do mundo inteiro, sendo que a detecção precoce da sintomatologia é a saída mais viável para possibilitar o diagnóstico e diminuir os agravos à saúde (ALEXANDRE et al., 2013).

Embora a depressão em qualquer momento durante a vida de uma mulher seja motivo de preocupação, quando ocorre na gestação e/ou no pós-parto é de especial importância porque, além dos seus efeitos potencialmente negativos sobre a mãe, poderá trazer algumas consequências para a criança, afetando tanto a saúde física e quanto a mental. Edwards et al. (2008) observou que em uma amostra de 154 mulheres, 30% (44) apresentaram sintomas de depressão na gestação, 23% (33) para a depressão materna e 14,4% (21) apresentaram sintomas de depressão na gestação e no pós parto.

Patel et al. (2002) constatou que 78% das mães com depressão pós parto também apresentaram depressão na gestação. Além disso, Evans et al (2001) descobriu em um estudo com 9.028 mães acompanhadas durante a gravidez e 8 meses após o parto, que os sintomas depressivos no pós parto não são mais comum e nem mais graves que sintomas depressivos durante a gravidez (EVANS et al. 2001).

As evidências demonstram que, além de a depressão pré-natal ser mais frequente, ela é o principal fator de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação. Um dos fatores que poderá contribuir para o desenvolvimento da depressão feminina é a maternidade, visto que a gestação e o parto são fatores de stress, para além das modificações hormonais que podem estar diretamente relacionadas com esta ocorrência (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Mulheres no período perinatal apresentam maior vulnerabilidade em relação ao aumento das demandas fisiológicas e emocionais ocasionadas pela gravidez e o parto. Este é um período em que a relação de confiança com o companheiro pode ser particularmente importante para a saúde psicológica da mulher. Em situações de falta de apoio, a experiência com a gravidez e o parto podem se tornar ameaçadores à sua integridade física e emocional (MEZEY et al. 2005).

O puerpério ou período pós-natal, é compreendido de seis a oito semanas após o parto. Didaticamente, pode ser dividido em três períodos: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). No puerpério ocorrem modificações internas e externas, configurando-se como um período carregado de transformações psíquicas, onde a mulher continua a precisar de cuidado e proteção (BRASIL, 2006). Tem sido apontado como uma passagem da vida feminina em que os transtornos mentais são particularmente frequentes. Os riscos inerentes ao sexo feminino encontram-se aqui somados às grandes mudanças impostas pela chegada de um filho ao núcleo familiar, com novas e crescentes responsabilidades, medos e interrogações, além das mudanças físicas e hormonais impostas pela gestação, parto e puerpério. Transformações da família contemporânea, individualismo, precário nível de informação em saúde, pobreza e desagregação social completam o panorama desfavorável (LOBATO, MORAES e REICHENHEIM, 2011).

O risco nesse período pós-natal revela ser maior naqueles que tem história prévia de depressão, quem tem falta de apoio social, pessoas mais jovens, pessoas que residem sozinhas, quando existem conflitos conjugais e ambivalência em relação à gravidez (KRAMLINGER, 2004). Os potenciais fatores de risco encontrados para a ocorrência dos

sintomas depressivos na gestação são: histórico de transtornos mentais, ausência de suporte social, eventos estressores, violência doméstica, não planejamento da gestação, relacionamentos insatisfatórios com a família, parceiro e pessoas próximas (GIARDINELLI et al., 2012), características sócio-demográficas como renda familiar, escolaridade e idade, além de uso de tabaco, álcool ou outras drogas ilícitas (LANCASTER et al., 2010).

3.3 Apoio Social

O suporte social pode ser entendido como o apoio emocional ou prático fornecido pela família e/ou amigos, na forma de afeto, companhia, assistência e informação, incluindo tudo o que gera no indivíduo a sensação de ser amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (ANTUNES; FONTAINE, 2005). É fundamental ao longo do desenvolvimento humano, tendo destaque durante períodos de transição e de mudanças, quando naturalmente são exigidas adaptações e o indivíduo passa por situações de estresse (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo) (HERBOURNE; STEWART, 1991).

É possível definir cinco aspectos referentes ao conceito de apoio social: 1. *apoio emocional* que envolve carinho, amor e empatia; 2. *apoio instrumental* (referido por muitos como suporte tangível); 3. *informação, orientação ou feedback* que pode proporcionar uma solução para um problema; 4. *apoio de avaliação* que envolve informações relevantes para auto-avaliação e, 5. *companheirismo social* que envolve passar o tempo com os outros em atividades de lazer e recreativas (HERBOURNE; STEWART, 1991). Assim, fica evidente que o apoio social tem a função de amenizar o impacto dos acontecimentos que afetam de forma negativa a saúde de quem os sofre, uma vez que é importante essas pessoas sentirem-se confiantes e seguras para que possam atingir certo nível de bem-estar psicológico (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

O nascimento de um filho é uma destas situações em que a mulher tem que se adaptar à nova vida, por se tratar de um evento que modifica a vida do casal, especialmente a da mãe. A resposta da mulher a estas mudanças é influenciada por fatores individuais e ambientais, destacando-se, como um dos fatores mais importantes que influencia o seu bem-

estar, o apoio que ela recebe daqueles que a rodeiam, especialmente do pai do bebê (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

Durante o nascimento e no período pós-natal, há uma série de novas tarefas impostas à mãe, e, nesse momento, o apoio social desempenha papel preponderante diante das necessidades financeiras e de descanso da mãe, dos cuidados dispensados ao bebê e da divisão de tarefas domésticas (SINGLEY; HYNES, 2005). Considerando que o contexto familiar se modifica em decorrência do nascimento de filhos e exige que a família encontre formas de lidar com as situações que surgem nesse período, a rede de apoio social é fundamental para sua adaptação às novas circunstâncias, em particular, a contribuição do pai e dos avós. O apoio social durante a gestação exerce influências benéficas no comportamento e emoções da mulher grávida, assim como é benéfico para a nova mãe, principalmente nos primeiros meses após o nascimento do bebê, evento que geralmente causa insegurança na mulher devido às várias mudanças que ocorrem em sua vida. Além disso, com o nascimento do bebê a mulher deixa de ser o centro de sua própria vida, tendo que colocar o bebê nessa posição (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

O suporte social tem sido estudado como um fator importante na manifestação depressiva, sendo que mães separadas ou sem companheiros e provenientes de famílias não nucleares apresentam maior frequência de sintomas depressivos (VITOLLO et al., 2007). Thiengo et al. (2011), em uma revisão sistemática analisando os estudos sobre a associação entre apoio social e a depressão gestacional, cita que o papel do apoio social nas diversas fases da vida é fundamental para o amortecimento de fatores estressantes que ocorrem no cotidiano, principalmente em momentos em que são observadas modificações psicossociais e fisiológicas como é o caso da gravidez.

Em função das demandas do período puerperal, tanto a mulher quanto os demais membros que vivenciam o nascimento da criança, sofrem um grande desgaste físico e psíquico, sendo extremamente benéfica e importante a formação de uma rede de apoio familiar (MARTINS et al., 2008). A gestante com ausência de apoio social e que sofre violência durante a gestação pode ter problemas com a sua saúde e a do bebê, entre eles depressão, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, sangramento no primeiro e no segundo trimestres de gravidez, prematuridade e baixo peso ao nascer (SILVERMAN et al., 2006). Os eventos de vida produtores de estresse, como conflitos conjugais, perda do emprego e ser vítima de assalto podem ser intensificados pela ausência de apoio social e desencadear sintomas depressivos na gestação (THIENGO et al., 2011).

Sintomas de depressão e apreensão diante da responsabilidade de cuidar de um bebê são bastante comuns, em graus variados, na grande maioria da puérperas, devido às novas demandas de adaptação características desse período. Como a maternidade não é tarefa fácil, o apoio social torna-se fundamental para o desempenho da tarefa materna (RAPOPORT; PICCININI, 2011). A percepção de suporte social, enquanto medida subjetiva dessa sensação, pode estar afetada pela presença de sintomas depressivos durante a gravidez. Destaca-se a necessidade de apoio social para que as mães possam lidar adequadamente com a complexidade das situações que envolvem o cuidado com o bebê. A participação dos familiares, amigos e de profissionais parece contribuir não só na resolução imediata de eventuais necessidades, mas propiciando à mãe a tranquilidade que precisa para cuidar de seu primeiro filho em todas as dimensões de cuidado físico e psicológico (RAPOPORT; PICCININI, 2011).

O período perinatal também está relacionado à alta vulnerabilidade com aumento das demandas fisiológicas e emocionais da gravidez e da maternidade. Este período é um momento em que o apoio do parceiro e uma relação de confiança pode ser particularmente importante para a saúde psicológica. Em circunstâncias de falta de apoio, as mães podem vivenciar a gravidez e o parto como um período particularmente ameaçador a sua integridade física e emocional (ALVAREZ-SEGURA et al., 2014).

3.4 Avaliação de instrumentos de medida

O ato de medir é um componente essencial em pesquisas científicas, seja nas ciências naturais, sociais e da saúde, e vincula-se diretamente ao desenvolvimento de instrumentos apropriados. No caso dos instrumentos utilizados em estudos epidemiológicos é indispensável aferir a confiabilidade e validade dos instrumentos para minimizar erros de medida (STREINER e NORMAN, 2006). A validade é o grau de acurácia pelo qual os resultados da aferição do desfecho e das exposições correspondem ao estado verdadeiro do que está sendo medido. Medidas válidas são representações precisas da característica que se pretende medir. Confiabilidade refere-se à precisão e reprodutibilidade dos dados coletados, e serve para avaliar o grau de concordância entre os resultados obtidos na coleta entre diferentes observadores, instrumentos ou procedimentos, ou no mesmo observador, instrumento e procedimento em diferentes momentos do tempo (STREINER e NORMAN, 2006). Medidas confiáveis são replicáveis e consistentes, ou seja, geram resultados semelhantes.

Esta área de estudo denomina-se psicometria, onde valores numéricos são atribuídos à fenômenos psicológicos de maneira que as diferenças em um determinado fenômeno sejam representadas por variações nesses valores numéricos (PASQUALI, 2010). Este campo desenvolveu-se na ciência psicológica e nos dias atuais é notável a sua inserção em diferentes áreas, utilizando-se de componentes das ciências exatas na tentativa de analisar e descrever o funcionamento psicológico. As técnicas de construção de escalas que foram inicialmente desenvolvidas pela psicologia, foram gradualmente inseridas na área de indicadores de saúde e atualmente são amplamente utilizadas em outras áreas como na epidemiologia (MENEZES, 2006).

Validar um construto é avaliar as relações entre as dimensões supostamente captadas pelo instrumento e outros conceitos, adequação cultural e características ligadas à teoria geral na qual se insere o construto em estudo. Os construtos nascem de grandes teorias ou observações clínicas e podem ser pensados como uma “mini-teoria”, que explica as relações entre vários comportamentos ou atitudes. Muitos instrumentos na área da saúde são construídos para explorar alguns aspectos de um construto hipotético. As razões para se desenvolver um instrumento de medida para um determinado construto são: ser ele um novo construto e não possuir escalas de medida para tal; ou não estarmos satisfeitos com as ferramentas já disponíveis, pois essas omitem determinado aspecto desse construto que ainda não foi abordado (STREINER e NORMAN, 2006).

Segundo Hair et al. (2009) o processo de analisar a validade de um instrumento depende, dentre outros fatores, das variáveis a validar, dos objetivos do instrumento de medida e da população a ser submetida. A literatura discute várias formas de se garantir a validade de um instrumento: validade de conteúdo, de construto e de critério (convergente e discriminante). A validação de conteúdo é feita por meio do julgamento do pesquisador ou de especialistas quanto ao conteúdo do instrumento. A validade do construto procura avaliar se a escala está medindo, de fato, o que se propõe a medir. Esta é obtida pela resposta dada ao item, ou seja, em que medida a definição operacional (construto) de um conceito de fato reflete seu verdadeiro valor. A validade convergente mede a coerência e a uniformidade entre indivíduos semelhantes. A validade discriminante verifica o ponto até onde o construto não se correlaciona com outros construtos que dele diferem. Quando se valida um construto, se valida também o conjunto de teorias nas quais ele está inserido. Portanto, é toda uma rede de relações que é submetida à prova. A validade de construto engloba, pois, os tipos de validade.

Os modelos de traços latentes buscam explicar o comportamento das variáveis observadas em relação ao comportamento de um conjunto de variáveis não observadas (traços latentes ou fatores). A análise fatorial, o modelo de traços latentes mais conhecido, é um método estatístico multivariado que investiga a dependência do conjunto de variáveis observadas manifestas, em relação a um número menor de variáveis não observáveis. Na análise fatorial dois métodos são comumente utilizados para aferir a validade de construto em estudos sobre propriedades psicométricas de escalas de medidas: análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC). A Análise Fatorial Exploratória (AFE) objetiva encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas (BROWN, 2006). Os fatores representam as dimensões latentes (construtos) que resumem ou explicam o conjunto de variáveis observadas (HAIR et al., 2009).

Ao analisar a estrutura das inter-relações de um determinado número de variáveis observadas, a AFE define o(s) fator(es) que melhor explica(m) a sua covariância (HAIR et al., 2009). As variáveis observadas “pertencem” a um mesmo fator quando, e se, partilham uma variância em comum (são influenciadas pelo mesmo construto subjacente) (BROWN, 2006).

Nesse trabalho, sintomas de depressão pós-parto é um construto que está sendo medido através de uma escala, o EPDS, que apresenta atributos que foram agrupados através da Análise Fatorial Exploratória por Cox et al. (1987). Na presente pesquisa, buscou-se investigar se o EPDS é um instrumento válido para medir sintomas de depressão pós-parto em mulheres que não mais se encontram nesse período.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte que utilizou dados da pesquisa “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras – BRISA”. Esta pesquisa foi desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA) e Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX).

A coleta de dados ocorreu em três etapas: no Pré-natal, no Nascimento e no Segundo ano de vida da criança.

4.2 Local do Estudo

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, situada na região nordeste do país, cuja população em 2010 era de 1.014.837 habitantes. Localiza-se numa das regiões mais pobres do país, onde seu último Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,768, ocupando a posição de 249º entre os municípios do Brasil. Sua atividade econômica está ligada à agropecuária, indústria, comércio e serviços, sendo que tem se conectado de forma privilegiada no ciclo de expansão do comércio mundial, através das exportações de commodities primárias minerais e agrícolas (BRASIL, 2014).

4.3 Participantes e Amostra

4.3.1 Coorte Pré-natal

Foi utilizada amostra de conveniência no pré-natal pela impossibilidade de ser obtida uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas da população de São Luís.

Gestantes usuárias de serviço pré-natal públicos e privados e que planejavam ter o parto no município de São Luís, foram convidadas a participar da Coorte de pré-natal BRISA.

Foram consideradas como critérios de inclusão, as seguintes características:

- a) ter uma ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana de gestação;
- b) ter 22 a 25 semanas de idade gestacional no momento de coleta de dados;
- c) gravidez única.

A gravidez múltipla foi critério de não inclusão, pois tem sido apontada como um dos principais determinantes de nascimento pré-termo, mesmo na ausência de complicações.

As gestantes foram contatadas por membros da equipe de trabalho nos serviços públicos e privados de atenção pré-natal do município de São Luís e por demanda espontânea. Houve também, divulgação na mídia, para que as gestantes interessadas pudessem participar.

As que atenderam aos critérios de inclusão foram cadastradas e agendadas para comparecerem ao Centro de Pesquisas Clínicas (CEPEC), para a realização das entrevistas quando estivessem da 22ª até 25ª semana de gestação, visto que, nesse período ocorre uma melhor visualização do feto e excluem-se os casos de abortos.

As entrevistadas eram instruídas a comunicar aos pesquisadores que pertenciam à coorte assim que chegassem ao hospital na ocasião do parto. Além disto, uma das recrutadoras acompanhava por meio de planilhas a data provável do parto e quando estava próximo dos nove meses, esta, por via telefônica, entrava em contato com a gestante para que houvesse confirmação do parto.

De fevereiro de 2010 a junho de 2011, foram entrevistadas 1.447 gestantes nessa fase pré-natal. Para o objetivo dessa pesquisa, uma gestante foi excluída porque não respondeu às perguntas de violência e de depressão materna, totalizando 1.446. Ao final da coleta de dados do pré-natal, as entrevistadas recebiam uma carteira de participação informando outros momentos de coletas de dados da coorte (nascimento e segundo ano de vida) e eram instruídas a comunicar aos pesquisadores que pertenciam à coorte assim que chegassem ao hospital na ocasião do parto.

Diariamente os hospitais eram monitorados para a identificação do parto das mulheres pertencentes à coorte. O parto das gestantes pertencentes à esta coorte ocorreu de maio de 2010 a novembro de 2011, totalizando 1381 mães entrevistadas.

Para a coleta de dados do segundo ano de vida da criança, as mães foram convidadas por telefone a comparecerem ao Hospital Universitário Materno Infantil para nova entrevista realizada de segunda a sábado, quando as crianças estavam na faixa de 15 a 36

meses. Caso não comparecesse no dia agendado, elas eram convidadas novamente, e uma nova data marcada. Caso ela se recusasse a participar, sua vontade era respeitada. Quando não foi possível o contato telefônico, um motoboy devidamente identificado com a camiseta do projeto realizou busca ativa destas mães pelo endereço. Mesmo com o contato telefônico e agendamento da avaliação, algumas mães não compareceram ao HUMI. Como última estratégia, foram enviadas entrevistadoras a casa, tanto das mães que não compareceram à avaliação quanto àqueles que referiram impossibilidade de comparecimento para que pudessem responder aos questionários.

O Questionário do Seguimento do 2º ano, foi padronizado e respondido pela mãe ou responsável pela criança, após seu consentimento, por meio de uma entrevista. Respondiam também a um questionário auto-aplicado onde foram coletadas diversas informações, dentre elas, questões referentes à sintomas de depressão materna.

Para garantir a homogeneidade na coleta de dados, todos os entrevistadores foram previamente treinados em todas as etapas.

De setembro de 2011 a março de 2013 foi realizada a coleta de dados deste seguimento, totalizando 1151 mães avaliadas. O número de mães que responderam a EPDS foi de 1.139 mães.

4.3.2 Coorte Nascimento

A coorte de nascimento de São Luís foi formada durante o ano de 2010, incluindo nascimentos em serviços públicos e privados, cujas instituições realizavam pelo menos cem partos por ano, totalizando dez maternidades.

O tamanho da amostra para o ano de 2010 foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos em São Luís no ano de 2007, o qual representava 98% de todos os nascimentos da cidade, possibilitando uma amostra representativa da população. O tamanho mínimo da amostra foi fixado em 5.000 nascimentos. Com este tamanho de amostra seria possível estimar prevalências por volta de 50% (produto máximo de $p \times q$) com uma precisão de 2% e nível de confiança de 99%. Também foi possível comparar duas proporções, considerando probabilidade de erro tipo I de 5%, poder do estudo de 80%, trabalhando-se com o produto máximo de $p \times q$ (proporção do evento de 50%) e fixando-se em 4% a diferença mínima a ser detectada como significativa. Para prevalências inferiores a 50% seria possível detectar diferenças menores.

A amostra do estudo foi estratificada por maternidade com partilha proporcional ao número de partos e na maternidade ela foi sistemática. Nas unidades selecionadas ocorreram 21.401 nascimentos, dos quais foi sorteado 1/3 (7.133). Destes, 5.475 eram residentes no município há pelo menos três meses e, portanto, elegíveis. Após a exclusão de 239 nascimentos por recusa ou alta hospitalar precoce, 70 natimortos e 99 gemelares, a amostra ficou em 5.067 nascimentos de partos únicos.

Nos casos em que a mãe recebeu alta hospitalar antes da entrevista, esta foi entrevistada no domicílio, quando residia no município de São Luís. O período de coleta de dados foi compreendido de janeiro a dezembro de 2010. O Questionário do seguimento do segundo ano foi padronizado e respondido por 3.308 mães ou responsáveis pela criança após o seu consentimento. Este foi aplicado de abril de 2011 a março de 2013 quando as crianças estavam por volta de 15 a 18 meses de idade, as mães foram convidadas a comparecer no Hospital Universitário Materno Infantil após agendamento. Destas, 3.194 responderam ao questionário da Escala de Edimburgo.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

4.4.1 Coorte Pré-natal

No pré-natal foram utilizados dois questionários: o *Questionário de Entrevista Pré-natal* (ANEXO F) para o estudo das variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, situação conjugal, escolaridade da gestante, chefe da família, Classificação Econômica Brasil e renda familiar) e o *Questionário Autoaplicado do Pré-natal* onde foram extraídas informações sobre apoio social (ANEXO C), violência (ANEXO B) e sintomas de depressão na gestação (ANEXO D).

Do Seguimento do segundo ano, foi utilizado o *Questionário Autoaplicado de Saúde Mental Materna* (ANEXO E) onde foram obtidas as informações referentes aos sintomas de depressão materna.

Para a avaliação do apoio social utilizou-se a escala de apoio social do Medical Outcomes Study (MOS). Esta escala foi traduzida e adaptada para o português, depois validada e utilizada no Estudo Pró-Saúde, uma coorte de funcionários de uma Universidade pública brasileira (CHOR et al., 2001; FAERSTEIN et al., 2005).

Na sua forma original, esse instrumento foi concebido para abranger cinco dimensões de apoio social: material (quatro perguntas) – provisão de recursos práticos e ajuda material; afetiva (três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva (quatro perguntas) – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; emocional (quatro perguntas) – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida; informação (quatro perguntas) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem. Para todas as perguntas, cinco opções de resposta foram apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”) (GRIEP et al., 2005).

Para investigar a violência na gestação, foi utilizado o *Questionário de violência da OMS*, que inclui questões referentes à violência psicológica, física e sexual e à frequência com que esses eventos ocorreram durante a gestação em curso. Para esse estudo, utilizamos apenas as perguntas referentes à violência psicológica e física. As opções de respostas para cada uma dessas 10 questões foram: nunca, uma vez, poucas vezes e muitas vezes. Esse questionário foi validado no Brasil, utilizando dados da cidade de São Paulo (1.172 mulheres) e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco (1473 mulheres) (SCHRAIBER; LUCAS D’OLIVEIRA; COUTO, 2009) e validado em uma população de gestantes utilizando dados de uma coorte de nascimento brasileira em Ribeirão Preto (1378 gestantes) e São Luís (1447 gestantes) (RIBEIRO et al., 2014). Considerou-se que houve violência contra a gestante quando a entrevistada respondeu afirmativamente a uma ou mais perguntas de diagnóstico de violência (perguntas T1 a T13). Foi incluído no estudo qualquer perpetrador de violência, e não apenas violência por parceiro íntimo, uma vez que se desejava avaliar todas as formas de violência contra a mulher.

Para investigar violência psicológica se perguntou se alguém durante a gestação em curso: a) “Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?”, b) “Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?”, c) “Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?”, d) “Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?”.

Para medir violência física se perguntou se durante a gestação em curso, alguém: a) “Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?”, b) “Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?”, c) “Machucou-a com um soco ou com algum objeto?”, d) “Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?”, e) “Tentou estrangular ou queimou você de

propósito?”, f) “Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?”.

Para a análise de sintomas de depressão gestacional, utilizou-se a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). O CES-D foi desenvolvido para medir sintomas depressivos na população em geral a partir de uma escala que mede a frequência de sintomas depressivos na semana anterior à aplicação do questionário. Escores elevados refletem a intensidade do desconforto que acompanha a depressão, mas não são diagnósticos de depressão (FLECKA et al., 2002).

A CES-D não se constitui num instrumento diagnóstico no sentido estrito, mas funciona como um indicador da possível presença de depressão, que deve ser avaliada por critérios clínicos, bioquímicos e psicossociais, para que se possa fazer uma afirmação mais segura sobre sua presença ou ausência (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007).

O instrumento é constituído por 20 itens. Cada resposta admite quatro gradações crescentes de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, freqüentemente e sempre) e pontuações correspondentes (0, 1, 2 e 3). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com gradação inversa. O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas. Os itens da CES-D incluem questões relativas ao humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 e 18), sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11), sintomas ligados às interações sociais (itens 14, 15 e 19) e sintomas relacionados à iniciativa motora (itens 2, 7, 13 e 20) (FERNANDES; ROZENTHAL, 2008). O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas, o ponto de corte de 16 pontos é geralmente usado para discriminar indivíduos com possibilidade de depressão (FLECKA, 2002).

Para a avaliação dos sintomas depressivos pós-parto, foi utilizado a Escala de Edimburgo- Edimburg Depression Postpartum Scale (EPDS), instrumento validado no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (1999). Trata-se de um questionário de auto-registro composto por 10 (dez) itens, utilizada internacionalmente no estudo da DPP, que pretende avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos 7 (sete) dias, utilizando uma escala de 0 a 3 do tipo Likert. A versão validada no Brasil considerou o escore ≥ 12 para “sintomas depressivos”, como ponto de corte mais adequado para o contexto do país, apresentando sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo de 78% (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999). Este instrumento correspondeu ao item 59 do Bloco N do Questionário Auto – aplicado de Saúde Mental Materna.

Para análise descritiva foram utilizados pontos de corte em relação a esses instrumentos. Porém, nos modelos estas variáveis foram latentes.

4.4.2 Coorte Nascimento

No nascimento foi utilizado o *Questionário de Entrevista do Nascimento* para o estudo das variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, situação conjugal, escolaridade da gestante, chefe da família, Classificação Econômica Brasil e renda familiar).

Do Seguimento do segundo ano, foi utilizado o *Questionário Autoaplicado de Saúde Mental Materna* onde foram obtidas as informações referentes aos sintomas de depressão materna (ANEXO E).

Para a avaliação de sintomas de depressão materna, foi utilizado a Escala de Edimburgo- Edimburg Depression Postpartum Scale (EPDS), conforme descrito anteriormente.

4.5 Variáveis

4.5.1 Coorte pré-natal

As variáveis foram categorizadas da seguinte forma:

- ✓ Escolaridade materna: 0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, e mais de 12 anos de estudo;
- ✓ Ocupação do chefe da família: manual não qualificado, manual semiespecializado, manual especializado, funções de escritório, profissional de nível superior e administradores/ gerentes/diretores/proprietários;
- ✓ Renda familiar mensal em salários mínimos (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00): menor que 1 salário mínimo, de 1 a menos que 3, 3 a menos que 5 e 5 ou mais salários mínimos;
- ✓ Classe econômica: D-E, C, A-B.

Critério de classificação econômica Brasil (ABEP), em (A1, A2, B1 e B2 na categoria A / B; C1 e C2 na categoria C; e D e E na categoria D / E. A categoria A / B, inclui indivíduos com o mais alto nível educacional e possuindo mais bens de consumo, a classe C

sendo intermediária, e as classes D e E que tem o menor nível educacional e sendo a classe social mais pobre (ABEP, 2012).

O apoio social foi categorizado a partir de suas dimensões material (quatro questões), emocional/informação (sete questões), afetiva (três perguntas) e interação social positiva (quatro perguntas). Essa forma de analisar o apoio social a partir de quatro subescalas foi proposto pelo Medical Outcomes Study (MOS).

A violência na gestação foi categorizada a partir do Questionário de Violência da OMS (SCHRAIBER et al., 2010). As respostas foram codificadas de zero a três de acordo com a frequência dos abusos. Os códigos foram somados e os resultados categorizados em não sofreu violência e sofreu violência na gestação.

Os sintomas depressivos na gestação foram categorizados como: sem possibilidade de depressão ($CES-D < 16$), sintomas depressivos moderados ($CES-D \geq 16$ ou ≤ 21) e sintomas depressivos graves ($CES-D \geq 22$) (FLECKA, 2002; LI; LIU; ODOULI, 2009; SILVA et al., 2014).

Os sintomas de depressão materna foram considerados presentes quando o somatório das questões da Escala de Edimburgo foi maior ou igual a 12.

4.6 Análise estatística

A análise descritiva para mostrar frequências e percentuais foi realizada com o Stata software, versão 12.0 (College Station, Texas, USA).

Artigo 1

Para investigar a associação entre violência contra gestantes com o desfecho sintomas de depressão na gestação e sintomas de depressão materna, foi utilizada Modelagem por Equações Estruturais, que é um método estatístico que estima simultaneamente uma série de equações de regressão, avaliando efeitos diretos, indiretos de variáveis do desfecho (KLINE, 2016).

Os modelos de equações estruturais ajudam a organizar e a estimar relações que usualmente não são realizadas de forma separada como numa regressão logística, em que se admite apenas um desfecho e não é permitido identificar desfechos intermediários ao longo do caminho causal; o que justifica a necessidade de se usar modelagem de equações estruturais (ALENCAR, 2009).

Modelagem de equações estruturais foi realizada utilizando o software Mplus, versão 7 (Los Angeles, California, USA). Foi utilizado estimador dos mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e variância – WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), empregado para variáveis contínuas e categóricas.

Para determinar se o modelo apresentou bom ajuste, foram considerados os seguintes índices de ajuste: a) p-valor (p) superior a 0,05 para o teste do qui-quadrado (χ^2); b) $p < 0,05$ e um limite superior do intervalo de confiança de 95% inferior a 0,08 para o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Comparative Fit Index e o Tucker Lewis Index (CFI/TLI); e d) valores do Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) menores que 1 (KLINE, 2016).

Os efeitos diretos e indiretos entre variáveis foram considerados presentes se o pvalor era inferior a 0,05.

O comando Modification Indices (*modindices*) foi utilizado para a obtenção de sugestões de modificações às hipóteses iniciais, elaborando-se e analisando-se um novo modelo, caso as alterações fossem consideradas teoricamente aceitáveis.

As variáveis latentes criadas para este estudo foram: situação socioeconômica (SES), suporte social (SUPP), violência psicológica (EMOV) e física (PHYV) contra gestantes e sintomas de depressão materna (EPDS), sendo esta considerada como desfecho.

A variável situação socioeconômica foi constituída pelas variáveis: ocupação do chefe da família; anos de estudo completos; renda familiar em salários mínimos e classe econômica a partir do instrumento elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP).

Foram considerados características demográficas: a) idade da mulher grávida (WAGE) classificado como até 19 anos, 20 a 24 anos ou 25 anos ou mais; b) situação conjugal da gestante (MARI) categorizada como casada, união consensual, solteira e separada / viúva; e c) ocupação da gestante (POCCU), classificado como sem ocupação, manual não qualificada, manual não especializada, manual especializada, funções de escritório, profissional de nível superior e administrador / gerente / diretor / proprietário.

Artigo 2

Os dados foram ponderados e após isso, foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE), a qual objetiva encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados

e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas (BROWN, 2015).

A Análise Fatorial Exploratória foi utilizada para avaliar a estrutura da Escala de depressão pós-parto de Edimburgo, suas dimensões e itens para a amostra estudada. Foi utilizado o software Mplus versão 7.31 (Muthén & Muthén, Los Angeles, Califórnia, EUA). Devido as variáveis serem categóricas, foi empregado o método de estimação dos mínimos quadrados ponderados ajustados pela média e variância (WLSMV) (ULLMAN, 2007).

Inicialmente foi feita a AFE verificando-se o ajuste dos modelos uni e multidimensional, utilizando os seguintes indicadores: a) p-valor maior que 0.05 no teste do chi-quadrado (χ^2); b) p-valor menor que 0.06 e o limite superior do intervalo de confiança menor 0.08 para o índice Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); c) valores maiores que 0.95 para o Comparative Mean Square (CFI) e Tucker Lewis Index (TLI); e d) valor menor que 0,8 para o índice Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Foram consideradas significativas as cargas fatoriais quando acima de 0,40 (BROWN, 2015; HU, BENTLER, 1999).

O índice de escalabilidade H de Loevinger (LH) foi calculado para cada item da escala, verificando se os itens medem a mesma característica latente, se há redundância de itens e valida a pontuação como medida ordinal da característica latente (consistência interna). Foi considerado aceitável para cada item se $> 0,30$. Utilizou-se o critério de Mokken para identificar se algum item poderia ser excluído da escala, o ajuste da escala de Mokken é satisfatório se $LH > 0,3$ (de cada item) e a razão dos índices dos pares de itens for maior que zero (Hardouin, Antignac, Sébille, 2011). Para esta análise foi utilizado o pacote estatístico STATA 14.0 (Stata Corporation, College Station, EUA).

4.7 Aspectos Éticos

O projeto atende aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa. Ao concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A). Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado e sua família em qualquer etapa da pesquisa. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário - UFMA (ANEXO A) sob parecer consubstanciado N° 223/2009, protocolo: 4771/2008-30.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais.

(submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil – Qualis B1)

Violence and symptoms of depression during pregnancy and the postpartum period in the BRISA cohort: an approach using structural equation modeling

Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais.

Violence and symptoms of depression in gestation and maternal.

Violência e sintomas de depressão na gestação e materna.

Sabrina Varão Oliveira Ribeiro¹
Rosângela Fernandes Lucena Batista²

¹Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. Endereço para correspondência: Rua Barão de Itapary 155, São Luís, MA, Brasil. CEP: 65020-070. E-mail: sabrinavarao@yahoo.com.br. Autor correspondente.

²Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar associações entre violência contra gestantes, sintomas de depressão na gestação e sintomas de depressão materna.

Métodos: Estudo em uma coorte de pré-natal no município de São Luís (Brasil) com amostra de 1.139 mães. Violência psicológica e violência física contra gestantes foram medidas pelo instrumento World Health Organization Violence against woman. Sintomas de depressão na gestação foram medidos pela Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e sintomas de depressão materna foram medidos pela Escala de Depressão materna de Edimburgo (EPDS). O modelo conceitual, por modelagem de equações estruturais, teve situação socioeconômica, suporte social, violência psicológica, física e depressão na gestação como determinantes de sintomas de depressão materna.

Resultados: Sintomas de depressão materna foram relatados por gestantes que mais frequentemente sofreram violência psicológica (Coeficiente Padronizado, CP=0.256; pvalor, $p<0.001$), violência física (CP=0.221 $p<0.001$) e apresentavam sintomas de depressão na gestação (CP=0.322 $p<0.001$). Sintomas de depressão na gestação mediarão efeitos das violências física e psicológica na depressão materna.

Conclusões: Gestantes submetidas à violência psicológica e física e que apresentaram sintomas de depressão na gestação relataram com mais frequência sintomas de depressão materna.

Descritores: Violência contra a mulher. Gestação. Depressão.

Descriptors: Violence against women. Gestation. Depression.

ABSTRACT

Objective: To analyze associations between violence against pregnant women, symptoms of depression during pregnancy and symptoms of postpartum depression.

Methods: The study was conducted on a prenatal cohort in the municipality of São Luís (Brazil). The sample comprised of 1,139 mothers. Psychological violence and physical violence against pregnant women were measured by the World Health Organization Violence Against Woman instrument. Symptoms of depression during pregnancy were measured by the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (CES-D) and symptoms of postpartum maternal depression were measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The conceptual model, by structural equation modeling contained socioeconomic situation, social support, psychological violence, physical and depression during pregnancy as determinants of symptoms of maternal depression.

Results: The proposed model had a good fit for all indicators. Symptoms of maternal-parturition depression were more frequently reported by pregnant women who suffered psychologically (standardized coefficient, $CP = 0.256$, $p < 0.001$), physical violence ($CP = 0.221$ $p < 0.001$) and had symptoms of depression during pregnancy $CP = 0.322$ $p < 0.001$). Symptoms of gestational depression mediated the effects of physical and psychological violence on postpartum depression.

Conclusions: Pregnant women subjected to psychological and physical violence and who presented with symptoms of depression during pregnancy more frequently reported symptoms of maternal depression.

Descriptors: Violence against women. Gestation. Depression.

Introdução

Depressão é o transtorno mental mais comum durante a gravidez e o principal fator de risco para a depressão perinatal. Alguns estudos sugerem que a depressão durante a gravidez tende a persistir no pós-parto em cerca de metade dos casos¹.

Aproximadamente 10% das gestantes e 13% das mulheres no primeiro ano após o parto experimentaram algum tipo de transtorno mental, especialmente depressão e ansiedade, em países de alta renda. Revisão sistemática com metanálise mostrou taxas de 15,9% de transtorno mental na gestação e 19,8% logo após o parto em países com média e baixa renda, com percentuais mais baixos quando os sintomas eram autoreferidos (13,4%) com relação à avaliação diagnóstica (21,7%)².

Baixo nível sócio econômico, violência baseada em gênero, baixo nível educacional e história pregressa de transtorno mental foram associados a transtornos mentais no primeiro ano após o parto².

Violência contra gestantes pode repercutir na saúde física e mental, na vida social e no trabalho da mulher e em sua capacidade de cuidar de si mesmo e de seus filhos³. Revisão sistemática com metanálise de 67 trabalhos, dos quais 12 eram estudos longitudinais, mostrou que violência na gestação tem sido associada a maiores escores de sintomas depressivos na gestação e no pós-parto⁴.

Questionários padronizados para a identificação da depressão são úteis para monitorar a saúde mental tanto em nível individual como populacional. A Escala de Depressão materna de Edimburgo (EPDS), uma escala de 10 itens desenvolvida por Cox et al (1987)⁵ para medir depressão em mulheres no período pós-natal, mostrou-se útil na avaliação de mulheres⁶. O uso de EPDS é favorecido por causa da facilidade e velocidade de sua aplicação. O valor clínico e epidemiológico da escala foi confirmado por vários estudos e validação realizados em diferentes países, principalmente entre mulheres no pós-parto^{7,8,9}.

Ainda que as associações entre violência e depressão na gestação sejam reconhecidas, não se identificou trabalho sobre como elas são mediadas para determinar a depressão após o parto. Para responder a esses questionamentos, esse estudo propôs um modelo conceitual para analisar, com o uso de modelagem de equações estruturais, a influência de violência física e sexual contra gestantes e de sintomas de depressão na gestação em sintomas de depressão materna.

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte que utilizou dados da pesquisa “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras – BRISA”. A coleta de dados ocorreu em duas etapas nesse estudo: no pré-natal (etapa 1) e no segundo ano de vida da criança (etapa 2).

Local do estudo

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, cuja população em 2010 era de 1.014.837 habitantes. Localiza-se numa das regiões mais pobres do país, onde seu último Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,768, ocupando a posição de 249º entre os municípios do Brasil¹⁰.

Participantes e Amostra

Foi utilizada amostra de conveniência no pré-natal pela impossibilidade de ser obtida uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas da população de São Luís.

Gestantes usuárias de serviço pré-natal públicos e privados e que planejavam ter o parto no município de São Luís, foram convidadas a participar da Coorte de pré-natal BRISA, se preenchiam os seguintes critérios: a) ter uma ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana de gestação; b) ter 22 a 25 semanas de idade gestacional no momento de coleta de dados; e c) gravidez única.

De fevereiro de 2010 a junho de 2011, foram entrevistadas 1.447 gestantes nessa fase pré-natal. Para o objetivo dessa pesquisa, uma gestante foi excluída porque não respondeu às perguntas de violência e de depressão materna, totalizando 1.446.

Ao final da coleta de dados do pré-natal, as entrevistadas recebiam uma carteira de participação informando outros momentos de coletas de dados da coorte (nascimento e a partir do segundo ano de vida de seus filhos) e eram instruídas a comunicar aos pesquisadores que pertenciam à coorte assim que chegassem ao hospital na ocasião do parto.

Para a coleta de dados do segundo ano de vida da criança, as mães foram convidadas por telefone a comparecerem ao Hospital Universitário Materno Infantil para nova entrevista realizada de segunda a sábado, quando as crianças estavam na faixa de 15 a 36

meses. Caso não comparecessem no dia agendado, elas eram convidadas novamente, e uma nova data marcada. Caso ela se recusasse a participar, sua vontade era respeitada. Quando não foi possível o contato telefônico, um motoboy devidamente identificado com a camiseta do projeto realizou busca ativa destas mães pelo endereço. Mesmo com o contato telefônico e agendamento da avaliação, algumas mães não compareceram ao HUMI. Como última estratégia, foram enviadas entrevistadoras a casa, tanto das mães que não compareceram à avaliação quanto àqueles que referiram impossibilidade de comparecimento para que pudessem responder aos questionários.

O Questionário da etapa 2 foi padronizado e respondido pela mãe ou responsável pela criança, após seu consentimento, por meio de uma entrevista. Respondiam também a um questionário auto-aplicado onde foram coletadas diversas informações, dentre elas, questões referentes a sintomas de depressão materna.

De setembro de 2011 a março de 2013 foi realizada a coleta de dados deste seguimento, totalizando 1151 mães avaliadas. O número de mães que responderam a EPDS foi de 1.139 mães.

Instrumentos de coleta de dados

Na Etapa 1 desse estudo, foram utilizados dois questionários: *Questionário de Entrevista Pré-natal*, para o estudo das variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, situação conjugal, escolaridade da gestante, chefe da família, Classificação Econômica Brasil e renda familiar) e o *Questionário Autoaplicado do Pré-natal*, onde foram extraídas informações sobre violência, depressão e apoio social na gestação.

Na Etapa 2 (Do Seguimento do segundo ano), foi utilizado o *Questionário Autoaplicado de Saúde Mental Materna*, onde foram obtidas as informações referentes aos sintomas de depressão materna.

Modelo teórico e variáveis

No modelo conceitual, situação socioeconômica ocupou a posição mais distal, sendo seguida pelas variáveis suporte social, violência psicológica, violência física e sintomas de depressão na gestação, as quais determinaram o desfecho sintomas de depressão materna.

A variável latente situação socioeconômica foi elaborada a partir de quatro variáveis indicadoras: a) escolaridade materna, categorizada em até 4 anos de estudo, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos e 12 ou mais anos; b) ocupação do chefe da família, com as categorias manual não qualificado, manual semiespecializado, manual especializado, função de escritório, profissional de nível superior e administrador/gerente/diretor/proprietário; c) renda familiar mensal, com as categorias menor que 1 salário mínimo nacional (o salário mínimo nacional em 2010 era de R\$ 510,00), 1 a menos que 3, 3 a menos que 5 e 5 ou mais; e d) classe econômica, categorizada em D/E, C e A/B, composta por posse de bens e grau de instrução no chefe de família, sendo as categorias A e B com maior poder de consumo.

O instrumento da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa foi utilizado para medir classe econômica baseada no nível educacional do chefe de família e do uso dos bens de consumo (televisão em cores, rádio, banheiro, automovel, empregada, máquina de lavar, video cassete ou DVD, freezer e geladeira)¹¹.

Para a avaliação do apoio social utilizou-se a escala de apoio social do Medical Outcomes Study (MOS). Suporte social foi elaborado a partir de suas dimensões material (quatro questões), emocional/informação (sete questões), afetiva (três perguntas) e interação social positiva (quatro perguntas)¹¹. Esta escala foi traduzida e adaptada para o português^{13,14}.

Para investigar os tipos violência dos tipos psicológica e física na gestação, foi utilizada a versão brasileira do *Questionário de violência da OMS*, que inclui questões referentes à violência psicológica, física e sexual e à frequência com que esses eventos ocorreram durante a gestação em curso. As opções de respostas para cada uma dessas 10 questões foram: nunca, uma vez, poucas vezes e muitas vezes. Esse questionário foi validado no Brasil, utilizando dados da cidade de São Paulo (1.172 mulheres) e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco (1473 mulheres) na pesquisa WHO Multi-Country Study On Women's Health and Domestic Violence Against Women e validado para a população de gestantes dessa pesquisa¹⁵. Violência sexual não foi investigada pelo fato de todas as gestantes que responderam afirmativamente a uma das questões sobre esse tipo de maus tratos, terem sido submetidas a violência física.

Para investigar violência psicológica se perguntou se alguém durante a gestação em curso: a) “Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?”, b) “Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?”, c) “Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?”, d)

“Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?”. Para investigação de violência emocional, foram excluídas todas as gestantes que submetidas a violência física e sexual.

Para medir violência física, se perguntou se durante a gestação em curso, alguém:

a) “Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?”, b) “Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?”, c) “Machucou-a com um soco ou com algum objeto?”, d) “Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?”, e) “Tentou estrangular ou queimou você de propósito?”, f) “Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?”.

Foi incluído no estudo violência psicológica e violência física por qualquer perpetrador de violência e não apenas violência por parceiro íntimo.

Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). O CES-D foi desenvolvido para medir sintomas depressivos na população em geral a partir de uma escala que mede a frequência de sintomas depressivos na semana anterior à aplicação do questionário. Escores elevados refletem a intensidade do desconforto que acompanha a depressão, mas não são diagnósticos de depressão¹⁶.

O instrumento é constituído por 20 itens. Cada resposta admite quatro gradações crescentes de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, freqüentemente e sempre) e pontuações correspondentes (0, 1, 2 e 3). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com gradação inversa. O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas. Os itens da CES-D incluem questões relativas ao humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 e 18), sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11), sintomas ligados às interações sociais (itens 14, 15 e 19) e sintomas relacionados à iniciativa motora (itens 2, 7, 13 e 20)¹⁶. O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas, o ponto de corte de 16 pontos é geralmente usado para discriminar indivíduos com possibilidade de depressão¹⁷.

Os sintomas depressivos na gestação, foram categorizados como: sem possibilidade de depressão ($CES-D < 16$), sintomas depressivos moderados ($CES-D \geq 16$ ou ≤ 21) e sintomas depressivos graves $CES-D \geq 22$ ¹⁷.

Para a avaliação dos sintomas de depressão materna, foi utilizada Escala de Edimburgo - Edimburg Depression Postpartum Scale (EPDS), instrumento validado no Brasil⁷. Trata-se de um questionário de auto-registro composto por 10 (dez) itens, utilizada internacionalmente no estudo da Depressão materna, que pretende avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos 7 (sete) dias, utilizando uma escala de 0 a 3

do tipo Likert. A versão validada no Brasil considerou o escore ≥ 12 para “sintomas depressivos”, como ponto de corte mais adequado para o contexto do país, apresentando sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo de 78%. Os sintomas de depressão materna foram considerados presentes quando o somatório das questões da Escala de Edimburgo foi maior ou igual a 12⁷.

Para análise descritiva foram utilizados pontos de corte em relação a esses instrumentos. Porém, nos modelos estas variáveis foram latentes.

Análise descritiva e Modelagem por Equações Estruturais

A análise descritiva para mostrar frequências e percentuais foi realizada com o Stata software, versão 12.0 (College Station, Texas, USA). Para investigar associação entre violência contra gestantes com o desfecho sintomas de depressão materna foi utilizada Modelagem por Equações Estruturais, que é um método estatístico que estima simultaneamente uma série de equações de regressão, avaliando efeitos diretos, indiretos de variáveis no desfecho¹⁸.

Modelagem de equações estruturais foi realizada utilizando o software Mplus, versão 7 (Los Angeles, California, USA). Foi utilizado estimador dos mínimos quadrados ponderados robustos ajustados pela média e variância – WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), empregado para variáveis contínuas e categóricas.

Para determinar se o modelo apresentou bom ajuste, foram considerados os seguintes índices de ajuste: a) p-valor (p) superior a 0,05 para o teste do qui-quadrado (χ^2); b) $p < 0,05$ e um limite superior do intervalo de confiança de 95% inferior a 0,08 para o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Comparative Fit Index e o Tucker Lewis Index (CFI/TLI); e d) valores do Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) menores que 1¹⁸.

Os efeitos diretos e indiretos entre variáveis foram considerados presentes se o pvalor era inferior a 0,05.

O comando Modification Indices (*modindices*) foi utilizado para a obtenção de sugestões de modificações às hipóteses iniciais, elaborando-se e analisando-se um novo modelo, caso as alterações fossem consideradas teoricamente aceitáveis.

Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. As entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa. Ao concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para a entrevistada e sua família em qualquer etapa da pesquisa. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário – UFMA sob parecer consubstanciado N° 223/2009, protocolo: 4771/2008-30.

Resultados

De um total de 1.139 gestantes que responderam o questionário de Edimburgo, 12,7% tinham até 19 anos e 12,1% possuíam até 8 anos de estudo. Os percentuais de mulheres grávidas em famílias da classe econômica D/E e recebendo menos de um salário mínimo foram 15,5% e 4,6% respectivamente (Tabela 1).

Sintomas de depressão foram referidos por 19,7% das mães após 2 anos do parto. Violência dos tipos psicológica e física tiveram taxas, nessa ordem, de 47,3% e 12,1%. Cerca de 20% das mulheres entrevistadas apresentaram sintomas depressivos moderados durante a gestação e 27% graves (Tabela. 2).

O modelo conceitual apresentou bom ajuste, não havendo sugestões plausíveis de modificação (Tabela 3). Exceto para a variável educação da gestante na construção da variável latente situação socioeconômica (SES), todas as outras cargas fatoriais de componentes de variáveis latentes foram superiores a 0,5 (Tabela 4).

Mulheres que sofreram violência psicológica na gestação relataram com mais frequência sintomas de depressão materna (Coeficiente Padronizado, SC = 0,256; pvalue, $p < 0.001$). Essa associação positiva se deu por via direta (SC = 0,131; $p = 0.016$) e indireta (SC = 0,124; $p < 0.001$), sendo a via indireta mediada pelos sintomas de depressão na gestação (SC = 0,131; $p < 0.001$) (Tabela 5).

Gestantes submetidas à violência física na gestação mais frequentemente relataram sintomas de depressão materna (SC = 0,221; pvalue, $p < 0.001$). Essa associação positiva se deu apenas por via indireta (SC = 0,126; $p = < 0.001$), com mediação pela sintomas de depressão na gestação (SC = 0,126; $p = < 0.001$).

Gestantes com sintomas de depressão na gestação mais frequentemente apresentaram sintomas de depressão materna (SC = 0,322; $p = < 0.001$) e relataram episódios de violência psicológica e física (Tabela 5).

Apoio social (SUPP) teve efeito direto negativo na violência física (CP=-0,214 $p<0.001$) (Tabela 4). Constatou-se que mulheres com menor apoio social, sofrem mais violência física.

Discussão

Na coorte pré-natal BRISA São Luís, se observou que gestantes submetidas à violência psicológica e física e que relataram sintomas de depressão na gestação mais frequentemente referiram sintomas de depressão materna. A associação da violência psicológica nos sintomas de depressão materna se deu por vias direta e indireta, essa última mediada pela presença de sintomas de depressão na gestação.

Sabe-se que a violência perpetrada contra gestantes, especialmente se recorrente e em suas formas graves, pode repercutir na saúde mental da gestante e na vida da mulher. Trata-se de um problema de saúde pública e fenômeno complexo, cujas conseqüências podem ser bastante negativas para a saúde da mãe, do feto e da criança ¹⁹.

Estudo longitudinal desenvolvido com 272 gestantes objetivando identificar a frequência de sintomas depressivos no decorrer da gestação e verificar associação com variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde, observaram que a violência psicológica foi fator de risco para a presença de sintomas depressivos ao longo da gestação bem como em sintomas de depressão materna, tendo como principais agressores o parceiro e familiares²⁰.

Entretanto, é importante ressaltar que a violência psicológica, muitas vezes, passa despercebida nos serviços de saúde, recebendo assim menos enfoque do que as outras naturezas de atos violentos. Portanto, as altas prevalências encontradas tornam-se importantes para a sensibilização dos profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e das próprias vítimas quanto à sua existência e das suas repercussões negativas para a saúde das mulheres, especificamente para a saúde mental²¹.

Mulheres submetidas à violência física na gestação relataram com mais frequência sintomas de depressão materna. Essa associação positiva se deu apenas por via indireta mediada por sintomas de depressão na gestação. Em concordância com esse resultado, em um estudo transversal realizado com 426 mulheres em Bangladesh foi demonstrada uma associação particularmente forte de mulheres submetidas à violência física, tanto antes, quanto durante ou depois da gestação, com sintomas de depressão materna²³.

Neste estudo, mães que possuem menor apoio social, sofrem mais violência física. O apoio social é de extrema importância para a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes²⁴.

Os resultados encontrados neste domínio vão ao encontro dos estudos publicados, que evidenciam que o apoio social poderá ser um fator de redução de diversas perturbações psicológicas/psiquiátricas, como é o caso da ansiedade e depressão^{25,26,27}. A disponibilidade de apoio social facilita um desfecho mais favorável, principalmente, sobre condições estressantes e traumáticas, como na violência física²⁷.

Neste trabalho, os sintomas de depressão na gestação mostraram efeito direto nos sintomas de depressão materna e, além disso, as mulheres sofreram violência psicológica e física, evidenciando aquelas que apresentaram sintomas de depressão durante a gestação são mais vulneráveis a sintomas de depressão materna.

Mostrando a magnitude dessa associação, em estudo longitudinal realizado na Inglaterra com gestantes (n = 8.323), objetivando estudar a associação entre a depressão na gestação e no pós-parto, mostrou que a depressão durante a gestação foi o fator de risco mais forte para a depressão materna²⁸.

Uma revisão sistemática confirmou esse achado, constando que 41,5% dos casos de depressão materna tinham surgido durante o período gestacional, o que sugere que as intervenções para a depressão devem iniciar desde o pré-natal⁴.

Como limitação deste estudo, aponta-se para a coleta de dados sobre a saúde mental materna, realizada por meio de instrumentos de rastreamento de sintomas dos transtornos mentais e não diagnósticos e por se tratar de uma amostra de conveniência e não probabilística, a validade externa dos achados é limitada. Além disso, os questionários de violência e depressão na gestação foram aplicados ao mesmo tempo. Contudo, o de violência aborda sobre maus tratos durante a gestação e o de depressão nos últimos 7 dias.

Apresenta como pontos fortes ser um estudo de coorte, utilizar instrumentos reconhecidos internacionalmente e validados no Brasil e utilizar análise por meio da modelagem de equações estruturais, já que este método estima uma série de equações de regressão múltipla separada e dependente entre si, estabelecendo relações lineares diretas e indiretas entre as variáveis, permitindo que fosse estudada a interação entre violência e sintomas de depressão na gestação e sintomas de depressão materna concomitantemente. A maioria dos estudos utilizou análises bivariadas ou multivariáveis por meio de regressão logística^{28,29} e as críticas a esse tipo de análise se deve ao fato de investigar apenas relações

diretas entre variáveis explicativas e um resultado, não permitindo a avaliação de caminhos intermediários, ou seja, efeitos indiretos ou de mediação^{18,30}.

O principal e mais importante achado desta pesquisa suporta a evidência de que sintomas de depressão na gestação estiveram intimamente associados à violência psicológica e física na gestação contribuindo com o surgimento de sintomas de depressão materna.

Estes achados reforçam a importância da melhoria da saúde das mulheres em idade reprodutiva, com a sua inclusão do acompanhamento e educação de saúde emocional em programas de planejamento familiar, o que poderá contribuir para a diminuição de possíveis prejuízos na sua vida. Intervenções para prevenir a violência devem ser exploradas para eficácia na redução da carga de sintomas depressivos e transtornos mentais.

Financiamento: O presente artigo integra o estudo intitulado “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras”, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Processo 2008/53593-0), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA) e do Programa de Apoio aos Núcleos de Excelência (PRONEX – Processo 00035/2008).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: SVOR e RFLB. Análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito: SVOR e RFLB. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Baseado em tese de doutorado. RIBEIRO, Sabrina Varão Oliveira, Violência contra gestantes, depressão materna e tempo de amamentação em coorte pré-natal: análises com modelagem de equações estruturais. 2017, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão.

Apresentação prévia: Não houve.

Referências

1. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Dritsa M, Khalife S. Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2014; 35(3):84±91. DOI:10.3109/0167482X.2014.947953.
2. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012; 90 (2): 139-149H. DOI: 10.2471/BLT.11.091850
3. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42:877-85. 10.1590/S0102-311X2009001200019
4. Louise M. Howard, Sian Oram, Helen Galley, Kylee Trevillion, Gene Feder Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos medicine* 2013. DOI:10.1371/1001452
5. 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---6.
6. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Grey R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 350–364. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x
7. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. 2007;23: 2577---88. DOI: 10.1590/S0102311X2007001100005
8. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003; 75:71-6.
9. Uwakwe R, Okonkwo JE. Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107:251-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100005
10. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhao|sao-luis|infograficos:-informacoes-completas> Acesso em: 02 nov. 2014.
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil 2012. [Internet]. São Paulo, SP: ABEP; 2015 [citado 20 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
12. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*, v. 21, p. 703-714, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300004

13. Chor, D. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.4, p.887-896, 2001. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000200029
14. Faerstein, E. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol*, v.8, n.4, p.454-466, 2005.
15. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Júnior I, Lucas AFP. Validade do instrumento WHO VAW para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010;44: 658–666.
16. Flach, C. Leese M, Heron J, Evans J, Feder G, Sharp D, Howard LM. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. *BJOG* 118: 1383–1391, 2011. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03040.x
17. Fernandes,R.C.L; Rozenhal, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Rev Psiquiatr RS*, v.30, n.3, p.192-200, 2008.
18. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: *The Guilford Press*; 2016.
19. Fonseca-Machado MO. Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros. Tese. 2014. 10.11606/T.22.2014.tde-08012015-101617.
20. Lima, MOP, Tsunehiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(1):39-46.
21. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010;376:903---10. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60887-2.
22. Islam J, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. *Plos one*. 2017; 1013710176211
23. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004; 80:65-73.
24. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia Vetor Editora*. 2006;7(1):39-48.
25. Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;1(25), 95-100.
26. Lovisi G, Milanil I, Caetano G, Abelha L, Morgado A. Suporte Social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*.1996;2(15), 65-8.

28. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*. 2010;15: 14–35.
29. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of african studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS ONE*. 2011 Mar;6(3): 1–9.
30. Wang J, Wang X. Structural equation modeling: applications using Mplus. *Noida: Thomson Digital*; 2012.

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
Até 19 anos	145	12,7
20 a 24 anos	360	31,6
25 anos ou mais	634	55,6
Situação conjugal		
Casada	249	21,8
União consensual	658	57,7
Solteira/viúva	213	18,7
Desquitada	19	1,7
Escolaridade (anos)*		
0 a 4 anos	13	1,1
5 a 8 anos	125	10,9
9 a 11 anos	867	76,1
12 ou mais anos	133	11,6
Valores ignorados	1	100
Renda da família (salários mínimos)*		
Menor que 1	51	4,6
1 a menos que 3	615	55,5
3 a menos que 5	281	25,3
5 ou mais	160	14,4
Valores ignorados	32	100
Ocupação do chefe da família		
Manual não qualificada	304	28,2
Manual não especializada	459	42,6
Manual especializada	51	4,7
Funções de escritório	166	15,4
Profissional de nível superior	59	5,48
Administradores/Gerentes/Diretores/Proprietários	38	3,53
Valores ignorados	62	100
CCEB**		
D/E	168	15,4
C	747	68,7
A/B	172	15,8
Valores ignorados	52	100
TOTAL	1.139	100

^a CCBE: Classificação Classe Econômica Brasil; * Os totais para cada variável foram diferentes devido a valores ignorados.

Tabela 2: Violência, sintomas depressivos na gestação e sintomas de depressão materna em mulheres da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

Variáveis	N	%
Violência contra a mulher		
Não	608	54,3
Sim	507	45,4
Valores ignorados	24	100
Sintomas depressivos (durante a gestação)*		
Sem possibilidade de depressão	596	52,6
Sintomas moderados	228	20,1
Sintomas graves	309	27,2
Valores ignorados	6	100
Sintomas de depressão materna		
Com sintomas depressivos	224	19,7
Sem sintomas depressivos	915	80,3
TOTAL	1.139	100

* Os totais para cada variável foram diferentes devido a valores ignorados.

Tabela 3: Indicadores de ajuste para o modelo. São Luís -MA, 2010-2013

Indicadores	Modelo^a
Qui-quadrado (X^2)^b	1.507,028
Degrees of freedom	884
p-valor	<0.0001
Raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA)^c	0.025
Intervalo de Confiança 90%	0.023 0.027
Índice de ajuste comparativo (CFI)^d	0.990
Índice de Tucker-Lewis (TLI)^e	0.989

^a Modelo inicial e final porque não houve sugestão de modificação plausível. ^b Teste qui-quadrado. ^c Root Mean Square Error of Approximation. ^d Comparative Fit Index. ^e Tucker Lewis Index. ^f

Tabela 4: Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor das variáveis latentes e dos efeitos diretos para variáveis indicadoras. São Luís – MA, 2010-2013.

Caminhos e Estimativas	Coeficiente Padronizado	Erro padrão	P valor
<u>VARIÁVEL LATENTE</u>			
SES			
Ses BY Edu	0.463	0.051	<0.001
Ses BY Occu	0.548	0.045	<0.001
Ses BY Inc	0.684	0.043	<0.001
Ses BY Class	0.826	0.048	<0.001
EMOV			
Emov BY v1	0.863	0.040	<0.001
Emov BY v2	0.886	0.038	<0.001
Emov BY v3	0.661	0.045	<0.001
Emov BY v4	0.655	0.064	<0.001
PHYV			
Phyv BY v5	0.941	0.033	<0.001
Phyv BY v6	0.845	0.038	<0.001
Phyv BY v7	0.907	0.035	<0.001
Phyv BY v8	0.910	0.030	<0.001
Phyv BY v9	0.797	0.108	<0.001
Phyv BY v10	0.728	0.072	<0.001
EDIMBURG			
Edimburg BY g59_1	0.578	0.028	<0.001
Edimburg BY g59_2	0.644	0.032	<0.001
Edimburg BY g59_3	0.651	0.023	<0.001
Edimburg BY g59_4	0.555	0.028	<0.001
Edimburg BY g59_5	0.704	0.023	<0.001
Edimburg BY g59_6	0.580	0.024	<0.001
Edimburg BY g59_7	0.868	0.013	<0.001
Edimburg BY g59_8	0.909	0.010	<0.001
Edimburg BY g59_9	0.829	0.014	<0.001
Edimburg BY g59_10	0.755	0.029	<0.001
SUPP			
Supp BY Int	0.983	0.005	<0.001
Supp BY Emoinf	0.950	0.006	<0.001
Supp BY Effe	0.952	0.008	<0.001
Supp BY Tang	0.833	0.014	<0.001
<u>EFEITOS DIRETOS</u>			
Edimburg ON Ses	-0.125	0.043	0.003
Edimburg ON Supp	-0.055	0.036	0.127
Edimburg ON Emov	0.131	0.054	0.016
Edimburg ON Phyv	0.095	0.068	0.163
Supp ON Ses	0.238	0.036	<0.001
Emov ON Ses	0.114	0.056	0.041
Emov ON Supp	-0.182	0.047	<0.001
Phyv ON Ses	-0.025	0.070	0.721
Phyv ON Supp	-0.214	0.067	0.001
Phyv ON Emov	-0.031	0.017	0.068

Continua

Tabela 4 (continuação)

Caminhos e Estimativas	Coefficiente Padronizado	Erro padrão	P valor
<u>EFEITOS DIRETOS</u>			
Edimburg ON Cesd	0.322	0.059	<0.001
Cesd ON Ses	-0.161	0.047	0.001
Cesd ON Supp	-0.140	0.044	0.001
Cesd ON Emov	0.408	0.046	<0.001
Cesd ON Phyv	0.390	0.053	<0.001

Ses: situação socioeconômica; BY: comando do Mplus para obter variável latente; edu: escolaridade gestante; occu: ocupação do chefe da família; inc: renda familiar; class: classe econômica; emov: violência psicológica contra mulher na gestação; v1 a v4: questões de número 1 a 4 de violência psicológica; phyv: violência física contra mulher na gestação; v5 a v10: questões de número 5 a 10 de violência física; Edimburg: sintomas de depressão pós-parto; g59_1 a g59_10: perguntas do questionário de Edimburgo; supp: suporte social; int: apoio de interação social positiva; emoinf: apoio emocional/informação; effe: apoio afetivo; tang: apoio material; Cesd: sintomas de depressão na gestação; ON: comando do Mplus para estimar coeficientes de caminho;

Tabela 5: Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor dos efeitos indiretos para variáveis indicadoras. São Luís – MA, 2010-2013.

Caminhos e Estimativas	Coeficiente Padronizado	Erro padrão	P valor
<u>EFEITOS INDIRETOS</u>			
Ses → Edimburg			
Total	-0.199	0.039	<0.001
Indireto	-0.074	0.023	0.001
Emov → Edimburg			
Total	0.256	0.044	<0.001
Indireto	0.124	0.028	<0.001
Via Cesd	0.131	0.028	<0.001
Phyv → Edimburg			
Total	0.221	0.056	<0.001
Indireto	0.125	0.029	<0.001

Ses: situação socioeconômica; Edimburg: sintomas de depressão pós-parto; emov: violência psicológica contra mulher na gestação; cesd: sintomas de depressão na gestação; phyv: violência física contra mulher na gestação

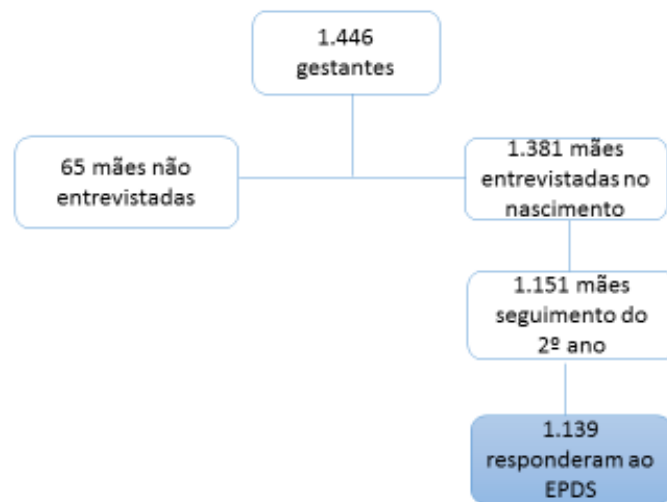
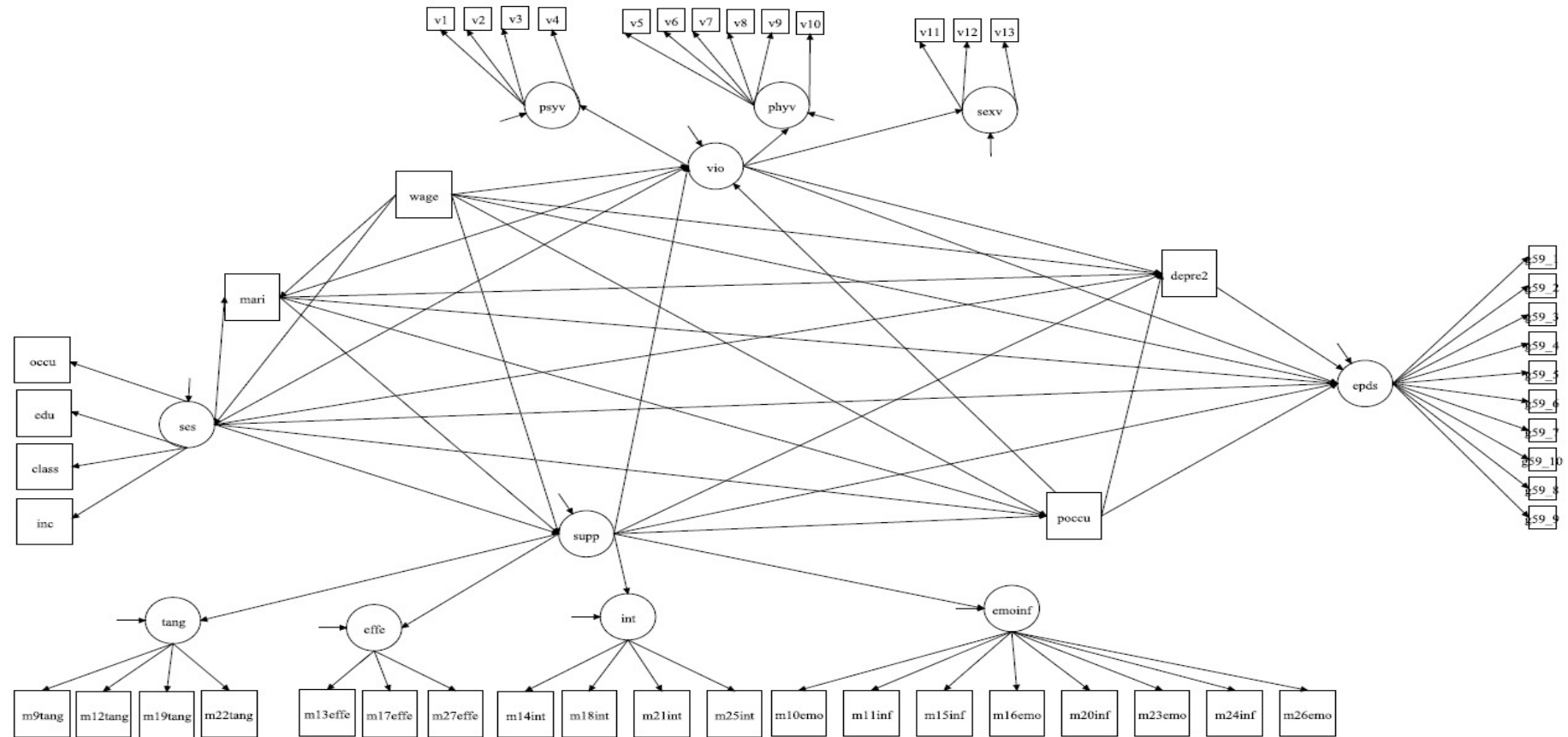


Figura 1: Fluxograma da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010 – 2013.



^aSES: situação socioeconômica; ^coccu: ocupação do chefe da família; ^dedu: escolaridade gestante; ^eclass: classe econômica; ^finc: renda familiar; ^gVIO: violência contra a mulher durante a gestação; ^hpsyv: violência física; ⁱphyv: violência psicológica; ^jsexv: violência sexual; ^kSUPP: suporte social; ^ltang: apoio material; ^memoinf: apoio emocional/informação; ⁿeffe: apoio afetivo; ^oint: apoio de interação social positiva; ^pepds: sintomas de depressão pós-parto; ^qG59_1: perguntas do questionário de Edimburgo; ^rwage: idade da gestante; ^tpoccu: ocupação da gestante; ^umari: situação conjugal; ^wdepre2: depressão na gestação.

Figura 2: Modelo teórico dos efeitos da violência na gestação, sintomas de depressão na gestação e sintomas de depressão materna na coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

5.2 Artigo 2

Escala de Edimburgo: análise fatorial exploratória em uma amostra de mulheres na coorte BRISA.

(a ser submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria – Qualis B1)

Sabrina Varão Oliveira Ribeiro¹
Rosângela Fernandes Lucena Batista²

¹Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão. Endereço para correspondência: Rua Barão de Itapary 155, São Luís, MA, Brasil. CEP: 65020-070. E-mail: sabrinavarao@yahoo.com.br. Autor correspondente.

²Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a validade da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e suas características multidimensionais em uma amostra de mulheres que já não se encontram no puerpério, utilizando a análise fatorial exploratória.

Métodos: Estudo em uma coorte de nascimento no município de São Luís (Brasil) com amostra de 3.194 mães. O instrumento utilizado para avaliar os sintomas de depressão materna foi a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo. Os dados foram ponderados e após isso, foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE). Foram consideradas significativas as cargas fatoriais quando acima de 0,40. Foram calculados o índice de escalabilidade H de Loevinger e o critério de Mokken.

Resultados: A AFE com duas dimensões apresentou o melhor ajuste (RMSEA=0,053; CFI=0,988; TLI= 0,979). O índice de escalabilidade H de Loevinger não mostrou nenhum valor <0,3, não sugerindo a exclusão de nenhum item da Escala de Edimburgo.

Conclusões: O EPDS com dois fatores, nas diferentes versões propostas, se mostrou adequada para avaliação dos sintomas de depressão pós-parto em mulheres em São Luís - MA e que os resultados ratificam a possibilidade de utilização do EPDS em diversas culturas e períodos de vida.

Descritores: Depressão. Validação. Análise Fatorial.

Descriptors: Depression. Validation. Factor Analysis

ABSTRACT

Objective: To analyze the validity of the Edinburgh Postpartum Depression Scale and its multidimensional characteristics in a sample of women who are no longer in the puerperium using exploratory factorial analysis.

Methods: A birth cohort study in the city of São Luís (Brazil) with a sample of 3194 mothers. The instrument used to assess the symptoms of maternal depression was the Edinburgh Postpartum Depression Scale. The data were weighted and after that, the Exploratory Factor Analysis (AFE) was performed. Factorial loads were considered significant when above 0.40. The Loevinger H scalability index and the Mokken criterion were calculated.

Results: The two-dimensional AFE presented the best fit (RMSEA = 0.053, CFI = 0.988, TLI = 0.979). The Loevinger index of scalability H showed no value <0.3 , not suggesting the exclusion of any item from the Edinburgh Scale.

Conclusions: The EPDS with two factors, in the different versions proposed, was adequate to evaluate the symptoms of postpartum depression in women in São Luís - MA and that the results confirm the possibility of using EPDS in several cultures and life periods.

Descriptors: Depression. Validation. Factor Analysis

Introdução

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase da vida da mulher que precisa ser avaliado com especial atenção por englobar inúmeras modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental.¹

Os distúrbios mentais estão entre as morbidades mais comuns do período perinatal.^{2,3} Dentre eles, a depressão é o transtorno mental mais comum durante a gravidez e o principal fator de risco para a depressão pós-parto (DPP). No puerpério, aproximadamente 19,2% das mulheres são afetadas e apresentam consequências importantes para si, seus filhos e sociedade.^{4,5}

A elevada frequência de DPP e os efeitos negativos para mãe e a criança apontam para a necessidade de sua descoberta precoce e instrumentos válidos e confiáveis são necessários em sua pesquisa.^{5,6}

Um dos instrumentos mais usados com a finalidade de identificar sintomas depressivos em mães é a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) desenvolvida por Cox, et al em 1987 como um instrumento de triagem para DPP em uma comunidade escocesa.⁷

Trata-se de um questionário de auto-registro composto por 10 (dez) itens, que pretende avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos 7 (sete) dias, utilizando uma escala de 0 a 3 do tipo Likert⁷.

É um instrumento validado em diversas línguas, nacionalidades e contextos e amplamente usado em diversas realidades^{7,8,9,10}. No entanto, revisão sistemática realizada em 2014, com 37 estudos de diferentes línguas e contextos, além de diferentes períodos de aplicação do teste, concluiu que o EPDS pode não ser uma ferramenta de triagem igualmente válida para todos os contextos e configurações por existir uma heterogeneidade entre os achados podendo ser devido a diferenças na metodologia de estudo, na linguagem, nas entrevistas diagnósticas e critérios utilizados. Com isso, observa-se uma ausência de consenso em relação à estrutura fatorial do EPDS¹¹.

Portanto, o objetivo do estudo foi analisar a validade da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e suas características multidimensionais em uma amostra de mulheres utilizando a análise fatorial exploratória.

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte que utilizou dados da pesquisa “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras – BRISA”. A coleta de dados para este estudo ocorreu no segundo ano de vida da criança.

Local do estudo

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, cuja população em 2010 era de 1.014.837 habitantes. Localiza-se numa das regiões mais pobres do país, onde seu último Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,768, ocupando a posição de 249º entre os municípios do Brasil. Sua atividade econômica está ligada à agropecuária, indústria, comércio e serviços, sendo que tem se conectado de forma privilegiada no ciclo de expansão do comércio mundial, através das exportações de commodities primárias minerais e agrícolas¹².

Participantes e Amostra

A coorte de nascimento de São Luís foi formada durante o ano de 2010, incluindo nascimentos em serviços públicos e privados, cujas instituições realizavam pelo menos cem partos por ano.

O tamanho da amostra para o ano de 2010 foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos em São Luís no ano de 2007, o qual representava 98% de todos os nascimentos da cidade, possibilitando uma amostra representativa da população. O tamanho mínimo da amostra foi fixado em 5.000 nascimentos. Com este tamanho de amostra seria possível estimar prevalências por volta de 50% (produto máximo de pxq) com uma precisão de 2% e nível de confiança de 99%. Também foi possível comparar duas proporções, considerando probabilidade de erro tipo I de 5%, poder do estudo de 80%, trabalhando-se com o produto máximo de $p \times q$ (proporção do evento de 50%) e fixando-se em 4% a

diferença mínima a ser detectada como significante. Para prevalências inferiores a 50% seria possível detectar diferenças menores.

A amostra do estudo foi estratificada por maternidade com partilha proporcional ao número de partos e na maternidade ela foi sistemática. Nas unidades selecionadas ocorreram 21.401 nascimentos, dos quais foi sorteado 1/3 (7.133). Destes, 5.475 eram residentes no município há pelo menos três meses e, portanto, elegíveis. Após a exclusão de 239 nascimentos por recusa ou alta hospitalar precoce, 70 natimortos e 99 gemelares, a amostra ficou em 5.067 nascimentos de partos únicos. A amostra final deste estudo foi 3.308 mulheres entrevistadas que participaram do seguimento do segundo ano de vida das crianças. Destas, 3.194 responderam ao questionário da Escala de Edimburgo.

Coleta de dados

Para a coleta de dados do segundo ano de vida da criança, as mães foram convidadas por telefone a comparecerem ao Hospital Universitário Materno Infantil para nova entrevista realizada de segunda a sábado, quando as crianças estavam na faixa de 15 a 36 meses. Caso não comparecessem no dia agendado, elas eram convidadas novamente, e uma nova data marcada. Caso ela se recusasse a participar, sua vontade era respeitada. Quando não era possível o contato telefônico, um motoboy devidamente identificado com a camiseta do projeto realizava busca ativa destas mães pelo endereço. Mesmo com o contato telefônico e agendamento da avaliação, algumas mães não compareceram ao HUMI. Como última estratégia, foram enviadas entrevistadoras a casa, tanto das mães que não compareceram à avaliação quanto àqueles que referiram impossibilidade de comparecimento para que pudessem responder aos questionários.

Durante o segundo ano de vida da criança, foi aplicado um questionário padronizado e respondido pela mãe ou responsável pela criança, após seu consentimento, por meio de uma entrevista. Responderam também a um questionário auto-aplicado onde foram coletadas diversas informações, dentre elas, questões referentes a sintomas de depressão pós-parto.

Instrumentos de mensuração

O instrumento utilizado para avaliar os sintomas de depressão materna foi a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo. É um instrumento autoaplicável composto por

10 (dez) itens, que pretende avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos 7 (sete) dias.

Dos 10 itens, três são positivos e sete negativos e as respostas são pontuadas de zero a três. As questões com conotação positiva (1, 2 e 4) têm sua pontuação somada invertida. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. A soma total varia de zero a 30 pontos. Os sintomas de depressão materna foram considerados presentes quando o somatório das questões da Escala de Edimburgo foi maior ou igual a 12.

As perguntas refletem sentimentos negativos e incapacidade de lidar com as situações de tristeza e ansiedade, além de incluir perguntas que expressam emoções positivas e capacidade de agir nas mesmas situações. A versão utilizada no presente estudo foram traduzidas e adaptadas para o português brasileiro por Santos et al. (2004)¹³.

Análise dos dados

Os dados foram ponderados e após isso, foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE), a qual objetiva encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas¹⁴.

A Análise Fatorial Exploratória foi utilizada para avaliar a estrutura da Escala de depressão pós-parto de Edimburgo, suas dimensões e itens para a amostra estudada. Foi utilizado o software Mplus versão 7.31 (Muthén & Muthén, Los Angeles, Califórnia, EUA). Devido as variáveis serem categóricas, foi empregado o método de estimação dos mínimos quadrados ponderados ajustados pela média e variância (WLSMV)¹⁵.

Inicialmente foi feita a AFE verificando-se o ajuste dos modelos uni e multidimensional, utilizando os seguintes indicadores: a) p-valor maior que 0.05 no teste do chi-quadrado (χ^2); b) p-valor menor que 0.06 e o limite superior do intervalo de confiança menor 0.08 para o índice Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); c) valores maiores que 0.95 para o Comparative Mean Square (CFI) e Tucker Lewis Index (TLI); e d) valor menor que 0,8 para o índice Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Foram consideradas significativas as cargas fatoriais quando acima de 0,40^{14,16}.

O índice de escalabilidade H de Loevinger (LH) foi calculado para cada item da escala, verificando se os itens medem a mesma característica latente, se há redundância de itens e valida a pontuação como medida ordinal da característica latente (consistência interna). Foi considerado aceitável para cada item se $> 0,30$. Utilizou-se o critério de Mokken para

identificar se algum item poderia ser excluído da escala, o ajuste da escala de Mokken é satisfatório se $LH > 0,3$ (de cada item) e a razão dos índices dos pares de itens for maior que zero¹⁷. Para esta análise foi utilizado o pacote estatístico STATA 14.0 (Stata Corporation, College Station, EUA).

Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. As entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa. Ao concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para a entrevistada e sua família em qualquer etapa da pesquisa. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário – UFMA sob parecer consubstanciado Nº 223/2009, protocolo: 4771/2008-30.

Resultados

Na amostra de 3.194 mães, 73,5% estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, 96,9% tinham tempo de 5 anos ou mais de estudo, 59,4% viviam em união consensual, 42,7% pertenciam a famílias com renda mensal média de 1 a menos que 3 salários mínimos, em 41,8% dos casos o chefe de família tinha ocupação manual semiespecializada e, aproximadamente, 54,4% eram pertencentes à classe econômica C (Tabela 1).

A AFE com duas dimensões apresentou o melhor ajuste (RMSEA=0,053; CFI=0,988; TLI= 0,979). Os itens 1 **“Tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?”** e 2 **“Tem pensado no futuro com alegria?”** foram agrupados em uma dimensão e os itens 3 **“Tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado?”**, 4 **“Tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?”**, 5 **“Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?”**, 6 **“Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?”**, 7 **“Tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?”**, 8 **“Tem se sentido triste ou muito mal?”**, 9 **“Tem se sentido tão triste que tem chorado?”** e 10 **“Tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma?”** formaram a segunda dimensão.

Todas as cargas fatoriais foram superiores a 0.4 (Tabela 3). O índice de escalabilidade H de Loevinguer não mostrou nenhum valor $< 0,3$, não sugerindo a exclusão de nenhum item da Escala de Edimburgo.

A menor carga fatorial encontrada foi no item quatro – **“Tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?”** (0,453) e a maior carga encontrada foi no item oito - **“Tem se sentido triste ou muito mal?”** (0,875)

Discussão

Neste estudo de validação da Escala de Edimburgo, utilizando análise fatorial, o modelo unidimensional apresentado pela maior parte da literatura, obteve um ajuste aceitável, enquanto que os modelos elaborados a partir da análise fatorial exploratória mostraram um bom ajuste deste instrumento com duas dimensões para medir os sintomas de depressão em mulheres após o puerpério em São Luís.

Um aspecto diferencial da pesquisa, foi a validação do EPDS de acordo com a teoria multidimensional na forma auto-aplicado, por meio da AFE, método estatístico que permite o agrupamento de fatores, conforme plausibilidade científica.

O EPDS foi originalmente descrito como uma medida unidimensional de 10 itens da depressão pós-parto⁷. Recentemente, foi proposta uma versão mais curta de 6 itens com boas propriedades psicométricas¹⁸.

Tem sido sugerido que a EPDS pode ser visto mais como um instrumento de sofrimento psicológico do que uma medida unidimensional da depressão pós-parto¹⁹. De fato, foi descoberto anteriormente que o EPDS pode ter duas dimensões (ansiedade e depressão),²⁰ enquanto outras encontraram até mesmo estruturas de fatores tridimensionais (depressão, ansiedade e suicídio^{21,22} ou depressão, ansiedade e anedonia).²³ Além disso, alguns estudos mostraram que outras versões mais curtas da EPDS, incluindo uma versão de 7 itens e até uma versão de 2 itens, também são altamente precisas para a avaliação da depressão²⁴

Assim, verifica-se a dificuldade em esclarecer as dimensões necessárias para mensuração dos sintomas de depressão devido à existência de uma elevada correlação entre elas. As divergências quanto ao dimensionamento adequado do instrumento podem ser decorrentes da população onde o mesmo é aplicado e/ou devido o tipo de análise (exploratória ou confirmatória) e os estimadores utilizados.

Uma força importante do nosso estudo é a grande população estudada (3.194 mulheres), sendo um dos poucos no Brasil a avaliar a estrutura dimensional da escala de depressão em uma amostra desse porte.

A validade do instrumento foi medida pelos valores das cargas fatoriais de cada item, que refletem o construto teórico (sintomas de depressão), indicando valores relevantes, com cargas maiores do que 0,4 em todos eles.

Pode-se concluir que a escala EPDS com dois fatores, nas diferentes versões propostas, se mostrou adequada para avaliação dos sintomas de depressão pós-parto em mulheres em São Luís - MA e que os resultados ratificam a possibilidade de utilização do EPDS em diversas culturas e períodos de vida.

Referências

1. Lima MOP, Tsunechiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1):39-46.
2. Howard LM, Molyneux E, Dennis CL, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014; 384: 1775–1788. 2.
3. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 202: 5–14.
4. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012; 90: 139–149.
5. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800–1819.
6. Stewart RC. Maternal depression and infant growth – a review of recent evidence. *Matern Child Nutr* 2007; 3: 94–107.
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *R Br J Psychiatry.* 1987 Jun; 150:782-6.
8. Husain, Nusrat et al. Detecting maternal depression in a low-income country: Comparison of the Self-Reporting Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of tropical pediatrics*, v. 60, n. 2, p. 129-133, 2013.
9. Venkatesh, Kartik K. et al. Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics*, v. 133, n. 1, p. e45-e53, 2014.
10. Dienstmaier, j. m.; mazzotti, suárez g.; campos, sánchez m. validation of VEGA- a Spanish version of the Edinburgh postnatal depression scale. *Actas espanolas de psiquiatria*, v. 30, n. 2, p. 106-111, 2002.
11. Gibson, J. et al. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 119, n. 5, p. 350-364, 2009.
12. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhao|sao-luis|infograficos:-informacoes-completas> Acesso em: 02 nov. 2016.
13. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ina sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública.* 2007;23: 2577---88.DOI: 10.1590/S0102311X2007001100005

14. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. 2nd Ed. *New York: The Guilford Press*; 2015.
15. Ullman JB. Structural Equation Modeling. Em B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Orgs.), *Using multivariate statistics* (5ª ed.). Boston: Pearson Education, 2007.
16. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling* 1999; 6:1-55.
17. Hardouin JB, Antignac AB, Sébille V. Nonparametric item response theory using Stata. *Stata J* 2011; 11(1):30-51.
18. Albuquerque M R, Corrêa H, Couto T C e, Santos W, Romano-Silva M A, Santos L M Pacheco. Uma proposta para uma nova versão brasileira de seis itens da Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psicoterapia Psicoterapêutica de Tendências*. [Internet]. 2017 Mar [citado em 2018 abr 26]; 39 (1): 29-33
19. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS): estudo de tradução e validação da versão iraniana. *Psiquiatria BMC*. 2007; 7: 11.
20. Malloy-Diniz LF, Schlottfeldt CGMF, P Figueira, Neves FS, Corrêa H. [Escala de Depressão Edimburgo Pós-Parto: análise fatorial e desenvolvimento de seis itens versio. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32: 316-8.
21. Phillips J, Charles M., Sharpe L, Matthey S. Validação das subescalas da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo em uma amostra de mulheres com bebês não abanados. *J Affect Disord*. 2009; 118: 101-12.
22. Jomeen J, Martin CR. Replicabilidade e estabilidade do modelo multidimensional da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo no final da gravidez. *J Enfermeira da Saúde Mental Psiquiátrica*. 2007; 14: 319-24.
23. Chabrol H, Teissedre F. Relação entre os escores da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo em 2-3 dias e 4-6 semanas após o parto. *J Reprod Psychol Infantil*. 2004; 22: 33-9.
24. Venkatesh KK, Zlotnick C, Triche EW, Ware C, Phipps MG. Precisão de ferramentas de rastreamento para identificar depressão pós-parto entre mães adolescentes. *Pediatrics*. 2014; 133: e45-53.

Tabela 1: Caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres que responderam o questionário da Escala de Edimburgo. São Luís (MA), 2010-2012.

Variáveis	n (3.194)	%
Idade materna (anos)		
< 20	577	18,0
20-34	2.350	73,8
≥35	267	8,3
Escolaridade materna (anos)*		
≤ 5 anos	3.094	96,9
0 – 4 anos	96	3,01
Classe econômica		
A/B	204	18,0
C	760	67,0
D/E	170	15,0
Trabalho materno remunerado		
Sim	540	48,3
Não	586	51,7
Situação conjugal		
Com companheiro	2.582	80,4
Sem companheiro	612	19,1
TOTAL	3.194	100

Tabela 2. Indicadores de ajuste da Análise Fatorial Exploratória da Escala de Edimburgo. São Luís, 2018.

MODELOS	X ^{2A}	P- VALOR	RMSEA ^B	90% IC ^C	CFI ^D	TLI ^E	SRMR ^F
Um fator	569.593	<0.001	0.069	0.064 - 0.074	0.972	0.964	0.054
Dois fatores	260.060	<0.001	0.053	0.047 - 0.059	0.988	0.979	0.031
Três fatores	109.917	<0.001	0.040	0.033 - 0.047	0.995	0.988	0.023
Quatro fatores	49.605	<0.001	0.033	0.024 - 0.043	0.998	0.992	0.015

aTeste do Chi-quadrado

bRoot Mean Square Error of Approximation (< 0.06)

cIntervalo de Confiança (< 0.08)

dComparative Fit Index (> 0.95)

eTucker Lewis Index (> 0.95)

fStandardized Root Mean Square Residual (< 0.08)

Tabela 3. Matriz de cargas fatoriais da Análise Fatorial Exploratória para os modelos uni e multidimensionais da Escala de Edimburgo. São Luís, 2018.

ITEM		Uma dimensão	Duas dimensões ^a	Três dimensões ^b	Quatro dimensões ^c
1	Tem sido capaz de rir ou achar graça das coisas?	0.491	0.639	0.687	1.136
2	Tem pensado no futuro com alegria?	0.520	0.771	0.762	0.344
3	Tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado?	0.587	0.675	0.732	0.675
4	Tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?	0.536	0.453	0.454	0.317
5	Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?	0.672	0.611	0.573	0.520
6	Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?	0.563	0.601	0.394	0.383
7	Tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir?	0.817	0.730	0.655	0.568
8	Tem se sentido triste ou muito mal?	0.866	0.875	1.042	0.944
9	Tem se sentido tão triste que tem chorado?	0.852	0.855	0.848	0.715
10	Tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma?	0.712	0.590	0.385	0.535

^a 1ª dimensão: 1, 2; 2ª dimensão: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

^b 1ª dimensão: 1, 2; 2ª dimensão: 3, 4, 5, 6; 3ª dimensão: 7, 8, 9, 10.

^c 1ª dimensão: 1; 2ª dimensão: 3, 4, 6; 3ª dimensão: 7, 8, 9; 4ª dimensão: 2, 5, 10.

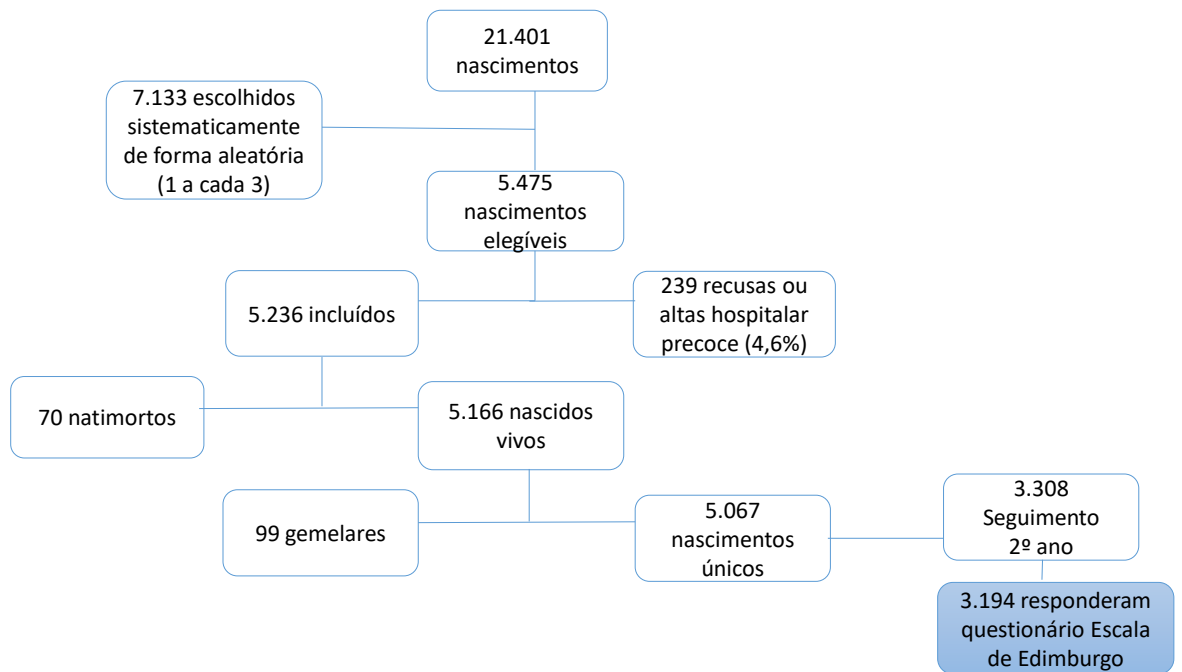


Figura 1: Fluxograma da coorte nascimento BRISA. São Luís – MA, 2010 – 2013.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo mostrou que gestantes submetidas à violência psicológica e física e que apresentaram sintomas de depressão na gestação relataram com mais frequência sintomas de depressão materna. Bem como, que mulheres que sofreram violência física, possuíam menor apoio social.

O EPDS se mostrou um instrumento válido e capaz de medir sintomas de depressão pós-parto mesmo em mulheres que não mais se encontram nesse período. Verificou-se que o modelo com duas dimensões se mostrou adequado, sendo considerado um construto multidimensional. Sugere-se a utilização do EPDS na avaliação de sintomas de depressão, seja depressão pós-parto ou materna.

A depressão materna é um problema significativo em todo o mundo, com consequências potencialmente duradouras para a mãe, seus filhos e a sociedade em geral. Existe uma necessidade urgente de uma melhor compreensão da validade e aceitação das ferramentas de rastreio em diferentes culturas e línguas, a fim de detectar mulheres com problemas mentais e fornecer apoio adequado antes, durante e após esse processo. Identificar mulheres com depressão em um estágio inicial é um componente essencial para assegurar não apenas seu bem-estar geral, mas também segurança.

Por meio desse estudo, é possível reforçar a importância da melhoria da qualidade de atenção à saúde das mulheres em todo o seu ciclo vital, e principalmente, na idade reprodutiva, com a inclusão do acompanhamento e educação em saúde emocional nos programas de planejamento familiar, o que poderá contribuir para a diminuição de possíveis prejuízos na sua vida.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A. **Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos: estudo populacional da cidade de São Paulo**. 2013. 140 p. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- ALBUQUERQUE M R, et al. **Uma proposta para uma nova versão brasileira de seis itens da Edinburgh Postnatal Depression Scale**. *Psicoterapia Psicoterapêutica de Tendências*. [Internet]. 2017 Mar [citado em 2018 abr 26]; 39 (1): 29-33
- ALENCAR G. P. **Influência dos fatores de situação socioeconômica, de aceitação da gravidez e da assistência pré-natal na mortalidade fetal: análise com modelagem de equações estruturais**. 2009. 87 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2009.
- ALVAREZ-SEGURA, M. *et al.* Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. **Arch Womens Ment Health**, v.17, n.5, p.343-357, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS**. Washington, DC: **American Psychiatric Association**. 2013.
- ANTUNES, C.; FONTAINE, A.M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social support appraisals. **Paidéia**, v.15, n.32, p.355-366, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil 2012. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterio-brasil>>.
- AKMAN, I. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. **Journal of Pediatrics and Child Health**, v. 44, p. 369–373, 2008.
- ALVAREZ, M. Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. **Arch Womens Ment Health**. 17:343–357 DOI 10.1007/s00737-014-0440-9, 2014.
- APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5**. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008a.
- AUDI, C. A. F et al. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. **Jornal de Pediatria**.v. 84, n. 1, p. 60-67, 2008b.

BAPTISTA MN, BAPTISTA ASD, TORRES ECR. Associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia**. Vetor Editora. 2006;7(1):39-48.
 BATISTONI, S. S.T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em estudantes brasileiros. **Psico-USF**, v.15, n.1, p. 13-22, 2010.

BAYLE, F. C. **À Volta do Nascimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

BESSA, M.M.M. *et al.* Violence against women during pregnancy: sistematized revision. **Reprodução & Climatério**, v.29, n.2, p.71-79, 2014.

BOLADALE, M et al. Impact of intimate partner violence on anxiety and depression amongst women in Ile-Ife, Nigeria. **Arch Womens Ment Health** (2013) 16:11–18 DOI 10.1007/s00737-012-0307-x

BOYD RC, ZAYAS LH, MCKEE MD. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. **Matern Child Health J** 2006; 10:139-48.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil**, 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2013, 136 p

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhao|sao-luis|infograficos:-informacoes-completas> Acesso em: 02 nov. 2014.

CHABROL H, TEISSEDRE F. **Relação entre os escores da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo em 2-3 dias e 4-6 semanas após o parto**. J Reprod Psychol Infantil. 2004; 22: 33-9.

CANTILINO A, et al. Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **J Bras Psiquiatr**. 2010;59:1---9.

CHOR, D. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p.887-896, 2001. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000200029

COKER, A.L.; SANDERSON, M.; DONG, B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v.18, n.4, p.260-269, 2004.

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---6.

DEVRIES, K.M. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. **Reprod Health Matters**. Nov;18(36):158-70, 2010.

DURAND, J. G. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev Saúde Pública**. v. 45, n. 2, p. 355-364, 2011.

EDWARDS, B. et al. Does antenatal screening for psychological risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia. **Aust N Z J Psychiatr**. 42(1):51–55, 2008.

EVANS, J. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **BMJ**. 323(7307):257–260, 2001.

FAERSTEIN, E. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.4, p.454-466, 2005.

FALCETO, O.G et al. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. **J Am Board Fam Pract**, v. 17, p. 173-83, 2004.

FERNANDES, R.C.L; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Rev Psiquiatr RS**, v.30, n.3, p.192-200, 2008.

FISHER J, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review. **Bull World Health Organ** . 2012; 90 (2): 139-149H. DOI: 10.2471/BLT.11.091850

FLACH, C. et al. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. **BJOG** 118: 1383–1391, 2011.

FONSECA, M., et al. Violência por parceiro íntimo e transtornos ansiosos na gestação: importância da formação profissional da equipe de enfermagem para o seu enfrentamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 855-864, Oct. 2015.

FONSECA-MACHADO MO. Violência na gestação e saúde mental de mulheres que são vítimas de seus parceiros. **Tese**. 2014. 10.11606/T.22.2014.tde-08012015-101617.

FORSTER DA, MCLACHLAN HL, LUMLEY J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. **Int Breastfeed J** 2006; 12:1-18.

GADONI-COSTA, L.M.; DELL’AGLIO, D.D. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.2, n.2, p.151 –159, 2009.

GARCIA-ESTEVE L, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. **J Affect Disord** 2003; 75:71-6.

GARCIA, M. C, et al. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**. 2006;368(9543):1260-69, 2006.

GAVIN, A. R, et al. The role of maternal early-life and later-life risk factors on offspring low birth weight: findings from a three-generational study. **J Adolesc Health** 49:166- 171, 2011.

GIARDINELLI, L. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 15, n. 1, p. 21–30, 2012.

GIBSON J et al. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. **Acta Psychiatr Scand** 2009: 119: 350–364.DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x

GOODMAN, S.H, et al. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. **Clin Child Fam Psychol Rev**. 14: 1–27, 2011.

GRIEP RH, et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 703-714, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000300004

GRÖER MW. Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. **Biol Res Nurs** 2005; 7:106-17

GROTE, N. K, et al. A metaanalysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight and intrauterine growth restriction. **Arch Gen Psychiatry**. 67: 1012–1024, 2010.

HAIR JF, et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HEDIN, L.W. Postpartum, also a risk period for domestic violence. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**.;89(1):41-5, 2000.

HERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The mos social support survey. **Sot. Sci. Med**, v.32, n.6, p.705-714, 1991.

HERON J, ET AL. The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample. **J Affect Disord** 2004; 80:65-73.

ISLAM J, et al. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. **Plos one**. 2017; 1013710176211

JOMEEN J, MARTIN CR. **Replicabilidade e estabilidade do modelo multidimensional da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo no final da gravidez**. J Enfermeira da Saúde Mental Psiquiátrica. 2007; 14: 319-24.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **Lancet** 359(9315):1423–1429, 2002.

KRAMLINGER, K. **Depressão: Pesquisada e comentada pela Clínica Mayo**. Rio de Janeiro: Anima Editora, 2004.

KLINE, RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: **The Guilford Press**, 2011.

LANCASTER, C. A., et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 202, n. 1, p. 5-14, 2010.

LANGFORD CP, et al. Social support: a conceptual analysis. **Journal of Advanced Nursing**. 1997;1(25), 95-100.

LEE, HJ et al. Factors associated with intention to breastfeed among low-income, inner-city pregnant women. **Matern Child Health J** 2005; 9:253-61.

LEIGHT, K. L., et al. Childbirth and mental disorders. **Int Rev Psychiatry**. 22: 453–471, 2010.

LEITE, M.T.S. *et al.* Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22. n.1, p.85-92, 2014.

LI D, LIU L, ODOULI R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. **Hum Reprod** 2009; 24:146-53.

LIMA, MOP, et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paul Enferm**. 2017; 30(1):39-46.

LOBATO, G, MORAES, C.L., REICHENHEIM, M.E. Magnitude da depressão materna no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.11, n.4, p. 369-379, 2011.

LOUISE M, et al. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Plos medicine** 2013. DOI:10.1371/1001452

LOVISI G, et al. Suporte Social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? **Informação Psiquiátrica**.1996;2(15), 65-8.

LUDERMIR AB, et al. Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **Lancet**. 2010;376:903---10. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60887-2.

MALLOY-DINIZ LF, et al. **Escala de Depressão Edimburgo Pós-Parto: análise fatorial e desenvolvimento de seis itens versio**. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32: 316-8.

MANZOLLI, P. Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. **Soc Psychiat Epidemiol** 45:983–988, 2010.

MARTINS, C.A. *et al.* Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Rev. Eletr. Enf**, v.10, n.4, p.1015-1025, 2008.

MATTAR, R. *et al.* A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 29(9):470-7, 2007.

MCFARLANE, J. *et al.* Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. **Obstet. Gynecol.**, v.100, n.1, p.27-36, 2002.

MENEZES, I.G. **Escala de intenções comportamentais de comprometimento organizacional: concepção, desenvolvimento, validação e padronização**. 2006, 355f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de filosofia e ciências humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MENEZES, T. C. *et al.* Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. **RBGO**. v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MEZEY, G. *et al.* Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. **BJOG** 112(2):197–204, 2005.

MONTAZERI A, TORKAN B, OMIDVARI S. A **Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS): estudo de tradução e validação da versão iraniana**. *Psiquiatria BMC*. 2007; 7: 11.

MORAES, C.L.; ARANA, F.D.N.; REICHENHEIM, M.E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. **Rev Saúde Pública**. v. 44, n. 4, p. 667-676, 2010.

MORAES, C. L, REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. Volume 79, Issue 3, Pages 269–272, 2002.

MORAES, I. *et al.* Prevalência da depressão materna e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n.1, p. 65-70, 2006.

MOREIRA, S.N.T. *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.6, p.1053-9, 2008.

MOREIRA, M.C.; SARRIERA, J.C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.4, p.781-789, 2008.

MISRI S, SINCLAIR DA, KUAN AJ. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? **Can J Psychiatry** 1997; 42:1061-5.

NUNES, M.A.A. *et al.* Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. **European Journal of Public Health**, v.21, n.1, p.92-97, 2011.

ORR, S.T.; JAMES, S.A.; BLACKMORE P.C. Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Spontaneous Preterm Births among African-American Women in Baltimore, Maryland. **Am J Epidemiol**, v.156, n.9, p.797-802, 2002.

PASQUALI, L., Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. Instrumentação Psicológica. **Fundamentos e Práticas**, 165-198. 2010.

PATEL, V; RODRIGUES, M; SOUZA, N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. **Am J Psychiatry** 159(1):43–47, 2002.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 4, n. 35, p. 144-153, 2008.

PHILLIPS J, et al. **Validação das subescalas da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo em uma amostra de mulheres com bebês não abanados.** *J Affect Disord*. 2009; 118: 101-12.

PIPPINS JR et AL. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. **J Womens Health** 2006; 15:754-62.

RIBEIRO, M.R.C. *et al.* Confirmatory Factor Analysis of the WHO Violence Against Women Instrument in Pregnant Women: Results from the BRISA Prenatal Cohort. **PLoS ONE**, v.9, n.12, p.e115382, 2014. doi:10.1371/journal.pone.0115382.

RUSCHI GE et al. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. **Rev. Psiquiatr Rio Gd Sul**. 2007; 29(3):274-80.

SANCHEZ, S.E. *et al.* Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. **Matern Child Health J**, v.17, n.3, p.485-492, 2013.

SANTOS, M. F. S. **Depressão no pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras.** Dissertação. Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão materna: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.

SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Presidência da República; 2011.

SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev Saúde Pública**, v. 44, p. 658-666, 2010.

SCHWENGBER, D.D.S, PICCININI, C.A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia Campinas*, v.22, n. 2, p.143-156, 2005.

SHAMU S, et al. A systematic review of african studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. **Plos one**. 2011 Mar;6(3): 1–9.

SILVA, A. A. M. et al. A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). **Reprod Health.**, v.11, n.79, p. 2-9, 2014.

SILVERMAN, J.G. *et al.* Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.195, n.1, p.140-148, 2006.

SIT, DK, WISNER, KL. Identification of postpartum depression. **Clin Obstet Gynecol.** v.52, p.456-68, 2009.

STEWART, D E; CECUTTI, A. Physical abuse in pregnancy. **CMAJ**.149(9):1257-63, 1993.

TAILLIEU TL, BROWNRIDGE DA. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. **Aggress Violent Behav.** Jan-Feb;15(1):14-35, 2010.

THIENGO, D.L. *et al.* Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Colet**, v.19, n.2, p.129-138, 2011.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

UNITED NATIONS (1993) **Declaration on the elimination of violence against women, adopted by the General Assembly on 20 December 1993**, UN Doc. A/RES/48/104.

UWAKWE R, OKONKWO JE. Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Acta Psychiatr Scand** 2003; 107:251-9.DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100005

VENKATESH KK, et al. **Precisão de ferramentas de rastreamento para identificar depressão pós-parto entre mães adolescentes**. *Pediatrics*. 2014; 133: e45-53.

VESGA-LÓPEZ, O, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. **Arch Gen Psychiatry**, v.65,n.7,p.805-15,2008.

VERREAULT N, et al. Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. **J Psychosom Obstet Gynaecol**. 2014; 35(3):84±91.DOI:10.3109/0167482X.2014.947953.

WANG J, WANG X. **Structural equation modeling: applications using Mplus**. Noida: Thomson Digital; 2012.

WATTS, C. ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 3301-9681

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematurados). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de

bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
 - Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi

contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

PÁGINA DE ASSINATURAS

Nome do voluntário:

Assinatura do voluntário:

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha:

Assinatura da Testemunha:

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva

Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloísa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Cláudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Sarney, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **20.03.08** o processo Nº. **4771/2008-30**, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatório parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE VIOLÊNCIA DA OMS

BLOCO T - Questionário de violência da OMS

Quando pessoas casam, vivem juntas ou namoram, e mesmo no trabalho, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaríamos de fazer, à senhora, algumas perguntas sobre seus relacionamentos. Se tiver dúvidas, peça ajuda ao entrevistador. Asseguramos, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo.

Durante essa gravidez, alguém, alguma vez

1T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS1	☐
2T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS2	☐
3T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS3	☐
4T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS4	☐
5T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS5	☐
6T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS6	☐
7T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS7	☐
8T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS8	☐
9T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS9	☐
10T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS10	☐
11T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS11	☐
12T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS12	☐
13T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS13	☐
14T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta) 1. ☐ Atual Marido / companheiro / namorado 2. ☐ Ex-marido / companheiro / namorado 3. ☐ Pai 4. ☐ Padrasto 5. ☐ Mãe 6. ☐ Madrasta 7. ☐ Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você 8. ☐ Familiar que não reside com você 9. ☐ Vizinho ou outra pessoa conhecida 10. ☐ Outros: _____ 88. ☐ Não houve violência	OMS14	☐ ☐

SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

15T. Por causa de violência durante essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema?	
1. ☐ Sangramento vaginal	
2. ☐ Ameaça de aborto	
3. ☐ Ameaça de parto prematuro	
4. ☐ Outros _____	
8. ☐ Não houve violência	OMS15 ☐
16T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde?	
1. ☐ Sim 2. ☐ Não	OMS16 ☐

Agora queremos saber sobre os seus relacionamentos nos 12 últimos meses anteriores à gravidez atual.

Nos 12 meses anteriores a essa gravidez, alguém, alguma vez

17T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS17 ☐
18T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS18 ☐
19T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS19 ☐
20T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS20 ☐
21T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS21 ☐
22T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS22 ☐
23T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS23 ☐
24T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS24 ☐
25T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS25 ☐
26T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS26 ☐
27T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS27 ☐
28T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS28 ☐
29T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS29 ☐

ANEXO C - ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS)

A seguir, apresentaremos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:

9S. Que a ajude, se ficar de cama?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS9	☐
10S. Para lhe ouvir, quando você precisa falar?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS10	☐
11S. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS11	☐
12S. Para levá-la ao médico?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS12	☐
13S. Que demonstre amor e afeto por você?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS13	☐
14S. Para se divertir junto?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS14	☐
15S. Para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS15	☐
16S. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS16	☐
17S. Que lhe dê um abraço?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS17	☐
18S. Com quem relaxar?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS18	☐
19S. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS19	☐
20S. De quem você realmente quer conselhos?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS20	☐
21S. Com quem distrair a cabeça?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS21	☐
22S. Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS22	☐
23S. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS23	☐
24S. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS24	☐
25S. Com quem fazer coisas agradáveis?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS25	☐
26S. Que compreenda seus problemas?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS26	☐
27S. Que você ame e que faça você se sentir querida?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Raramente	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	MOS27	☐

ANEXO D - ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

BLOCO P- ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante a semana passada.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)		
1P. Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD1	☐
2P. Não tive vontade de comer; tive pouco apetite	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD2	☐
3P. Senti não conseguir mudar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD3	☐
4P. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maiores delas	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD4	☐
5P. Senti dificuldade de me concentrar no que estava fazendo	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD5	☐
6P. Senti-me deprimida	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD6	☐
7P. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD7	☐
8P. Senti-me otimista com relação ao futuro	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD8	☐
9P. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD9	☐
10P. Senti-me amedrontada	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD10	☐
11P. Meu sono não foi repousante	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD11	☐
12P. Estive feliz	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD12	☐
13P. Falei menos que o habitual	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD13	☐
14P. Senti-me sozinha	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD14	☐
15P. As pessoas não foram amistosas comigo	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD15	☐
16P. Aproveitei minha vida	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD16	☐
17P. Tive crises de choro	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD17	☐
18P. Senti-me triste	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD18	☐
19P. Senti que as pessoas não gostavam de mim	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD19	☐
20P. Não consegui levar adiante minhas coisas	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD20	☐

ANEXO E - ESCALA DE EDIMBURGO

59. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Essa parte da entrevista consta de 10 perguntas, sendo que cada pergunta tem 4 respostas possíveis. Por favor, escolha a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

Nos últimos 7 dias, a senhora...

1 • Tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?

- 0. ☐ Como eu sempre fiz
- 1. ☐ Não tanto quanto antes
- 2. ☐ Sem dúvida, menos que antes
- 3. ☐ De jeito nenhum

2 • Tem pensado no futuro com alegria?

- 0. ☐ Sim, como de costume
- 1. ☐ Um pouco menos que de costume
- 2. ☐ Muito menos que de costume
- 3. ☐ Praticamente não

3 • Tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado?

- 3. ☐ Sim, muito frequentemente
- 2. ☐ Sim, às vezes
- 1. ☐ Raramente
- 0. ☐ Não, de jeito nenhum

4 • Tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?

- 0. ☐ Não, de jeito nenhum
- 1. ☐ De vez em quando
- 2. ☐ Sim, às vezes
- 3. ☐ Sim, muito seguido

5 • Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?

- 3. ☐ Sim, muito seguido
- 2. ☐ Sim, às vezes
- 1. ☐ Raramente
- 0. ☐ Não, de jeito nenhum

6 • Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?

- 3. ☐ Sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com elas
- 2. ☐ Sim, algumas vezes não tenho conseguido lidar bem como antes
- 1. ☐ Não, Na maioria das vezes consigo lidar bem com elas
- 0. ☐ Não, eu consigo lidar com elas tão bem quanto antes

7 • Tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?

- 3. ☐ Sim, na maioria das vezes
- 2. ☐ Sim, algumas vezes
- 1. ☐ Raramente
- 0. ☐ Não, nenhuma vez

8 • Tem se sentido triste ou muito mal?

- 3. ☐ Sim, na maioria das vezes
- 2. ☐ Sim, muitas vezes
- 1. ☐ Raramente
- 0. ☐ Não, de jeito nenhum

9 • Tem se sentido tão triste que tem chorado?

- 3. ☐ Sim, a maior parte do tempo
- 2. ☐ Sim, muitas vezes
- 1. ☐ Só de vez em quando
- 0. ☐ Não, nunca

10 • Tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma?

- 3. ☐ Sim, muitas vezes
- 2. ☐ Às vezes
- 1. ☐ Raramente
- 0. ☐ Nunca

ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA DO PRÉ-NATAL



QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL ENTREVISTA

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1. ☐ Ribeirão Preto

2. ☐ São Luís

CIDADEP

☐

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DATAENTP

Entrevistador (a): _____

4A. Nome completo da gestante (não abreviar):

NOMEG

5A. Data de nascimento da gestante (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DNGEST

6A. Idade da gestante __

99. ☐ Não sabe

IDADEG

7A. Data da ultrassonografia do recrutamento

(DD/MM/AAAA): __/__/____

DATUSR

99999999. ☐ Não sabe

8A. Idade gestacional pela ultrassonografia do
recrutamento: __ semanas

IDGESTUSR

99. ☐ Não sabe

9A. Idade gestacional atual (pela USG):

__ semanas

IDGESTAT

99. ☐ Não sabe

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: ____-____-____ Outro telefone: ____-____-____ celular: ____-____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C.A sra. sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
9. ☐ Não sabe

LERG

☐

2C.A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 7C**
9. ☐ Não sabe

ESCOLG

☐

3C.Qual o último curso que a sra. frequentou ou frequenta?

1. ☐ Alfabetização de jovens e adultos
2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 5C**
5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 5C**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

CURSOG

☐

4C.Qual a série que a sra. frequenta ou até que série a sra. estudou?

1. ☐ Primeira
2. ☐ Segunda
3. ☐ Terceira
4. ☐ Quarta
5. ☐ Quinta
6. ☐ Sexta
7. ☐ Sétima
8. ☐ Oitava
88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

SERIEG

☐☐

5C.A sra estava estudando quando ficou grávida?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 7C**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

ESTUDGRAV

☐

6C. A sra. parou de estudar porque ficou grávida?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

PAROUEST

☐

16C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

OCUPG

☐☐

17C. Qual a sua relação de trabalho?

1. ☐ Trabalha por conta própria

2. ☐ Assalariado ou empregado

3. ☐ Dono de empresa-empregador

4. ☐ Faz bico

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

RELACAOP

☐

18C. A sra. parou de trabalhar porque ficou grávida?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

PAROUTRAB

☐

19C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?
(considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. ☐ A entrevistada **Passar para a questão 28C**

2. ☐ Companheiro

3. ☐ Mãe

4. ☐ Pai

5. ☐ Avó

6. ☐ Avô

7. ☐ Madrasta

8. ☐ Padrasto

9. ☐ Tia

10. ☐ Tio

11. ☐ Irmã

12. ☐ Irmão

13. ☐ Outro _____

99. ☐ Não sabe

CHEFEP

☐☐

20C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. ☐ Masculino

2. ☐ Feminino

8. ☐ Não se aplica

9. ☐ Não sabe

SEXOCHEFEP

☐

21C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? ____

88. ☐ Não se aplica

99. ☐ Não sabe

IDCHEFEP

☐☐

31D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar bebidas com chocolate?

1. ☐ xícara de chá
2. ☐ xícara de cafezinho
3. ☐ meia taça
4. ☐ copo comum – 200 ml
5. ☐ outro _____
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

TIPOCHOCO

☐

32D. Desde que ficou grávida a sra. tem comido alimentos com chocolate?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 1E**
9. ☐ Não sabe

ALCHOCO

☐

33D. Quantos dias por semana a sra. come chocolate? _

8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

DIASALCHO

☐

34D. Quantas vezes por dia a sra. come chocolate? __

88. ☐ Não se aplica
99. ☐ Não sabe

VEZESALCHO

☐ ☐

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a gestante, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? __

88. ☐ Não se aplica – não tem companheiro atual
99. ☐ Não sabe

IDCOMPP

☐ ☐

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

LERCOMPP

☐

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não **Passe para a questão 6E**
8. ☐ Não se aplica
9. ☐ Não sabe

ESCCOMPP

☐

2. ☐ Ensino fundamental ou 1o grau
 3. ☐ Ensino médio ou 2o grau
 4. ☐ Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6E**
 5. ☐ Superior graduação completo **Passe para a questão 6E**
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

CURSOCOMPP

☐

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. ☐ Primeira
 2. ☐ Segunda
 3. ☐ Terceira
 4. ☐ Quarta
 5. ☐ Quinta
 6. ☐ Sexta
 7. ☐ Sétima
 8. ☐ Oitava
 88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

SERIECOMPP

☐ ☐

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Passe para a questão 1F**
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

TRABCOMPP

☐

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. ☐ Não se aplica
 99. ☐ Não sabe

OCUPCOMPP

☐ ☐

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. ☐ Trabalha por conta própria
 2. ☐ Assalariado ou empregado
 3. ☐ Dono de empresa-empregador
 4. ☐ Faz bico
 8. ☐ Não se aplica
 9. ☐ Não sabe

RELCOMPP

☐

ANEXO G – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição, Discussão*. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), *Resultados, Conclusões*. Para o Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas

consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. *J Phys Act Health*. 2014; 11 (2): 375-83.

Livro Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Manuscript ID

RBSMI-2018-0031

Title

Violence and symptoms of depression during pregnancy and the postpartum period in the BRISA cohort: an approach using structural equation modeling

Authors

RIBEIRO, SABRINA

Batista, Rosangela

Ribeiro, Marizelia

PESSOA, KIVANIA

Simões, Vanda Maria

de Figueiredo, Felipe

Bettiol , Heloisa

Date Submitted

31-Jan-2018

ANEXO I – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

Folha de rosto: A página 1 deve conter título completo, nomes dos autores, seus departamentos e instituições, incluindo cidade e país de origem. Deve-se incluir também um título abreviado com até 50 caracteres (caracteres e espaços). O nome completo, telefone, fax, e-mail e endereço completo do autor correspondente devem ser informados.

Resumo: A Página 2 deve apresentar um resumo estruturado (com até 200 palavras), contendo as seguintes seções: Objective, Methods, Results, and Conclusion (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) (verifique a tabela acima, que mostra os requisitos do resumo para cada tipo de manuscrito). Devem ser incluídas de três a cinco palavras-chave selecionadas a partir dos Medical Subject Headings. Não inclua um resumo em português ou qualquer outra língua além do inglês. Se for o caso, informe o número de identificação de registro de seu ensaio clínico ao final do resumo (ver abaixo).

Texto principal: O arquivo com o manuscrito (texto principal) deve ser escrito em língua inglesa, utilizando espaço duplo, e deve conter os seguintes itens, exatamente nesta ordem:

folha de rosto, resumo, texto do manuscrito, seção de agradecimentos, referências, legendas de figuras e tabelas. Utilize fonte tamanho 10, 11 ou 12. Todas as siglas e abreviaturas devem ser definidas (expressas por extenso) na primeira ocorrência e também nas legendas de tabelas e figuras. Todas as unidades devem ser apresentadas conforme o sistema métrico. O uso de algarismos romanos deve ser evitado.

Lista de referências: Os autores são responsáveis pela exatidão e integridade das referências e pela sua citação correta no texto. Numere as referências na ordem em que aparecem no texto; não utilize ordem alfabética. As referências no texto, em tabelas e em legendas devem ser identificadas utilizando algarismos arábicos sobrescritos. Referências citadas apenas em tabelas ou figuras devem ser numeradas levando em consideração a primeira citação da tabela/figura no texto.

O estilo apresentado nos exemplos abaixo deve ser observado. Para incluir manuscritos aceitos, porém ainda não publicados, deve-se informar o título abreviado da revista seguido de "Forthcoming" e o ano esperado de publicação. Artigos publicados eletronicamente, mas

ainda não disponíveis em forma impressa, devem ser identificados por seu número de DOI. Informações sobre manuscritos ainda não aceitos devem ser citadas no texto apenas, como comunicação pessoal. A exatidão das referências é responsabilidade dos autores. Os títulos das revistas devem ser abreviados conforme o Index Medicus.

Exemplos:

- **Artigo de revista:** Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35:51-6. Listar todos os autores quando forem seis ou menos. Quando forem sete ou mais, listar os primeiros seis e acrescentar "et al.".
- **Livro:** Gabbard GO. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- **Capítulo de livro:** Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- **Dissertações e teses:** Trigueiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tabelas: As tabelas devem preferencialmente ser submetidas no formato Word, mas arquivos Excel também são aceitos. Ao utilizar Excel, não crie as tabelas em planilhas individuais, pois apenas a primeira planilha será convertida. Sempre que possível, as tabelas devem ser incluídas ao final do arquivo principal do manuscrito (após as legendas de figuras), em vez de ser submetidas como arquivos separados. Todas as figuras e tabelas devem esclarecer/complementar (e não repetir) o texto, e devem ser limitadas ao menor número possível. Todas as ilustrações devem ser submetidas em páginas separadas, de acordo com sua ordem de aparecimento no texto, e devem ser numeradas consecutivamente utilizando algarismos arábicos. Todas as tabelas e figuras devem incluir legendas descritivas e a definição de abreviações utilizadas. Qualquer tabela ou figura extraída de trabalhos já

publicados deve ser acompanhada de uma autorização por escrito do atual detentor dos direitos autorais, já no momento da submissão.

Figuras: São aceitos os seguintes formatos para arquivos de figuras: AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF e XLS. As figuras podem ser incluídas no manuscrito, mas devem preferencialmente ser submetidas como arquivos separados. Se seu manuscrito for aceito, poderá ser necessário fornecer arquivos TIFF de alta resolução descompactados.

Material suplementar online: Materiais suplementares disponíveis apenas online devem ser submetidos em um único documento Word com páginas numeradas consecutivamente. Cada elemento incluído nesses materiais deve ser citado no texto do manuscrito principal (por exemplo, Table S1, available as online-only supplementary material) e numerado na ordem de citação no texto (por exemplo, Table S1, Table S2, Figure S1, Figure S2, Supplementary Methods). A primeira página do documento disponível apenas online deve informar o número e o título de cada elemento incluído no documento.

Se necessitar de mais informações durante os passos da submissão, clique nos símbolos de ajuda que aparecem em todo o sistema. Uma caixa de diálogo será exibida, com ajuda sensível ao contexto. Se você tiver dúvidas ou problemas com a sua submissão, entre em contato com a secretaria editorial através do e-mail editorial@abpbrasil.org.br.