



UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

**ESCALA DE RASTREIO DA DEPRESSÃO PERINATAL- ESTUDO PSICOMÉTRICO E
DESCRITIVO NUMA AMOSTRA DE MULHERES CABO-VERDIANAS**

Elisângela Gomes Moreira

António Ferreira de Macedo/Ana Telma Fernandes Pereira, Maria João Castro Soares

Praia, março, 2022



UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
MESTRADO INTEGRADO MEDICINA

**ESCALA DE RASTREIO DA DEPRESSÃO PERINATAL- ESTUDO PSICOMÉTRICO E
DESCRITIVO NUMA AMOSTRA DE MULHERES CABO-VERDIANAS**

Elisângela Gomes Moreira

António Ferreira de Macedo/Ana Telma Fernandes Pereira, Maria João Castro Soares

Praia, março, 2022

ÍNDICE

Agradecimentos	8
Resumo	9
Abstract.....	Erro! Marcador não definido.
Guia de abreviaturas	14
Introdução.....	15
Materiais e métodos.....	17
Resultados.....	30
Discussão	54
Conclusão	62
Referências bibliográficas	64
Anexos	69

Lista de Tabelas

Tabela 1:Caracterização das amostras dos três países na Gravidez - Variáveis sociodemográficas	22
Tabela 2:Caracterização das amostras dos três países no pós-parto-Variáveis sociodemográficos	23
Tabela 3:Pesos factorias dos itens da PDSS-7 na gravidez	30
Tabela 4:Pesos factorias dos itens da PDSS-7 no pós-parto	32
Tabela 5:Saúde psicológica/ mental no passado, nas grávidas e puérperas de Cabo Verde	34
Tabela 6:Sintomas centrais de depressão em toda a vida, na amostra de grávidas	35
Tabela 7:História prévia de perturbação ao longo da vida, nas grávidas e puérperas de Cabo Verde	36
Tabela 8:Problemas psicológicos/psiquiátricos em toda a vida, na amostra de grávidas	37
Tabela 9:Stresse e apoio social nas grávidas e puérperas de Cabo Verde.....	38
Tabela 10:Associações das variáveis sociodemográficas com os sintomas depressivos na gravidez (N=129).....	39
Tabela 11:Situação perante o trabalho e sintomas depressivos na gravidez (N=129)....	39
Tabela 12::Associações das variáveis psicossociais com os sintomas depressivos na gravidez (N=129).....	40
Tabela 13::Sintomas depressivos nos grupos grávidas (N=129) que diferem quanto à percepção da relação com o marido, companheiro ou namorado e do apoio recebido. ...	41
Tabela 14::Primeiro modelo dos preditores da sintomatologia depressiva na gravidez (regressão linear hierárquica) (N= 129)	42
Tabela 15: Sintomas centrais de depressão em toda a vida, na amostra de mulheres no pós-parto	44

Tabela 16::Problemas psicológicos/psiquiátricos em toda a vida, na amostra de pós-parto	45
Tabela 17:Associações das variáveis sociodemográficas com os sintomas depressivos no pós-parto	46
Tabela 18:Situação perante o trabalho e sintomas depressivos no pós-parto (N=131)..	46
Tabela 19:Associações das variáveis psicossociais com os sintomas depressivos no pós-parto (N=131)	47
Tabela 20:Sintomas depressivos nos grupos de puérperas (N=131) que diferem quanto à percepção da relação com o marido, companheiro ou namorado e do apoio recebido	48
Tabela 21:Preditores da sintomatologia depressiva no pós-parto (regressão linear).....	49
Tabela 22:Sintomatologia depressiva (PDSS-7) nas amostras de grávidas de Cabo Verde, Portugal e Brasil	50
Tabela 23:Sintomatologia depressiva (PDSS-7) nas amostras de puérperas de Cabo Verde, Portugal e Brasil	51

Lista de figuras

Figura 1:localização geográfica de cabo verde, ilha de Santiago, Praia.....	17
Figura 2:PDSS-7-Gravidez – Modelo factorial	31
Figura 3:PDSS-7-Pós-parto – Modelo factorial	32

Lista de gráficos

Gráficos 1 :Porcentagem de grávidas com pontuações baixas, médias e elevados na PDSS-7 por país	51
Gráficos 2:Porcentagem de puérperas com pontuações baixas, médias e elevados na PDSS-7 por país	52
Gráficos 3:Porcentagem de grávidas e puérperas com pontuações e elevados na PDSS-7 por país	53

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela força e perseverança.

Ao Prof. Doutor António Ferreira de Macedo, meu orientador e à Mestre Maria João Soares e Doutora Ana Telma Pereira, minhas co-orientadoras, por todo o apoio dado na realização do meu trabalho.

À Prof. Doutora Antonieta Martins, coordenadora do curso Mestrado Integrado Medicina (MIM) em Cabo Verde, por todo apoio dado tanto durante a realização do projeto deste trabalho, como durante este percurso académico.

Agradeço ao Prof. Hailton Spencer pela disponibilidade e atenção dispensada durante a realização do projeto do trabalho.

Um sincero e reconhecido agradecimento à todas as grávidas e puérperas por terem colaborado nesta investigação, pois sem a participação destas não seria possível a realização deste estudo.

Aos meus pais, por serem o pilar da minha educação e por lutarem para me proporcionar todas as oportunidades para que eu conclua este percurso académico.

Ao resto da minha família e amigos, que fazem sempre parte de todos os meus sucessos.

Agradeço muito a todos que de uma forma ou de outra contribuíram muito para a conclusão desta etapa, essa conquista não seria possível sem o vosso apoio.

RESUMO

Introdução: São poucos os estudos sobre a depressão perinatal em Cabo Verde, sobretudo no que refere aos aspetos psicométricos da sua avaliação e aos seus preditores sociodemográficos e psicossociais.

Objetivo principal: Analisar as propriedades psicométrica da Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal (PDSS-7), a sua validade de construto e a fidelidade, numa amostra de mulheres cabo-verdianas no período perinatal (entre o segundo trimestre de gravidez e o sexto mês após o parto) e explorar os sociodemográficos e psicossociais relacionadas com a depressão neste período.

Objetivos secundários: Comparar as propriedades psicométrica da Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal-7 nas amostras de mulheres cabo-verdianas no período perinatal (entre o segundo trimestre de gravidez e o sexto mês após o parto) com as obtidas em amostras de mulheres portuguesas e brasileiras; analisar os correlatos e preditores sociodemográficos e psicossociais dos níveis de sintomatologia depressiva perinatal na amostra de mulheres cabo-verdianas na gravidez e pós-parto; comparar os níveis de sintomatologia depressiva perinatal da amostra de mulheres cabo-verdianas com os de amostras de mulheres portuguesas e brasileiras.

Metodologia: 1353 mulheres, sendo 260 das participantes cabo-verdianas, 772 de nacionalidade portuguesa e 321 brasileiras responderam aos questionários, correspondendo a 63.0% (n=852) mulheres grávidas e 37.0% (n=501) mulheres no pós-parto. Para Cabo Verde 49.4% (n=129) eram grávidas e 50.2% (n= 131) puérperas. Para Portugal estavam grávidas 67.7% (n= 523) e no puerpério 32.3 % (n= 249) e para o Brasil as grávidas eram 62.3% (n=200) e as mulheres no pós-parto 37.7% (n=121). Foram avaliadas entre o segundo trimestre e o sexto mês após o parto, com questionários para avaliar diversas variáveis, nomeadamente sociodemográficas, psicossociais. Os níveis da sintomatologia depressiva foram avaliados através da Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal (PDSS-7) (Pereira, et al. 2021). Os dados foram analisados com recurso ao SPSS (versão 26.0) e a análise fatorial confirmatória (AFC) foi realizada com o programa AMOS 25.0. A fidelidade da PDSS-7 foi explorada através da consistência interna com recurso ao coeficiente de Alpha de Cronbach.

Resultados: Os índices de ajustamento do modelo, fornecidos na AFC da PDSS-7, mostraram-se adequados, tanto na gravidez como no pós-parto, o que indica que a escala possui validade de construto, sendo unidimensional. Os itens, tanto para gravidez como para o pós-parto, avaliam os sentimentos de fracasso, a angustia/ansiedade, a irritabilidade, a ideação suicida, as dificuldades de sono, e perda do self e comprometimento cognitivo. Nem todos os itens apresentaram cargas fatoriais superiores a .40 (para a gravidez os itens com peso fatorial superiores a .40 foram: senti-me um fracasso, senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida), pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo, e no pós-parto foram: senti-me um fracasso, senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida), pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo, tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa). A consistência interna (α) na gravidez foi de .587 e no pós-parto de .628.

No estudo transversal os correlatos significativos dos níveis de sintomatologia depressiva na amostra de mulheres grávidas foram: a escolaridade, o estado civil, a qualidade da relação com o companheiro, a percepção de apoio do companheiro, a percepção do apoio dos familiares e amigos, a história prévia de sintomas depressivos e a história prévia de sintomas depressivos com prejuízo no funcionamento social e laboral. O único preditor significativo dos sintomas depressivos na gravidez foi história prévia de sintomas depressivos com prejuízo no funcionamento social e laboral. Os correlatos que mostram uma tendência para a associação/predição da sintomatologia depressiva no pós-parto, foram a idade, o estado civil e a escolaridade. As mulheres grávidas de Cabo Verde apresentaram níveis de sintomatologia depressiva mais elevados do que as brasileiras e as portuguesas grávidas, e as brasileiras, por sua vez, apresentaram níveis mais elevados do que as portuguesas. No pós-parto, as mulheres de Cabo Verde e Brasil apresentaram pontuações médias similares de sintomatologia depressiva, sendo ambas significativamente mais elevadas do que as das puérperas portuguesas.

Conclusão: A Escala de Rastreamento da Depressão Perinatal/Pós-parto (PDSS-7) apresenta validade de construto e aceitável fidelidade, demonstrando um potencial para a sua aplicabilidade em investigação e clínica. Os resultados obtidos confirmaram que os fatores associados com a sintomatologia depressiva perinatal são socio-demográficos, a história prévia de depressão (com e sem indicadores de prejuízo), a qualidade das relações com o parceiro e a rede de apoio. A PDSS-7 pode também ser útil na realização de estudos

transculturais, nos países de língua oficial portuguesa e na exploração de factores que possam explicar diferenças culturais na manifestação dos sintomas depressivos perinatais

Palavras Chaves: Depressão; Depressão perinatal; Saúde mental materna; Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-7); validade e fidelidade.

ABSTRACT

Introduction: There are few studies on perinatal depression in Cape Verde, especially with regard to the psychometric aspects of its assessment and its sociodemographic and psychosocial predictors.

Main objective: To analyze the psychometric properties of the Perinatal Depression Screening Scale (PDSS-7), its construct validity and reliability, in a sample of Cape Verdean women in the perinatal period (between the second trimester of pregnancy and the sixth month of postpartum) and explore the sociodemographic and psychosocial factors related to depression in this period.

Secondary objectives: To compare the psychometric properties of the Perinatal Depression Screening Scale-7 in samples of Cape Verdean women in the perinatal period (between the second trimester of pregnancy and the sixth month after delivery) with those obtained in samples of Portuguese and Brazilian women. to analyze the sociodemographic and psychosocial correlates and predictors of perinatal depressive symptomatology in the sample of Cape Verdean women during pregnancy and postpartum; to compare the levels of perinatal depressive symptomatology in the sample of Cape Verdean women with those of samples of Portuguese and Brazilian women.

Methodology: 1353 women, being 260 Cape Verdean, 772 Portuguese and 321 Brazilian, answered the questionnaires, corresponding to 63.0% (n=852) pregnant women and 37.0% (n=501) postpartum women. For Cape Verde, 49.4% (n=129) were pregnant and 50.2% (n=131) had recently given birth. For Portugal, 67.7% were pregnant (n=523) and in the puerperium 32.3% (n=249) and for Brazil, pregnant women were 62.3% (n=200) and postpartum women 37.7% (n=121). They were assessed between the second trimester and the sixth month after delivery, with questionnaires to assess several variables, namely sociodemographic and psychosocial. Levels of depressive symptoms were assessed using the Perinatal Depression Screening Scale (PDSS-7) (Pereira, et al. 2021). Data were analyzed using SPSS (version 26.0) and confirmatory factor analysis (CFA) was performed using the AMOS 25.0 program. The PDSS-7 fidelity was explored through internal consistency using Cronbach's Alpha coefficient.

Results: The model fit indices, provided in the AFC of the PDSS-7, proved to be adequate, both in pregnancy and in the postpartum period, indicating that the scale has construct validity, being one-dimensional. The items, for both pregnancy and postpartum,

assess feelings of failure, anguish/anxiety, irritability, suicidal ideation, sleep difficulties, loss of self and cognitive impairment. Not all items had factor loadings greater than .40 (for pregnancy, the items with factor loadings greater than .40 were: I felt like a failure, I felt truly distressed (oppressed), I thought death would be the only solution to out of this nightmare, and postpartum were: I felt like a failure, I felt truly distressed (oppressed), I thought that death would be the only solution to get out of this nightmare, I was afraid of never being the same person again). Internal consistency (α) in pregnancy was .587 and in postpartum .628.

In the cross-sectional study, the significant correlates of depressive symptoms in the sample of pregnant women were: education, marital status, quality of the relationship with the partner, perceived support from the partner, perceived support from family and friends, previous history of depressive symptoms, and previous history of depressive symptoms with impairment in social and work functioning. The only significant predictor of depressive symptoms in pregnancy was previous history of depressive symptoms with impairment in social and work functioning. The correlates showing a trend toward association/prediction of depressive symptomatology in the postpartum period were age, marital status, and education. Pregnant Cape Verdean women showed higher levels of depressive symptomatology than Brazilian and Portuguese pregnant women, and Brazilian women, in turn, showed higher levels than Portuguese women. In the postpartum period, Cape Verdean and Brazilian women had similar mean scores of depressive symptoms, both being significantly higher than those of Portuguese postpartum women.

Conclusion: The Perinatal/Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-7) has construct validity and acceptable reliability, demonstrating potential for its applicability in research and clinical practice. The results obtained confirmed that factors associated with perinatal depressive symptoms are sociodemographic, previous history of depression (with and without indicators of impairment), the quality of relationships with the partner and the support network. The PDSS-7 may also be useful in carrying out cross-cultural studies in Portuguese-speaking countries and in exploring factors that may explain cultural differences in the manifestation of perinatal depressive symptoms.

Key Words: Depression; Perinatal depression; Maternal mental health; Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-7); validity and reliability.

GUIA DE ABREVIATURAS

APA, American Psychiatric Association

CID-10, Classificação Internacional de Doenças, 10^a Edição.

CNEPS, Comité de Ética em Pesquisa para a Saúde

CPS, Cuidados de Saúde Primários

DPN, Depressão Perinatal

DSM-V, Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição

HAN, Hospital Agostinho Neto

IPM, Instituto de Psicologia Médica

OMS, Organização Mundial de Saúde

PDSS, Postpartum Depression Screening Scale

PN, Período Perinatal

PPD, Postpartum Depression

PPt, Pós-parto

YLD, Year lived with disability (Anos vividos com incapacidade)

TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONEP, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

VTE, Variância Total Explicada

HPPLV, História de Perturbação Psicológica ao Longo da Vida

AFC, Análise Fatorial Confirmatória

CFI, Comparative Fit Index

GFI, Goodness of Fit Index

TLI, Tucker-Lewis Index

RMSEA, Root Mean Square Error of Approximation

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um problema de saúde pública pelo facto de ser comum (Grinspun Doris, 2018), cada vez mais prevalente (Rafferty et al., 2019); mas que é tratável (Pereira et al., n.d.). As taxas de prevalência variam de acordo com a idade, atingindo o pico na idade adulta mais avançada (acima de 7.5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5.5% entre os homens). As perturbações depressivas foram responsáveis por um total global de mais de 50 milhões de anos de vida com incapacidade (YLD), em 2015. (Carvalho Álvaro, 2017). Em 2030, prevê-se que seja a principal causa de incapacidade. (Hidalgo et al., 2019; Kessler et al., 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam uma perturbação mental, e a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas. (Silveira Monica et al., 2018). Segundo a *American Psychiatric Association* (APA), 50% dos episódios de depressão que ocorrem no puerpério desenvolveram-se no início da gravidez. (Broberg et al., 2017; O’Hara et al., 2013). O período perinatal, que vai da gestação ao pós-parto, é uma época de grandes transformações na vida. Ocorre uma reestruturação pessoal e familiar, mudanças na rotina, no padrão de sono, além de importantes alterações hormonais na mulher. É normal que a mulher se sinta sobrecarregada, cansada e stressada. Afinal, a maternidade não é apenas sinónimo de felicidade, mas também envolve preocupação, medo, angústias, ansiedade e outras tantas emoções (Krob et al., 2017; Mersha et al., 2018). A depressão perinatal é uma perturbação mental heterogénea que pode resultar de uma ampla variedade de deficiências médicas, sociais e psiquiátricas (Guintivano et al., 2018; Morrell et al., 2016).

Segundo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition* (DSM-V) (APA, 2013), a depressão perinatal (DPN), foi incluída na seção sobre as Perturbações Depressivas e passou a se enquadrar como um especificador do Perturbações Depressivo Major, compreendendo o período gestacional e as quatro semanas iniciais após o parto. O DSM-V, reconhece que a DPP pode ser uma forma específica de depressão, ao considerar o especificador “com início no periparto”, para se referir aos sintomas depressivos que ocorrem durante a gravidez ou quatro semanas após. Este especificador não parece constituir o limite temporal adequado para determinar a ocorrência de DPP (Cantilino et al., 2010; Cohen et al., 2018; Fonseca et al., 2019; Helena et al., 2017). A Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID-10) considera

que este período decorre até 6 semanas após o parto. Os manuais oficiais (DSM-V e CID-10) apresentam um tempo curto para a ocorrência do diagnóstico.

A prevenção da DPP parece ser viável e eficaz. Por fim, há um movimento crescente para integrar o rastreio de saúde mental nos cuidados saúde primários (O'Hara e al., 2013), uma vez que maior parte das mulheres grávidas são seguidas nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde depois do parto continuam a receber assistência. Não obstante o foco das consultas passar a ser o bebé, devemos aproveitar estas oportunidades para avaliar também a saúde da mãe, incluindo a sua saúde mental (Pereira et al., n.d.; San Martin Porter et al., 2019). A psiquiatria perinatal reúne evidências acerca dos correlatos e determinantes entre a saúde mental da mulher, do seu companheiro e do seu filho, de aspetos de classificação e diagnóstico e da validade e eficácia de métodos e estratégias de rastreio, prevenção, intervenção precoce e tratamento (Pereira et al., n.d.). Como os cuidados pré-natais se concentram principalmente na saúde física de futuras mães e seus bebés, os sintomas de saúde mental tendem a ser vistos como uma parte natural da gravidez. Além disso, a depressão perinatal muitas vezes não é reconhecida porque muitas mulheres com sintomas durante a gravidez não procuram ajuda (San Martin Porter et al., 2019).

A equipa clínica deve estar preparada para iniciar a terapia médica, encaminhar as mulheres para a equipa ou serviços de saúde mental apropriados quando indicado. Os sistemas de saúde devem ter em vigor e garantir um rastreio consistente com ferramentas de avaliações validada, intervenções e monitorizações apropriados para mulheres com perturbação de humor e ansiedade perinatais (Kendig et al., 2017; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018). É recomendado o rastreio universal da depressão nas mulheres grávidas e no pós-parto como uma componente da assistência obstétrica de qualidade (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Materiais e métodos

Este estudo enquadra-se no projeto “escala de rastreio da depressão perinatal-estudo psicométrico e descritivo numa amostra de mulheres cabo-verdianas”, na Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Cabo Verde (Unicv) e no Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), aprovado pela Comissão de Ética de Cabo Verde (Ref^a. 31/2021) (Anexo III).

Procedimentos

O estudo foi realizado nos centros de Saúde e nos serviços Hospital Central da Cidade da Praia, ilha de Santiago, Cabo Verde. O país situa-se no Oceano Atlântico, a 500 km da Costa Ocidental Africana. O arquipélago é constituído por 10 ilhas, das quais nove são habitadas. A ilha de Santiago é a maior ilha do arquipélago de Cabo Verde, pertencente ao grupo do Sotavento, estende-se por cerca de 75 km de comprimento, no sentido norte-sul e cerca de 35 km de largura, no sentido leste-oeste. Habitam aí cerca de 236 mil habitantes. Praia é a capital económica e administrativa de Cabo Verde, que alberga mais da metade da população cabo-verdiana, situando-se na parte mais Sul da ilha de Santiago (Barros Lima, 2010).

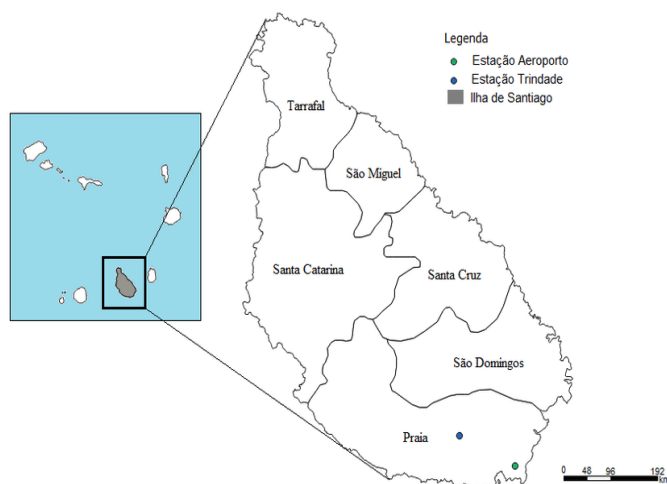


Figura 1: localização geográfica de cabo verde, ilha de Santiago, Praia

Fonte: (Alves et al., 2017).

Para Cabo Verde, antes da recolha, foi feito o trabalho de sensibilização junto do centro de Saúde reprodutiva, Centro de Saúde de Ponta d' água, de Achada Santo António, de Tira Chapéu, de Achada Grande Trás e do Hospital Central da Praia (nos serviços da Maternidade) com intuito de informar sobre as diretrizes do presente trabalho. Antes da aplicação do questionário, as inqueridas preencheram e assinaram o termo do consentimento livre e esclarecido (Anexo II). Durante a avaliação, as pessoas com risco elevado foram aconselhadas a procurar apoio.

Critério de inclusão: durante o estudo foi incluída todas as mulheres maiores de 18 anos, que estejam entre o segundo trimestre de gravidez e o sexto mês após o parto. **Crítérios de exclusão:** durante o estudo foi excluída todas as mulheres menores de 18 anos, e que estejam com mais de 6 meses após o parto.

A participação consistiu no autopreenchimento de questionários *online* a todas as mulheres que foram fazer consultas pré-natal e pós-natal, durante o mês de dezembro de 2021 e janeiro de 2022, no horário da consulta estipulado pelos Centros de Saúde e Hospital Central da Praia.

Para Portugal, foi realizado um estudo observacional, correlacional, transversal e prospetivo, no âmbito do projeto de investigação “*Rastreo, prevenção e intervenção precoce na perturbação psicológica perinatal - Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários*”, aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Ref. 042-CE-2017) financiado pela FCT (PTDC/DTP-PIC/2449/2014).

As participantes foram recrutadas na Maternidade Bissaya Barreto, enquanto esperavam pela sua consulta. Os objetivos e procedimentos foram explicados a todas as participantes. Foi garantida a confidencialidade dos dados e todas as mulheres grávidas deram o seu consentimento informado, aceitando a participação voluntária neste estudo. Foi dado a escolher entre as possibilidades de completar os questionários de auto-resposta em papel ou *online* (Google Docs). As que optaram pela via *online* disponibilizaram o seu endereço de e-mail, de forma a que o *link* para o questionário *online* lhes fosse disponibilizado. Neste caso, foi pedido, novamente, o consentimento informado.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: idade superior a 18 anos; gravidez não complicada; ausência de condição médica; idade gestacional entre 12 e 28 semanas. Para Brasil o presente estudo contou com a presença de 321 brasileiras de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever em português, ter tido uma experiência de parto entre 12 de novembro de 2020 e 17 de março de 2021 e

concordar em participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As 321 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e integraram a amostra de estudo foram recrutadas pelas redes sociais entre 12 de novembro de 2020 e 17 de março de 2021. Após concordarem em participar no estudo e assinarem o TCLE, todas as participantes, receberam um *link* com o formulário de pesquisa editado pelo Google Forms®. Após o autopreenchimento, a devolução das respostas ao questionário ocorreu entre 1 e 4 meses após o parto.

O estudo no Brasil foi realizado no contexto de duas pesquisas: 1. “Vivências de parto no período crítico da pandemia por COVID-19 na Bahia: experiência humanizada?”, e “Perturbação Psicológica Perinatal em tempos de COVID”, registradas no CONEP sob os números CAAE: 36783020.0.0000.5556 e CAAE: 32934720.3.0000.5556, respectivamente e aprovados pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia em 21/09/2020.

Em relação a todos os locais, os dados foram tratados com condicionalidade, igualdade e justiça. Todos os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes incluídos no estudo.

1.1.1. Amostras

Globalmente responderam aos questionários 1353 mulheres, sendo 260 das participantes cabo-verdianas, 772 de nacionalidade portuguesa e 321 brasileiras. Foram avaliadas entre o segundo trimestre e o sexto mês após o parto.

Dentro da amostra global, 63.0% (n=852) das mulheres estavam grávidas e 37.0% (n=501) das mulheres estavam no pós-parto. Para Cabo Verde 49.4% (n=129) eram grávidas e 50.2% (n= 131) puérperas. Para Portugal estavam grávidas 67.7% (n= 523) e puérperas 32.3 % (n= 249) e para Brasil as grávidas eram 62.3% (n=200) e as mulheres no pós-parto 37.7% (121).

As tabelas 1 e 2 descrevem a caracterização da amostra em relação a variáveis sociodemográficas, tanto na gravidez como no pós-parto nos 3 países.

a. Amostras de Cabo Verde

Gravidez

A média da idade das mulheres grávidas de Cabo Verde (N= 129) era de 29.16 anos (DP= 6.45, mín.-máx.= 18-43), a maioria era solteira (84.5) e maioritariamente (68.2%) tinham como nível de escolaridade o ensino secundário (46.5%) ou superior/ pós-graduado (21.7%). Encontravam-se a trabalhar 45% e estavam desempregadas 39.5%. A média de semanas de gravidez era de 35.44 semanas (DP= 4.54, mín.-máx.: 22-41). As mulheres nulíparas eram 33.3%, as primíparas eram 29.5% e as que tinham dois ou mais filhos 37.2% (Tabela 1).

Pós-parto

A média da idade das participantes de cabo-verdianas (N= 131) no período pós-parto foi 29.19 anos (DP= 6.34, mín.-máx.= 18-41), a maior parte era solteira (75.6) e (54.2%) tinham como nível de escolaridade o ensino secundário (41.2%) ou superior/ pós-graduado (13%). 31.3% Trabalhavam e 45.8% estavam desempregadas. As primíparas eram 22.9% e as que tinham dois ou mais filhos 43.3% (Tabela 2)

b. Amostras de Portugal

Gravidez

As mulheres grávidas portuguesas (N= 523) tinham uma média da idade de 32.03 anos (DP= 5.32 mín.-máx.= 18-45), grande parte dessas mulheres eram casadas (95.2%) e maioritariamente (86%) tinham como nível de escolaridade o ensino secundário (35.8%) ou superior/ pós-graduado (50.2%). Trabalhavam 65.2% e estavam desempregadas 20.1%. A média de semanas de gravidez era de 17.28 semanas (DP= 4.83, mín.-máx.: 8-31). As mulheres nulíparas eram 54.3%, as primíparas eram 39.2% e as que tinham dois ou mais filhos 6.5% (Tabela 1).

Pós-parto

Para Portugal as médias da idade das participantes no período pós-parto (N=247) foi 32.96 anos (DP=4.82, mín.-máx.= 20-44), a maioria era casadas/união de fato (99.2%) e maioritariamente (74.6%) tinham como nível de escolaridade o ensino secundário (1.7%) ou superior/ pós-graduado (72.9%). Encontravam-se a trabalhar 67.9% e estavam desempregadas 20.9%. As nulíparas eram 56.2% e as primíparas eram 43.8 % (Tabela 2).

c. Amostras do Brasil

Gravidez

Para as mulheres grávidas brasileiras (N= 200) a média da idade era de 31.29 anos (DP= 5.13, mín.-máx.= 22-44), a maioria era casadas/união de fato (65.5%) e maior parte (74%) tinham como nível de escolaridade o ensino secundário (52.5%) ou superior/ pós-graduado (21.7%). Encontravam-se a trabalhar 49% e estavam desempregadas 34.5%. A média de semanas de gravidez era de 25.32 semanas (DP= 3.91, mín.-máx.: 16-34) As mulheres nulíparas eram 39.3%, as primíparas eram 28.5% e as que tinham dois ou mais filhos 32.5% (Tabela 1).

Pós-parto

A média da idade das participantes de Brasil no período pós-parto (N= 121) era de 31.29 anos (DP= 5.13, mín.-máx.= 22-44), a maioria era casada/união de fato (83.5%)

e maioritariamente (89.5%) tinham como nível de escolaridade o ensino secundário (32.5%) ou superior/ pós-graduado (57%). Encontravam-se a trabalhar 57.7% e estavam desempregadas 33.9%. As nulíparas eram 55.4% e as primíparas eram 44.6% (Tabela 2).

Tabela 1:Caracterização das amostras dos três países na Gravidez - Variáveis sociodemográficas

Variável	País		
	Cabo Verde N= 129	Portugal N= 523	Brasil N= 200
Idade	Média (DP); mín-máx	Média (DP); mín-máx	Média (DP); mín-máx
	29.16 (6.45); 18-43	32,03 (5,32); 18-45	31,29 (5.13); 22-43
Estado Civil	N (%)	N (%)	N (%)
Solteira	109 (84.5)	23(4.4)	66(33.0)
Casada	20 (15.5)	498(95.2)	131(65.5)
Escolaridade	N (%)	N (%)	N (%)
1º ciclo	7 (5.4)	1 (0.2)	-----
2º ciclo	10 (7.8)	7 (1.3)	7 (3.5)
3º ciclo	24 (18.6)	65 (12.4)	36 (18.0)
Secundário	60 (46.5)	187 (35.8)	4 (2.0)
Licenciatura	27 (20.9)	166 (31.7)	105 (52.5)
Mestrado	1 (0.8)	83 (15.9)	13 (6.5)
Doutoramento	-----	6 (1.1)	21 (10.5)
outro	-----	8 (1.5)	9 (4.5)
Situação do trabalho	N (%)	N (%)	N (%)
A trabalhar	58 (45.0)	341 (65.2)	98 (49)
De baixa/atestado	20 (15.5)	63 (12)	69 (34.5)
Desempregada	51 (39.5)	105 (20.1)	5 (2.5)
Outra	-----	7 (1,3)	28 (14)
Número de filhos	N (%)	N (%)	N (%)
0 filhos	43 (33.3)	284 (54.3)	79 (39.5)
1 filho	38 (29.5)	205 (39.2)	56 (28.0)
2 ou + filhos	48 (37.2)	34 (6.5)	65 (32.5)

Tabela 2:Caracterização das amostras dos três países no pós-parto-Variáveis sociodemográficos

Variável	País		
	Cabo Verde N= 131	Portugal N= 247	Brasil N=121
Idade	Média (DP); mín-máx	Média (DP); mín-máx	Média (DP); mín-máx
	29.19 (6.34); 18-41	32.96 (4.82); 20-44	31,29 (5.13); 22-43
Estado Civil	N (%)	N (%)	N (%)
Solteira	99 (75.6)	-----	20(16.5)
Casada	32 (24.4)	247(99.2)	101(83.5)
Escolaridade	N (%)	N (%)	N (%)
1º ciclo	9 (6.9)	-----	-----
2º ciclo	16 (12.2)	-----	4 (1.6)
3º ciclo	35 (26.7)	31 (25.6)	21 (8.4)
Secundário	54 (41.2)	2 (1.7)	81 (32.5)
Licenciatura	15 (11.5)	61 (50.4)	83 (33.3)
Mestrado	2 (1.5)	15 (12.6)	52 (20.9)
Doutoramento	-----	8 (6.6)	4 (1.6)
Outro	-----	4 (3.3)	3 (1.2)
Situação do trabalho	N (%)	N (%)	N (%)
A trabalhar	41 (31.3)	169 (67.9)	65 (53.7)
De baixa/atestado	30 (22.9)	22 (8.8)	5 (4.1)
Desempregada	60 (45.8)	52 (20.9)	41 (33.9)
Outro	-----	4 (1.6)	10 (8.3)
Número de filhos	N (%)	N (%)	N (%)
0 filho	-----	140 (56.2)	67 (55.4)
1 filhos	30 (22.9)	109 (43.8)	53 (44.6)
2 filhos	43 (32.8)	-----	-----
3 ou + filhos	58 (44.3)	-----	-----

1.2.Instrumentos

A Postpartum Depression Screening Scale-7 (PDSS-7) e os questionários com os dados sociodemográficos, da história clínica e psicossociais encontram-se no Anexo I. E são seguidamente descritos.

1.2.1. Questionários de autopreenchimento

Foi usado o instrumento de recolha de dados (questionário) para fazer o levantamento dos dados sociodemográficos, realizar a avaliação dos dados da história clínica e obstétricos.

a. Variáveis sociodemográficas

Nacionalidade, escolaridade, idade, situação atual perante o trabalho, estado civil, número de semanas de gravidez e paridade.

No que diz respeito ao estado civil as opções de resposta são cinco: *solteira/nunca casei; casada/em união de facto; divorciada/separada; viúva; outro – qual*. Com o intuito de com estas respostas saber se a mulher se encontrava ou não sozinha no período perinatal, optou-se por aglutinar as opções de acordo com esse critério e construir uma variável qualitativa com duas categorias: *solteira/nunca casei versus outros estados civis*.

Quanto à escolaridade existem 8 opções possíveis: *1.º ciclo; 2.º ciclo; 3.º ciclo; secundário; licenciatura; mestrado; doutoramento; outro, qual?* Esta questão foi tratada como uma variável quantitativa.

Na questão sobre a situação laboral atual as hipóteses de escolha são: *A trabalhar; De baixa/atestado; Desempregada; outro, qual?*

b. Variáveis relacionadas com a história clínica

Deste grupo fazem parte: a história de depressão ao longo da vida (HDLV), incluindo da depressão na gravidez e em pós-partos prévios e a história de outra perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV). Para as avaliar, utilizaram-se questões baseadas no DSM-5 e já validadas em estudos anteriores.

b.1. História de depressão ao longo da vida (HDLV).

Para avaliar se existia HDLV começou-se por perguntar às participantes se ao longo da vida já tinham tido *duas semanas ou mais em que se sentiram predominantemente deprimidas, desanimadas, tristes, em baixo ou sem interesse e gosto pelas coisas*. Se esta resposta inicial fosse afirmativa, o *questionário continuava com o intuito de perceber se tinha existido: - prejuízo na vida diária; -procura de ajuda profissional; -prescrição de medicação*. Considerou-se que existia HDLV se a participante respondeu afirmativamente aos dois sintomas centrais e na avaliação da sua gravidade foi considerada a resposta afirmativa a pelo menos uma das 3 últimas questões. Com base nesta informação foi construída uma variável que inclui o prejuízo relacionado com os sintomas (HDLV e Prejuízo), cujas categorias vão desde (0) ausência de HDLV até (5) presença de HDLV com máximo prejuízo (estando ou não presentes a consulta de médico e a prescrição de medicação).

b.2. História de perturbação psicológica ao longo da vida HPPLV.

Aqui, se a pergunta inicial *Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?* fosse respondida afirmativamente seguia-se uma parte aberta onde a participante podia explicar melhor a sua situação.

Seguiam-se então três perguntas de resposta binária (*sim* ou *não*): - *Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sente*; - *Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?* ; - *Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?*. Considerou-se que existia HPPLV se a primeira pergunta fosse respondida afirmativamente. Chegando até aqui, bastava que uma das restantes 3 respostas binárias tivesse sido respondida de forma afirmativa para considerarmos que o problema de saúde mental teve alguma gravidade. Com base nesta informação foi construída uma variável que inclui a gravidade/prejuízo relacionado com a perturbação psicológica (HPPLV e Gravidade), cujas categorias vão desde (0) ausência de HDLV até (5) presença de HPPLV com indicadores de prejuízo/gravidade.

c. Variáveis psicossociais

c.1. Acontecimento de stresse no último ano

Avaliação através de uma única pergunta tratada de forma dicotómica (sim/não): *No último ano, teve algum acontecimento de vida negativo que lhe causou muito stresse?*.

c. 2. Relação com o companheiro/ marido/ namorado

A pergunta usada para avaliar esta variável foi - *Como descreve a relação com o seu companheiro/marido/namorado?* As opções de resposta foram as seguintes: 1- *boa*; 2- *razoável*; 3- *má*; 4 -*não tenho companheiro/marido/namorado*. Em termos de análise estatística optou-se por aglutinar as opções de respostas 3 e 4.

c.3. Percepção do apoio do companheiro/ marido/ namorado

A percepção da ajuda/apoio do companheiro, marido ou namorado foi avaliado com a questão - *Recebe a ajuda e o apoio emocional de que necessita da parte do seu companheiro/marido/namorado?* As respostas possíveis foram: 1- nada; 2-poucas vezes; 3-algumas vezes, 4-muitas vezes; 5- sempre; 6- não tenho companheiro /marido/namorado.

c.4. Percepção do apoio de amigos/familiares

A percepção da ajuda/apoio foi avaliada com a pergunta - *Recebe a ajuda e o apoio emocional de que necessita da parte de outros familiares ou amigos?* As respostas possíveis são: 1-nada, 2- poucas vezes, 3-algumas vezes 4- muitas vezes; 5 - sempre.

2.2.2. Escala de Rastreio da Depressão Perinatal/Pós-parto – PDSS-7 (Pereira, Barros et al. 2021).

Com o objetivo de melhorar a detecção da depressão pós-parto, o objetivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas do recém-criado Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), um instrumento de autorrelato do tipo *Likert* de 35 itens. A validade de conteúdo foi apoiada pela literatura e pelos julgamentos feitos por um painel de 5 especialistas em conteúdo e um grupo focal (Beck & Gable, 2000).

PDSS foi administrado a 525 mulheres (com idade entre 14 e 49 anos). A análise fatorial confirmatória forneceu suporte empírico para a existência das 7 dimensões hipotéticas (distúrbios do sono/alimentação, ansiedade/insegurança, responsabilidade emocional, comprometimento cognitivo, perda do self, culpa/vergonha e contemplação de se machucar) e as técnicas da teoria da resposta ao item forneceram mais suporte de validade de construto para interpretações mais refinadas das respectivas 7 dimensões (Beck & Gable, 2000; Dennis et al., 2018).

A análise das categorias de resposta *Likert* de 5 pontos apoiou ainda mais interpretações significativas de pontuação. A confiabilidade da consistência interna alfa variou de 0,83 (distúrbios do sono/alimentação) a 0,94 (perda do self). Empiricamente, todas as análises de confiabilidade e validade apoiaram as interpretações de pontuação postuladas para o PDSS (Beck & Gable, 2000).

No estudo das propriedades psicométricas de escala de PDSS composta pelos sete itens no pós-parto e na gravidez (PDSS-7), na amostra de mulheres portuguesas revelou boa consistência interna (pós-parto, $\alpha=.848$; gravidez, $\alpha=.744$) e os seus itens mostraram boa capacidade discriminativa entre mulheres com e sem depressão. Os itens com pesos fatoriais $\geq .60$. Com índices de ajustamento: $\chi^2/d.f.=3,439$; RMSEA=.066; CFI=.974; TLI=.947; GFI=.939; $p<.001$ (Pereira et al., 2009).

Para amostra das mulheres brasileiras 350 mulheres (média de idade: $30,01\pm 5,45$; média de semanas de gestação= $25,17\pm 6,55$). Todas tiveram gestações sem complicações e completaram as Versões em português europeu/brasileiro da PDSS-24 (Pereira et al., 2013; Barros et al., 2021), que são compostas pelos mesmos itens e incluem os sete que compõem o PDSS-7. A PDSS-7 demonstrou níveis de confiabilidade e validade iguais aos do PDSS de 35 itens com a vantagem de ser concluído em menos de 1-2 minutos. Os índices de ajustamento foram: $\chi^2/d.f.=2,653$; RMSEA=.069; CFI=.981; TLI=.957; GFI=.957; $p<.001$.(Pereira et al., 2013). A consistência interna, isto é, o alfa de Cronbach da PDSS-7 foi de 0.82/0.83 e todos os itens contribuem para a consistência interna (Pereira et al., 2013).

Em suma a PDSS-7 (Postpartum Depression Screening Scale) é composta por 7 afirmações/itens que descrevem o modo como a mulher pode estar a sentir-se durante a gravidez/depois do nascimento do bebé e aos quais responde através de uma escala de resposta rápida. É um instrumento válido e com elevada consistência interna, útil para avaliar a depressão perinatal nas populações portuguesa e brasileira

As respostas aos itens da PDSS-7 são dadas numa escala *Likert*, com cinco opções de resposta, desde “discordo muito” (1 ponto) a “concordo muito” (5 pontos). O fraseamento dos itens remete para conteúdo específicos do período perinatal, focando mais os aspetos cognitivo-emocionais do que somáticos. Quanto mais elevada for a pontuação, maior é a gravidade da sintomatologia. De forma lógica, quanto maior a pontuação obtida, maior será o nível de depressão perinatal. O questionário é de auto-preenchimento, com o tempo médio de 5 a 10 minutos a ser preenchida.

Esta escala é útil para realizar o rastreio da depressão perinatal nos serviços de saúde. Revela-se também de grande utilidade para estudos transculturais no espaço da Lusofonia, e pode contribuir para uma melhor definição fenotípica, no âmbito de estudos genéticos das perturbações afetivas perinatais (Pereira et al., 2008).

1.3. Análises estatísticas

Todos os dados foram tabulados na planilha Excel e foram analisados com auxílio do software Statistical Package for Social Sciences (versão 26.0, SPSS). A determinação das variáveis independentemente associadas à Depressão, identificada pelo PDSS-7, foi realizada através de análises de correlação e de regressão.

Foi explorada a estatística descritiva. Foram calculadas as médias, os desvios-padrão, as medianas, os quartis e os índices de assimetria e achatamento para as variáveis contínuas. Foi analisada a distribuição das variáveis. A violação da distribuição normal foi verificada com os coeficientes de assimetria (Sk) e curtose (Ku). De acordo com a sua normalidade (achatamento e assimetria inferiores à unidade) ou afastamento da mesma, foram aplicados os testes inferenciais paramétricos ou não paramétricos, respetivamente. As variáveis que tiveram distribuição normal foram comparadas através do Teste T de Student para amostras independentes ou com o teste One-way ANOVA. As que tiveram uma distribuição afastada da normalidade foram comparadas através dos testes não-paramétricos de Mann-Whitney ou de Kruskal Wallis. Também, apropriadamente, foram aplicadas as correlações de Spearman ou de Pearson.

Para avaliar a magnitude das correlações foram usados os critérios de Cohen (1998): Baixa – de $r=.10$ a $.29$; média – de $r=.30$ a $.49$; elevada – de $r=.50$ a 1.0 (Pallant, 2007). Para estudar as propriedades psicométricas da PDSS-7 nas grávidas e puérperas caboverdianas, foi explorada a validade de constructo e fidedignidade nestas amostras. Foram utilizadas, alfas de Cronbach, a correlação do item com o total corrigido, a análise do alfa se o item for excluído e a análise fatorial. A consistência interna dos itens é adequada/elevada quando o coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach é igual ou superior a $.70$ (respeitável $.70-.80$; muito bom: $.80-.90$; possível excessiva homogeneidade dos itens e ponderar a sua redução $>.90$). É minimamente aceitável se for entre $.65-.70$; inaceitável se $<.60$ e indesejável se $.60-.65$) (Devellis, 1991; Tavakol, 2011) Tavakol (2011) propõe a apreciação alfa de Cronbach, de acordo com os seguintes intervalos de valores: “abaixo de $.60$ o coeficiente é inaceitável; entre $.60$ e $.65$ é indesejável; entre $.65$ e $.70$ é minimamente aceitável; entre $.70$ e $.80$ é respeitável; entre $.80$ e $.90$ é muito bom.”

Usou-se o software AMOS 25.0 para a análise fatorial confirmatória (AFC). O ajustamento dos modelos foi feito a partir dos índices de modificação superiores a $.40$,

$p < .001$, produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas. Para avaliar o ajustamento do modelo foram usados os seguintes índices de ajustamento: χ^2/gf , Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA).

As potenciais variáveis sociodemográficas, as relacionadas com a saúde mental prévia e as variáveis psicossociais, identificadas pela análise univariada como correlatos estatisticamente significativos da sintomatologia depressiva (PDSS-7) na gravidez e pós-parto ($p < 0,05$), foram testadas individualmente enquanto preditores únicos da pontuação da PDSS-7, usando a análise de regressão linear simples.

A regressão linear múltipla hierárquica foi seguidamente usada para avaliar a capacidade que as variáveis, identificadas na regressão linear simples como relevantes (preditores significativos ou com tendência para a significância), tinham de prever os sintomas depressivos na gravidez e pós-parto atual, nas mulheres de Cabo Verde. Foram realizadas análises preliminares que asseguraram a não violação dos pressupostos da análise de regressão.

Os níveis de sintomas depressivos nestas mulheres cabo-verdianas, na gravidez e pós-parto, foram comparados com os das mulheres brasileiras e portuguesas, usando o teste de Kruskal-Wallis. Foi considerado que os grupos que pontuavam um desvio padrão acima da média na PDSS tinham pontuações elevadas de sintomatologia depressiva.

2. RESULTADOS

2.1. Estudo das características psicométricas da PDSS 7 nas amostras de Cabo Verde

a) Na Gravidez

Validade de construto – Análise Factorial Confirmatória

De forma a testar a estrutura fatorial da PDSS-7 para gravidez foi elaborada uma análise fatorial confirmatória (AFC), partindo do modelo unifactorial obtido com amostras de mulheres Portuguesas e Brasileiras (Pereira et al., 2020).

No primeiro ensaio, o modelo apresentou índices de ajustamento aceitáveis, apesar de nem todos os itens terem apresentado cargas fatoriais superiores a .40 no fator (Tabela 3).

Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os índices de modificação (IM) do modelo, tendo correlacionado quatro pares de erros com $IM > 11.000$, tal como sugerido por Marôco (2013) (Fig 2.).

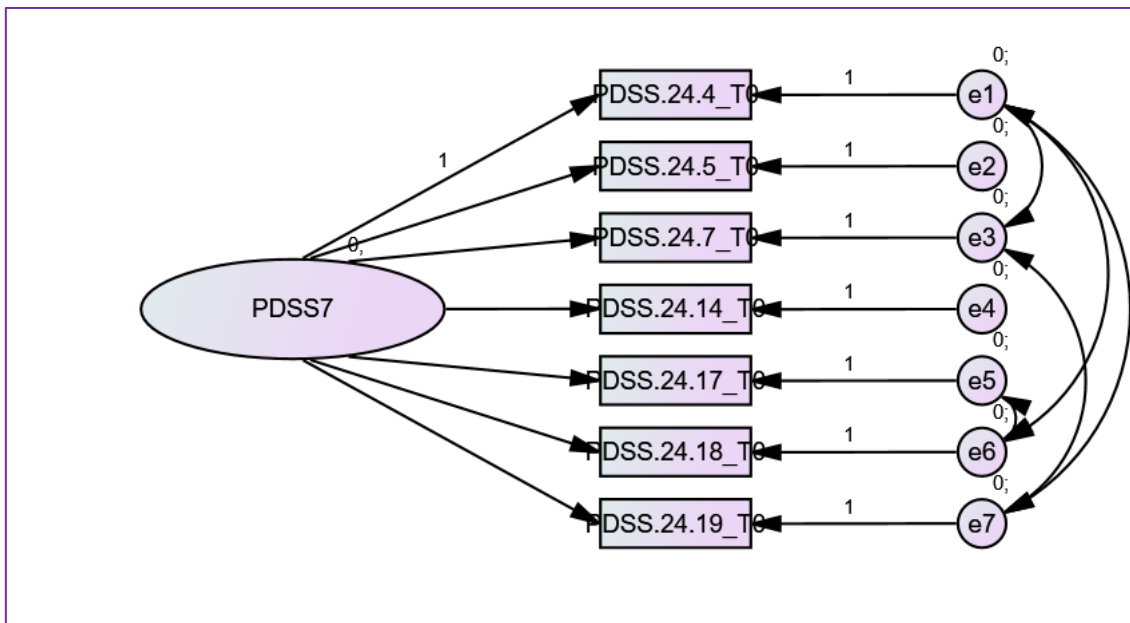
Este procedimento resultou em melhores índices de ajustamento, que foram: $\chi^2/d.f.=1.467$; CFI=.928, TLI=.883, GFI=.961; RMSEA=.060, $p < .001$.

O coeficiente alfa de Cronbach foi de .587.

Tabela 3: Pesos factoriais dos itens da PDSS-7 na gravidez

	Item	Peso factorial
PDSS1	Senti-me um fracasso	.625
PDSS2	Senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida)	.684
PDSS3	Pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo	.729
PDSS4	Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa	.329
PDSS5	Dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite)	.229
PDSS6	Tenho andado muito irritável	.276
PDSS7	Tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples	.281

Figura 2:PDSS-7-Gravidez – Modelo factorial



b) No Pós-parto

Validade de construto – Análise Factorial Confirmatória

Procedemos de forma semelhante para analisar a análise factorial confirmatória (AFC) da PDSS-7 para o pós-parto, ou seja, partindo do modelo unifactorial obtido com amostras de mulheres Portuguesas e Brasileiras (Pereira et al. 2021).

No primeiro ensaio, o modelo apresentou índices de ajustamento aceitáveis, apesar de, mais uma vez, nem todos os itens terem apresentado cargas fatoriais superiores a .40 no fator (tabela 4).

Com o intuito de melhorar o ajustamento, identificámos os índices de modificação (IM) do modelo, tendo correlacionado dois pares de erros com $IM > 11.000$.

Com este procedimento os índices de ajustamento melhoraram, sendo os seguintes:

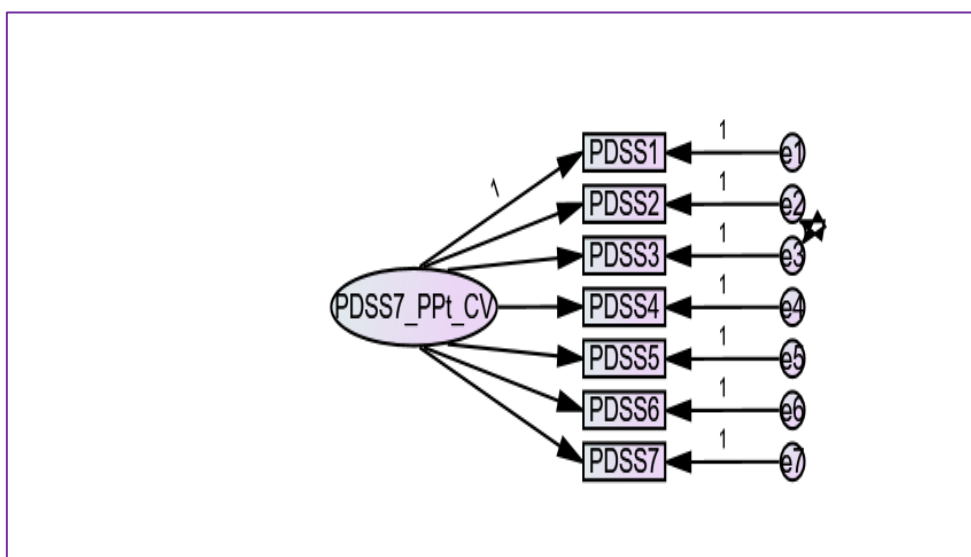
$\chi^2/d.f.=1.800$; CFI=.943, TLI=.908, GFI=.974; RMSEA=.056, $p < .001$.

O coeficiente alfa de Cronbach foi de .626.

Tabela 4: Pesos factoriais dos itens da PDSS-7 no pós-parto

	Item	Peso factorial
PDSS1	Senti-me um fracasso	.735
PDSS2	Senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida)	.688
PDSS3	Pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo	.829
PDSS4	Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa	.429
PDSS5	Dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite)	.289
PDSS6	Tenho andado muito irritável	.376
PDSS7	Tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples	.331

Figura 3: PDSS-7-Pós-parto – Modelo factorial



2.2. Relação da depressão com as variáveis sociodemográficas e psicossociais na amostra de Cabo Verde

2.2.1. Na Gravidez

2.2.2. Características das variáveis psicossociais na gravidez

a) Saúde Psicológica/Mental no passado

As mulheres grávidas (N= 129) que descreveram ter um episódio de sintomatologia depressiva no passado (presença dos dois sintomas centrais de depressão durante duas semanas ou mais) foram 64.3% (n= 83), sendo que 27.9% (n= 36) descreveu que foi numa gravidez anterior e 8.5% (n=11) que foi num pós-parto prévio. O prejuízo no funcionamento social-laboral associado aos sintomas não ocorreu em 32.6% (n= 42) das participantes, mas foi elevado (respostas muito e muitíssimo) em 11 (8.6%) das grávidas e moderado em outras 11. No grupo de 83 mulheres com sintomas depressivos, 9 (11.0%) foram as que procuraram ajuda profissional para este problema e 8 (6.2%) responderam que este apoio foi de um psicólogo. A maioria dessas mulheres não chegaram a fazer medicação 65.1% (n=84), sendo apenas uma (.08%) a indicar que tomou medicação para os sintomas (Tabela 5).

As participantes que procuraram ajuda de um profissional e as que tomaram medicação também descreveram algum grau de prejuízo no funcionamento.

As percentagens das respostas considerando a amostra total de mulheres grávidas e a subamostra das mulheres que responderam no sentido sintomático encontram-se na Tabela 6.

Tabela 5:Saúde psicológica/ mental no passado, nas grávidas e puérperas de Cabo Verde

Variável	Amostras de Cabo Verde	
	Gravidez N= 129	Pós-parto N= 131
História de depressão ao longo da vida- HDLV	N (%)	N (%)
HDLV		
Sim	83 (64.3)	81 (61.8)
Não	46 (35.7)	50 (38.2)
Prejuízo no funcionamento		
Nada	42 (32.6)	50 (38.2)
Um pouco	19 (14.7)	11 (8.4)
Moderadamente	11 (8.6)	10 (7.6)
Muito	9 (7.0)	4 (3.1)
Muitíssimo	2 (1.6)	6 (4.6)
Ajuda profissional		
Sim	9 (7.0)	10 (7.6)
Não	73 (56.6)	71 (54.2)
Profissional de Saúde		
Médico de família	-----	1 (.8)
Psicólogo	8 (6.2)	8 (6.1)
Psiquiatra	-----	1 (.8)
HDLV e Prejuízo		
Sem sintomas	46 (35.7)	50 (38.2)
Com sintomas/Sem Prejuízo	42 (32.6)	50 (38.2)
Com sintomas/Pouco Prejuízo	19 (14.7)	11 (8.4)
Com sintomas/Moderado Prejuízo	11 (8.5)	10 (7.6%)
Com sintomas/ Muito Prejuízo	9 (7.0)	4 (3.1%)
Com sintomas/ Muitíssimo Prejuízo	2 (1.6)	6 (4.6)
SD - gravidez		
Sim	36 (27,9)	36 (27.5)
Não	26 (20.2)	48 (36.6)
Esta é a 1ªgravidez	23 (17.8)	4 (3.1)
SD-pós-parto		
Sim	11 (8.5)	18 (13.7)
Não	52 (40.3)	66 (50.4)
Esta é a 1ªgravidez	23 (17.8)	4 (3.1)
HDLV- Medicação		
Sim	1 (.8)	6 (4.6)
Não	84 (65.1)	82 (62.6)

HDLV-História de depressão ao longo da vida

Tabela 6: Sintomas centrais de depressão em toda a vida, na amostra de grávidas

Gravidez (N=129)		
Subamostra		Amostra total
Sintomas centrais de depressão	n (%)	N (%)
Dois sintomas centrais de depressão	83 (100%)	64.3%
Ajuda Profissional	9 (10.84%)	7.0%
Prejuízo elevado	11 (13.25%)	8.6%
Medicação	1 (1.21%)	.8%

Ajuda Profissional – Ajuda de um profissional de saúde por problemas psicológicos/psiquiátricos;
Prejuízo elevado - Prejuízo no Funcionamento socioprofissional descrito como Muito/Muitíssimo

As grávidas que alguma vez tiveram problemas psicológicos/psiquiátricos foram 7.0% (n=9). Estes foram descritos como sendo depressão 1.6% (n=2), ansiedade 3.1% (n=4), depressão pós-parto .8% (n=1) e violência sexual .8% (n=1). As que procuraram ajuda profissional foram 2.3% (n=3), as que tiveram prejuízo no funcionamento social-laboral devido ao problema de saúde mental foram 1.6% (n=2) e 2.3% (n=3) fizeram a medicação (Tabela 8). As percentagens das respostas considerando a amostra total e a subamostra das mulheres que responderam no sentido sintomático encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7: História prévia de perturbação ao longo da vida, nas grávidas e puérperas de Cabo Verde

Variável	Amostras de Cabo Verde	
	Gravidez N= 129	Pós-parto N= 131
HPPLV	N (%)	N (%)
Sim	9 (7.0)	6 (4.6)
Não	120 (93.0)	125 (95.4)
Diagnóstico		
Depressão	2 (1.6)	3 (2.3)
Ansiedade	4 (3.1)	-----
Outros	2 (1.6)	3 (2.4)
Procura profissional		
Sim	3 (2.3)	5 (3.8)
Não	6 (4.7)	1 (.8)
Prejuízo funcionamento		
Sim	2 (1.6)	3 (2.3)
Não	6 (4.7)	3 (2.3)
Medicação		
Sim	2 (1.6)	3 (2.3)
Não	6 (4.7)	3 (2.3)
HPPLV e Gravidade		
Sem HPPLV	120 (93.0)	125 (95.4)
Com HPPLVe Sem IG	5 (3.1)	1 (.8)
Com HPPLVe Com IG	4 (3.1)	5 (3.8)

HPPLV- história de perturbação psiquiátrica – Longo da Vida; IG –indicadores de gravidade: Prejuízo no funcionamento socioprofissional e/ou Consultou profissional de saúde para o problema de saúde mental e/ou tomou medicação para o mesmo

Tabela 8: Problemas psicológicos/psiquiátricos em toda a vida, na amostra de grávidas

Gravidez (N=129)		
Mulheres com Problemas psicológicos/psiquiátricos		Amostra total
	n (%)	N (%)
Problemas psicológicos/psiquiátricos	9 (100%)	7.0%
Problemas	N (%)	N (%)
Ansiedade	4 (44.4%)	3.1%
Depressão	2 (22.2%)	1.7%
Depressão pós-parto	1 (11.1)	0.8%
Violência Sexual	1 (11.1)	0.8%
Não respondeu	1 (11.1)	0.8%
Ajuda Profissional	3 (33.3%)	2.3%
Prejuízo	2 (22.2%)	1.7%
Medicação	2 (22.2%)	1.7%

Ajuda Profissional – Ajuda de um profissional de saúde por problemas psicológicos/psiquiátricos;
Prejuízo - Prejuízo no Funcionamento socioprofissional

b) Acontecimentos de vida negativos geradores de estresse no último ano

As mulheres grávidas que descreveram ter vivido um acontecimento de vida negativo gerador de estresse no ano anterior foram 50 (39.1%).

c) Apoio social/emocional recebido e Relação com o conjugue/companheiro/namorado no último ano

A relação com o conjugue/ companheiro/namorado foi descrita como sendo boa por 55 (42.6%) das grávidas e como razoável por 50 (38.8%). Nenhuma considerou que essa relação fosse má. A ajuda/apoio social/emocional recebidos desta pessoa foram considerados pouco frequentes por 6 (4.7%) delas. O apoio/ajuda de familiares e amigos foi considerado reduzido por 23 (17.8%) grávidas.

Tabela 9:Stresse e apoio social nas grávidas e puérperas de Cabo Verde

Variável	Amostras de Cabo Verde	
	Gravidez N= 129	Pós-parto N= 131
Acontecimento de stresse no último ano	N (%) 50 (38.8)	N (%) 53 (40.5)
Qualidade da relação com o companheiro	N (%)	N (%)
Má	--	1 (.8)
Razoável	50 (38.8)	49 (37.4)
Boa	55 (42.6)	56 (42.7)
Não tenho companheiro/namorado/marido	24 (18.6)	25 (19.1)
Perceção de apoio do companheiro	N (%)	N (%)
Nada	1 (.8)	5 (3.8)
Poucas vezes	5 (3.9)	4 (3.1)
Algumas vezes	14 (10.9)	20 (15.3)
Muitas vezes	18 (14.0)	11 (8.4)
Sempre	57 (51.9)	67 (51.1)
Não tenho companheiro/namorado/marido	24 (18.6)	24 (18.3)
Perceção de apoio dos familiares e amigos	N (%)	N (%)
Nada	11 (8.5)	14 (10.7)
Poucas vezes	12 (9.3)	11 (8.4)
Algumas vezes	14 (10.9)	22 (16.8)
Muitas vezes	21 (16.3)	9 (6.9)
Sempre	71 (55)	75 (57.3)

3.1.1.1. Associações das variáveis com os sintomas depressivos na gravidez

A escolaridade mais baixa associou-se modestamente aos níveis mais elevados de sintomas depressivos ($r=-.207$, $p=.018$). As grávidas solteiras também apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos do que as casadas/em união de facto ($p=.044$) (Tabela 10).

Já a idade ($r=-.072$, $p=.416$), o nº de filhos ($r=.106$, $p=.231$) e a situação perante o trabalho não se associaram significativamente com a sintomatologia depressiva na gravidez (Tabela 11).

Tabela 10:Associações das variáveis sociodemográficas com os sintomas depressivos na gravidez (N=129)

Variáveis	M	DP	Min-Max	assimetria	Curtose	Teste	P
Idade	17.12	4.78	7-33	.30	.119	r= -.072	.416
Escolaridade	3.72	1.08	1-6	-.84	.47	r=-.207	.018*
Estado civil						t(127)= 2.032	.044*
Solteira	17.49	4.78	8-33	.35	.15		
Casada/ união de fato	15.15	4.40	7-23	-.095	-.90		
Nº de filhos	1.26	1.25	0-5	1.08	1.03	r=.106	.231

*p<.05, r=coeficiente de correlação; t= teste t de Student.

Tabela 11:Situação perante o trabalho e sintomas depressivos na gravidez (N=129)

Situação perante o trabalho	A trabalhar n=58 1 M (DP)	Baixa/atestado n=20 2 (M (DP)	Desempregada n=55 3 (M (DP)	Teste	P
	16.43 (4.82)	17.15 (4.38)	17.90 (4.86)	F(2,126)= 1.292	.279

*p<.05, F – Teste One-way ANOVA

As mulheres que descreveram ter apresentado os dois sintomas centrais de depressão, durante pelo menos duas semanas, alguma vez em toda a vida, apresentaram significativamente mais sintomatologia depressiva na gravidez atual ($t(127)=-2.33$; $p=.021$), assim como quando foi considerado o prejuízo no funcionamento/gravidade dos sintomas ($r=.300$, $p=.001$). No entanto, as grávidas que apresentaram esses sintomas numa gravidez ($H=1.34$, $p=.512$) ou num pós-parto ($H=.833$, $p=.643$) anterior não diferiram das que não os descreveram (Tabela 12).

As grávidas que relataram ter problemas psicológicos/psiquiátricos em toda a vida, não diferiram das que não os tiveram a nível dos sintomas depressivos na gravidez atual ($t(127)= -.496$, $p=.621$), nem quando foram considerados os indicadores de gravidade ($r=.093$, $p=.290$) (Tabela 12).

Tabela 12:Associações das variáveis psicossociais com os sintomas depressivos na gravidez (N=129)

Variáveis	M	DP	Teste	P
Sintomatologia depressiva no passado Não Sim	15.83 17.84	4.48 4.82	t(127)= -2.33	.021*
Prejuízo no funcionamento no passado	.92	1.14	r=.287	.009**
Sintomas depressivos no passado e prejuízo no funcionamento	1.23	1.29	r=.300	.001
Depressão na gravidez no passado Não Sim nulíparas	17.77 18.42 16.83	5.05 4.95 4.82	H= 1,34	.512
Depressão pós-parto no passado Não Sim nulíparas	17.03 18.55 16.83	4.75 5.17 4.82	H=.883	.643
Problemas psicológicos - AV Sim Não	17,07 17.89	(4,85) 4.01	t(127)= -496	.621
Problemas psicológicos-AV e prejuízo no funcionamento	.084	.39	r=0.93	.290
Acontecimento de vida stressor Sim Não	17.90 16.58	4.80 4.74	t=-1.533	.128

*p<.05; **p<.01; M= Média; DP= Desvio Padrão; r= coeficiente de correlação; t= teste t de Student; H= Teste de Kruskal-Wallis

As grávidas que descreveram ter um acontecimento de vida negativo gerador de muito stresse no último ano não se distinguiram significativamente das que não vivenciaram estes acontecimentos adversos nas médias de sintomatologia depressiva na gravidez atual (p=.128) (Tabela 12).

A inexistência de marido/companheiro/namorado e a percepção mais negativa da relação com estes relacionaram-se positivamente com a percepção de menor apoio da sua parte (r=.668. p<.001).

Por sua vez, a percepção de níveis mais inadequados do relacionamento e de menor apoio do marido/companheiro/namorado relacionaram-se com níveis mais elevados de sintomas depressivos na gravidez (r= -.182, p= .039; r= -.182, p= .040, respetivamente). No que diz respeito ao apoio, foram particularmente as grávidas dos grupos extremos que

se distinguiram entre si: o grupo das que não tinham marido, companheiro, namorado ou que perceberam *pouco/nenhum* apoio por parte destes mostraram níveis mais elevados de sintomas depressivos, comparando com o grupo das que percebem muito apoio (*muitas vezes/sempre*). No que concerne ao relacionamento, as grávidas que definiram o seu relacionamento com o marido/companheiro/ namorado como razoável apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos do que as que consideraram a relação boa (Tabela 13).

Também se observou uma relação estatisticamente significativa entre o menor apoio de familiares e dos amigos e a sintomatologia depressiva ($r=-.205$, $p=.020$). Os grupos extremos também se distinguiram entre si: o grupo das grávidas que tinham pouco ou nenhum apoio social dos familiares e amigos apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que o grupo com muito apoio ($p<.05$) (Tabela 13).

Tabela 13::Sintomas depressivos nos grupos grávidas (N=129) que diferem quanto à percepção da relação com o marido, companheiro ou namorado e do apoio recebido.

Relação com M/C/N	Não tenho M/C/N n=24 1 M (DP)	Razoável n=50 2 (M (DP)	Boa n=55 3 (M (DP)	Teste	P	Comparações Múltiplas
	17.88 (4.62)	18.08 (4.71)	15.92 (4.78)	F(2,126)= 3.116	.048	2>3*‡
Apoio M/C/N	Não tenho M/C/N, Nenhum, Pouco n= 30 1 M (DP)	Poucas Vezes n=14 2 M (DP)	Muitas vezes, Sempre n=85 3 M (DP)	Teste	P	Comparações Múltiplas
	18.67 (5.26)	18.07 (3.45)	16.42 (4.69)	F(2,126)= 2.825	.063T	1>3*‡
Apoio F/A	Nada, Poucas Vezes n= 23 1	Algumas vezes n=14 2	Muitas Vezes, Sempre n=92 3	Teste	P	Comparações Múltiplas
	19.48 (4.90)	16.64 (4.41)	16.61 (4.68)	H = 5.763	.056T	1>3*†

* $p<.05$; T – Tendência para a significância; M/C/N – marido/companheiro/namorado, F/A – Familiares e amigos; ‡ Teste de Comparações LSD; H = Teste de Kruskal-Wallis; † Teste U de Mann-whitney

3.1.1.2. Preditores dos sintomas depressivos na gravidez

Num primeiro modelo de regressão linear hierárquica, foi analisada a capacidade preditiva dos sintomas depressivos no passado (dois sintomas centrais durante pelo menos duas semanas), da relação com o marido/companheiro/namorado, do apoio do marido/companheiro/namorado e do apoio dos familiares e amigos, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil).

As variáveis sociodemográficas escolaridade e estado civil foram introduzidas no primeiro passo do modelo de regressão e explicaram 5.6% da variância (VTE) dos sintomas depressivos na gravidez.

Depois, num segundo passo, foram introduzidas no modelo as restantes variáveis e, a VTE foi 11.8%, $F(6, 122) = 2.716$, $p < .05$). Estas variáveis explicaram adicionalmente 6.1% da variância dos sintomas depressivos da gravidez atual, depois de controlar as duas variáveis sociodemográficas (Mudança de $R^2 = .061$, Mudança de $F(4, 122) = 2.121$, $p = .082$). No modelo final as variáveis que mostraram uma tendência para contribuir significativamente para a explicação da variância dos sintomas depressivos na gravidez foram a baixa escolaridade (Beta = $-.159$, $p = .070$), o Estado civil – solteira (Beta = $-.156$, $p = .075$), o menor apoio dos familiares e amigos (Beta = $-.155$, $p = .099$) e a presença de história prévia de sintomas depressivos (Beta = $.155$, $p = .076$) (Tabela 14)

Tabela 14: Primeiro modelo dos preditores da sintomatologia depressiva na gravidez (regressão linear hierárquica) (N= 129)

M	Variável	Beta	t	P	R ²	F	R ² Mudança	Mudança F
1	Esc	-,159	-1,827	,070T	,056	F(2,126)= 3,773*	,056	F(2,126)= 3,773*
	EC	-,156	-1,793	,075T				
	Constante		11,812	<,001 ***				
2	Esc	-,078	-,848	,398	,118	F(6, 122)= 2,716*	,061	F(4, 122)= 2,121
	EC	-,125	-1,421	,158				
	R-M/C/N	-,019	-,114	,909				
	A-M/C/N	-,071	-,413	,680				
	A-F/A	-,155	-1,663	,099T				
	SD-AV	,155	1,791	,076T				

	Constante		10,148	<.001 ***				
--	-----------	--	--------	--------------	--	--	--	--

*p<.05; **p<.01; ***p<.001T- tendência para uma contribuição significativa; Esc – Escolaridade; EC – Estado Civil; SD-AV – Dois sintomas centrais de depressão durante pelo menos duas semanas – alguma vez na vida).

Num segundo modelo de regressão linear hierárquica, foi analisada a capacidade preditiva da presença dos sintomas centrais depressivos no passado durante pelo menos duas semanas, com indicadores da gravidade/prejuízo associado, da relação com o marido/companheiro/namorado, do apoio do marido/companheiro/namorado e do apoio dos familiares e amigos, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas (escolaridade, estado civil).

As variáveis sociodemográficas escolaridade e estado civil foram introduzidas no primeiro passo do modelo de regressão e explicaram 5.6% da variância (VTE) dos sintomas depressivos na gravidez.

Depois, num segundo passo, foram introduzidas no modelo as restantes variáveis e, a VTE foi 17.6%, $F(6, 122) = 4.332, p < .01$). Estas variáveis explicaram adicionalmente 11.9% da variância dos sintomas depressivos da gravidez atual, depois de controlar as duas variáveis sociodemográficas (Mudança de $R^2 = .119$, Mudança de $F(4, 122) = 4.408, p < .01$). No modelo final a variável que mostrou uma contribuição estatisticamente significativa para a explicação da variância dos sintomas depressivos na gravidez atual foram a presença de história prévia de sintomas depressivos com algum indicador de prejuízo/ gravidade (Beta=.298, $p = .001$) (Tabela 14).

3.1.2. No Pós-parto

3.1.2.1. Análise descritiva das variáveis psicossociais no pós-parto

a) Saúde Psicológica/Mental no passado

As mulheres que relataram ter um episódio de sintomatologia depressiva no passado (presença dos dois sintomas centrais de depressão durante duas semanas ou mais) foram 61.8% (n= 81), sendo que 27.5% (n= 36) descreveu que foi numa gravidez anterior e 13.7% (n= 18) que foi num pós-parto. O prejuízo no funcionamento socioprofissional associado aos sintomas depressivos não ocorreu em 38.2% das participantes, mas este foi

elevado (respostas *muito e muitíssimo*) em 10 (7.7%) das puérperas e moderado em 10 (7.6). Das 81 mulheres com sintomas depressivos, 10 (7.6%) foram as que procuraram ajuda profissional para este problema e 8 responderam que foi a de um psicólogo. A maioria dessas mulheres não chegaram a fazer medicação 62.6 (n=82), sendo apenas seis (4.6%) a indicar que tomaram medicação para os sintomas (Tabelas 5 e 15).

As participantes que procuraram ajuda e as que tomaram medicação também descreveram algum grau de prejuízo no funcionamento.

Tabela 15: Sintomas centrais de depressão em toda a vida, na amostra de mulheres no pós-parto

Pós-parto (N=131)		
Subamostra		Amostra total
Sintomas centrais de depressão	n (%)	N (%)
Dois sintomas centrais de depressão	81 (100%)	61.8%
Ajuda Profissional	10 (12.34%)	7.6%
Prejuízo elevado	10 (12.34%)	7.7%
Medicação	6 (7.40%)	4.6%

Ajuda Profissional – Ajuda de um profissional de saúde por problemas psicológicos/psiquiátricos;
Prejuízo elevado - Prejuízo no Funcionamento socioprofissional descrito como Muito/Muitíssimo

As participantes que algumas vez tiveram problemas psicológico/psiquiátricos foram 4.6% (n=6). Os problemas descritos, foram depressão (2.1%; n=3), melancolia (0.8%, n=1), depressão e ansiedade (0.8%, n= 1), e ansiedade e perturbação do sono (.8%; n=1). Procuraram ajuda profissional por causa disso 3.8% (n=5), tiveram prejuízo no funcionamento social-laboral 2.3% (n=3) e fizeram medicação 2.3% (n=3) (Tabela 16)

Uma (.8%) das puérperas descreveu HPPLV, mas apenas 5 (3.8%) relataram alguma gravidade, ou prejuízo no funcionamento e/ou consultar profissional de saúde e/ou tomar medicação para o problema de saúde mental.

Tabela 16::Problemas psicológicos/psiquiátricos em toda a vida, na amostra de pós-parto

Pós-parto (N=131)		
Mulheres com Problemas psicológicos/psiquiátricos		Amostra total
	n (%)	N (%)
Problemas psicológicos/psiquiátricos	6 (100%)	4.6%
Problemas	N (%)	N (%)
Depressão	3 (50%)	2.1%
Melancolia	1 (16.6%)	0.8%
Depressão e ansiedade	1 (16.6%)	0.8%
Ansiedade e Perturbação do sono (insónia)	1 (16.6%)	0.8%
Ajuda Profissional	5 (83.3%)	3.8%
Prejuízo	3 (50%)	2.3%
Medicação	3 (50%)	2.3%

Ajuda Profissional – Ajuda de um profissional de saúde por problemas psicológicos/psiquiátricos;
Prejuízo - Prejuízo no funcionamento socioprofissional

b) Acontecimentos de vida negativos geradores de stresse no último ano

As mulheres no período pós-parto que disseram ter vivido um acontecimento de vida negativo gerador de stresse no ano anterior foram 53 (40.5%) (Tabela 5).

c) Apoio social/emocional e Relação com o conjugue/ companheiro/namorado no último ano

A relação com o conjugue/ companheiro/namorado foi descrita como sendo boa por 56 (42.7%) puérperas e como razoável por 49 (37.4%). Uma considerou que relação fosse má. A ajuda/apoio social/emocional recebidos desta pessoa foram considerados pouco frequente por 9 (6.9%) delas. O apoio/ajuda de familiares e amigos foi considerado reduzido por 25 (17.8%) puérperas (Tabela 5).

3.1.2.2. Associações das variáveis com os sintomas depressivos no pós-parto.

A idade e a escolaridade mais baixas revelaram uma tendência para se associarem aos níveis mais elevados de sintomas depressivos ($r = .148$, $p = .09$; $r = -.153$, $p = .08$, respetivamente). As grávidas solteiras também apresentaram uma tendência para apresentar níveis mais elevados de sintomas depressivos do que as casadas/em união de facto ($p = .08$) (Tabela 17).

O nº de filhos ($r = .106$, $p = .231$) e a situação perante o trabalho não se associaram significativamente com a sintomatologia depressiva no pós-parto (Tabelas 17-18).

Tabela 17: Associações das variáveis sociodemográficas com os sintomas depressivos no pós-parto

Variáveis	M	DP	Teste	P
Idade	29.19	6.34	$r = .148$	.09T
Escolaridade	3.43	1.11	$r = -.153$	.08T
Estado civil Solteira Casada/ união de fato	16.15 14.22	5.68 4.10	$t(129) = 1.778$	.08T
Número de filhos	2.55	1.34	$r = .106$	.23

Tabela 18: Situação perante o trabalho e sintomas depressivos no pós-parto (N=131)

Situação perante o trabalho	A trabalhar n=41 1 M (DP)	Baixa/atestado n=30 2 (M (DP)	Desempregada n=60 3 (M (DP)	Teste	P
	14.97 (4.83)	17.06 (5.94)	15.46 (5.42)	$F(2,126) = 1.398$	.25

As mulheres que relataram ter apresentado os dois sintomas centrais de depressão, durante pelo menos duas semanas, alguma vez em toda a vida, apresentaram mais sintomatologia depressiva no pós-parto, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas ($t(127) = -2.334$; $p = .02$). As puérperas que apresentaram esses sintomas numa gravidez ($t(82) = -1.084$, $p = .28$) ou pós-parto ($t(125) = -.4298$, $p = .67$) anteriores tiveram mais sintomatologia depressiva do que as que não a descreveram, mas as diferenças também não foram estatisticamente significativas (Tabela 19).

A sintomatologia depressiva prévia com indicadores de prejuízo associados também não se relacionou significativamente com a depressão no pós-parto atual (Tabela 19).

As mulheres que descreveram existência de problemas psicológicos/psiquiátricos em toda a vida, tiveram mais sintomatologia depressiva das que não os tiveram a nível dos sintomas depressivos no pós-parto ($t(125)=-1.302$, $p=.23$) (Tabela 21).

As puérperas que descreveram ter um acontecimento de vida negativo gerador de muito stresse no último ano se distinguiram significativamente das que não vivenciaram estes acontecimentos adversos nas médias de sintomatologia depressiva no pós-parto. (Tabela 19).

Tabela 19:Associações das variáveis psicossociais com os sintomas depressivos no pós-parto (N=131)

Variáveis	M	DP	Teste	p
Sintomatologia depressiva no passado Não Sim	15.04 16.07	4.88 5.67	$t(127)=-2334$	.49
Prejuízo no funcionamento no passado	.83	1.26	$r=.051$	.63
Sintomas depressivos no passado e prejuízo no funcionamento	1.13	1.33	$r=.099$	.26
Depressão na gravidez no passado Sim Não	16.66 15.31	6.08 5.04	$t(82)=-1.084$	.24
Depressão pós-parto no passado Sim Não	16.05 15.48	5.18 5.42	$t(125)=-.4298$	.49
Problemas psicológicos algumas vez Sim Não	17.50 15.47	3.61 5.43	$t(125)=-1.302$	.23
Problemas psicológicos-AV e prejuízo no funcionamento	.08	.39	$r=.093$	.29
Acontecimento de vida stressor Sim Não	16.65 14.81	5.90 4.86	$t(125)=-1.8853$	.20

T= tendência para a significância

As puérperas que descreveram ter um acontecimento de vida negativo gerador de muito stresse no último ano não se distinguiram significativamente das que não vivenciaram estes acontecimentos adversos nas médias de sintomatologia depressiva no pós-parto (Tabela 20).

A inexistência de marido/companheiro/namorado e a percepção mais negativa da relação com estes relacionaram-se positivamente com a percepção de menor apoio da sua parte ($F(2,126) = .496$ $p=.61$) (Tabela 20).

Por sua vez, a percepção de níveis mais inadequação do relacionamento e do apoio do marido/companheiro/namorado relacionaram-se com níveis mais elevados de sintomas depressivos pós-parto ($F(2,126)=.478;p=.62$). As que não tinham marido, companheiro, namorado ou que perceberam pouco/nenhum apoio destes apresentaram mais níveis de sintomatologia depressiva, comparando com as que percebem muito apoio (*Muitas vezes* ou *Sempre*). As que descreveram o seu relacionamento com o marido, companheiro, ou namorado como razoável também apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos do que as que consideraram a relação boa (Tabela 20)

Também se observou uma tendência para significância entre o menor apoio de familiares e dos amigos e a sintomatologia depressiva ($F(2,126) = .478$, $p=.62$). As puérperas que tinham pouco ou nenhum apoio social dos familiares e amigos apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que o grupo com muito apoio (Tabela 20).

Tabela 20: Sintomas depressivos nos grupos de puérperas (N=131) que diferem quanto à percepção da relação com o marido, companheiro ou namorado e do apoio recebido

Relação com M/C/N	Não tenho M/C/N n=25 1 M (DP)	Razoável n=49 2 (M (DP)	Boa n=56 3 (M (DP)	Teste	p	Comparações Múltiplas
	16.44 (5.51)	15.59 (5.63)	15.13 (5.06)	$F(2,126)=$.496	.61	$1 > 2^{*†}$
Apoio M/C/N	Não tenho M/C/N, Nenhum, Pouco n= 33 1 M (DP)	Poucas Vezes n=20 2 M (DP)	Muitas vezes, Sempre n=78 3 M (DP)	Teste	p	Comparações Múltiplas
	16.33 (5.45)	15.55 (6.46)	15.22 (5.04)	$F(2,126)=$.478	.62T	$3 > 2^{*†}$
Apoio F/A	Nada, Poucas Vezes n= 25 1	Algumas vezes n=22 2	Muitas Vezes, Sempre n=84 3	Teste	p	Comparações Múltiplas

15.55 (5.56)	16.54 (5.11)	15.32 (5.41)	F(2,126)= .478	.62T	1>3*†
-----------------	-----------------	-----------------	-------------------	------	-------

*p<.05; T – Tendência para a significância; M/C/N – marido/companheiro/namorado, F/A – Familiares e amigos; ‡ Teste de Comparações LSD; H = Teste de Kruskal-Wallis; † Teste U de Mann-whitney

3.1.2.3. Preditores dos sintomas depressivos no pós-parto

Foram introduzidas no modelo as variáveis, idade, estado civil e escolaridade, a variância total explicada foi 6.8%, $F(2,126) = 3.070$, $p < .05$). As variáveis que mostraram uma tendência para contribuir significativamente para a explicação da variância dos sintomas depressivos no pós-parto foram a idade mais avançada- (Beta= .148, $p = .092$) a baixa escolaridade (Beta= -.155, $p = .078$), o Estado civil – solteira (Beta= -.153, $p = .081$) (Tabela 21).

Tabela 21: Preditores da sintomatologia depressiva no pós-parto (regressão linear)

M	Variável	Beta	t	p	R ²	F	R ² Mudança	Mudança F
1	Idade	.148	1,695	.092T	.068	F(2,126)= 3,070*	.068	F(2,126)= 3,070*
	EC	-.153	-1,759	.081T				
	Esc	-.155	-1,778	.078 T				
	Constante		5,653	<.001 ***				

*p<.05; **p<.01; ***p<.001T- tendência para uma contribuição significativa; Esc – Escolaridade; EC – Estado Civil

3.2. Comparação dos níveis de sintomatologia depressiva (PDSS-7) nas mulheres de Cabo Verde com os das Portuguesas e Brasileiras

3.2.1. Na Gravidez

As mulheres grávidas de Cabo Verde (M=17.12; DP=4.78) apresentam pontuações médias significativamente mais elevadas de sintomatologia depressiva do que as brasileiras (M=15.03; DP= 6.48) e do que as portuguesas (Média=11.10; DP= 3.90). As grávidas brasileiras distinguiram-se ainda das portuguesas, pelas médias significativamente superiores de sintomas depressivos.

Tabela 22: Sintomatologia depressiva (PDSS-7) nas amostras de grávidas de Cabo Verde, Portugal e Brasil

Países			Teste H	p	Comparações Múltiplas‡
Cabo Verde 1	Portugal 2	Brasil 3			
M (DP); mín-máx; assimetria/curtose	M (DP); mín-máx; assimetria/curtose	M (DP); mín-máx; assimetria/curtose	168.71	<.001**	1>2**, 3** 3>2**
17.12 (4.78); 7-33; .307/.119	11.10 (3.90); 7-29; 1.12/1.15	15.03 (6.48); 7-35 .917/.255			
Md; P25-P75	Md; P25-P75	Md; P25-P75			
16.00; 14-20	10.00; 8-13	14.00; 10-19			

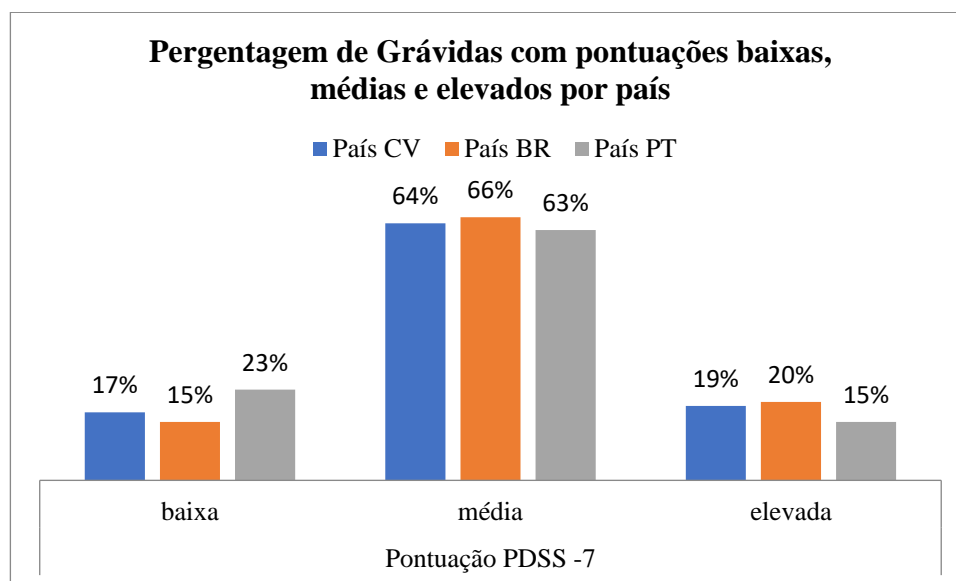
*p<.05; **p<.01; mín-máx. = mínimo- máximo; M= Média; DP= Desvio Padrão; Md= Mediana; P25=

Percentil 25; P75= Percentil 75; ‡ Teste U de Mann-Whitney; Teste H= Teste de Kruskal-Wallis

Sintomas graves de depressão na gravidez (pontuações na PDSS 7 => 1DP)

A percentagem de grávidas com pontuações elevadas (1 DP ou mais acima da média) foi por ordem crescente: Portugal com 14.6% (n=76), Cabo Verde com 18.6% (n=24) e o Brasil com 19.6% (n=39), (Figura 4)

Gráficos 1 :Percentagem de grávidas com pontuações baixas, médias e elevados na PDSS-7 por país



Baixa - pontuação na PDSS \leq 1DP; elevada - pontuação na PDSS \geq 1DP; média= pontuação na PDSS entre estes intervalos.

3.2.2. No Pós-parto

As mulheres no pós-parto de Cabo Verde (M=15.67; DP=5.39) e as brasileiras (M=15.69; DP= 4.19) apresentam pontuações médias similares de sintomatologia depressiva, sendo ambas significativamente mais elevadas do que a média da das portuguesas (Média=10.16; DP= 5.39).

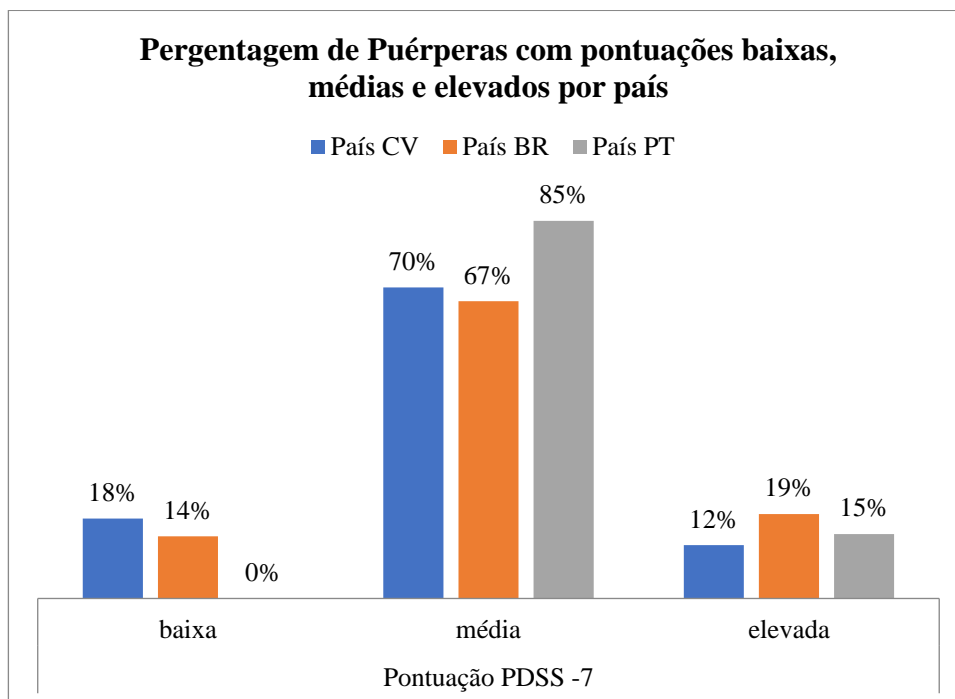
Tabela 23: Sintomatologia depressiva (PDSS-7) nas amostras de puérperas de Cabo Verde, Portugal e Brasil

Países			Teste K	p	Comparações Múltiplas‡
Cabo Verde 1	Portugal 2	Brasil 3			
M (DP); mín-máx; assimetria/curtose	M (DP); mín-máx; assimetria/curtose	M (DP); mín-máx; assimetria/curtose	129.29	<.001**	1>2** 3>2**
15.67 (5.39); 7-32; .555/.058	10.16 (4.19); 7-31 1.930/4.37	15.69 (7.05); 7-35 .723/-.515			
Md; P25-P75	Md; P25-P75	Md; P25-P75			
16.00; 11-19	8.00; 7-12	13.00; 10-20.5			

*p<.05; **p<.01; mín-máx. = mínimo- máximo; M= Média; DP= Desvio Padrão; Md= Mediana; P25= Percencil 25; P75: Percencil 75‡ Teste U de Mann-Whitney; Teste K= Teste de Kruskal-Wallis
Sintomas graves de depressão no pós-parto (PDSS-T 0/> 1DP)

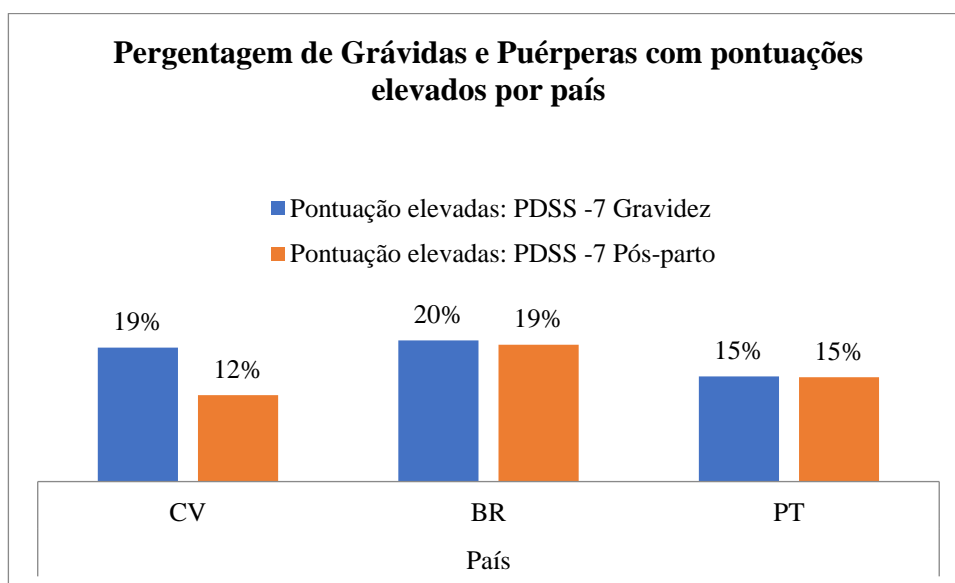
No entanto, quando consideramos as puérperas com pontuações elevadas na PDSS-7 (1 DP ou mais acima da média) as percentagem são as seguintes, por ordem crescente: 12.2% (n=16) para Cabo Verde, 14.5% (n=36) para Portugal de e 19.0% (n=23) para o Brasil.

Gráficos 2: Percentagem de puérperas com pontuações baixas, médias e elevadas na PDSS-7 por país



Baixa - pontuação na PDSS \leq 1DP; elevada - pontuação na PDSS \geq 1DP; média= pontuação na PDSS entre estes intervalos.

Gráficos 3: Percentagem de grávidas e puérperas com pontuações e elevados na PDSS-7 por país



Elevada - pontuação na PDSS => 1DP: CV – Cabo Verde; BR – Brasil; PT - Portugal

3. DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo foi a análise das propriedades psicométrica da Escala de Rastreo da Depressão Perinatal, PDSS-7, numa amostra de mulheres cabo-verdianas no período perinatal (entre o segundo trimestre de gravidez e o sexto mês após o parto). Os resultados da análise fatorial confirmatória mostraram índices de ajustamento que evidenciam a sua validade de construto e forneceu suporte empírico para a existência das 7 dimensões (Sentimentos de fracasso, ansiedade, irritabilidade, ideação suicida, distúrbios do sono, perda do self, comprometimento cognitivo).

A fiabilidade da escala, avaliada através das estimativas de consistência interna, indicou um coeficiente alfa de Cronbach, de .587 para gravidez e para pós-parto de .626. A consistência interna revelou valores razoáveis, considerando que a escala tem apenas sete itens, mas que, no entanto, foram inferiores aos encontrados nas amostras portuguesas e brasileiras. Comprovou-se também que todos os itens da escala contribuem de forma razoável para a consistência interna da PDSS-7.

Em suma esta primeira versão possui qualidades psicométricas razoáveis. Além disso, os resultados parecem evidenciar a unidimensionalidade do construto.

Também estudos da PDSS-7 feitos com amostras portuguesas e brasileiras indicaram que apresenta boas propriedades psicométricas.

O estudo das propriedades psicométricas de escala de PDSS-7 no pós-parto e na gravidez, nas amostras de mulheres portuguesas, revelou que a mesma apresenta validade de construto (índices de ajustamento adequados na análise factorial confirmatória adequados), boa consistência interna (pós-parto, $\alpha=.848$; gravidez, $\alpha=.744$) e os seus itens mostraram boa capacidade discriminativa entre mulheres com e sem depressão. Estudos futuros que analisem a capacidade da PDSS-7 discriminar as grávidas e puérperas cabo-verdianas com o diagnóstico de depressão perinatal das que não o têm podem ser

úteis. Para isso, seria necessário o recurso adicional a uma entrevista diagnóstica, ou ao diagnóstico do médico/psiquiatra que segue a grávida/puérpera, o que não foi realizado no âmbito do presente estudo.

Na amostra das mulheres brasileiras as versões em português europeu/brasileiro da PDSS-24 (Pereira et al. 2013; Barros et al. 2021), que inclui os sete que compõem a PDSS-7, demonstrou níveis de confiabilidade e validade iguais aos do PDSS de 35 itens, A consistência interna da PDSS-7 foi elevada (alfa de Cronbach de 0.82/0.83) e todos os itens contribuem para a sua consistência interna (Pereira et al., 2013). Os índices de ajustamento fornecidos pela análise fatorial confirmatória foram adequados, oferecendo a vantagem de ser concluída em menos de 1-2 minutos (Pereira et al., 2013).

Em suma, a PDSS-7 apresenta validade de construto nas amostras dos três países, mas menor consistência interna nas amostras de Cabo-Verde. Nesse sentido, a PDSS-7, mesmo tendo questões com respostas estruturadas, pode sofrer variabilidade nas respostas devido ao nível de escolaridade e ao conseqüente fraco domínio da língua, o que pode acarretar uma fraca interpretação. Com efeito, as amostras de grávidas e puérperas de Cabo Verde tem mais participantes com o 1º e 2º ciclo do ensino básico e menos com a licenciatura, mestrado e doutoramento do que as de Portugal e Brasil.

Na amostra das mulheres grávidas de Cabo Verde, 64.3% (n=83/129) descreveu um episódio de sintomatologia depressiva no passado (presença dos dois sintomas «centrais de depressão durante duas semanas ou mais) (HDLV) sendo que 27.9% descreveu que foi numa gravidez anterior e 8.5% que foi num pós-parto. Dessas 83 grávidas com sintomas prévios de depressão, 13.3% referiram prejuízo no funcionamento social-laboral associado aos sintomas, 11.0% procuraram profissional para este problema. A maioria dessas mulheres, ou seja 65.1% não chegaram a fazer medicação.

As grávidas que alguma vez tiveram problemas psicológicos/psiquiátricos (HPPLV) foram 7.0% (n=9/129), sendo que 1.6% afirmou corresponder a depressão, 3.1% corresponder a ansiedade, 0.8% a depressão pós-parto e 0.8% a violência sexual. 32.1% (n=41/129) das mulheres grávidas referiram ter história de depressão ao longo da vida e prejuízo no funcionamento social e laboral (HDLV e pouco prejuízo presentes em 14.7% das grávidas; HDLV e prejuízo moderado presentes em 8.8%; HDLV e muito prejuízo presentes em 7.0%; HDLV e muitíssimo prejuízo presentes em 1.6% das grávidas).

Na amostra das mulheres de Cabo Verde no pós-parto, 61.8% (n=81/131) relataram ter um episódio de sintomatologia depressiva no passado (presença dos dois sintomas centrais de depressão durante duas semanas ou mais), sendo que 27.5% descreveu que foi numa gravidez anterior e 13.7% que foi num pós-parto. Dessas 81 puérperas com sintomas prévios de depressão, 7.7% tiveram prejuízo no funcionamento social-laboral associado aos sintomas. 7.6% procuraram ajuda profissional para este problema. A maioria dessas mulheres não chegaram a fazer medicação, isto é, 62.6%. As puérperas que alguma vez tiveram problemas psicológico/psiquiátrica foram 4.6% (n=6/131), sendo que 0.8% afirmou corresponder a depressão e ansiedade, 0.8% corresponder a melancolia, 2.1% corresponder a depressão e 0.8% corresponder a ansiedade e perturbação do sono (insónia).

Assim, existe desproporcionalidade acentuada entre o grande número de mulheres grávidas e puérperas que descreve problemas psicológicos/psiquiátricos prévios, incluindo em gravidezes/ partos anteriores, e o número das que procuraram a ajuda de um profissional de saúde para o problema/tomaram medicação nessa altura.

A relação com o conjugue/ companheiro/namorado foi descrita como sendo boa por 42.6% grávidas e como razoável por 38.8%. No pós-parto estas percentagens foram

de 42.7% e 37.4%, respetivamente. A ajuda/apoio social/emocional recebidos desta pessoa foram considerados pouco frequentes por 4.7% das grávidas e por 6.9% das puérperas. O apoio/ajuda de familiares e amigos foi considerado reduzido por 17.8% grávidas e das puérperas.

Um dos objetivos do presente estudo foi analisar o papel de variáveis sociodemográficas, psicossociais e da história prévia de saúde mental nos níveis de sintomatologia depressiva perinatal na amostra de mulheres cabo-verdianas.

Os resultados indicaram que as variáveis sociodemográficas como escolaridade e estado civil (solteiro) se mostraram relacionadas com maior nível de sintomatologia depressiva na população estudada durante a gravidez. No período pós-parto, a idade (mais elevada), conjuntamente com o estado civil e a baixa escolaridade mostraram uma tendência para uma associação com a gravidade da sintomatologia depressiva. Estes achados vão ao encontro dos resultados dos estudos feitos por alguns autores. Por exemplo, Adler et al. (2019) e Broberg et al. (2017) consideraram que menor grau de escolaridade e a situação conjugal são fatores de risco para a depressão perinatal. No estudo transversal realizado em mulheres Israelitas (Adler et al., 2019), sobre a associações entre fatores sociodemográficos e clínicos com a depressão perinatal, vários fatores de risco foram encontrados associados à depressão perinatal, incluindo os sociodemográficos (idade materna, baixo nível socioeconómico).

No decorrer da gestação 83 mulheres e durante o período pós-parto 81 mulheres tiveram sintomatologia depressiva no passado, entretanto somente 19 (9 mulheres na gravidez e 10 no pós-parto) efetuaram uma busca ativa para obter ajuda dos profissionais de saúde mental. O nível de sintomatologia depressiva encontrada na presente pesquisa destaca a importância da realização da consulta tanto para as gestantes como para as puérperas, que se dirija não só aos aspetos obstétricos, mas também que foque a avaliação

da sua saúde psicológica/mental. A American College of Obstetricians and Gynecologists, em 2019, recomenda o rastreio universal da depressão nas mulheres grávidas e no pós-parto como um componente da assistência obstétrica de qualidade. Aconselha ainda que se uma mulher for rastreada com depressão e ansiedade durante a gravidez, um rastreio adicional deva ser considerado no pós-parto. Isso porque Segundo a American Psychiatric Association, 50% dos episódios de depressão que ocorrem no puerpério desenvolvem-se no início da gravidez (O'Hara & Mc Cabe, 2013). O desenho transversal do presente estudo não permitiu fazer a análise da prevalência das mulheres que tendo tido esta sintomatologia na gravidez a mantiveram no pós-parto, remeteram dos sintomas ou tiveram (re)início nesse período. No entanto estudos futuros com um desenho longitudinal, com amostras de grávidas e puérperas de Cabo-Verde, poderão avaliar estes aspetos.

Na população estudada, as mulheres grávidas que referiram ter problemas psicológicos/psiquiátricos no passado, descreveram-nos como sendo depressão, ansiedade, depressão pós-parto e violência sexual. Nas mulheres no pós-parto disseram que já tiveram depressão, depressão e ansiedade, ansiedade e perturbação do sono (insónia) e melancolia. Segundo os estudos feitos por Broberg et al. (2017) e Mersha et al. (2018) cerca de 20% das mulheres com história de depressão antes da gravidez experimentaram depressão grave recorrente durante a gravidez ou pós-parto, e 56% das mulheres com ansiedade antes da gravidez experimentam ansiedade neste período. Para Rocha et al. (2019), as mulheres que tiveram um quadro depressivo major anterior à gravidez evidenciaram mais probabilidade de desenvolver a depressão perinatal do que as mulheres que não apresentavam sintomas de depressão antes da gravidez, sugerindo que essas vias provavelmente contribuem para a depressão perinatal. Para Thomas et al. (2019), a ansiedade pré-natal, histórico de depressão constituem dos preditores mais

fortes para a depressão perinatal. Abuso sexual na infância, baixa escolaridade materna, baixo nível socioeconômico, falta de apoio social têm sido consistentemente identificados como fatores de risco de depressão pré e pós-parto (Gelaye et al., 2016).

No presente estudo, o relato de história prévia de perturbação psicológica não se mostrou relacionada com os níveis sintomatologia depressiva atual nas grávidas e puérperas de Cabo Verde. No entanto, a história prévia da manifestação dos sintomas depressivos centrais (durante pelo menos duas semanas) foi um correlato dos sintomas depressivos na gravidez. Por sua vez, esses sintomas depressivos centrais associados a especificadores da duração (pelo menos duas semanas de duração) e da gravidade dos sintomas (prejuízo no funcionamento socioprofissional, medicação e procura de ajuda de um profissional de saúde) foram um correlato dos sintomas depressivos na gravidez atual, assim como o seu preditor significativo, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas.

Foram poucas as mulheres que realizaram a procura ativa pela ajuda dos profissionais de saúde mental, pelo que a grande parte dessas mulheres não chegaram a fazer medicação. Embora as intervenções psicofarmacológicas sejam um aspeto importante do tratamento, as intervenções não farmacológicas desempenham também um papel fundamental nesta população e são preferidas por mulheres grávidas e no pós-parto devido às preocupações sobre a transferência dos fármacos por via transplacentária e no aleitamento (Johansen et al., 2019). A psicoeducação pode ser útil, não só para a mãe como para a família. (Fonseca & Canavarro, 2019; Cantilino et al., 2010).

O baixo apoio por parte dos familiares e amigos, como também o baixo apoio por parte do companheiro/marido/namorado mostraram-se relacionados com maior nível de sintomatologia depressiva na gravidez. Por exemplo, Thomas et al. (2019) consideram que a falta de apoio social, o mau relacionamento conjugal, como uns dos preditores mais

fortes de DPN (Depressão Perinatal). Segundo Registered Nurses' Association of Ontario (2018), os determinantes sociais da saúde mental, têm levado ao aumento do risco de depressão perinatal, aquelas que vivem com desigualdades sociais podem estar em maior risco.

As mulheres grávidas que descreveram ter vivido um acontecimento de vida negativo gerador de estresse no ano anterior foram 39.1% e no período pós-parto foram 40.5%.

As grávidas e puérperas que descreveram ter um acontecimento de vida negativo gerador de muito stresse no último ano não se distinguiram significativamente das que não vivenciaram estes acontecimentos adversos nas médias de sintomatologia depressiva na gravidez/pós-parto atual, embora alguns autores, como Thomas et al. (2019), considerem a autoestima, os eventos de vida estressantes, como uns dos preditores mais fortes de DPN (Depressão Perinatal). Segundo um estudo transversal, realizado numa amostra de mulheres Israelitas (Adler, 2019), sobre as associações entre fatores sociodemográficos e clínicos com a depressão perinatal, vários fatores de risco foram encontrados associados à depressão perinatal, incluindo eventos estressantes da vida e o apoio social.

Quanto à comparação dos níveis de sintomatologia depressiva perinatal da amostra de mulheres cabo-verdianas com os de amostras de mulheres portuguesas e brasileiras (amostras que foram obtidas no âmbito de estudos anteriores desenvolvidos no IPM), destaca-se o seguinte:

As mulheres de Cabo Verde revelaram um nível médio mais elevado de sintomatologia depressiva do que as de Portugal e do Brasil na gravidez e superior ao das portuguesas no pós-parto. Por sua vez, as mulheres do Brasil apresentaram médias

superiores de sintomatologia depressiva do que as de Portugal, tanto na gravidez como no pós-parto.

Embora o nível médio de sintomatologia depressiva seja superior para Cabo Verde, a prevalência, quando se considera o grupo extremo, das que pontuam na PDSS-7 um desvio padrão ou mais acima da média, o Brasil supera Cabo Verde, tanto para gravidez como para o pós-parto.

Estes achados podem ser explicados pelo fato da prevalência da depressão perinatal ser significativamente maior em mulheres de países de baixa e média renda em comparação com mulheres de países de alta renda (Woody et al., 2017).

4. CONCLUSÃO

A Escala de PDSS-7 apesar de apresentar uma fraca consistência interna possui boa validade de constructo, na população estudada de Cabo Verde. A PDSS-7 é uma ferramenta confiável e válida para avaliar o modo como a mulher pode estar a sentir-se durante a gravidez/depois do nascimento do bebé, esta responde aos seus itens através de uma escala de resposta rápida.

A PDSS-7 apresenta qualidades psicométricas razoáveis nas amostras de Cabo Verde, poderá ser muito útil na investigação e na clínica, principalmente com pessoas com elevados níveis de depressão. Pode ser de particular utilidade na realização de estudos transculturais, em países de língua oficial portuguesa.

Contudo, é necessário continuar a investigação sobre a escala na população cabo-verdiana, por exemplo, analisando outras medidas de fidelidade, como a estabilidade temporal das suas pontuações. Para aprofundar o conhecimento sobre a robustez do instrumento quanto às características psicométricas seria interessante realizar um novo estudo com amostras mais representativas em termos de número e da distribuição geográfica.

Os resultados obtidos confirmaram que os fatores de risco estão associados diretamente à sintomatologia depressiva perinatal. Destacaram-se a idade, o estado civil, a escolaridade, a história prévia de sintomas depressivos, a relação e apoio do parceiro, e o apoio da família/amigos. A qualidade das relações com sua rede de apoio tem impacto direto na vivência de maternidade das mulheres. São necessários mais estudos sobre esta temática, particularmente de cariz longitudinal.

O reconhecimento da depressão perinatal permite que os profissionais de saúde observem as gestantes e puérperas de risco e, em seguida, façam intervenções preventivas e clínicas.

Torna-se importante ampliar o rastreio da depressão perinatal, incluí-lo no processo do ciclo gravídico-puerperal, para viabilizar a intervenção o mais precocemente possível. A PDSS-7, é de fácil e rápida aplicação, sendo um instrumento útil para a realização do rastreio inicial, que poderá ser completado com uma entrevista. O envolvimento e colaboração dos serviços de psicologia clínica, dos de saúde familiar e de obstetrícia, pode ser necessário para que as mulheres e famílias possam ter acesso ao acompanhamento psicológico durante essa fase transitória da vida. Tal promoverá a qualidade de vida da mãe e atenuará as consequências da depressão materna sobre a família e o desenvolvimento do bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 2) Le Donne, M., Settineri, S., & Benvenga, S. (2012). Early postpartum alexithymia and risk for depression: Relationship with serum thyrotropin, free thyroid hormones and thyroid autoantibodies. *Psychoneuroendocrinology*, 37(4), 519–533. <https://doi.org/10.1016/j.psytneu.2011.08.001>
- 3) Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272–282. <https://doi.org/10.1097/00006199-200009000-00006>
- 4) Cantilino, A., Fonseca Zambaldi, C., Sougey, B., & Rennó, J. (2010). Perturbações psiquiátricas no pós-parto Postpartum psychiatric disorders. *Rev Psiq Clín*, 37(6), 278–284.
- 5) Carvalho Á.(2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- 6) Dennis, C. L., Brown, H. K., & Brennenstuhl, S. (2018). Development, Psychometric Assessment, and Predictive Validity of the Postpartum Childcare Stress Checklist. *Nursing Research*, 67(6), 439–446. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000308>
- 7) Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2019). | PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde-Ciclo 1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO. *Propsico*.
- 8) Gelaye, B., Rondon, M., Araya, R., Williams, M. A., & Author, C. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries HHS Public Access. *Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- 9) Guintivano, J., Manuck, T., & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 591–603. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
- 10) Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Simas, T. A. M., Frieder, A., Hackley, B., Indman, P., Raines, C., Semenuk, K., Wisner, K. L., Lemieux, L. A., & Author, O. G. (2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety HHS Public Access Author manuscript. *Obstet Gynecol*, 129(3), 422–430. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001902>
- 11) Krob, A. D., Godoy, J., Leite, K. P., & Mori, S. G. (2017). Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(3), 3–16. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i3.565>

- 12) Mersha, A. G., Abebe, S. A., Sori, L. M., & Abegaz, T. M. (2018). *Prevalence and Associated Factors of Perinatal Depression in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis*. <https://doi.org/10.1155/2018/1813834>
- 13) Morrell, J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., Harvey, R., Bessey, A., Cantrell, A., Dennis, C.-L., Ren, S., Ragonesi, M., Barkham, M., Churchill, D., Henshaw, C., Newstead, J., Slade, P., Spiby, H., & Stewart-Brown, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. In *HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT* (Vol. 20). <https://doi.org/10.3310/hta20370>
- 14) O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 9, pp. 379–407). Annual Reviews . <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- 15) Pereira, A. T., Barros, M., Aguiar, M. M., Azevedo, J., Marques, M., Carvalho, F., & Macedo, A. (2021). *POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE-7: A VALID AND RELIABLE SHORT VERSION BOTH FOR PORTUGAL AND BRASIL*. 16(2013), 2020.
- 16) San Martin P. , M. A., Betts, K., Kisely, S., Pecoraro, G., & Alati, R. (2019). Screening for perinatal depression and predictors of underscreening: Findings of the born in Queensland study. In *Medical Journal of Australia* (Vol. 210, Issue 1, pp. 32–37). Australasian Medical Publishing Co. Ltd. <https://doi.org/10.5694/mja2.12030>
- 17) Silveira M. , Gurgel R. , Carvalho Í., & Trindade M. (2018). *Postpartum depression in women who survived severe maternal morbidity*. <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n4/1414-462X-cadsc-1414-462X201800040020.pdf>
- 18) The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *ACOG COMMITTEE OPINION Number 757 Committee on Obstetric Practice*. 132.
- 19) Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2017.05.003>
- 20) Alves K., Pinheiro A., & Souza N. (2017, November). *Localização de Ilha de Santiago e dos postos pluviométricos instalados... | Download Scientific Diagram*. https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Localizacao-de-Ilha-de-Santiago-e-dos-postos-pluviometricos-instalados-na-cidade_fig1_326052658
- 21) Eduardo, J. (2017, February 28). *Relatório da OMS revela: Cabo Verde tem mais de 24 mil pessoas que sofrem de depressão | Portal de Angola*. <https://www.portaldeangola.com/2017/02/28/relatorio-da-oms-revela-cabo-verde-tem-mais-de-24-mil-pessoas-que-sofrem-de-depressao/>

- 22) Adler, L., Tsamir, J., Katz, R., Koren, G., & Yehoshua, I. (2019). Associations of sociodemographic and clinical factors with perinatal depression among Israeli women: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-019-2311-4>.pp.36-53
- 23) Cunha, R. V. da, Bastos, G. A. N., & Duca, Gomes. F. D. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 346–354. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>
- 24) Da, A., Arrais, R., Cristina, T., Ferreira De Araujo, C., De, R., & Schiavo, A. (2018). *Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal* *Psychological Risk Factors and Protection Associated with Postpartum Depression in Psychological Prenatal Care*. 38. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>
- 25) Direção Geral da Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- 26) Helena, E., & De Brum, M. (2017). *Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico postpartum depression: discussing the temporal criterion for the diagnosis depresión posparto: discutiendo el criterio temporal del diagnóstico*. 2, 92–100. <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p92-100>
- 27) Hidalgo Torres Lopez Jesus. (2019). *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1982-6>
- 28) Karl, M., Schaber, R., Kress, V., Kopp, M., Martini, J., Weidner, K., & Garthus-Niegel, S. (2020). Precarious working conditions and psychosocial work stress act as a risk factor for symptoms of postpartum depression during maternity leave: Results from a longitudinal cohort study. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09573-W>
- 29) Marques M., Pereira T. A., Bos S., Soares M. J., Valente J., & Macedo A. (n.d.). *Aspetos clinicos e fatores psicossociais da depressão perinatal* (pp. 23–25). Retrieved June 17, 2021, from <https://mail.google.com/mail/u/1/#search/apereira%40fmed.uc.pt/FMfcgzGkXSfqsBNjD WLVTzXDZQjvhZsq?projector=1&messagePartId=0.5>

- 30) Mohammad Redzuan, S. A., Suntharalingam, P., Palaniyappan, T., Ganasan, V., Megat Abu Bakar, P. N., Kaur, P., Marmuji, L. Z., Ambigapathy, S., Paranthaman, V., & Chew, B. H. (2020). Protocol: Prevalence and risk factors of postpartum depression, general depressive symptoms, anxiety and stress (PODSAS) among mothers during their 4-week postnatal follow-up in five public health clinics in Perak: A study protocol for a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(6), e034458. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-034458>
- 31) Rocha, N. C., Batista, E.V., E., Silva, A.A., Medeiros, V., Silveira, P.P., Pereira, G.X., Braga, M.H., & Souza, H.K. (2019). *A depressão perinatal e o impacto que as intervenções nutricionais podem ter sobre os sintomas depressivos perinatal depression and the impact interventions may have on depressive symptoms resumo*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR, 29(2), 93–107. <http://www.mastereditora.com.br/bjsc>
- 32) Pereira T. A., & Nogueira V. (n.d.). *Psiquiatria perinatal*. Retrieved June 17, 2021, from <https://mail.google.com/mail/u/1/#search/anatelmampfereira%40gmail.com/FMfcgzGkXSfqsBNjDWLVTzXDZQjhvZsq?projector=1&messagePartId=0.10>
- 33) Pereira, A.T., Xavier S., Azevedo J., Marques, C., Soares, M.J., Meneses, M.S., Marques, M. (2019). Prevalence and comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders in the postpartum.
- 34) Pereira A. T., Marques C., Xavier S., Azevedo J., Soares M.J., Bento E., (2017). Prevalence and incidence of postpartum Major Depression (DSM-5) in Portuguese women.
- 35) Rafferty, J., Mattson, G., & Earls, M. F. (2019). Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. In *Pediatrics* (Vol. 143, Issue 1, p. 20183260). www.aappublications.org/news
- 36) Registered Nurses' Association of Ontario. (2018). Assessment and Interventions for Perinatal Depression. *Registered Nurses' Association of Ontario Best Practice Guidelines*, October. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>

- 37) The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *ACOG COMMITTEE OPINION Number 757 Committee on Obstetric Practice. 132.*
- 38) Thomas, S. A., Drummond, A. E., Lincoln, N. B., Palmer, R. L., Das Nair, R., Latimer, N. R., Hackney, G. L., Mandefield, L., Walters, S. J., Hatton, R. D., Cooper, C. L., Chater, T. F., England, T. J., Callaghan, P., Coates, E., Sutherland, K. E., Eshtan, S. J., & Topcu, G. (2019). Journals Library Behavioural activation therapy for post-stroke depression: the BEADS feasibility RCT. In *Health Technology Assessment* (Vol. 23). <https://doi.org/10.3310/hta23470>
- 39) Singh, O. (2021). Insurance for mental illness in India – Great achievement but there is need to plug the loopholes. *Indian Journal of Psychiatry*, 63(6), 521. https://doi.org/10.4103/INDIANJPSYCHIATRY.INDIANJPSYCHIATRY_911_21
- 40) Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behaviour sciences* (2nd Edition), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 41) Devellis R. F (1991). *Scale development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- 42) Pallent, J. (2007). *SPSS Survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for windows* (3rd Edition), Berkshire, England: McGraw-Hill.
- 43) Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53.

Anexos

Anexo I: Questionários

Bem-estar na gravidez/ no pós-parto

I-Dados Sociodemográficos

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/19____

2. Em que país nasceu? _____

3. Qual é o seu estado civil atual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

Solteira

Viúva

Casada/ Em união de facto

Divorciada/Separada

Outro, qual?

4. Qual é o seu grau de escolaridade? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

1º Ciclo (até ao quarto ano)

2º Ciclo (até ao sexto ano)

3º Ciclo (até ao nono ano)

Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro, qual? _____

5. Qual é a sua profissão?

5.1. Situação actual perante o trabalho:

A trabalhar

Desempregada

De baixa/atestado

Outra, qual?

6. Está grávida de quantas semanas? _____ semanas

7. Quantos filhos tem? _____ filhos

II. Dados psicossociais

De seguida fazemos algumas perguntas sobre a sua **SAÚDE NO PASSADO** (até esta gravidez).

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Alguma vez teve **duas semanas ou mais** na sua vida em que se sentiu desanimada, triste, deprimida ou em baixo sem ter interesse e gosto pelas coisas?

Não Sim

Se “não”, por favor continuar na página seguinte, pergunta 2:

Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

<p>1.1. Isso afetou muito a sua vida? (ex. trabalho, tarefas domésticas, relações com família ou amigos)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> MUITÍSSIMO</p>
<p>1.2. Procurou ajuda profissional por causa disso?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p style="text-align: center;">Se “sim”, por favor indique qual:</p> <p><input type="checkbox"/> Médico de família <input type="checkbox"/> Médico psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outro Qual?</p> <p style="text-align: right;">_____</p>
<p>1.3. Tomou medicamentos por causa disso?</p>

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
1.4. Alguma vez se sentiu assim durante uma gravidez? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Esta é a primeira gravidez
1.5. Alguma vez se sentiu assim depois de um parto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Esta é a primeira gravidez

2. Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?

Não Sim

Se “sim”, por favor descreva brevemente:

(Exemplos: Ansiedade; Stresse; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afectiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

2.1. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
2.2. Alguma vez teve um período de tempo em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
2.3. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

(não preencher)

FR

3. Seguem-se algumas perguntas acerca do **ÚLTIMO ANO, incluindo esta gravidez.**

Por favor, coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

<p>3.1. No último ano, teve algum acontecimento de vida negativo que lhe causou muito stresse? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>(Exemplos: Separação/divórcio; Violência doméstica; Falecimento de um ente querido; Doença grave; Desemprego...)</p>

<p>3.2. Como descreve a relação com o seu companheiro/marido/namorado?</p>	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Má	<input type="checkbox"/> Não tenho companheiro/marido/namorado	
<p>3.3. Recebe a ajuda e o apoio emocional de que necessita da parte do seu companheiro/marido/namorado?</p>	1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre
<p>3.4. Recebe a ajuda e o apoio emocional de que necessita da parte de outros familiares ou amigos?</p>	1 <input type="checkbox"/> Nada	2 <input type="checkbox"/> Poucas vezes	3 <input type="checkbox"/> Algumas vezes	4 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	5 <input type="checkbox"/> Sempre

IV. PDSS-7 (Pereira, Barros et al., 2021)

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter **ANTES DO NASCIMENTO /APÓS O NASCIMENTO** do/a bebé. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada afirmação.

Ao completar o questionário coloque um círculo na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.

Concordo muito

Concordo

Não concordo nem

Discordo

Discordo muito

NAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS, EU...

1. senti-me um fracasso	1	2	3	4	5
2. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).....	1	2	3	4	5
3. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.....	1	2	3	4	5
4. Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.....	1	2	3	4	5
5. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).....	1	2	3	4	5
6. tenho andado muito irritável.....	1	2	3	4	5
7. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.....	1	2	3	4	5

**Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.
Muito obrigada pela sua colaboração.**

Elisângela Gomes Moreira

Aluna do 6º Ano de Medicina, Universidade de Cabo Verde em parceria com a
Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

e-mail: elisangelagomesmoreira1996@gmail.com

Telemóvel: 9156148/988694

Anexo II: Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu Elisângela Gomes Moreira, nacionalidade cabo-verdiana, portadora nº 1990414, aluna do 6ºano de Mestrado em Medicina, pela Universidade de Cabo Verde em parceria com a Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, encontro-me a realizar dissertação no âmbito da Depressão Perinatal.

Sob orientação do Doutor António Ferreira de Macedo (Professor Catedrático, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra) e Co-orientação da Doutora Maria João Soares (Professora, Faculdade de Medicina, Universidade Coimbra) e Ana Telma Pereira (Professora, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra).

O estudo a realizar é sobre Escala de Rastreio da Depressão Perinatal- Estudo psicométrico e descritivo numa amostra de mulheres cabo-verdianas. Pretende-se realizar um estudo descritivo analítico, tipo inquérito. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a participante terá que responder a um questionário. A participante terá de preencher a PDSS (Postpartum Depression Screening Scale), que é composta por 7 afirmações/itens que descrevem o modo como pode estar a sentir-se durante a gravidez/depois do nascimento do bebé. Com o presente estudo espera-se conhecer as características psicométricas da PDSS-7, que será um instrumento curto, fácil de aplicar e extremamente útil no rastreio da depressão perinatal. Pretende-se ainda conhecer as características da depressão perinatal nas mulheres cabo-verdianas atendidas nos Centros de Saúde (da Fazenda, Ponta água, Tira Chapéu, Achada Santo António e Achada Grande Trás) e no Hospital Central da Praia. Os fatores sociodemográficos e psicossociais (história prévia de perturbação mental, incluindo depressão perinatal, stress e apoio social) que estão associados. O intuito é o de diminuir a morbimortalidade do período perinatal, pois ao identificar a depressão nestas mulheres e ao encaminhá-las para uma consulta com especialistas estamos, com a intervenção atempada, simultaneamente, a facilitar a melhoria da relação mãe-filho e o desenvolvimento da criança, a diminuir o risco de suicidalidade e a melhorar a sua qualidade de vida. Sendo rastreio da depressão perinatal uma necessidade de saúde pública, espera-se implementar a escala de rastreio nos cuidados de saúde primários de forma a minimizar as consequências da depressão perinatal.

Estás a ser convidada como voluntária a participar na pesquisa: Estudo sobre a escala de rastreio da depressão perinatal- Estudo psicométrico e descritivo numa amostra de mulheres cabo-verdianas.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

A Sra. que está grávida ou já tem a criança.

Sabe-se que depressão é a morbilidade mais comum no período perinatal (PN), ou seja, desde a conceção até ao final do primeiro ano pós-parto; sendo um período marcado por grandes alterações psicológicas, biológicas e sociais. O reconhecimento das perturbações perinatais é importante, pois estas têm efeitos perniciosos a curto/ longo prazo, mas geralmente respondem ao tratamento. A longo prazo, os efeitos da depressão refletem-se em resultados insatisfatórios no desenvolvimento da criança, em divórcio, e até mesmo na perpetuação desse ciclo em gerações futuras.

Com este estudo pretende-se analisar as propriedades psicométricas (validade e fidelidade) da Escala de Rastreio da Depressão Perinatal-7, analisar o papel de variáveis sociodemográficas e obstétricas nos níveis de sintomatologia depressiva perinatal, comparar os níveis de sintomatologia depressiva perinatal da amostra de mulheres cabo-verdianas com os de amostras de mulheres portuguesas e brasileiras, obtidos no âmbito de estudos anteriores desenvolvidos no IPM. O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: um pesquisador irá aplicar um questionário que visa identificar algum grau de Depressão.

A participante pode ter acesso ao questionário, a qualquer momento através do e-mail do meu contato. O risco deste estudo é mínimo, para a Sra., já que nenhuma intervenção de qualquer natureza é prevista durante o estudo, envolvendo talvez algum constrangimento por parte do diagnóstico, mas que pode ser resolvido com explicação e com o benefício, caso tenha a suspeita de diagnóstico de Depressão, de ser orientada quanto ao acompanhamento necessário. O encaminhamento será feito através das orientações e sensibilizações para marcação da consulta com um especialista.

Solicitamos que nos autorize a utilizar as suas respostas em conjunto com os de outros casos em análise estatísticas e fazer a transferência para Portugal para os orientadores para concretizarmos o trabalho. As suas resposta serão usados apenas na elaboração deste estudo de investigação e divulgação científica, não trazendo qualquer prejuízo para si.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A senhora será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspeto que desejar e a qualquer momento. A senhora é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com sigilo absoluto, de acordo com as leis vigentes no nosso país. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. A senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a senhora.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR

EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para a Senhora, bem como não haverá nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE PELA PARTICIPAÇÃO:

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima, de forma clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Data: __/__/__

Contatos da investigadora:

9156148/elisangelagomesmoreira1996@gmail.com

Anexo III: Autorização da Comit  de  tica Em Pesquisa Para a Saúde



Ministério
da Saúde

COMIT  NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE
(CNEPS)

DESPACHO N  31/2021

Tendo a promotora do projeto de pesquisa, "Escala de Rastreo da Depressão Perinatal- Estudo psicométrico e descritivo numa amostra de mulheres cabo-verdianas" cumprindo os requisitos exigidos pela Delibera o n  62/2021 do Comit  Nacional de  tica em Pesquisa para a Saúde;

Tendo o Comit  delegado no Presidente a aprova o final dos projetos aprovados condicionalmente, quando se trata, apenas, de regulariza o de natureza administrativa;

Assim:

É autorizada a Sra. Elisangela Gomes Moreira a desenvolver o projeto de pesquisa "Escala de Rastreo da Depressão Perinatal- Estudo psicométrico e descritivo numa amostra de mulheres cabo-verdianas" de acordo o protocolo de Pesquisa submetido ao CNEPS.

A promotora do estudo deverá informar, regularmente, ao CNEPS sobre a implementa o do projeto em apreço.

Praia, 22 de 11 de 2021

Pelo Comit  de  tica em Pesquisa para a Saúde

O Presidente do CNEPS

/José Antonio dos Reis



