



VALIDAÇÃO PRELIMINAR DO INVENTÁRIO DE RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO CONTEXTO ANGOLANO

PRELIMINARY VALIDATION OF THE POSTPARTUM DEPRESSION RISK INVENTORY IN THE ANGOLAN CONTEXT

Etelvino de Matos ^{1*}; Angelina Constantino ²

¹ Instituto Superior Politécnico Tundavala. Huíla-Angola. ² Maternidade Irene Neto. Huíla-Angola. * Email para correspondência: etelvinoaadematos@isptundavala.ao.

RESUMO

O presente estudo teve como objectivo desenvolver e validar preliminarmente o Inventário de Risco de Depressão Pós-Parto (IR-DP) para o contexto angolano. A amostra foi composta por 100 gestantes atendidas no Hospital Maternidade Irene Neto, Lubango. O instrumento, composto por 17 itens tipo Likert (0–3), foi analisado quanto à validade factorial, consistência interna e definição de pontos de corte. A Análise Factorial Exploratória revelou quatro componentes com eigenvalues > 1, explicando 64,78% da variância total, sustentando um factor geral de risco depressivo peripuerperal. As cargas factoriais variaram entre 0,426 e 0,802; KMO = 0,91 e Bartlett $p < 0,001$ confirmaram a adequação amostral. O alfa de Cronbach foi de 0,919, indicando excelente fiabilidade. Os pontos de corte foram definidos por Média ± 1 DP (14,43 $\pm 10,17$), originando as categorias: ausência (0–4), leve (5–14), moderado (15–24) e elevado (≥ 25). Os resultados evidenciam propriedades psicométricas robustas e sugerem que o IR-DP é um instrumento promissor para rastreio precoce da depressão pós-parto em Angola.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Psicometria, Saúde mental materna

ABSTRACT

This study aimed to develop and preliminarily validate the Postpartum Depression Risk Inventory (IR-DP) for the Angolan context. The sample comprised 100 pregnant women from Irene Neto Maternity Hospital, Lubango. The 17-item Likert-scale instrument (0–3) was evaluated for factorial validity, internal consistency, and cutoff definition. Exploratory Factor Analysis revealed four components with eigenvalues > 1, explaining 64.78% of total variance, supporting a general peripartum depressive risk factor. Factor loadings ranged from 0.426 to 0.802; KMO = 0.91 and Bartlett $p < 0.001$ confirmed sampling adequacy. Cronbach's alpha was 0.919, indicating excellent reliability. Cutoff scores were defined by Mean ± 1 SD (14.43 ± 10.17), yielding categories: no risk (0–4), mild (5–14), moderate (15–24), and high (≥ 25). Findings demonstrate strong psychometric properties, suggesting that the IR-DP is a promising tool for early screening of postpartum depression in Angola.

Keywords: Postpartum depression, Psychometrics, Maternal mental health

Introdução

A depressão pós-parto (DPP) constitui uma perturbação afectiva com início geralmente - mas nem sempre - nas primeiras semanas após o parto, caracterizada por tristeza persistente, anedonia, sentimentos de culpa, alterações do sono e do apetite, fadiga e, em casos mais graves, ideação suicida (O'Hara & McCabe, 2013; American Psychiatric Association [APA], 2022). A sua prevalência global situa-se entre 10% e 20% das puérperas, podendo atingir valores superiores em contextos de vulnerabilidade socioeconómica, escasso apoio social e sistemas de saúde fragilizados (Fisher et al., 2012; Shorey et al., 2018). Na África subsaariana, estudos apontam prevalências entre 18% e 30% (Woldetensay et al., 2021), revelando a magnitude deste problema de saúde pública e a urgência de respostas baseadas em evidência local.

Em Angola, a DPP tem sido pouco estudada, permanecendo subdiagnosticada e frequentemente confundida com reacções emocionais “normais” ao período pós-parto. Essa invisibilidade é agravada pela escassez de instrumentos psicométricos validados para o contexto nacional, o que limita a triagem precoce e a intervenção psicológica adequada. O reconhecimento precoce do risco depressivo, ainda durante a gestação, é fundamental para prevenir quadros graves e reduzir impactos sobre o desenvolvimento infantil, o vínculo mãe-bebé e a dinâmica familiar (Robertson et al., 2004; Beck, 2016).

A literatura evidencia que o desenvolvimento da DPP resulta da interação entre factores biológicos (alterações hormonais abruptas), psicológicos (história prévia de depressão, baixa auto-eficácia materna, ansiedade) e sociais (apoio conjugal deficiente, violência doméstica, pobreza) (Milgrom et al., 2019; O'Hara, 2009). Além disso, aspectos culturais podem influenciar tanto a expressão emocional quanto a busca de ajuda, tornando inadequada a simples aplicação de instrumentos estrangeiros traduzidos (van de Vijver & Tanzer, 2004). Nesse sentido, a validação cultural é um processo indispensável para assegurar que os itens de um instrumento reflectam, de facto, a experiência psicológica das mulheres no contexto angolano.

Diversos instrumentos internacionais têm sido utilizados na triagem da DPP, como a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987), o Postpartum Depression Screening Scale (PDSS; Beck & Gable, 2002) e o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001). Embora amplamente estudados, esses instrumentos foram desenvolvidos em contextos culturais distintos, o que pode comprometer a sua validade transcultural e a precisão diagnóstica quando aplicados em populações africanas sem devida adaptação (Gureje et al., 2019). Estudos mostram que diferenças linguísticas e, principalmente, simbólicas - como a forma de expressar

sofrimento emocional - podem alterar significativamente as respostas (Woldetensay et al., 2021). Assim, torna-se necessário desenvolver instrumentos construídos e validados localmente, garantindo sensibilidade às dimensões socioculturais e linguísticas de Angola.

Neste contexto, o presente estudo propôs o desenvolvimento e a validação preliminar do Inventário de Risco de Depressão Pós-Parto (IR-DP), construído com base em evidências empíricas e ajustado às particularidades linguísticas e culturais do contexto angolano. O IR-DP foi elaborado como um instrumento de rastreio simples, de aplicação rápida e de interpretação intuitiva, destinado à identificação precoce do risco depressivo em gestantes e puérperas atendidas em serviços de saúde. Pretende-se que este inventário contribua não apenas para a investigação científica, mas também para a prática clínica e o desenho de políticas públicas em saúde materna. Para tal, foram traçados os seguintes objectivos de pesquisa:

Objectivo Geral: desenvolver e validar o Inventário de Risco de Depressão Pós-Parto (IR-DP) no contexto angolano.

Objectivos Específicos

Avaliar a validade de conteúdo do IR-DP;

Verificar a estrutura factorial do IR-DP;

Avaliar a consistência interna do IR-DP;

Estabelecer pontos de corte preliminares com base na distribuição dos escores totais.

Metodologia

O presente trabalho corresponde a um estudo instrumental de natureza quantitativa, inserido no campo da Psicometria. Trata-se de um estudo transversal e exploratório, voltado à avaliação da validade de conteúdo, estrutura factorial e consistência interna do instrumento. A opção por esta abordagem justifica-se pela necessidade de assegurar que as propriedades psicométricas do inventário sejam adequadas antes da sua aplicação em estudos de maior escala (Pasquali, 2010; DeVellis, 2017). Nesse contexto, o estudo foi realizado obedecendo as seguintes fases:

1. Elaboração do Instrumento: a construção do IR-DP baseou-se na revisão de literatura sobre a depressão pós-parto e os seus factores de risco. Foram analisados instrumentos consagrados internacionalmente, como a Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al., 1987) e o Postpartum Depression Screening Scale (Beck & Gable, 2002), bem como investigações



africanas que evidenciam diferenças culturais na expressão dos sintomas (Woldetensay et al., 2021). A partir dessa base, e incorporando a estrutura e alguns dos itens adaptados do Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996), elaboraram-se 17 itens, redigidos em português claro e culturalmente adequado, contemplando sintomas afectivos, cognitivos e somáticos da depressão pós-parto. As respostas foram organizadas em uma escala tipo Likert de quatro pontos (0 = nunca; 3 = quase sempre), reflectindo a frequência e intensidade dos sintomas experienciados. O somatório das pontuações fornece um índice total de risco, em que valores mais elevados correspondem a maior vulnerabilidade à depressão pós-parto.

2. Validação de Conteúdo: a validade de conteúdo foi examinada por três juízes especialistas em Psicologia Clínica e Saúde Materna, que avaliaram cada item segundo três critérios: clareza, relevância e adequação cultural. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado conforme Lynn (1986).

3. Participantes: amostra foi constituída por 100 mulheres grávidas acompanhadas em serviços de saúde do município do Lubango, província da Huíla. A amostragem foi por conveniência, contemplando apenas gestantes que aceitaram participar voluntariamente, mediante consentimento informado. Os critérios de inclusão foram: (a) estar em gestação no momento da recolha; (b) compreender o português falado; (c) não apresentar diagnóstico de perturbação mental grave; (d) aceitar participar voluntariamente. Este perfil é coerente com o contexto populacional e com estudos semelhantes conduzidos em países africanos de rendimento médio-baixo, onde o rastreio psicológico em saúde materna ainda é incipiente (Gelaye et al., 2016).

4. Procedimentos de Recolha de Dados: a recolha dos dados foi realizada durante consultas pré-natais em unidades públicas de saúde, em ambiente reservado. As participantes responderam presencialmente ao questionário em papel, com acompanhamento de assistentes de investigação para esclarecimento de dúvidas. O tempo médio de resposta foi de 10 a 15 minutos. O estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) e aprovado pelo Comité de Ética Institucional do Instituto Superior Politécnico Tundavala. Assegurou-se a confidencialidade, o anonimato e o direito de desistência a qualquer momento.

5. Análise Estatística: os dados foram analisados com o IBM SPSS Statistics (versão 26.0), utilizando-se as seguintes etapas: 1. Análise descritiva dos itens: médias, desvios-padrão e variabilidade para identificar distribuição e desempenho de cada item; 2. Análise Factorial Exploratória (AFE): método de componentes principais com rotação Varimax, considerando

autovalores > 1 e variância explicada cumulativa $\geq 60\%$ (Hair et al., 2019); 3. Consistência interna: estimada pelo alfa de Cronbach, sendo valores $\geq 0,70$ aceitáveis e $\geq 0,90$ excelentes (Nunnally & Bernstein, 1994). 4. Correlação item-total: análise das correlações corrigidas e impacto da eliminação de itens sobre o alfa global; 5. Definição preliminar dos pontos de corte: baseada na distribuição empírica dos escores totais.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 100 mulheres gestantes atendidas no Hospital Maternidade Irene Neto, Lubango, com idades entre 15 e 42 anos ($M = 25,37$; $DP = 6,48$). A maioria encontrava-se no 3.º trimestre (52%), 31% no 2.º e 17% no 1.º trimestre. Quanto ao estado civil, 64% estavam em união estável, 23% solteiras e 13% casadas. A escolaridade predominante foi o 1.º ciclo do ensino secundário (48%), seguida do ensino primário (27%), 2.º ciclo do secundário (17%) e formação superior (8%). A renda média familiar situou-se entre 60.000–120.000 Kz, sinalizando vulnerabilidade económica. Essas características sociodemográficas são relevantes para interpretar os resultados na medida em que a literatura mostra que idade jovem, baixo nível de escolaridade e condições socioeconómicas adversas elevam o risco de sintomatologia depressiva perinatal (O'Hara & McCabe, 2013; Biaggi et al., 2016). O facto de ter sido obtida uma concentração da amostra em faixas etárias e níveis educacionais semelhantes aos reportados em estudos africanos facilita comparações e sugere que os padrões observados no IR-DP reflectem determinantes sociais presentes no contexto local (Peltzer et al., 2018).

Os resultados descritivos do IR-DP indicaram média = 14,43 ($DP = 10,17$), intervalo 0–51, com ligeira assimetria à direita ($sk = 0,62$). Essa média situa-se em patamar de risco moderado, o que condiz com estudos em contextos de vulnerabilidade onde as médias de sintomas tendem a ser superiores às observadas em amostras de maior rendimento socioeconómico (Sawyer et al., 2010). A assimetria positiva e a presença de um subgrupo com pontuações elevadas reforçam a necessidade de triagem atenta em serviços de saúde materna.

A Análise Factorial Exploratória (AFE) com rotação Varimax identificou quatro componentes (eigenvalues > 1) que explicaram $\approx 64,78\%$ da variância total. Não obstante, a consistência teórica dos itens levou à interpretação de um factor geral de risco depressivo peripuerperal, dado que as cargas se concentraram num domínio latente central (cargas entre 0,426 e 0,802). Resultados com essas características são compatíveis com a evidencia acumulada: medidas de rastreio da depressão perinatal frequentemente exibem estrutura multifactorial (componentes

afectivos, ansiosos, somáticos e cognitivos), mas com um factor geral dominante que justifica o uso do escore total para triagem (Cox et al., 1987; Beck, 2001). A variância explicada (> 60%) e a clareza das cargas após rotação sustentam validade de constructo preliminar (Hair et al., 2019). A adequação da matriz de correlações foi confirmada por KMO = 0,91 e Bartlett $p < 0,001$, indicadores que garantem bom suporte empírico para a AFE (Field, 2018; Hair et al., 2019). A presença de comunalidades acima de 0,40 para todos os itens reforça que cada item partilha variância substantiva com os factores extraídos, diminuindo a probabilidade de itens espúrios ou não representativos.

Quanto à fiabilidade, o alfa de Cronbach = 0,919 evidencia consistência interna excelente, alinhada com critérios clássicos de interpretação (Nunnally & Bernstein, 1994; Tavakol & Dennick, 2011). Esse nível de alfa é comparável às adaptações bem-sucedidas de instrumentos de rastreio perinatal (p. ex., EPDS) e indica que o conjunto de 17 itens do IR-DP forma uma escala coesa para uso de triagem (Cox et al., 1987; Santos et al., 2015). As correlações item-total corrigidas (0,44–0,78) confirmam que todos os itens contribuem positivamente; nenhum item demonstrou fragilidade estatística que justificasse remoção imediata, embora itens com cargas menores devam ser monitorados em validações futuras.

Para operacionalizar a interpretação clínica, adoptou-se o critério Média ± 1 DP (14,43 \pm 10,17), resultando em limites aproximados de 4,27 (inferior) e 24,60 (superior). A partir daí definiram-se as categorias: ausência de risco (0–4); risco leve (5–14); risco moderado (15–24); risco elevado (≥ 25). Esta estratégia, amplamente utilizada em estudos psicométricos exploratórios quando não existem normas locais, equilibra objectividade estatística e utilidade clínica (Pasquali, 2010; DeVellis, 2017). A categorização permite distinguir gestantes sem sintomatologia relevante daquelas que requerem avaliação complementar. Ressalta-se, contudo, que estes pontos de corte são preliminares e devem ser refinados mediante estudos de validade criterial (ex.: comparação clínica e curvas ROC) para estabelecer sensibilidade e especificidade adequadas ao contexto local.

A distribuição observada entre as categorias - com proporção considerável nas faixas leve e moderada - é coerente com resultados em contextos socioeconómicos comparáveis, onde prevalências de sintomatologia perinatal em níveis clinicamente relevantes variam amplamente e tendem a ser maiores em populações vulneráveis (Gausia et al., 2009; Peltzer et al., 2018). O perfil sociodemográfico (idade jovem, baixa escolaridade, fragilidade económica e menor suporte conjugal em subgrupos) associa-se à maior probabilidade de pontuação elevada no IR-

DP, evidenciando a importância de abordagens integradas que considerem determinantes sociais da saúde mental perinatal (Biaggi et al., 2016; Gelaye et al., 2016).

Em termos práticos, os resultados validam o potencial do IR-DP como instrumento de rastreio em unidades de atenção primária e serviços pré-natais em Angola, por combinar robustez psicométrica preliminar e adaptação linguística/cultural. No entanto, a literatura recomenda cautela: instrumentos de triagem não substituem avaliação clínica e devem ser acompanhados por protocolos de encaminhamento e intervenção (WHO, 2017; O'Hara & McCabe, 2013). Ademais, a tradução dos resultados em ações depende de capacitação profissional, integração em rotinas clínicas e existência de recursos para intervenção psicossocial.

Conclusões e Recomendações

Os resultados deste estudo demonstram que o Inventário de Risco de Depressão Pós-Parto (IR-DP) apresenta propriedades psicométricas preliminares robustas e adequadas ao contexto angolano. A validade de conteúdo atingiu níveis satisfatórios, confirmando a clareza, pertinência e adequação cultural dos itens. A análise factorial exploratória revelou uma estrutura com quatro componentes e um factor geral dominante, o que sustenta a utilização do escore total como medida global de risco depressivo peripuerperal. A consistência interna elevou-se a níveis excelentes ($\alpha = 0,919$), reforçando a fiabilidade do instrumento para fins de rastreio. Além disso, os pontos de corte definidos a partir da distribuição empírica dos escores permitem uma categorização clínica preliminar útil para identificar diferentes níveis de vulnerabilidade psicológica durante a gestação.

Em conjunto, os dados confirmam que o IR-DP constitui um instrumento promissor, sensível às especificidades socioculturais e linguísticas de Angola, capaz de apoiar profissionais de saúde na detecção precoce de sinais depressivos e na orientação de intervenções adequadas. Contudo, trata-se de uma validação preliminar, realizada com uma amostra restrita e obtida por conveniência, o que impõe cautela na generalização dos resultados. A ausência de comparação com critérios clínicos externos e a inexistência de análise de validade criterial (por exemplo, curvas ROC, sensibilidade e especificidade) limitam, nesta fase, a precisão diagnóstica do instrumento.

Deste modo, recomenda-se a realização de estudos subsequentes com amostras maiores e mais diversificadas, incluindo gestantes e puérperas de diferentes províncias, faixas socioeconómicas e contextos culturais, a fim de fortalecer a validade externa do IR-DP. Sugere-se igualmente a



condução de análises de validade concorrente e preditiva, em comparação com medidas reconhecidas internacionalmente, bem como a aplicação de entrevistas clínicas estruturadas que permitam aferir a exactidão diagnóstica dos pontos de corte propostos. A análise da estabilidade temporal (teste–reteste) e a investigação de possíveis diferenças transculturais internas (variantes linguísticas regionais, diferenças urbanas/rurais) constituem passos fundamentais para consolidar a fiabilidade e a sensibilidade do instrumento.

No plano prático, recomenda-se a integração do IR-DP nas rotinas de vigilância pré-natal e no acompanhamento pós-parto em unidades públicas e privadas, sobretudo nos níveis primários de atenção à saúde. Para tal, é essencial capacitar profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, psicólogos, parteiras e médicos de família, para aplicação, interpretação e encaminhamento adequado de casos identificados com risco moderado ou elevado. A implementação deve incluir protocolos claros de referência para serviços de saúde mental, mecanismos de *follow-up* e articulação interdisciplinar entre psicologia, obstetrícia e serviço social. Adicionalmente, recomenda-se que o IR-DP seja incorporado em programas de saúde materna e estratégias governamentais orientadas à prevenção de transtornos mentais perinatais, contribuindo para a redução de impactos negativos sobre mães, bebés e famílias.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; *DSM-5-TR*). American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. Psychological Corporation.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272–282. <https://doi.org/10.1097/00006199-200009000-00002>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Sage Publications.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139–149. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The 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)
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- O’Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Pasquali, L. (2010). *Psicométrica: Teoria dos testes na psicologia e na educação* (3.ª ed.). Vozes.

- Peltzer, K., Pengpid, S., & Krezdorn, N. (2018). Antenatal and postnatal depression and associated factors in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 240, 452–467. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.028>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? *Critical Care Nurse*, 29(5), 52–57.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Lau, Y., Dennis, C.-L., & Chan, Y. H. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54(2), 119–135. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>
- World Health Organization. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://iris.who.int/handle/10665/268312>
- World Health Organization. (2017). *Maternal mental health and child health and development in low- and middle-income countries*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597142>
- Woldetensay, Y. K., et al. (2021). *The effect of maternal depressive symptoms on infant feeding practices in rural Ethiopia: community based birth cohort study*. *International Breastfeeding Journal*, 16, 27. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00375-0>

