

Barreiras de acesso a tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de atenção primária: um modelo preditivo¹

Pablo Martínez²
Paul A. Vöhringer³
Graciela Rojas⁴

Objetivo: desenvolver um modelo preditivo para avaliar os fatores que modificam o acesso a tratamento para a DPP. **Métodos:** estudo prospectivo com mães que participaram do acompanhamento da saúde da criança em centros de atenção primária. Na avaliação inicial e durante 3 meses, foram registrados: dados sociodemográficos, gineco-obstétricos, dados sobre o uso dos serviços, sintomas depressivos de acordo com a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e qualidade de vida de acordo com o Questionário de Saúde SF-36. O diagnóstico de depressão foi feito com o MINI. Foram acompanhadas as mães que tinham DPP na avaliação inicial. **Resultados:** foi construído um modelo estatístico para determinar os fatores que impediram o acesso a tratamento, constituído por: item 2 da EPDS (OR 0,43, IC95%: 0,20-0,93) e 5 (OR 0,48, IC95%: 0,21-1,09), e história prévia de tratamento para depressão (OR 0,26, IC95%: 0,61-1,06). Área sob a curva ROC para o modelo=0,79; valor de p para o teste de Hosmer-Lemeshow=0,73. **Conclusão:** foi elaborado um perfil simples, bem padronizado e preciso, que recomenda que os/as enfermeiros/as estejam atentos/as àquelas mães com DPP que apresentem anedonia baixa/nula (item 2 da EPDS), pânico/medo escasso/nulo (item 5 da EPDS) e sem antecedentes de depressão, já que é provável que estas mulheres não entrem em tratamento.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

¹ Apoio financeiro da Iniciativa Científica Milenio, Chile, processo nº IS130005 e do Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, Chile, processo nº 1130230.

² Doutorando, Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile. Pesquisador Assistente, Departamento de Psiquiatria y Salud Mental, Hospital Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

³ PhD, Professor Asociado, Departamento de Psiquiatria y Salud Mental, Hospital Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁴ PhD, Professor Titular, Departamento de Psiquiatria y Salud Mental, Hospital Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introdução

A depressão pós-parto (DPP) é um problema de saúde pública de escala mundial⁽¹⁾. É a condição psiquiátrica mais comum durante o pós-parto⁽²⁾ e há um extenso registro sobre o grau de incapacidade que pode chegar a provocar na mãe⁽³⁾, sua associação com o atraso no desenvolvimento infantil e com distúrbios de comportamento na vida adulta dos descendentes⁽⁴⁾.

No Chile, estudos que utilizaram critérios padronizados de diagnóstico constataram uma prevalência de DPP em torno de 20%, na atenção primária à saúde (APS) do sistema público de saúde⁽⁵⁾. Em contrapartida, um estudo utilizando a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), validada no Chile⁽⁶⁾, indicou que 41,3% das mães que são atendidas nos consultórios, são acometidas por intensa sintomatologia depressiva entre 2 e 3 meses pós-parto⁽⁷⁾, ou seja, sob risco de sofrer de DPP.

Ainda que uma proporção significativa de mães usuárias da APS apresentem alto risco e que a importância da saúde materno-infantil leve a um contato maior com os centros de saúde neste período, os transtornos depressivos geralmente não são detectados ou tratados⁽⁸⁾, apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes⁽⁹⁾.

Diante disso, o Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾ propôs a detecção precoce da DPP, preconizando uma triagem universal na APS, de modo que a EPDS seja aplicada por profissionais de enfermagem no acompanhamento das crianças e mulheres durante o pós-parto. No entanto, as taxas de tratamento continuam sendo baixas.

A este respeito, a literatura nacional tem evidenciado a presença de barreiras de acesso aos serviços de saúde para mães deprimidas, constatando a necessidade da formação de recursos humanos na APS, para alcançar uma maior fidelidade às diretrizes ministeriais e exercer um controle mais rigoroso das mulheres em risco⁽¹¹⁾.

Considera-se que a construção de um modelo preditivo para identificar os fatores que modificam o acesso a tratamento possa ser útil para a redução das falhas no tratamento da DPP, através da estratégia de utilização dos recursos humanos disponíveis no sistema público de saúde e, especificamente, reforçando o papel dos enfermeiros na detecção da DPP, durante os exames de rotina.

Não existem estudos no contexto local, que tenham investigado este aspecto na atualidade.

O objetivo deste estudo foi desenvolver um modelo preditivo, para avaliar os fatores que modificam o acesso a tratamento para DPP na APS.

Método

Estudo de coorte prospectivo. A amostra foi constituída por todos os centros de saúde da APS, localizados nos municípios da Região Metropolitana (RM) do Chile (n=120). Foi selecionada a unidade de saúde da APS que registrou o maior número de acompanhamentos de saúde em crianças a partir de 2 meses, em cada um dos seis Serviços de Saúde da RM, de acordo com os dados administrativos do Ministério da Saúde, no período entre janeiro e setembro de 2012. Desta forma, a amostra foi composta por seis unidades municipais de APS da RM do Chile. Isto se deve ao fato dos dados administrativos do Ministério da Saúde não serem discriminados por mês.

Durante os meses de janeiro e fevereiro de 2013, foram consecutivamente recrutadas as mães que participavam do acompanhamento da saúde da criança, do segundo ao sexto mês pós-parto, nos centros de saúde selecionados. Após o exame de rotina, a equipe do estudo incluiu as usuárias que deram seu consentimento informado, que eram maiores de 18 anos, não tinham deficiência intelectual e que podiam ser contatadas por telefone. Todas as mulheres aceitaram participar de forma voluntária.

Uma semana depois, foi realizada uma entrevista estruturada por telefone (diagnóstico inicial), que avaliou: antecedentes sociodemográficos, dados ginecológico-obstétricos e perinatais, sintomatologia depressiva, de acordo com a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)⁽⁷⁾, confirmação do diagnóstico atual de Episódio Depressivo Grave no pós-parto (DPP), de acordo com a entrevista psiquiátrica estruturada MINI⁽¹²⁾ e a qualidade de vida, de acordo com o Questionário de Saúde SF-36⁽¹³⁾.

A amostra final utilizada para a coleta e análise dos dados deste estudo, incluiu apenas as mulheres nas quais a DPP foi confirmada, de acordo com o MINI, no diagnóstico inicial.

Definição de variável dependente

Após três meses, foram revisados os registros médicos das usuárias com DPP (avaliação de acompanhamento), considerando-se como sem acesso a tratamento: se após o diagnóstico inicial, não foi registrada a realização de qualquer consulta de saúde mental no consultório (variável dicotômica).

Definição das variáveis independentes

Para determinar as variáveis preditoras da falta de acesso a tratamento em mães com DPP na APS, foi realizada uma revisão da literatura⁽¹⁴⁻²¹⁾. Deste modo, as

seguintes variáveis foram selecionadas como potenciais preditoras: idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional atual, com quem vive na casa, número de filhos, planejamento da última gravidez, ajuda no cuidado do bebê, história de tratamentos prévios de depressão, sintomas depressivos (pontuação total da EPDS e pontuação em cada item desse instrumento) e qualidade de vida (de acordo com as dimensões do SF-36).

Todas as variáveis que foram significativas com valor de $p < 0,1$, na análise de regressão logística univariada, foram inseridas no modelo multivariado utilizando uma técnica de seleção regressiva (*backward*), para a obtenção do modelo preditivo multivariado mais parcimonioso. Para medir o grau de precisão do modelo preditivo, ou seja, a quantificação da correspondência entre a probabilidade prevista e a observada, foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow. Para avaliar a capacidade de discriminação do modelo, ou seja, a probabilidade de ser capaz de identificar um caso de DPP em um par de observações colhidas aleatoriamente, foi utilizada a área sob a curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*). As análises estatísticas foram realizadas com o programa Stata 12.0⁽²²⁾. Todas as estimativas foram apresentadas em conjunto, com intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Resultados

A amostra inicial foi de 305 mulheres. No diagnóstico inicial, a DPP foi confirmada em 63 delas (20,7%), as quais formaram a amostra final para a análise. Na avaliação de acompanhamento, foi possível acessar os registros médicos de todas as mulheres da amostra final, portanto, não houve perda de dados.

Como observado na Tabela 1, as participantes com DPP tinham uma média de idade de 27,6 anos (Desvio Padrão [DP] de 6,5 anos), a maioria era solteira (58,7%, IC95%: 46,2-71,2) e com ensino médio completo (50,8%, IC95%: 38,1-63,5). Na época da avaliação, 47,6% (IC 95%: 34,9-60,3) viviam em casa com seu parceiro, e mais da metade se dedicava às tarefas domésticas (60,3%, IC95%: 47,9-72,7). Quase a metade (46%, IC95%: 33-59) das mulheres admitiu ter sido tratada por causa de episódios depressivos anteriores. Das 63 mulheres com PPD, 79,4% (IC95%: 69,1-89,6) não haviam tido acesso ao tratamento após três meses.

Tabla 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra, agrupadas por tipo de acesso a tratamento. Santiago, Região Metropolitana, Chile, 2012-2013*†

Variável		Amostra analisada total (n = 63)	Acesso a tratamento 20,6% (n = 13)	Sem acesso a tratamento 79,4% (n = 50)	Diferença entre médias ou RR (IC95%)‡
Idade (anos)		27,6 (6,5)	29,6 (6,9)	27,1 (6,4)	2,56 (-1,47, 6,58)
Número de filhos		2,2 (1,1)	2,4 (1,1)	2,1 (1,1)	0,28 (-0,41, 0,98)
Estado civil	Solteira	37 (58,7)	9 (24,3)	28 (75,7)	0,89 (0,70, 1,14)
	Coabitante	8 (12,7)	0 (0)	8 (100)	1,31 (1,13, 1,52)
	Casada	11 (17,5)	3 (27,3)	8 (72,7)	0,90 (0,61, 1,32)
	Separada	7 (11,1)	1 (14,3)	6 (85,7)	1,09 (0,78, 1,52)
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	4 (6,3)	1 (25)	3 (75)	0,94 (0,53, 1,68)
	Ensino Fundamental completo	5 (7,9)	2 (40)	3 (60)	0,74 (0,36, 1,53)
	Ensino Médio incompleto	10 (15,9)	2 (20)	8 (80)	1,01 (0,72, 1,42)
	Ensino Médio completo	32 (50,8)	4 (12,5)	28 (87,5)	1,23 (0,95, 1,60)
	Superior	12 (19)	4 (33,3)	8 (66,7)	0,81 (0,53, 1,23)
Ocupação atual	Dona de casa	38 (60,3)	9 (23,7)	29 (76,3)	0,91 (0,71, 1,16)
	Estudante	1 (1,6)	0 (0)	1 (100)	1,27 (1,11, 1,44)
	Trabalhando	23 (36,5)	3 (13)	20 (87)	1,16 (0,91, 1,47)
	Aposentada	1 (1,6)	1 (100)	0 (0)	0
Vive com	Parceiro	30 (47,6)	3 (10)	27 (90)	1,29 (1,00, 1,67)
	Pais	19 (30,2)	6 (31,6)	13 (68,4)	0,81 (0,58, 1,13)
	Só com os filhos	8 (12,7)	2 (25)	6 (75)	0,94 (0,62, 1,43)
	Outros	6 (9,5)	2 (33,3)	4 (66,7)	0,83 (0,46, 1,48)
Gravidez planejada		19 (30,2)	1 (5,3)	18 (94,7)	1,30 (1,06, 1,61)
Recebe ajuda para cuidar do bebê		39 (61,9)	32 (82,1)	7 (17,9)	0,91 (0,70, 1,20)
Tratamentos prévios de depressão		29 (46)	9 (31)	20 (69)	0,78 (0,59, 1,03)

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variável	Amostra analisada total (n = 63)	Acesso a tratamento 20,6% (n = 13)	Sem acesso a tratamento 79,4% (n = 50)	Diferença entre médias ou RR (IC95%) [‡]
EPDS (pontuação total) [§]	16,4 (4,4)	18,3 (4,7)	15,9 (4,2)	2,39 (-0,27, 5,05)
Componente físico resumido	47,1 (10)	43,2 (8,7)	48,1 (10,2)	-4,83 (-10,99, 1,33)
Componente mental resumido	24,4 (10,6)	22,9 (5,5)	24,8 (11,6)	-1,88 (-8,5, 4,75)

* Os dados são Média (DP) ou n (%).

† Nesta apresentação foram omitidas a pontuação detalhada de cada item da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e as dimensões não resumidas (resumo) do Questionário de Saúde SF-36.

‡ As diferenças das médias foram utilizadas para as variáveis contínuas e o Risco Relativo (RR), para as variáveis dicotômicas ou categóricas

§ EPDS, pontuação de 0 a 30.

|| Resumo das dimensões do Questionário de Saúde SF-36, pontuação de 0 a 100. Quanto maior a pontuação, melhor o estado de saúde.

As seguintes variáveis foram incluídas no modelo preditivo de regressão logística multivariada, as quais obtiveram significância estatística fixada ($p < 0,1$) na avaliação univariada: planejamento da gravidez, história de tratamentos prévios de depressão, pontuação total da EPDS, item 2 da EPDS ("anedonia durante a última semana"), item 5 da EPDS ("pânico ou medo durante a última semana"), dimensão do funcionamento físico do SF-36 e dimensão de saúde geral do SF-36.

Depois de aplicar a técnica de seleção das variáveis regressivas, o modelo final incluiu os seguintes fatores que impediam o acesso a tratamento:

1. História prévia de tratamentos de depressão.

2. Item 2 da EPDS, presença de anedonia durante a última semana.

3. Item 5 da EPDS, presença de pânico ou medo durante a última semana.

Observa-se que em conjunto, as variáveis incluídas classificam corretamente 82,5% do total de casos, caracterizado por ter uma sensibilidade elevada (96%),

uma especificidade de 30,8%, um elevado valor preditivo positivo (PPV) de 84,2% e um bom valor preditivo negativo (NPV) de 66,7%.

Ao avaliar o comportamento do modelo preditivo na amostra analisada, com uma prevalência de sem acesso a tratamento de 79,4%, foi obtido um VPP de 91,9%, demonstrando uma alta probabilidade de que as mulheres apresentam a condição, ou seja, de que elas não têm acesso a tratamento, conforme previsto pelo conjunto de variáveis. Por outro lado, o VPL obtido foi baixo (38,5%), sugerindo que um resultado negativo no modelo preditivo é de pouca utilidade para determinar se as mães com DPP têm acesso a tratamento.

A precisão do modelo é boa, uma vez que o grau de incompatibilidade entre a probabilidade predita e a observada não alcançou os níveis significativos, de acordo com o teste de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,73$), e a área sob a curva ROC (auROC=0,79) sugere uma boa capacidade de discriminação (Figura 1).

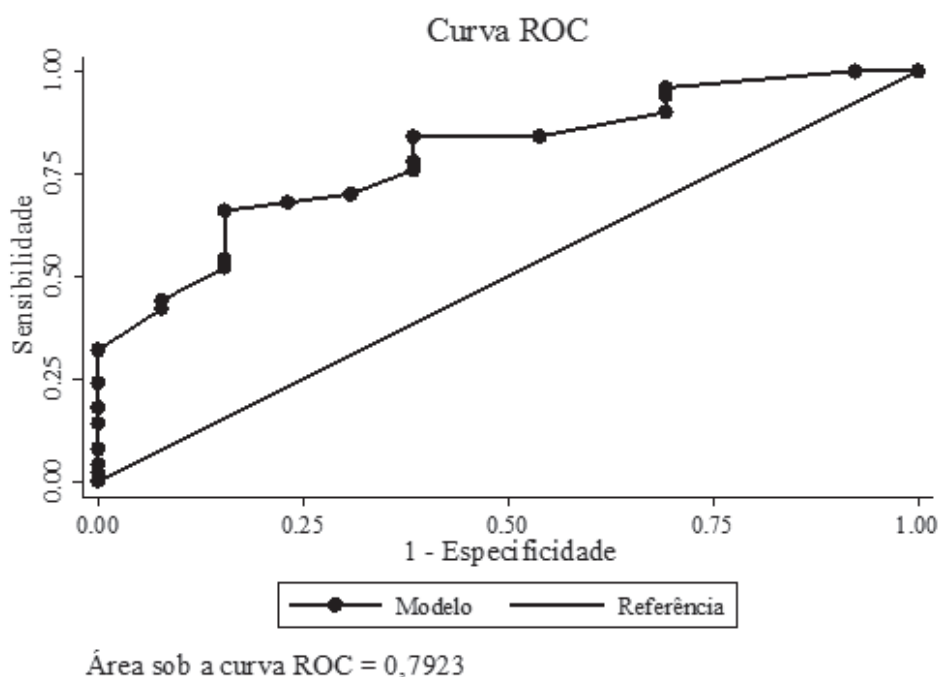


Figura 1 - Capacidade de discriminação do modelo ajustado de regressão logística multivariada

No modelo final (Tabela 2), o aumento de um ponto adicional no segundo item da EPDS ("anedonia"), diminuiu em 57% (Odds Ratio [OR] 0,43, IC95%: 0,20-0,93) a probabilidade de *sem acesso* a tratamento. De modo semelhante, o aumento de um ponto no item 5 da EPDS ("pânico/medo") diminuiu em pouco mais da metade (OR 0,48, IC95%: 0,21-1,09) a probabilidade

de *sem acesso* a tratamento. Finalmente, ter como positivo o antecedente de tratamentos prévios de depressão, diminuiu em 74% (OR 0,26, IC95%: 0,61-1,06) a probabilidade de *sem acesso* a tratamento, em comparação com aquelas mulheres que não haviam tido tratamentos prévios de depressão.

Tabela 2 - Modelo preditivo de regressão logística multivariada. Santiago, Região Metropolitana, Chile, 2012-2013

Sem acesso a tratamento	OR*	IC 95%† para OR		Valor de p
		Inferior	Superior	
Item 2 da EPDS‡: anedonia	0,43	0,20	0,93	0,033
Item 5 da EPDS: pânico/medo	0,48	0,21	1,09	0,079
História de tratamento prévio de depressão	0,26	0,61	1,06	0,061
Constante	135,19	8,66	2111,62	0,000

*Odds Ratio

†Intervalo de Confiança de 95%

‡Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Embora os dois últimos preditores não tenham sido estatisticamente significativos, eles foram "forçados" dentro do modelo, por sua contribuição para um desenvolvimento mais parcimonioso do modelo preditivo e também com base na literatura, que apoiou a sua inclusão^(15-17,21).

Discussão

Este é o primeiro estudo na literatura nacional a desenvolver um modelo preditivo para avaliar os fatores que influenciam o acesso a tratamento para a PPD, em mães que utilizam a APS. O acesso ao tratamento das mulheres com PPD é muito baixo, apesar da existência do acesso universal e da disponibilidade de tratamentos eficazes.

De acordo com este estudo, as mulheres que apresentam PPD e que não têm acesso a tratamento, são as que apresentam baixos níveis de anedonia e de sintomas de ansiedade (pânico e medo), e que não apresentam história prévia de terem sido tratadas devido à episódio depressivo.

O modelo desenvolvido é simples (consiste de apenas três fatores), possui uma boa precisão e tem uma boa capacidade de discriminação. Cabe destacar a sua alta sensibilidade (96%), indicando que as variáveis incluídas são capazes, em seu conjunto, de predizer adequadamente, as mulheres que não têm acesso a tratamento.

Deve-se ressaltar que o valor preditivo é bastante sensível à prevalência do evento. Aqui, o elevado predomínio da condição estudada (falta de acesso a tratamento) é refletido na elevada PPV exibida pelo modelo, sugerindo que se o conjunto de variáveis prediz

que o evento ocorrerá, é muito provável que as mães tendam a não ter acesso a tratamento. Portanto, o conhecimento disto por parte do/a enfermeiro/a pode ser de grande utilidade, antecipando-se ao evento e informando a equipe de saúde.

As características mencionadas sugerem que o modelo tem aplicabilidade potencial para resolver a premente falha no tratamento da DPP na APS, evidenciada em estudos recentes⁽⁸⁾. Portanto, ele é relevante para a saúde pública e para o papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem durante o pós-parto.

No entanto, o significado prático destes resultados deve ser visto com cautela. O estudo corresponde a uma análise secundária das bases de dados de uma pesquisa que foi desenvolvida com outro propósito, o que cria limitações importantes: é provável que preditores eventualmente significativos não tenham sido incluídos, já que o acesso ao tratamento da depressão pós-parto tem sido descrito como um fenômeno complexo que envolve variáveis não facilmente quantificáveis, tais como a carga de trabalho doméstico, os ideais de maternidade e o estigma associado com problemas de saúde mental^(12,17). Além disso, as análises foram realizadas com base em uma pequena amostra (n=63), o que pode afetar o poder do estudo.

No entanto, a não inclusão de variáveis difíceis de medir ("complexas") está relacionada com o desenvolvimento de um perfil de risco pragmático, de uso relativamente simples e que não requer um esforço adicional por parte da/o profissional de enfermagem na APS. Não se trata de descartar tópicos importantes para a abordagem da DPP (e da saúde materna, em geral), tais como a carga de trabalho doméstico, ideais de maternidade e o estigma dos temas de saúde mental,

entretanto, a elaboração de estratégias destinadas a esse fim requer uma investigação mais aprofundada e intersetorial.

Além disso, cabe ressaltar que as variáveis incluídas no perfil de risco (pontuação nos itens 2 da EPDS -anedonia- e 5 -pânico e medo-, e antecedente de tratamentos prévios de depressão), encontraram apoio na literatura que relata que o acesso ao tratamento para a depressão está associado aos níveis da sintomatologia depressiva (ou grau de incapacidade) e à história de tratamentos da doença^(14-16,20).

É legítimo pensar que o modelo preditivo elaborado pode ter uma contribuição valiosa para orientar na tomada de decisões dos profissionais de enfermagem, ao identificar um perfil de mães com PPD com alto risco de falta de acesso a tratamento, baseando-se nos antecedentes já disponíveis e/ou de fácil obtenção.

Por exemplo, para os antecedentes de tratamento prévio de depressão, o auto relato é geralmente confiável se esta informação não constar nos prontuários médicos⁽²³⁾. No caso da pontuação obtida pelas usuárias nos itens 2 e 5 da EPDS, cabe ressaltar que os/as profissionais de enfermagem realizam uma triagem universal com este instrumento, durante o acompanhamento pós-parto da saúde da criança, momento em que se investiga a suspeita de DPP, porta de entrada para o tratamento da doença⁽¹⁰⁾.

Portanto, a utilização deste perfil de risco não implicaria em uma carga adicional ou diferente da carga de trabalho já executada na APS, permitindo o direcionamento de recursos do sistema público de saúde e a implementação de estratégias que facilitem o acesso ao tratamento, nesta população de mães em um momento crítico.

A este respeito, a literatura ressalta a necessidade de capacitação das equipes da APS para o monitoramento da DPP, considerando-se importante o estabelecimento de protocolos de referência nos casos em que a triagem indique a suspeita da doença, o que implica em informar devidamente as mães sobre a sua possível depressão, motivá-las a aderirem ao tratamento e priorizar a disponibilidade de horas para o atendimento^(11,24).

Conclusão

Em conclusão, considera-se que este estudo abre um campo para novas pesquisas, ao propor um perfil de risco para a falta de acesso a tratamento na APS, para mães com DPP. Trata-se de um modelo preditivo pragmático, que pode orientar os recursos humanos disponíveis na APS, a apoiar a implementação de atividades destinadas à resolução da falha no tratamento de uma doença que tem sido reconhecida como um problema de saúde pública. Neste mesmo

sentido, sugere-se que os/as enfermeiros/as estejam atentos/as àquelas mães com PPD, que apresentam baixa anedonia, ou falta dela, sem pânico ou medo e sem histórico de depressão, uma vez que estas são as pacientes que têm uma maior probabilidade de não terem acesso a tratamento para a doença, de acordo com o modelo. São necessários mais estudos para a validação e a avaliação do impacto da utilização desse perfil de risco em ambientes clínicos reais

Agradecimentos

Agradecemos a todos os centros de atenção primária e às mulheres que participaram do estudo.

Referências

1. Almond P. Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspect Public Health*. 2009;129(5):221-7.
2. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
3. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile*. 2006;134:713-20.
4. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2012;101(1):57-79.
5. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2000;38(2):84-93.
6. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1995;16:187-91.
7. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile*. 1995;123(6):694-9.
8. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Med Chile*. 2008;136:851-8.
9. Rojas G, Solís J, Jadresic E, Castillo C, González M, Guajardo V, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370(9599):1629-37.
10. Ministerio de Salud (Chile). Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años [Internet]. 2008. [Acesso 15 dez 2014]. Disponível em: <http://web.minsal.cl/sites/>

- default/files/files/2008_Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicossocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos.pdf.
11. Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en centros de atención primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Rev Med Chile*. 2015; 143:424-32.
 12. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett F, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl20):22-33.
 13. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 HealthSurvey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin Barcelona*. 1995;104(20):771-6.
 14. Blumenthal R, Endicott J. Barriers to seeking treatment for major depression. *Depress Anxiety*. 1996-1997;4(6):273-8.
 15. Andrews G, Issakidis C, Carter G. Shortfall in mental health service utilisation. *Br J Psychiatry*. 2001;179:417-425.
 16. Bristow K, Patten S. Treatment-seeking rates and associated mediating factors among individuals with depression. *Can J Psychiat*. 2002;47(7):660-5.
 17. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. *Birth*. 2006;33(4):323-31.
 18. Steele L, Dewa C, Lee K. Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *Can J Psychiatry*. 2007;52(3):201-6.
 19. Gadalla TM. Comparison of users and non-users of mental health services among depressed women: a national study. *Women & Health*. 2008;47(1):1-19.
 20. Farr SL, Bitsko RH, Hayes DK, Dietz PM. Mental health and access to services among US women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(6):542.e1-9.
 21. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Baron KG, Lehman KA, Jin L, et al. Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *J Clin Psychol*. 2010;66(4):394-409.
 22. StataCorp. 2011. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, TX: StataCorp LP; 2011.
 23. Goldberg RW, Seybolt DC, Lehman A. Reliable self-report of health service use by individuals with serious mental illness. *Psych Serv*. 2002;53:879-81.
 24. Yawn B, Olson A, Bertram S, Pace W, Wollan P, Dietrich A. Postpartum Depression: Screening, Diagnosis, and Management Programs 2000 through 2010. *Depress Res Treat*. [Internet]. 2012 . [Acesso 15 dez 2014];ID 363964. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/363964>

Recebido: 12.5.2015

Aceito: 21.7.2015

Correspondência:
 Pablo Martínez
 Universidad de Chile. Facultad de Medicina
 Departamento de Psiquiatria y Salud Mental
 Av La Paz, 1003
 Recoleta, Región Metropolitana, Chile
 E-mail: pablo88.martinezdiaz@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
 Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.