

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO A SAÚDE

Leiliane Sabino Oliveira

PUÉRPERAS DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Goiânia

2018

Leiliane Sabino Oliveira

PUÉRPERAS DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Eliane Liégio Matão

Goiânia

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

O48p Oliveira, Leiliane Sabino
Puérperas de risco para depressão pós-parto [manuscrito] /
Leiliane Sabino Oliveira. -- 2018.
65 f.: il.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde,
Goiânia, 2018

Inclui referências f.49-56

1.Depressão pós-parto - prevenção. 2.Aspectos sociais – puerpério. I.
Matão, Maria Eliane Liégio. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III.
Título.

CDU: 364.624.2:618.4 (043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Leiliane Sabino Oliveira

PUÉRPERAS DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 05 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maria Eliane Liégio Matão
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Nilza Alves Marques de Almeida
Membro Efetivo Externo, Programa - FEN/UFG

Prof.^a Dr.^a Ilma A. Goulart de Souza Britto
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Adenícia Custódia Silva e Souza
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Silvéria Maria dos Santos
Membro Suplente, Externo ao Programa - UnB

Dedico este estudo aos meus familiares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir concluir esta importante fase de busca de crescimento profissional.

Aos meus pais, que me deram suporte na academia de enfermagem, pois sem ter me formado enfermeira nada disso seria possível.

Agradeço em especial a minha avó Juliêta, que foi a fonte inspiradora de estudar esta temática, que vivenciou no puerpério a Depressão Pós-Parto há mais de 50 anos, época que pouco se discutia sobre este transtorno.

Ao meu irmão João, pelo apoio e companheirismo de sempre.

Ao meu Marido Luiz, que me apoiou desde o momento da decisão em cursar a pós-graduação.

Agradeço a minha sobrinha querida Ana Cecília, que através do seu amor, me faz buscar ser uma pessoa melhor.

À Prof^a Dr^a Maria Eliane Liégio Matão, que sempre foi fonte de insipiração na minha trajetória profissional. Agradeço por sua disponibilidade e seus valiosos ensinamentos desde início do mestrado, sem o apoio da senhora, esta fase não seria possível, deixo relatado a honra em encerrar mais uma fase acadêmica ao lado desta grande pessoa, de coração generoso, que não mediu esforços para me ajudar, sentirei saudades!

À minha amiga Joanne, companheira de trajetória profissional, vencemos mais uma etapa juntas e unidas.

Às dedicadas auxiliares de pesquisa, Joyce e Jhennyfer, excelentes acadêmicas de enfermagem que me deram apoio na coleta de dados.

Agradeço a todos aqueles que de algum modo contribuíram, que mesmo não citados foram fundamentais no apoio diário para a conclusão desta fase. Muito Obrigada!

RESUMO

OLIVEIRA, L.S. **Puérperas De Risco Para Depressão Pós-Parto**. 2018. 65p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, sendo a primeira abordagem de caráter epidemiológico, descritivo do tipo transversal e a segunda, embasada no referencial teórico das Representações Sociais. Buscou-se identificar os fatores associados ao risco para desenvolvimento da depressão pós-parto em mulheres no puerpério, bem como especificidades vividas na perspectiva das mesmas. A coleta de dados foi feita em salas de vacina dos sete distritos sanitários da cidade de Goiânia, Goiás. Participaram da primeira etapa do estudo, 286 puérperas, as quais responderam a formulário sobre dados sociodemográficos, e em seguida aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de *Edinburgh*, analisadas quanto ao risco para DPP, conforme escore de avaliação da escala. Na segunda fase, foi realizada entrevista aberta em profundidade com 25% de participantes que integraram a etapa anterior, cujo conteúdo obtido foi processado no *software* ALCESTE. O perfil das entrevistadas foi de primíparas, cor de pele parda, ensino fundamental completo, coabitação com o parceiro, renda familiar acima de um que um salário mínimo. A maioria refere gestação planejada, desejada, e apoiada pelo parceiro por todo o período gravídico puerperal, bem como ausência de histórico de depressão ou DPP na família. Do total de participantes, 13.99% das puérperas apresentaram escore de risco para DPP. O dendograma é constituído por dois eixos, o primeiro contendo três classes, aborta no seu conjunto a vivência materna com foco nas atribuições, dificuldades e experiências. O segundo eixo, denominado aspectos subjetivos, tem uma classe na qual aparecem os sentidos envolvidos no processo. As novas atribuições impostas pela chegada do filho e o reduzido período para descanso, se configuram como importante fator de sobrecarga, cujo alívio é dado pelo apoio do companheiro e ajuda de familiares na divisão das tarefas. No contexto em que se percebem, preocupações e choro sem explicação são destaques recorrentes. Conclui-se que a aplicação da escala de *Edinburgh* é uma importante ferramenta a ser utilizada como rotinas para a detecção de potenciais puérperas em risco para DPP.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto, Período Pós-Parto, Gravidez, Saúde da Mulher.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Dendograma de representação social de mulheres entrevista 38
escore de risco para DPP, Goiânia, 2017.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas de puérperas entrevistadas. Goiânia, 2017	32
Tabela 2 – Distribuição das variáveis obstétricas relacionadas à mulher na última gestação. Goiânia, 2017.	33
Tabela 3 – Distribuição das variáveis como critérios de risco para Depressão Pós-parto. Goiânia, 2017.	34
Tabela 4 – Distribuição da variável escore de risco para Depressão Pós-Parto da escala de <i>Edinburgh</i> . Goiânia, 2017.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCESTE	Análise Lexical de um Conjunto de Segmentos de Textos
APA	Associação de Psiquiatria Americana
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
DPP	Depressão Pós-Parto
EMSP	Escola Municipal de Saúde Pública de Goiânia
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression</i> (Escala de Depressão Pós-Parto Edimburgo)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PUC – GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
RC	Rede Cegonha
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
2	OBJETIVOS	
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
4	MATERIAL E MÉTODO	
4.1	Abordagem quantitativa	28
4.1.1	Tipo de estudo	28
4.1.2	População e amostra	28
4.1.2.1	Critérios de inclusão	28
4.1.2.2	Critérios de exclusão	28
4.1.3	Cenário	28
4.1.4	Coleta de dados	29
4.1.5	Análise	29
4.2	Abordagem qualitativa	30
4.2.1	Tipo de Estudo	30
4.2.2	População e amostra	30
4.2.2.1	Critérios de inclusão	30
4.2.2.2	Critérios de exclusão	30
4.2.3	Cenário	30
4.2.4	Coleta de dados	30
4.2.5	Análise	31
4.3	Aspectos éticos	31
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	49
	ANEXOS	
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS	56

ANEXO 2 – ESCALA *EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION* 59
(ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EDIMBURGO)

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E 61
ESCLARECIDO ETAPA I

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E 63
ESCLARECIDO ETAPA II

APÊNDICE C – FICHA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS 65

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos cinco anos, o tema Depressão Pós-Parto – DPP, tem sido o foco dos estudos que tenho empreendido. O interesse surgiu por uma inquietação vivida na assistência obstétrica. No campo assistencial, verifica-se um distanciamento por parte de profissionais de saúde, da avaliação da DPP, por vezes essa prática tem resultado no subdiagnóstico desse transtorno. Em tais casos, o sofrimento e as dificuldades enfrentadas pessoalmente por mulheres e suas famílias são notórias. Assim, no sentido de alguma contribuição para a detecção precoce de DPP é que se apresenta essa proposta de estudo. Posso dizer que esta é uma ação que caminha em paralelo com as políticas públicas direcionadas para a saúde da mulher, mais precisamente a que incentiva a identificação precoce de alterações ao longo do período gravídico puerperal, quando são passíveis a adoção de condutas imediatas para o tratamento dos casos diagnosticados.

O período posterior ao parto e nascimento consiste em um processo no qual a fisiologia do organismo da mulher retoma à condição pré-gravídica. Neste período, além do aspecto fisiológico verifica-se também, mudanças no âmbito psicossocial tanto individual quanto familiar. Neste novo momento, o casal desfruta de novas sensações e sentimentos que transformam a vida conjugal. As transformações, na maioria das vezes, acontecem na condição de normalidade. Entretanto, há casos em que as mesmas não se desenvolvem conforme os padrões esperados, mas que podem ser confundidas e não tratadas adequadamente.

No que se refere às intercorrências psicopatológicas do período pós-natal, a incidência de casos depressivos tem aumentado de maneira significativa em nosso país, conforme demonstrados nos estudos de Menezes (2012), 11% das puérperas entrevistadas foram identificadas com risco para DPP, bem como, para Hartman; Mendoza-Sassi; Cesar (2017) com amostra de 2.687 mulheres entrevistadas, 14% apresentaram escore de risco para DPP. De todos os períodos que a mulher percorre no ciclo gravídico puerperal, ela tende a ficar mais vulnerável para possíveis transtornos depressivos no puerpério. Dentre as variações deste transtorno, podem acontecer alterações psíquicas, conforme a intensidade e frequência dos sintomas maternos.

A classificação passa de quadro de adaptação identificado como disforia ou *baby blues*, é descrito na literatura como a forma mais leve dos quadros depressivos puerperais, e pode ser identificada em grande frequência das puérperas. Os sintomas tem início nos primeiros dias de puerpério, atingem o seu pico por volta do quinto dia e cessam de forma espontânea. Desta forma, os sintomas do *blues* puerperal são transitórios, e pouco causam danos à mulher, e são tidas como reações normais do estresse do parto. Entretanto, o se os sintomas persistirem por períodos prolongados, poderão remeter em alguns dias, poderá desencadear transtornos de humor mais graves, evoluindo para quadros patológicos. (NETO; RODRIGUES, 2007). Autores ainda discutem, que sintomas de humor e ansiedade durante a gravidez, tal como o *baby blues*, aumentam as chances do desenvolvimento de episódios depressivos maiores no puerpério (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Na depressão pós-parto ou periparto, a mãe tem dificuldades para entender o porquê de estar deprimida, uma vez que se afirma que é um período feliz. Porém pode ocorrer exaustão física, que leva ao estresse extremo, em função das novas rotinas como amamentar e diminuição das horas de sono. A evolução para o transtorno, no caso Depressão Pós-Parto – DPP, também denominado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), como transtorno depressivo maior no periparto, quando os sintomas têm início durante a gravidez, ou nas primeiras quatro semanas pós-parto. Entretanto, a associação ainda deixa em nota que apesar dos sintomas estarem mais predominantemente nas primeiras quatro semanas do puerpério, estes sinais clínicos podem ter início meses após o parto. Mulheres com sintomas de depressão pós-parto podem ou não apresentar características psicóticas; sendo que frequentemente apresentam ansiedade grave, e podem ainda demonstrar ataques de pânico. Episódios de humor no puerpério, como os episódios psicóticos que acometem de 1 em 1.000 partos; neste quadro a mulher pode apresentar neste acometimento delírios e alucinações. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Basicamente, o que diferencia um quadro do outro, é a gravidade e complexidade dos sintomas característicos (BENZECRY; OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001). O *baby blues* ou melancolia se trata de uma depressão leve, de caráter transitório, que é vivida por cerca de 80% das mães, logo após o nascimento do

bebê. A DPP ou também chamada de transtorno depressivo maior, com características psicóticas, por sua vez, é um transtorno grave, caracterizado por sintomas psicóticos (DELIAS; SCHWENGBER, 2004; SILVA; PICCININI, 2009). Conceituam-se DPP como transtorno psicológico em puérperas, que provoca mudanças de comportamento, variações do humor, e quadro de ansiedade. Diferentemente do quadro *baby blues*, os sintomas da DPP e episódios psicóticos não desaparecem espontaneamente, e podem permanecer durante meses ou anos após o parto (CANTILINO et al., 2010).

A ausência de triagem específica para identificar o risco de puérperas desenvolverem a DPP, na rede básica e em campo hospitalar compõe um importante indicador que deve ser estudado para políticas públicas brasileiras. Bem como, a falta de capacitação dos profissionais de saúde para identificar fatores de risco e os sintomas apresentados por mulheres no pós-parto, que podem sugerir um episódio de DPP.

Para avaliação dos possíveis riscos para desenvolvimento da DPP, uma das possibilidades, é a utilização da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS). Trata-se de instrumento validado no Brasil, que pode ser utilizado por profissionais da saúde, e que auxilia na identificação da DPP. É um questionário composto por 10 perguntas de autopreenchimento, considerado uma ferramenta de triagem de fácil aplicação, rápida, de baixo custo, podendo ser utilizada pelo Enfermeiro no pós-parto para detecção precoce, possibilitando a avaliação do risco que a puérpera tem para desenvolver uma DPP (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987; RUSCHI et al., 2007; SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999). Pode-se dizer que a implementação da presente proposta contribua para o preenchimento de lacuna acerca de tais informações. A maioria dos estudos publicados, tendem a encontrar os fatores associados a DPP em mulheres no período puerperal (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; MENEZES et al., 2009; THEME FILHA et al., 2016), com o estabelecimento do risco para o agravo. Entretanto, há poucos estudos que realizam análise qualitativa da narrativa de mulheres com escore elevado para o desenvolvimento de DPP, identificado pela EPDS.

Diante do exposto questiona-se, quais são os fatores associados à depressão puerperal e sua frequência de risco identificados através da EPDS, em mulheres no

puerpério? Quais as especificidades vividas por aquelas que apresentam escore de risco para Depressão Pós-Parto verificadas nas narrativas das mesmas?

Conhecer essa condição possibilita maior identificação da linha tênue do patológico com o fisiológico. A capacitação adequada do profissional é imprescindível, para que o mesmo seja capaz de identificar as modificações fisiológicas, e as alterações que indicam uma condição patológica. Isso favorece a melhoria da assistência prestada às gestantes e puérperas para além dos aspectos físicos, ou seja, ampliará a visão para fatores psicológicos e os transtornos envolvidos durante a fase de gestação, parto e puerpério.

No modelo do Reino Unido para detecção precoce da DPP, o enfermeiro, realiza visitas domiciliares rotineiramente, e selecionam todas as novas mães para avaliar o risco para depressão e fornecem tratamento domiciliar para qualquer mulher identificada como leve a moderadamente deprimida, esta triagem é feita através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). À essas novas mães deprimidas são então oferecidas uma intervenção chamada “Visita de Escuta” (SEGRE, 2010).

Adversamente, a literatura brasileira tem evidenciado a presença de barreiras de acesso aos serviços de saúde para mães deprimidas (MARTÍNEZ; VÖHRINGER; ROJAS, 2016). Existem estímulos governamentais para a detecção precoce da DPP, preconizando uma triagem universal na atenção primária, de modo que a escala seja aplicada por profissionais de enfermagem no acompanhamento das mulheres durante o pós-parto, entretanto, os índices de tratamento continuam sendo baixos e insuficientes (MARTÍNEZ; VÖHRINGER, 2016).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores associados ao risco para desenvolvimento da depressão pós-parto em mulheres no puerpério, bem com especificidades vividas na perspectiva das mesmas.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência de puérperas que apresentam o risco para depressão puerperal;
- Determinar os fatores associados à depressão pós-parto segundo os antecedentes obstétricos: paridade, planejamento da gestação, desejo da gestação, via de parto, antecedentes familiares de depressão pós-parto, renda familiar, apoio do parceiro na gestação e parto;
- Conhecer as narrativas da vivência deste momento apresentadas por mulheres com escore de risco para Depressão Pós-Parto;
- Apresentar aspectos facilitadores e dificultadores para depressão pós-parto vividos após o parto detectados no discurso de mulheres no puerpério com escore de risco para Depressão Pós-Parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O contexto existente por ocasião de cada gestação, parto e puerpério é decisivo para o seu desenvolvimento dos mesmos. Estipula indícios da relação da mulher e família para com o recém-nascido. Em especial o contexto do puerpério, afeta, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e puérpera. Uma adaptação favorável, nessas três etapas, fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do período gravídico puerperal (BRASIL, 2006; MALDONADO, 1997, 2013). O vínculo materno-fetal e o familiar promove efeitos positivos para favorecem a aceitação da maternidade e a ligação pós-natal no dos mesmos (ANDRADE; BENINCASA; BACCELLI, 2017; RONCALLO; SÁNCHEZ DE MIGUEL; ARRANZ, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda boas práticas de atendimento obstétrico em todas as etapas vividas pela mulher. No pré-natal, cada uma das etapas, seja realizada criteriosamente pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

O estudo dos antecedentes obstétricos da mulher são fatores de suma importância na avaliação obstétrica, visto que a presença de qualquer complicação em um ou mais tempos, no ciclo gravídico puerperal, poderá ser fator desencadeante de maior risco na gravidez vigente. A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), caracteriza a terminologia paridade conforme descrito a seguir (BENZECRY; OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001).

Paridade é a terminologia convencional dos termos Gesta de gestação e Para de parir, representando quantas vezes a mulher pariu. Assim temos, primigesta, secundigesta, tercigesta, quartigesta, pentigesta etc., ou primípara, secundípara, tercípara e multípara para aquelas que gestou ou pariu por mais de três vezes, e nuligesta ou nulípara é aquela que nunca gestou ou pariu (BENZECRY; OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001, p. 119).

Por recomendação do Ministério da Saúde (MS), o número de consultas de pré-natal adequado é de no mínimo 6 consultas. Ainda recomenda que o parceiro deve ser estimulado positivamente e incluído em todas as consultas. Além disso, preconiza a atenção à mulher na gravidez e pós-parto incluindo ações de prevenção e promoção à saúde, com diagnóstico e tratamento apropriado dos possíveis

agravos à saúde que ocorrem neste período (BRASIL, 2005). No âmbito do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), foi instituída a Rede Cegonha (RC), estratégia do MS instituída pelas portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério. Ainda, tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção a saúde materno infantil no país (BRASIL, 2011; 2013).

O período gravídico puerperal é um evento carregado de intensos sentimentos. É considerado período de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos, e provocar transformações pessoais. Para o casal, a maternidade e a paternidade, representam um momento de transição, que leva a mudanças no âmbito biopsicossocial para a família do recém-nascido (RN). Nessa transição de tornar-se pais, são estabelecidos novos vínculos familiares bem como reestrutura da intercomunicação familiar (BRASIL, 2006; MALDONADO, 1997; 2013).

Durante a gestação, as atenções estão voltadas para o binômio mãe-filho, principalmente se a gravidez foi desejada. Após o nascimento, na maioria das vezes, a atenção à mulher é esquecida, sendo esta dirigida exclusivamente ao recém-nascido. Desta forma, o pós-parto é uma fase na qual a mulher necessita de atenção e apoio, por parte dos familiares, amigos e de profissionais de saúde (EDUARDO et al., 2016).

Puerpério, ou também denominado período pós-parto, compreende o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais e sistêmicas imprimidas pela gravidez no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico, ou seja, dos efeitos acarretados pela gestação em diversos órgãos maternos. Concomitante a este período, tem início o efetivo exercício da maternidade, a mulher passa a experimentar profundas modificações, genitais, gerais e psíquicas, com gradativo retorno ao período não gravídico (NEME, 1986; BENZECRY; OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001; ZUGAIB, 2012).

A maternidade é considerada como uma condição inerente à mulher. Entretanto, o fato de tornar-se mãe envolvem novos aprendizados, habilidades e competências, em contextos sociais que muitas vezes não são favoráveis. O acompanhamento feito por equipe integrada por profissionais com formação diversa,

ou seja, interdisciplinar é importante para maior amplitude dos aspectos avaliados (SIMAS; E SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013).

Vokaer (1955), conceitua puerpério como o intervalo que transcorre depois do nascimento, durante o qual as alterações anatômicas e fisiológicas maternas induzidas pela gravidez retornam a seu estado original. É subdividido em três etapas: puerpério imediato, puerpério tardio e remoto. No que se refere ao espaço de tempo que é compreendido o puerpério, classicamente atendendo as ideias do autor acima citado, Neme (1986), caracteriza o puerpério imediato como período que se inicia após a dequitação placentária e se estende até o 10º dia pós-parto; puerpério tardio que tem início no 11º dia e se estende até o 45º dia; e remoto, é o que segue após o 46º dia de pós-parto à completa recuperação das alterações imprimidas pela gestação e a volta dos ciclos menstruais ovulatórios normais (VOKAER, 1955; NEME, 1986).

Quanto ao término do período puerperal, este não tem sido uniforme, no que tange ao seu final, não tem sido uniforme o conceito, conforme autores clássicos. Para alguns, o retorno ao estado pré-gravídico, levaria oito meses a um ano, e só então a mulher estaria apta para engravidar, mesmo quando lactando. Para outros, o término natural da lactação ou retorno das menstruações marcaria até o final do puerpério. O fim do puerpério até a sexta semana após o parto, concordando com o conceito popular que atribui quarenta dias para o chamado resguardo puerperal (CUNNINGHAM, 2016; NEME, 1986).

No entanto, Zugaib (2012) considera de modo diferente. Devido ao fato de nem todos os sistemas do corpo da mulher retornarem à condição primitiva ou pré-gravídica até o término da sexta semana, propõe protelaram o final do puerpério para até 12 meses após o parto.

O período puerperal, bem como a gestação, é um período altamente suscetível a ocorrências de transtornos psicológicos na mulher, isso se deve em decorrência das profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto. Nos primeiros dias após a chegada do recém-nascido, a família prova de intensas emoções. Ainda, este momento para a mãe, a realidade do feto intrauterino, muitas vezes não corresponde à realidade enfrentada com a chegada do bebê, sendo muitas vezes, difícil esta fase de transição de tornar-se mãe (MALDONADO, 1997).

Andrade et al. (2015) enfatizam a necessidade de uma visão holística da família no âmbito biopsicossocial no período gravídico puerperal:

O puerpério é um período, especialmente, oportuno para assistência à mãe, filho e família e, que qualquer fragilidade que afete um desses três grupos alvo, representa uma ameaça à saúde infantil, uma vez que é fundamental o papel das mães em relação aos cuidados com as crianças e que o desenvolvimento dessas é, diretamente, influenciado pelas condições das famílias nas quais vivem. Destacamos, também, que são inegáveis as repercussões negativas de uma morte materna para o recém-nascido e para os outros filhos, além da família como um todo, tendo em vista os importantes papéis que a mulher desempenha na instituição familiar (ANDRADE et al, 2015 p.182).

O puerpério pode evoluir para o processo fisiológico, denominado *baby blues*, ou entrar no processo patológico caracterizado depressão pós-parto. Autores discutem que episódios de melancolia, só podem ser considerados depressivos após duas semanas do nascimento do filho, e que antes deste período, trata-se da chamada disforia puerperal ou melancolia da maternidade, acometendo a puérpera até três meses pós-parto, podendo ter sua ocorrência em meses (PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

Também chamado de síndrome da tristeza pós-parto, melancolia pós-parto, disforia puerperal, distímia depressiva, *maternity blues* ou *blues*, o *baby blues*, tem esta designação derivada de um gênero musical norte-americano, possuindo um colorido de lamento, dor e tristeza característicos. Estas manifestações não devem ser confundidas com episódios de DPP ou psicose puerperal, visto que estes quadros são persistentes e com sintomas bem definidos. Partindo desta realidade, é possível fazer a diferenciação de melancolia da maternidade ou *baby blues*, disforia puerperal, da DPP e psicose puerperal, pois a primeira é considerada um problema transitório e com grande contribuição hormonal (NEME, 1986; BENZECRY; OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001; CANTILINO et al, 2010b; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017).

O *baby blues* é um fenômeno fugaz, tão comum que deve ser considerado normal e precisa ser distinguido da depressão puerperal e psicose puerperal que são mais graves e prolongadas a esse respeito. Os sintomas do blues do bebê ocorrem em até 80% das mulheres nos poucos dias após o parto e geralmente são

remitidos até o 10º dia. Esta manifestação na puérpera, ocorre geralmente nas duas primeiras semanas de puerpério e podem durar de poucas horas a dias. Embora a maioria tenha sido relatada em alguns estudos como um sintoma do *baby blues*, ocorrem geralmente no 3º ou 4º dia pós-parto (SHARMA; BURT; RITCHIE, 2009).

Para Neme (1986), os sinais clínicos desta alteração são: repetidas vivências de tristeza e autodesvalorização, crises de choro, irritabilidade tristeza e queixas diversas. Esta alteração, caracteriza-se pela síndrome organicamente determinada, e que o fator provável é a diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona pós-parto, ou um desequilíbrio entre os dois hormônios. Os preditores mais comumente encontrados para o *blues*, em pesquisas são: história pessoal e familiar de depressão, ajuste social, eventos de vida estressantes. Resultados sustentam a hipótese de que o blues pós-parto está dentro do espectro de distúrbios afetivos (KENNERLEY; GATH, 1989; NEME, 1986; O'HARA; SCHLECHTE, 1991; PITT, 1973).

O *baby blues* deve ser distinguido da depressão pós-parto e da psicose puerperal. Visto que ocorrem na maioria das novas mães, ele consiste no humor transitório a perturbação não afeta de maneira consistente a mulher nas habilidades cotidianas da mulher, e os sintomas como tristeza, irritabilidade, ansiedade e confusão surgem após o quarto dia de nascimento do bebê e desaparecem até o décimo dia (WISNER; PARRY; PIONTEK, 2002). Maldonado (1997), discute, que por vezes, para o profissional da saúde é complexo identificar o limite entre a normalidade e o transtorno, no caso a DPP ou psicose. Desta forma, observa-se a intensidade ou a permanência dos sintomas depressivos após algumas semanas pós-parto, as quais merecem ser vistas com maior cuidado.

Considerada evolução patológica, a psicose puerperal, que é um agravo psiquiátrico severo. Sua frequência é relativamente baixa, em média de 1 a 2 casos para cada mil partos, e representa uma emergência psiquiátrica, e requer intervenção imediata porquê há risco de infanticídio e suicídio (WISNER; PARRY; PIONTEK, 2002). A psicose puerperal, têm início nos primeiros dias após o parto, mais especificamente nos nas duas primeiras semanas após o nascimento de seu filho, sendo composta por episódios depressivos ou maníacos, concomitantes ou não, com sintomas psicóticos de maior gravidade e episódios psicóticos transitórios (DE ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; HOIRISCH, 1991; WISNER; PARRY; PIONTEK, 2002).

As manifestações clínicas mais comuns destas mulheres, são delírios e alucinações, com conteúdo que remete à gravidez, parto e ao neonato. Apresentam comportamento desorganizado e delírios que envolvem seus filhos, com pensamentos de lhes provocar algum tipo de dano (BENZECRY; OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2001; CAMACHO et al, 2006; CANTILINO et al, 2010b).

A gravidez é um tipo específico de evento estressante. Causa preocupação para a maioria das futuras mães e frequentemente está associada à depressão pós-parto na literatura (BIDZAN, 2017). Ainda, para os autores, a maternidade do ponto de vista da medicina e psicologia, é o evento mais complexo na experiência humana (TUTEJA; NIYOGI, 2016; FELLMETH et al., 2018).

A depressão pós-parto (DPP) é um grave problema de saúde pública, e sua prevalência é elevada. Ainda, a depressão perinatal é um episódio depressivo ocorrido durante a gravidez, ou até 12 meses pós-parto, é um contribuinte significativo para a morbidade materna. O período pós-parto, é um período exigente, caracterizado por mudanças biopsicossociais. Requer adaptação pessoal e interpessoal significativa, especialmente no caso de primigestas (MENEZES; PELLENZ, 2012; OLIVEIRA; DUNNINGHAM, 2015).

A DPP, é a complicação mais comum da gravidez, ocorre em 13 por cento das mulheres (uma de cada oito) após o parto (O'HARA; SWAIN, 1996; BECK, 2001). Para a Organização Mundial da Saúde (2009), a DPP acomete de 10% a 15% de mulheres em países desenvolvidos, outrossim, nas mulheres com episódio de depressão prévia, tem o risco aumentado em 25% a 50% (O'HARA; SWAIN, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Este agravo, pode afetar tanto a saúde materna, quanto o desenvolvimento do filho. Existem inúmeros registros sobre o grau de incapacidade que pode chegar a provocar na mãe, sua associação com o atraso no desenvolvimento infantil e com alterações de comportamento na vida adulta dos descendentes (MARTÍNEZ; VÖHRINGER, 2016). A mãe apresenta comportamentos que são estranhos para si e sua família, que são exteriorizados na relação com o filho, e conseqüentemente atingindo sua relação com o parceiro e outros membros da família, que desconhecem a sua forma de agir e não entendem o que acontece. Esses comportamentos vão progressivamente tomando conta da mulher, sentindo-se perdida em meio a seus sentimentos (FREITAS; SILVA; BARBOSA, 2016).

Na maioria dos casos, o quadro manifesta-se, nas primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua maior intensidade nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns são sentimento de culpa, desânimo persistente, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e ideias obsessivas ou supervalorizadas (BRUNNER; SUDDARTH, 2009; FIGUEIRA et al., 2009).

Discute-se que o tratamento para DPP, melhora o vínculo entre mãe e bebê. Entretanto, estudos demonstram o papel importante da relação conjugal entre os pais, na transmissão entre gerações da depressão nas famílias (HOLLIST et al, 2016).

Comportamentos de descontrole presentes na mulher são percebidos pela família que se vê com dificuldades para apoiá-la e controlar esses eventos. O homem, um dos alvos desses comportamentos procura, na interação com a mulher, maneiras de manter o controle de si e amenizar a tensão que se estabelece. Dentre as estratégias buscadas por ele, está o silêncio e o distanciamento físico da mulher por períodos de tempo variável, principalmente diante do choro desta e do descontrole verbal a ele direcionado (BARBOSA; ÂNGELO, 2016 p.275).

A sociedade determina que o papel do pai, transcenda o de ser o provedor da família, ou seja, compete ao pai dividir a responsabilidade com a progenitora, e ele passa a ser corresponsável pelos cuidados básicos como os filhos. Não é incomum até mesmo, a conduta de abandonar mãe e filho nos primeiros meses após o parto. Discute-se, ainda, a saúde dos futuros pais expectantes, foi significativamente diferente da dos homens não expectantes, durante o período pós-parto imediato, com maior incidência de desconforto emocional, bem como o número total de sintomas, a duração e a gravidade percebida (CLINTON, 1987; FERREIRA; BEATRIZ GOELLNER, 2016; LIEBENBERG, 1967).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da DPP, são conhecidos e aceitos. Dentre os principais, destacam-se mulheres com idade menor que 16 anos, história de doença psiquiátrica, conflitos conjugais, desemprego, gravidez indesejada e falta de suporte social. Apesar de não se conhecer a etiologia da DPP, acredita-se que fatores hormonais e hereditários também estejam envolvidos no desencadeamento do transtorno. Partindo deste pressuposto, deve-se além dos fatores biológicos, considerar aspectos culturais, étnicos e socioeconômicos que podem contribuir tanto para a gênese e manutenção dos quadros de DPP (CAMACHO et al, 2006;

MENEZES; PELLEZ, 2012; MENEZES et al, 2009). Ainda não existe consenso entre autores, no que diz respeito ao período que é considerado como depressão pós-parto: alguns afirmam que o início da DPP, pode ocorrer logo após o nascimento do bebê (MENEZES; PELLEZ, 2012).

Outros definem como DPP, os episódios depressivos que iniciam a partir de duas semanas até três meses após o parto (CANTILINO et al, 2010a), podendo prolongar-se por semanas ou meses. Revisão sistemática sobre o assunto, aponta que o período de avaliação dos sintomas depressivos após o parto através da Escala de Depressão Pós-Parto de *Edinburgh*, foi variado entre os estudos. Esse período foi compreendido entre no mínimo sete dias, até o máximo de 12 meses (CARVALHO; MORAIS, 2014).

O que diferencia a DPP da melancolia da maternidade ou disforia puerperal, é que esse é um transtorno de humor transitório, que costuma durar até duas semanas após o parto. A maioria dos trabalhos que discutem a relação entre depressão maternal, e variáveis que dizem respeito a apoio social, parceiro não participativo constataram que a falta de apoio do parceiro, de familiares e de amigos é importante fator de risco para o desenvolvimento de DPP (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999; MORAIS et al, 2015).

Apesar da existência de vários estudos sobre aspectos epidemiológicos e clínicos sobre a DPP, em muitos casos o diagnóstico não é feito de forma precoce e adequado por questões culturais (ex.: a mulher minimiza os sintomas sentindo-se culpada pelo humor depressivo após o parto), metodológicas (ex.: falta de instrumentos com boas propriedades psicométricas e de critérios objetivos para o diagnóstico) e pelas diferentes manifestações clínicas. Portanto, entende-se que a qualidade do relacionamento do casal influencia o nível de depressão no pós-parto e também o desenvolvimento da depressão no futuro da DPP (MALLOY-DINIZ et al, 2010 p. 316).

A diminuição dos índices de depressão pós-parto, está diretamente influenciada pela qualidade da relação conjugal, tendo um impacto significativo na relação de pais e filhos. Entende-se que quanto melhor a qualidade do relacionamento conjugal, melhor será o vínculo pais-criança. Portanto, o tratamento

eficiente para DPP é uma ferramenta para o fortalecimento das relações familiares (HOLLIST et al, 2016).

A triagem de mulheres com DPP é um fator importante para ser utilizado nos serviços de saúde, especialmente pelos enfermeiros, visando reduzir as taxas de depressão puerperal. Nesta perspectiva, para avaliar a saúde da puérpera, no que se refere à detecção de sintomas sugestivos de depressão, são aplicadas escalas que descrevem os possíveis riscos de desenvolver este agravo de saúde (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

Até o momento, ainda não existem escalas direcionadas especificamente para diagnosticar a depressão pós-parto durante a gravidez, sendo mais comumente aplicada a escala *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS) para esta finalidade. Esta que consiste em um instrumento de auto avaliação composto por 10 itens relacionados aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério (LOWDERMILK, 2002).

Além de detectar precocemente a depressão, através de uma intervenção efetiva e eficaz por parte dos profissionais, esta escala também evita possíveis danos do transtorno sobre a mãe, no relacionamento com seu companheiro, na formação do vínculo com o bebê e no contexto familiar (MALLOY-DINIZ et al, 2010; LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011; MENEZES; LUIZA; PELLEENZ, 2012).

As escalas de autoavaliação para triagem de mulheres com depressão pós-parto constituem em um instrumento importante a ser utilizado pelos serviços de saúde. Segundo Camacho et al (2006, p. 96), “as escalas serviriam para alertar clínicos, obstetras e pediatras em relação às mulheres que, possivelmente precisariam de avaliação mais profunda e de tratamento”. Referem que “essas escalas são autoaplicáveis e de fácil utilização por profissionais não médicos e sem especialização em saúde mental (CAMACHO et al., 2006 p.96).

Para Schardosim, Heldt (2011), a equipe de enfermagem integra o grupo de profissionais que permanecem a maior parte do tempo em contato direto com o paciente, possibilitando o uso de instrumentos específicos que podem facilitar a identificação dos sintomas de DPP. Menezes (2012a), ainda ressalta que a detecção precoce da DPP poderia ser realizada através da prevenção primária e secundária de saúde, nas unidades básicas de saúde e maternidades, com acompanhamento contínuo destas mães no período pós-parto.

Segundo Dias (2013), no Brasil ainda não se observa a conscientização dos profissionais para a complexidade e identificação da sintomatologia da DPP. Portanto, não é comum na assistência a aplicação de instrumentos para detecção de depressão pós-parto de modo rotineiro, devido à falta de conhecimento em sua utilização por parte da equipe. Hollist e colaboradores (2016) entendem que a depressão e satisfação conjugal caminham juntas e se inter-relacionam. Ainda, contempla para que os profissionais da saúde entendam a importância de estarem atentos na qualidade do relacionamento que a mulher tem com o parceiro e na DPP. Mas também demonstra implicações de reciprocidade no tratamento e na prevenção desses problemas. A bidirecionalidade promove, aos profissionais da saúde uma melhoria dos aspectos, relação conjugal e depressão, visto que um pode ter impacto sobre o outro ao longo do tempo (HOLLIST et al, 2016).

Vale ressaltar, que falta de apoio social, é um importante fator, que pode atuar na intervenção identificação e conseqüentemente a intervenção precoce dos profissionais para mulheres do risco para DPP. Faz-se importante, que o profissional ofereça possibilidades de caráter afetivo e emocional, para que a gestante e sua família amplie sua rede de relacionamentos, e se integrem aos serviços de saúde (CARVALHO; MORAIS, 2014).

Logo, evidencia-se portanto, que o conhecimento dos fatores de risco para DPP, são fundamentais para execução de ações preventivas e que possibilitem apoio a mulher e a família (OLIVEIRA; BRAGA, 2016).

4 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado em duas etapas, a primeira com abordagem quantitativa e a segunda qualitativa.

4.1 - FASE QUANTITATIVA DO ESTUDO

Caracteriza-se como estudo epidemiológico, descritivo do tipo transversal.

4.1.1 - **Período do Estudo:** Foi realizado entre maio a agosto de 2017.

4.1.2 - **População e Amostra:** A amostra de puérperas para o estudo foi de (n=286), cálculo feito no programa *Epiinfo*, considerando a prevalência esperada de uma média de 25%, conforme (THEME FILHA et al., 2016), margem de erro 5%, intervalo de confiança de 95%. Para cálculo da amostra, foi utilizado o quantitativo de nascidos vivos para o município de Goiânia no ano de 2015 (n = 35.139).

4.1.2.1 - **Critérios de inclusão:** Mulheres no período puerperal, compreendido ente o 1º e 180º dia de pós-parto normal ou cesariana.

4.1.2.2 - **Critério de exclusão:** Mulheres que tenham tido intercorrência obstétrica durante o parto, nascimento de natimorto ou malformado. Bem como, puérperas que que preencheram o questionário de forma incompleta.

4.1.3 - **Local:** As informações foram coletadas nas salas de vacina de unidades de atenção primária, localizadas em diferentes regiões (Norte, Sul, Leste, Oeste, Noroeste, Sudoeste e Campinas-Centro) dos distritos sanitários de Goiânia. Para a seleção da sala de vacina das unidades para a coleta de dados, inicialmente foi feito um contato prévio com cada distrito sanitário da capital. Neste momento, foi elencada todas as salas de vacina junto à vigilância epidemiológica de cada distrito individualmente, após este mapeamento das salas de vacinas distritais, foi selecionada a sala de vacina de maior fluxo de atendimento mensal de cada distrito, para dar início à coleta de dados. De tal forma, que foram selecionadas as sete salas de vacina de maior fluxo de atendimento de Goiânia. As salas selecionadas seguem: Distrito Sanitário Norte: Cais Jardim Guanabara, Sul: Centro de Vacinação Pedro Ludovico, Leste: Cais Jardim Novo Mundo, Oeste: Cais do Bairro Goiá; Noroeste: Cais Cândida de Moraes; Sudoeste: CIAMS Novo Horizonte; Campinas-Centro: Cais Jardim Vila Nova.

4.1.4 - Coleta de dados: O instrumento foi ofertado a todas as mulheres no período puerperal entre o 1º e 180º dia, que aguardavam na fila de espera da sala de vacina, somando o total de 321 puérperas, destas, 11 se negaram para responder o questionário, 20 não incluíam nos critérios de inclusão para a pesquisa, e 04 preencheram de forma incompleta o instrumento, desta forma, os instrumentos preenchidos de forma incompleta, não foram considerados para esta pesquisa, utilizando somente os questionários completos, somando (n=286). Inicialmente, a pesquisa foi explicada verbalmente à potencial participante. Caso manifestasse interesse em participar voluntariamente, era então oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), para leitura desse documento que contém todo o detalhamento do estudo. Ao término, aquela que confirmou seu interesse voluntário em participar da pesquisa, assinou o TCLE em duas vias, uma ficou em sua posse e a outra com as pesquisadoras. Em seguida foi feita a aplicação do instrumento para coleta de dados da primeira fase da pesquisa, especificamente uma escala autoaplicável contendo a EPDS (COX, 1996a; COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987; SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999; SILVA; PICCININI, 2009), que é composta por 10 perguntas objetivas (ANEXO I). Esta escala desenvolvida na Grã-Bretanha por Cox, Holden e Sagovsky (1987), e validada na versão portuguesa, por Augusto e colaboradores (1996). É composta por dez perguntas, havendo para cada uma delas a possibilidade de uma só resposta entre quatro opções (mais positiva, menos positiva, menos negativa ou mais negativa), são classificadas com um valor. As respostas são em escala de 0 a 3, sendo a somatória mínima e máxima na escala total respectivamente 0 e 30. Quanto mais elevada a cotação do questionário, maior o grau de sintomatologia depressiva apresentada, os autores relatam que os dados também sugerem que um limite de 9/10 pode ser apropriado se a escala fosse considerada para uso rotineiro por parte dos profissionais da atenção primária (COX, 1996b; COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).

A coleta de dados aconteceu dentro da unidade de saúde, em local reservado, com vistas à garantia de privacidade da participante. Ainda nesta etapa, procedeu-se com a aplicação da ficha própria de coletada de dados sociodemográficos (APÊNDICE C), para identificação das seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, raça, ocupação antes do parto, renda familiar, paridade, desejo da gestação, planejamento da gestação, via de parto,

acompanhamento no parto, apoio do parceiro na gestação e parto, antecedentes familiares de depressão e dias de vida do recém-nascido. Para fins de registro, esclarecemos que para a coleta de dados, inicialmente foi estabelecido um período de cinco dias por sala de vacina por cada distrito, entretanto, como não foi atingida a amostra, retornou-se em cada distrito por mais dois dias até que fosse atingida a amostra de 286 puérperas, com questionários completos.

4.1.5 - **Análise:** Cada escala foi analisada, conforme o escore da EPDS. O ponto de corte da EPDS para a pesquisa na atenção primária, foi adotado ≥ 9 segundo Cox, Holden, Sagovsky (1987) que sugerem que um limite do escore 9/10 pode ser apropriado se a escala for considerada para uso rotineiro na atenção básica (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Foram apresentadas as frequências de puérperas com risco para depressão pós-parto (≥ 9 pontos) e sem risco de depressão (≤ 9 pontos). As variáveis sociodemográficas e obstétricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, com intervalo de confiança.

4.2 - ABORDAGEM QUALITATIVA:

4.2.1 - **Tipo de Estudo:** Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, embasado no referencial teórico das Representações Sociais.

4.2.2 - **População e amostra:** Foram convidadas para participação nesta etapa, mulheres que já participaram da primeira etapa, especificamente aquelas com escore de risco ≥ 9 . Destas, foi ofertada a participação para (n=10) 25%, das mulheres que apresentaram riscos, sendo a seleção por sorteio aleatório das participantes que apresentaram frequência de risco para DPP. Das mulheres selecionadas para a segunda etapa, duas não aceitaram participar.

4.2.2.1 - **Critérios de inclusão:** Mulheres que participaram da primeira etapa e que apresentaram escore de risco para DPP (acima de 09), segundo a EPDS.

4.2.2.2 - **Critérios de exclusão:** Mulheres, que estivessem em atendimento psicológico e/ou tratamento psiquiátrico, bem como, aquelas cujos bebês tenham tido alguma intercorrência a partir da primeira participação nesse estudo.

4.2.3 - **Cenário:** Todos os distritos sanitários de Goiânia.

4.2.4 - **Coleta de dados:** Realizada nos meses de maio a agosto de 2017. Nessa segunda etapa, o primeiro contato feito com a mulher, via telefone, para informá-la que foi selecionada por sorteio para outra participação na pesquisa. Na

oportunidade, foi questionada quanto essa participação e em caso afirmativo, foi realizado agendamento de data e local de sua preferência para a realização da entrevista. Preferencialmente, foi feito deslocamento por parte das pesquisadoras. Por ocasião desse segundo encontro, foi ofertado para leitura o TCLE para esta etapa (APÊNDICE II), que teve tratamento semelhante ao explicitado na primeira fase da coleta de dados.

Esta participação se deu com a realização de entrevista aberta em profundidade a partir do questionamento:

Como tem sido a sua vida após o parto?

Para dar prosseguimento ao diálogo, foram ser feitas perguntas do tipo: fale um pouco mais sobre isso? Pode explicar melhor? Com a autorização da participante, o registro foi feito com uso gravador. Após a entrevista, procede-se com a transcrição das gravações na íntegra. As falas das entrevistadas estão identificadas com a letra “E”, seguido do número de participação das mesmas.

4.2.5 - Análise: O material obtido nas oito entrevistas, foi unificado em *corpus* unificada e submetido ao *software* ALCESTE (Análise Lexical de um Conjunto de Segmentos de Textos), o qual se constitui como técnica computadorizada utilizada para análise de texto para análise qualitativa, a partir de uma grande quantidade de métodos estatísticos que se adequam à análise de discurso, esta, feita a partir da distribuição de vocabulário em texto escrito. O método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), foi proposto em 1990 por Reinert, e classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários. O conjunto deles é dividido com base na frequência das formas reduzidas. Tal análise, propõe obter classes de *Unidades de Contexto Elementares* - UCE que, concomitante, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das UCE das outras classes (KRONBERGER; WAGNER, 2002; AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013; CAMARGO, 2013; REINERT, 1990).

4.3 - ASPECTOS ÉTICOS: A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), com Parecer de Aprovação Nº 1.945.727, emitido em 02 de março de 2017.

RESULTADOS

Participaram da primeira etapa da pesquisa 286 puérperas, cujos dados sociodemográficos encontram-se descritos a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas de puérperas entrevistadas. Goiânia, 2017.

VARIÁVEIS	n (286)	%	IC 95%
Idade (anos)			
10 – 19	41	14.34%	10.49% - 18.94%
20 – 29	153	53.5%	47.53% - 59.39%
30 – 39	80	27.97%	22.85% - 33.56%
≥ 40 anos	12	4,2%	2.19% - 7.21%
Raça			
Branca	70	24.48%	19.61% - 29.88%
Parda	164	57.34%	51.38% - 63.15%
Amarela	10	3.5.%	1.69% - 6.34%
Negra	42	14.69%	10.79% - 19.33%
Escolaridade			
Sem escolaridade	1	0.35%	0.01% - 1.93%
Ensino fundamental	50	17.48%	13.26% - 22.39%
Ensino médio	166	58.04%	52.09% - 63.83%
Superior	69	24.13%	19.28% - 29.51%
Situação conjugal			
Vivendo com companheiro	214	74.83%	69.38 – 79.75%
Solteira	70	24.48%	19.61% - 29.88%
Outros	2	0.7%	0.08% - 2.50%
Ocupação da mãe			
Do lar	76	26.57%	21.55 – 32.09%
Atividade fora do lar	210	73.43%	67.91% - 78.45%
Renda familiar*			
≤1,0 sm	33	11.54%	8.08% - 15.82%
>1,0 - < 2,0 sm	124	43.36%	37.53% - 49.32%
> 2,0 sm	96	33.57%	28.11% - 39.36%
Não declarada	33	11.54%	8.08% - 15.82%

*salário mínimo R\$ 937,00 vigente 2018

Conforme tabela acima, a faixa etária prevaleceu entre 20 e 29 anos, 53.5% (n=153); 58.0% (n=166) de raça parda; com ensino médio completo, 57.3% (n=164). situação conjugal casada vivendo com o companheiro, 74.86% (n=214). A ocupação

da mãe antes do parto, mais evidenciada por relatos das mulheres na pesquisa, foi de mulheres que exerciam atividades remunerada fora do lar, 73.43% (n=210); com renda familiar entre um e dois salários mínimos, 43.3% (n=124).

Os antecedentes obstétricos, encontram-se apresentados a seguir (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis obstétricas na última gestação. Goiânia, 2017.

VARIÁVEIS	n (286)	%	IC 95%
Pré-natal			
Sim	280	97.90%	95.49% - 99.23%
Não	6	2.10%	0.77% - 4.51%
Nº de consultas			
Nenhuma	9	3.15%	1.45% - 5.89%
1 - 5 consultas	37	12.94%	9.27% - 17.39%
≥ 6 consultas	240	83.92%	79.14% - 87.98%
Paridade			
Primípara	190	66.43%	60.64% - 71.89%
Secundípara	70	24.48%	19.61% - 29.88%
Tercípara	17	5.94%	3.50% - 9.35%
Multípara	9	3.15%	1.45% - 5.89%
Cesárea prévia			
Sim	132	46.15%	40.27% - 52.12%
Não	154	53.85%	47.88% - 59.73%
Dias de pós-parto			
Puerpério imediato	172	60.14%	54.21% - 65.86%
Puerpério tardio	49	17.13%	12.95% - 22.01%
Puerpério remoto	65	22.73%	18.00% - 28.03%

Com relação ao pré-natal, a maioria referiu ter realizado, 97.9% (n=280), destas, 83.9% (n=240) foram em mais de seis consultas. Relativo a paridade, a primiparidade sobressaiu, 66.43% (n=190). No que tange à cesárea prévia, 53.85% (n=154) das entrevistadas nunca foram submetidas à cirurgia previamente; as mulheres estavam em puerpério imediato em 60.1% (n= 172).

Quanto aos critérios de risco para DPP estão representados na (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das variáveis como critérios de risco para Depressão Pós-parto. Goiânia, 2017.

VARIÁVEL	n (286)	%	IC 95%
Escore <i>Edinburgh</i>			
≤ 8	246	86.01%	81.45% - 89.92%
≥ 9 - ≤11	16	5.59%	3.23% - 8.93%
≥ 12	24	8.39%	5.45% - 12.23%

Entre as participantes, a gestação não foi planejada 59.7% (n=171), com relação ao desejo da gestação, este, esteve presente em 87% (n=249). Quanto ao apoio do parceiro na gestação e parto, as mães afirmaram em 91.6% (n=262), foram apoiadas pelos mesmos. Com relação aos antecedentes familiares, a casos de depressão na família foram relatados em 34.6% (n=99), quanto à DPP em contexto familiar, 15.7% (n=45) das entrevistadas afirmaram que já houveram casos.

O escore de risco para DPP segundo a Escala de *Edinburgh* estão representadas a seguir (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da variável escore de risco para depressão pós-parto da escala de *Edinburgh*. Goiânia, 2017.

VARIÁVEIS	n (286)	%	IC 95%
Gestação planejada			
Sim	115	40.21%	34.48% – 46.14%
Não	171	59.79%	53.86% - 65.52%
Gestação desejada			
Sim	249	87.06%	82.61% - 90.73%
Não	37	12.94%	9.27% - 17.39%
Apoio do parceiro na gestação e parto			
Sim	262	91.61%	87.77% - 94.55%
Não	24	8.39%	5.45% - 12.23%
Casos de depressão na família			
Sim	99	34.62%	29.11% - 40.44%
Não	187	65.38%	59.56% - 70.89%
Depressão pós-parto na família			
Sim	45	15.73%	11.71% - 20.48%
Não	241	84.27%	79.52% - 88.29%

O total das entrevistadas, apresentaram escore de risco para DPP; 13.99% (n=40) segundo a Escala de *Edinburgh*. Destas, 5.59% (n=16) apresentaram escore entre 9 e 11; e 8.39% (n=24) somaram escore ≥ 12 pontos.

Do total de participantes com escore de risco para DPP entre 9 e 12 pontos, o perfil sociodemográfico apresenta contorno semelhante ao da maioria daquelas com escore igual ou abaixo de oito (8). Quanto aos dados sociodemográficos se assemelharam na cor de pele parda, faixa etária 20-29 anos, escolaridade ensino médio, situação conjugal vivendo com o parceiro e ocupação da mãe antes do parto exercendo alguma atividade remunerada. Quanto aos dados obstétricos maternos, estiveram semelhantes na primiparidade, realização de consultas de pré-natal maior que seis. E divergiram com relação à renda familiar, que esteve maior nas mulheres com escore de risco aumentado, a cesárea prévia esteve mais evidenciada nas puérperas com escore ≥ 9 ; o período puerperal identificado nas mulheres de maior risco para DPP foi o puerpério remoto, ao contrário das mulheres que foram entrevistadas na primeira etapa que estavam no puerpério imediato.

No que se refere aos critérios de risco para DPP, aquelas com escore de risco, esteve semelhante ao da totalidade de participantes, nas variáveis planejamento e desejo da gestação afirmando positivamente os dois, referiram ter apoio do parceiro na gestação, e negaram histórico de depressão e DPP na família.

Nesta etapa, segue uma breve caracterização das oito entrevistadas, com escore de risco para DPP segundo a narrativa das mesmas :

Síntese da Narrativa Individual das Entrevistadas

E1

Participante parda, idade entre 30 – 39 anos, cursou ensino médio, trabalhava como diarista, casada, renda familiar maior que um salário e menor que dois. Primípara, no 6º dia de pós cesariana. Referiu que a gravidez não foi planejada, entretanto, quando foi diagnosticada gestante, ficou feliz e aceitou a gestação, com total apoio do marido desde a gestação. Disse ter realizado quatro consultas de pré-natal. Relatou também que na família já aconteceram casos de depressão, entretanto, depressão pós-parto nunca soube de casos. Referiu que o marido auxilia nos cuidados com o bebê.

E2

Participante parda, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino médio, trabalhava como vendedora, como situação conjugal união estável, renda familiar de maior que um salário mínimo e menor que dois. Primípara, 13º dia pós-parto, disse que a gestação que não foi planejada, mas que ao se descobrir grávida, desejou desde o início ter o bebê. Realizou sete consultas de pré-natal, foi apoiada pelo marido na gestação e parto, e contava com a ajuda da mãe nas atividades de cuidar do bebê. Relatou que na família nunca teve casos de depressão ou depressão pós-parto.

E3

Puérpera de raça branca, na faixa etária entre 10 – 19 anos, cursa o ensino fundamental. A renda da família de um salário mínimo. Primípara, cuja gestação foi de gemelar, estava no 15º dia pós-parto normal quando entrevistada. A gravidez não foi planejada, sequer desejada, entretanto, apesar de não estar com o parceiro, foi apoiada por ele na gestação e parto. Realizou 5 consultas de pré-natal. Disse também, não haver relatos na família de depressão, bem como, depressão pós-parto, e que contava com a ajuda da mãe e da irmã nos cuidados com as filhas.

E4

Participante branca, com faixa etária entre 20 – 29 anos, solteira, cursou ensino médio, trabalhava como vendedora, tem renda familiar em mais de dois salários mínimos. Primípara, 14º dia pós-parto normal, gestação não planejada, sequer desejada, contudo, foi apoiada pelo parceiro na gestação e parto. Referiu receber pouca ajuda da sogra nos cuidados com o bebê. Mencionou que membros da família já foram diagnosticados com depressão, todavia, negou haver mulheres da família com histórico depressão pós-parto.

E5

Participante parda, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino médio, atuava como vendedora, em união estável com o companheiro, renda familiar acima de um salário mínimo e menor que dois. Secundípara pós-cesariana, 120 dias de puerpério. A gestação não foi planejada, contudo desejada, diz ter sido apoiada pelo parceiro na gestação, parto, e que o parceiro a ajudou no período noturno nos cuidados com a criança, quando chegava do trabalho. Referiu ter realizado sete consultas de pré-natal. Declarou que nenhuma mulher do ciclo familiar foi diagnosticada com depressão ou DPP.

E6

Participante parda, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino médio, união estável, trabalhava como vendedora, renda familiar menor que um salário mínimo. Primípara, 51 dias pós-cesariana, mencionou ter feito nove consultas de pré-natal, gestação planejada e desejada, apoio do parceiro na gestação e parto. No pós-parto, disse não ter sido apoiada por ninguém, sequer recebeu apoio nos cuidados com o bebê. Descreveu que familiares já foram diagnosticados com depressão, assim como DPP.

E7

Participante negra, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino fundamental, união estável, trabalhava em serviços gerais de higienização, renda familiar menor que um salário mínimo. Primípara, no 30º dia pós-cesárea. A gestação não foi planejada nem mesmo desejada, contudo teve apoio do parceiro na gestação e parto. Compareceu há nove consultas de pré-natal. No momento, contava com o apoio da irmã nos cuidados com o bebê. Mencionou que no âmbito familiar não há relatos de caso de depressão e DPP.

E8

Participante parda, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino médio, união estável, trabalhava como vendedora, renda familiar maior que um salário mínimo e menor que dois. Puérpera no 14º dia pós-cesariana este é seu quarto filho, cuja gravidez foi planejada e desejada. Diz ter sido apoiada pelo parceiro na gestação e parto. Disse também que realizou mais de seis consultas de pré-natal. No contexto familiar, já houve casos de depressão na família, bem como, depressão puerperal. Referiu que o parceiro a ajudou muito nos cuidados com o recém-nascido.

O *corpus* contendo as entrevistas, foi processado no *software* ALCESTE, o qual gerou o Dendograma a seguir apresentado. (Figura I).

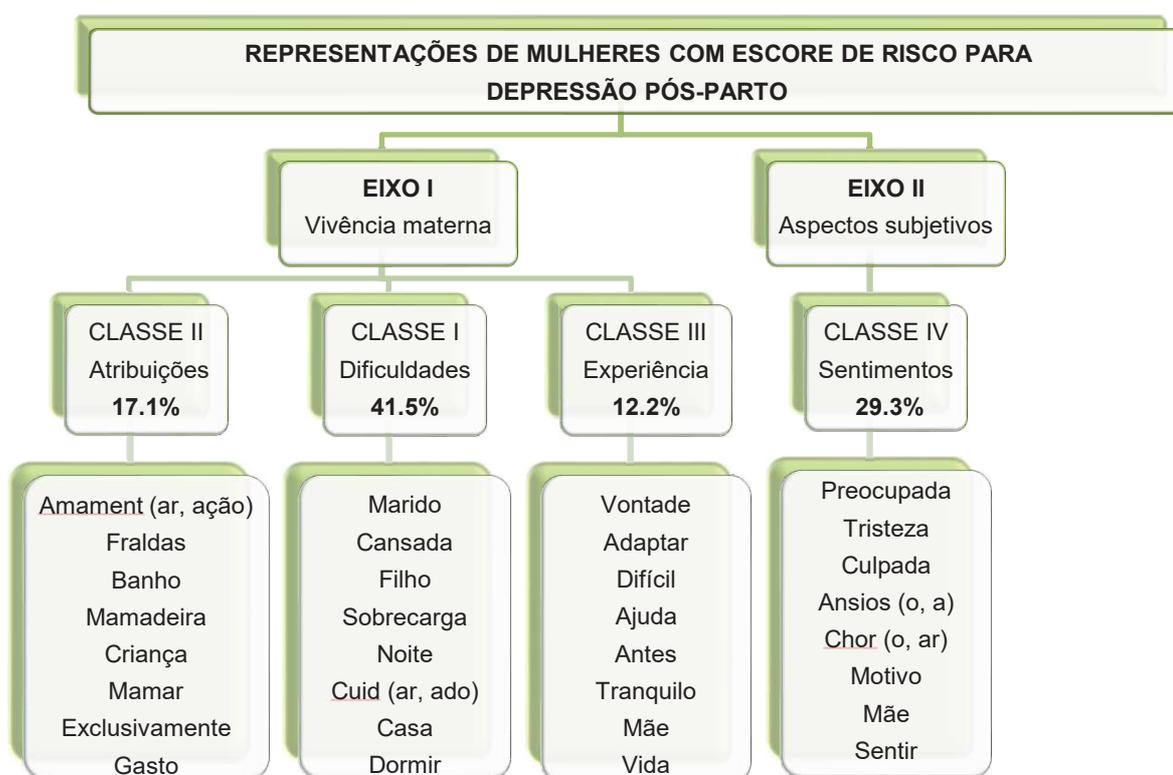


Figura I – Dendograma da classificação hierárquica descendente do material textual referido por mulheres com escore de risco para DPP. Goiânia, 2017.

Conforme a aglomeração processada pelo ALCESTE, identifica-se no dendograma, que foram formados dois eixos e quatro classes. O eixo I identificado como vivência materna, condensa a maior parte do conteúdo emitido pelas entrevistas, em torno de 70%, possui 3 classes, I, II e III, denominadas, respectivamente, como dificuldades, atribuições e experiências. O eixo 2 foi denominado aspectos subjetivos, possui uma classe, esta identificada como sentimentos. Para fins de registro, explicita-se que o título de cada uma das classes foi atribuído com base nas palavras de maior associação, em cada classe identificada através da análise de texto.

A classe I, dificuldades 41.5%, é constituída em torno de oito elementos significativos, correlacionados às dificuldades enfrentadas pelas mulheres nas atividades atribuídas mãe: 'marido', 'cansada', 'filho', 'sobrecarga', 'noite', 'cuid (ar, ado)', 'casa', 'dormir'.

Na frase abaixo, com relação aos contextos selecionados na classe 1, sobre as dificuldades enfrentadas após o nascimento do filho, a mudança de rotina. As entrevistadas referiram estar cansadas, visto que após a chegada do bebê, a rotina de vida está mais agitada.

As vezes eu fico cansada de levantar a noite e cuidar do bebê durante o dia também (E5).

[...] tá uma correria, eu trabalho e trago o meu filho comigo... a rotina está mais cansativa (E6).

Outro contexto identificado, foi o relato do importante fato de estarem sendo apoiadas por outras pessoas (marido, mãe) nas atividades de cuidar da criança:

[...] está tudo bem, meu marido tem me ajudado a cuidar do bebê (E1).

[...] tenho a ajuda da minha mãe para cuidar do meu filho, pois sozinha estava muito difícil (E2).

Meu marido que dá banho no neném, troca fraldas e faz o bebê dormir (E8).

De outra forma, na fala das entrevistadas a falta de apoio nos cuidados com a casa e com o filho a deixa sobrecarregada:

Meu marido me ajuda nos cuidados com a casa e com nosso filho somente à noite, quando ele chega do trabalho (E5).

[...] tem momentos que me sinto sobrecarregada demais, porque querendo ou não, o pai nem sempre ajuda, pega só um pouco (E3).

A classe II, “atribuições” com 17.1%, o título de cada uma das classes foi atribuído com base nas palavras de maior associação, em cada classe identificada através da análise de texto. As informações das atribuições de ser mãe, relatadas pelas entrevistadas. Evidencia-se oito palavras: ‘amament (ar, ação)’, ‘fraldas’, ‘banho’, ‘mamadeira’, ‘criança’, ‘mamar’ ‘exclusivamente’, ‘gasto’. Conforme é possível ver em alguns relatos, no qual as entrevistadas descrevem as atividades exclusivas direcionadas a mãe, nos cuidados com o recém-nascido:

[...] minha sogra me ajuda a cuidar do neném...ela fica com ele um pouco, brinca, mas dar banho e trocar as fraldas só eu mesma (E3).

[...] quem cuida mais do neném é meu marido, ele dá banho, troca fraldas, fica com ele para dormir, mas eu que amamento no seio (E8).

Diante das novas atribuições desta nova fase da vivência materna, após a chegada do filho, as entrevistadas relataram sobre o aumento da necessidade da renda familiar, visto que com a chegada do filho, os gastos aumentam:

[...] agora a renda tem que aumentar...meu marido me ajuda com o financeiro, mas mesmo assim o gasto financeiro aumenta muito com a criança com fralda e leite (E7).

[...]só meu esposo está trabalhando e o bebê também gasta muito (entrevistada E5).

Ainda neste contexto, a participante narrou sobre o esforço para amamentar no seio materno, insistindo para a amamentação exclusiva e a desistência por optar pelo seio e oferecer mamadeira com leite de fórmula:

[...] O bebê deixou de amamentar exclusivamente ao seio, eu insisti, mas quando eu percebia que não ia mamar, eu oferecia mamadeira (E4).

A classe III organiza-se em torno das experiências vividas pela mulher após tornar-se mãe, descritas através de oito elementos que contextualizam os discursos: 'vontade', 'adaptar', 'difícil', 'ajuda', 'antes', 'tranquilo', 'mãe', 'vida'.

Com relação a adaptação a vida materna, as falas das entrevistadas demonstram que algumas relataram estar tranquila a adaptação, outra, que estava difícil:

[...] estou tentando conciliar as atividades de ser mãe, dona de casa e o trabalho, estava bem difícil, mas agora está melhorando para adaptar (E6).

[...] Está mais tranquilo cuidar dos bebês que são gêmeos. Pois conto com a ajuda de minha mãe e minhas irmãs (E3)

Ainda, nesta classe ficou evidenciado através das falas das participantes a contextualização da experiência de vida após o parto, bem como a mudanças na rotina após o parto:

Não estou nada bem, não tenho vontade de fazer nada, não me sinto bem, só tenho vontade de ficar em casa (E4).

[...] está tudo bem, mas muita coisa muda na vida após o nascimento do filho, a gente não tem mais liberdade para nada, como eu tinha antes, como por exemplo arrumar os cabelos (E5).

Considerando as mudanças de vida após a maternidade, a frase relatada pela participante descreve a necessidade de pedir ajuda psicológica:

[...] já até senti vontade de pedir ajuda, mas para eu procurar atendimento fica caro (E5).

Na classe IV são expressos os sentimentos vividos pela mulher após o parto, organizados em oito elementos: 'preocupada', 'tristeza', 'culpada', 'ansios (o, a)', 'chor (o, ar)', 'motivo', 'mãe', 'sentir'.

Através das falas das entrevistadas, identifica-se que o sentimento materno de sobrecarga, que remete à responsabilidade de tornar-se mãe, esteve evidenciado nas frases abaixo:

As vezes tenho preocupações que eu não sei responder o motivo (E1).

[...] Pois me sinto abalada, depois do nascimento do meu filho [...] em alguns momentos me sinto estressada, e as vezes choro (E5).

[...] como foi uma gravidez não planejada e eu não esperava, fiquei muito preocupada e assustada (E4).

[...] antes eu cheguei a me sentir culpada, pois cuidar do bebê sozinha estava muito difícil [...] (E2).

[...] Ao chegar lá, rapidamente senti um desespero, uma tristeza, fiquei ansiosa e com vontade de ir embora [...] (E4).

Há alguns dias atrás estava desorganizada minha vida, mas agora estou adaptando à esta nova fase de ser mãe (E6).

6. DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico que aparece no presente estudo, tem contorno similar ao encontrado em pesquisas com temáticas semelhantes, realizadas no território nacional e internacional, nos aspectos relativos à primiparidade, não planejamento da gestação, apoio do parceiro na gestação, número de consultas de pré-natal e histórico de depressão na família. (ANDRADE et al, 2017; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; ZAIDI, 2017). É importante ressaltar que nesse e nos estudos mencionados, as mulheres seguem as recomendações do MS, com base nas diretrizes da OMS, especificamente, quase totalidade das entrevistadas, terem participado de seis ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2013).

Os resultados obtidos no presente estudo foram comparados com a literatura publicada em outros continentes. Na Ásia, o estudo de Liu et al (2017), tem perfil majoritário semelhante no que se refere a idade, primiparidade, não ter histórico de cesárea prévia, similar aos estudos Europeus (FIALA et al, 2017; MALISZEWSKA et al, 2017a). Entretanto, diverge quanto ao nível educacional, visto que na China e nos Estados Unidos a maior participação foi de mulheres com nível superior de escolaridade (LEWIS et al, 2018; LIU et al, 2017; MALISZEWSKA et al, 2017a).

As taxas de prevalência do risco para desenvolvimento da DPP, segundo a EPDS obtidas neste estudo, considerando o ponto de corte ≥ 9 esteve similar aos achados em estudos Brasileiros (14%), de (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017), no Japão, (14%) por (MIYAKE et al., 2006; MUCHANGA et al., 2017); na Índia (13.1%) por (JOHNSON et al., 2015), Portugal (14.2%) por (ALVES et al., 2018). Ainda, alguns resultados aproximados foram identificados, como exemplo na República Checa (11.8%) segundo (FIALA et al., 2017); no Brasil (11%) por (MENEZES et al., 2009), e Polônia (12.4%) por (MALISZEWSKA et al., 2017b).

Para alguns pesquisadores, os achados divergiram no escore de risco para DPP, na China (54.5%) (JIN; MORI; SAKAJO, 2016), e diferentemente para o mesmo País (6.7%) (LIU et al., 2017); no Peru (37.5%) (GARCIA; TORRES; ADRIANZEN, 2011), Colômbia (46.3%) (CUERO-VIDAL; DÍAZ-MARÍN, 2013); Brasil (26.3%) (THEME FILHA et al., 2016); Portugal (23.5%) (TENDAIS et al., 2014), Polônia (6.3%) por (MALISZEWSKA et al., 2017a), nos Estados Unidos da América (20.6%) (MITCHELL, 2009). Essa diferença nos casos de risco para DPP, pode ser atribuída devido ao período do pós-parto da aplicação da escala, a forma de

aplicação, fatores socioeconômicos e a amostra utilizada para pesquisa (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Tais informações, inferem que o número de filhos maior que dois, o planejamento da gestação, histórico familiar de depressão, nível intelectual da mulher, renda familiar e o acompanhamento do profissional da saúde nas consultas de pré-natal podem inferir risco para DPP (FREITAS; SILVA; BARBOSA, 2016; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; LIU et al, 2017; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2017). Pois entende-se que a frequência ideal das gestantes e puérperas, faz com que profissionais familiarizem-se familiarizados com os sintomas da DPP, fatores socioculturais relacionados e a cultura local, na qual esta mulher convive (ABDOLLAHI; ETEMADINEZHAD; LYE, 2016)

Com relação ao perfil das mulheres com escore de risco para DPP, segundo a EPDS. Não ter cursado ensino médio, baixa renda familiar, menor que um salário mínimo, idade, não estiveram presentes nas mulheres com escore de risco para DPP. Assim como, mães primíparas e a falta de planejamento da gestação (GREINERT; MILANI, 2015; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; JIN; MORI; SAKAJO, 2016; ÖZCAN; BOYACIOĞLU; DINÇ, 2017; SHA et al, 2017). O desejo da gestação não esteve associados nos estudos para as mulheres de risco DPP, tal como como, a frequência em mais de seis consultas de pré-natal, conforme recomendações do MS (BOSKA; WISNIEWSKY; LENTSCK, 2016; BRASIL, 2013; IWATA et al, 2015).

ARRUMAR - Perfil escore ≥ 9 semelhante idade, cor de pele parda, cursando ensino médio, vivendo com parceiro, exercendo atividades fora do lar, renda familiar.

Neste estudo, quanto ao período puerperal de maior risco, o puerpério remoto, esteve associado à DPP, e vai de encontro com a literatura descrita (TENDAIS et al, 2014). Tal achado, deve ser levado em consideração, visto que o MS, investe massivamente em políticas públicas voltadas para consultas de puerpério, através do programa primeira semana de saúde integral da mulher (BRASIL, 2004). Contudo, o estudo divergiu de outras pesquisas no que se refere ao período puerperal de risco para DPP. De tal forma que este risco, foi mais predominante nas três primeiras semanas após o nascimento (JIN; MORI; SAKAJO, 2016; MALISZEWSKA et al, 2017b; SHA et al, 2017).

Correlacionando o estudo de Souza (2015), aos resultados da classe II, no que se refere as atribuições de ser mãe, ela entende por meio da cultura familiar e ou popular que deve-se ter uma disponibilidade absoluta, e que deve priorizar e ser responsável por todas atividades que envolvem o bem-estar da criança, fazendo com que as atribuições de amamentação e cuidados da criança como dar banho, realizar troca de fralda, se tornem culturalmente habilidades restritas à mãe, ainda, deve-se considerar a existência da amamentação mista na puérpera classificada com sintomas moderados da DPP, muitas vezes relacionada à desmotivação por amamentar a criança (MATOS et al., 2013; SOUZA, 2015).

A importância do envolvimento do pai com o bebê, principalmente se tratando de mães com DPP. Para Reginato et al, sugere que que o pai seja incluído nos cuidados com a criança, visto que habitualmente são realizadas só com a mãe, com a finalidade de beneficiar o recém-nascido, bem como a interação da mãe com o bebê (REGINATO et al, 2015). É importante destacar, que todo o contexto das atribuições e cuidados com o bebê, relatadas pelas mães, geram maiores gastos na família para suprimentos para a criança está diretamente relacionado à baixa renda familiar (GREINERT; MILANI, 2015).

No que refere à atribuição materna de amamentar exclusivamente ao seio, Abuchaim (2016) reforça que a DPP torna desfavorável, se relacionada ao aleitamento materno na duração da mamada, ainda favorecendo ao desmame precoce do recém-nascido. Outro dado importante, é que a DPP pode acarretar ausência do aleitamento materno exclusivo (ABUCHAIM et al, 2016; SILVA et al, 2017). Entretanto, existe uma relação positiva, entre amamentação e qualidade de vida, que deve ser considerada como um benefício adicional para a saúde da mãe em curto prazo, fortalecendo inclusive o vínculo materno no binômio mãe-filho. Para psicanalistas, atitudes, ações, reações e emoções, conscientes ou inconscientes, maternas, influenciam diretamente desenvolvimento psíquico recém-nascido (SÁ et al, 2016; TRIVIÑO-JUÁREZ et al, 2016).

A classe I mostra que mulheres com escore de risco para DPP, enfrentam dificuldades de adaptação após a chegada do bebê. Ficou ainda evidenciado que o apoio do parceiro ou a falta dele, o sentimento de cansaço da mulher com as atividades de cuidar da criança faz com que a mãe se sinta sobrecarregada (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Entende-se que após o nascimento, a puérpera passa por adaptações físicas, sociais psicológicas e a mulher precisa de uma forma suporte diferenciado, daquele recebido durante a gravidez. Após o parto, ela precisa de ajuda física e apoio, atenção e valorização por parte dos familiares, principalmente do parceiro. Bem como, é importante incluir o pai nos cuidados, com a finalidade de beneficiar mãe e filho (ALEXANDRA et al, 2015; REGINATO et al, 2015). Ainda, para Morikawa (2015), o apoio do parceiro a gestante, desde a gestação é um fator protetor para DPP, afirma ainda, que ter um número maior de pessoas apoiando durante a gravidez, ajuda a proteger contra a depressão pós-parto (MORIKAWA et al, 2015).

As puérperas nesta classe, ainda referiram que a falta de tempo para dormir à noite, visto que tem que amamentar a criança. Pois antes do bebê nascer, elas idealizam uma criança calma, que não chora, a partir do momento que ela enfrenta noites mal dormidas, isso se torna um enfrentamento para a mulher no pós-parto (GREINERT; MILANI, 2015). Também afirmaram, que além da atribuição de cuidar da casa e os cuidados com a criança, e mesmo com o exercício de ser mãe, ela se vê como responsável, nas atividades dos cuidados com a casa e com o marido. Fazendo com que após o parto, a mulher se reaproxime das atividades domésticas e dos cuidados com a criança. E neste momento, a mãe prioriza as atividades e cuidados relacionados ao filho, em detrimento dos cuidados com ela mesma (RIBEIRO et al, 2014; SOUZA, 2015).

As falas das entrevistadas que aparecem na classe III, se referem as experiências vividas pela mulher após tornar-se mãe. Tendo em vista que o puerpério resulta em um momento repleto de novas adaptações na rotina da mãe e da família, ainda reflete em novas maneiras dos familiares, em querer apoiar a mãe neste momento (SOLER et al, 2015). Conforme evidenciado pelas falas, a mãe atribui momentos de adaptação, a necessidade de ajuda para as atividades de membros da família, sejam eles, mãe, marido, irmã, ainda, correlaciona aos momentos de dificuldade. Visto que a vida após da chegada do bebê, trouxe novas experiências, e o apoio social, torna-se imprescindível neste novo momento, em que a mulher assume o papel da maternidade (RONCALLO; SÁNCHEZ DE MIGUEL; ARRANZ, 2014).

Do ponto de vista de atenção à saúde materna, os sentimentos vivenciados pelas puérperas devem ser tratados com muito critério. A preocupação da mãe com a criança, a culpa por não estar conseguindo executar todas as atividades que

teoricamente são atribuídas a ela. Ela se recrimina, e tende a se comparar as outras mães que conseguem exercer todas as atividades, se culpando por não corresponder às expectativas (BARBOSA; ÂNGELO, 2016; PORTO; MARANHÃO; FÉLIX, 2016). O sentimento de tristeza, é um importante aspecto na avaliação profissional no puerpério, pois entende-se que o ciclo gravídico puerperal são períodos de vulnerabilidade e transformação, e podem ocorrer sintomas de DPP (ANDRADE et al, 2017).

O pós-parto é amplamente caracterizado por uma variedade de emoções decorrentes da transição da responsabilidade do humor. Nesta transição, conforme citado pelas entrevistadas o choro sem motivo e a ansiedade, ficou evidenciado em alguns momentos (TUTEJA; NIYOGI, 2016). Para os autores, por mais contraditório que possa parecer, as mães podem apresentar tristeza, ansiedade e até sintomas psicóticos em vez da mais serena felicidade, mesmo após a chegada do filho. A puérpera expressa sentimentos aguçados, em virtude do choque e desapontamento com a realidade, em não provar de toda a emoção e felicidade, comumente preestabelecida desde as brincadeiras de infância, na mídia e nas histórias das suas vizinhas e amigas (DIAS; COARACY, 2013; JUNIOR et al, 2013).

Inclusive, cabe ressaltar que a partir do momento e que a pessoa se torna pai e mãe, este momento se destaca significativamente, se comparado a qualquer outra transição ao longo da vida. De tal forma, que a chegada de um novo ser, requer mudanças nos hábitos para a família, pois este, é totalmente dependente dos pais. Estudos mostram ainda, que a DPP pode gerar impacto, a curto, médio e longo prazos na vida das mulheres, que podem refletir efeitos negativos em sua rede social, mas principalmente na relação com o filho (ABUCHAIM et al., 2016; FERREIRA; BEATRIZ GOELLNER, 2016; LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

Portanto, destaca-se que existem fatores que protegem o aparecimento de eventuais consequências negativas da DPP sobre o desenvolvimento da criança, através do apoio à mulher pelos familiares bem como, de uma equipe multidisciplinar de saúde, visto que a ambos podem dar o suporte necessário de forma que contribua e direcione o atendimento. De forma que este atendimento esteja e apoiar mãe e os familiares, que necessitam enfrentar os eventuais episódios da DPP (OLIVEIRA; BRAGA, 2016).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade além dos aspectos positivos socialmente conhecidos, pode se configurar como momento difícil para as mulheres, até que ocorram as necessárias adaptações à nova experiência de vida. Conforme os dados do presente estudo, um total de 13.99% de puérperas apresentaram risco para a depressão puerperal segundo a Escala de *Edinburgh*, a qual permite rastrear os indicadores que corroboram para dar visibilidade ao risco de desenvolvimento de DPP.

O perfil das puérperas da primeira etapa do estudo o contorno é dado pela primiparidade, cor de pele parda, ensino fundamental completo, coabitação com o parceiro, renda familiar acima de um salário mínimo. A maioria refere gestação não planejada, mas desejada pelo casal, com apoio do parceiro por todo o período gravídico puerperal, bem como ausência de histórico de depressão ou DPP na família.

Dentre as puérperas com escore de risco para DPP, os fatores associados diversos. Dentre os principais aparecem primiparidade, cesariana no histórico pessoal, vigência do puerpério remoto, desejo por engravidar, independente se gestação planejada ou não, sem histórico familiar de depressão, bem como, poucos casos de DPP na família.

A análise das narrativas apresentadas pelas puérperas com escore de risco para DPP, resultou em dendograma constituído por dois eixos e quatro classes. O primeiro eixo apresenta três classes nas quais são abordados enfoques cotidianos da vivência materna propriamente dita, individualmente identificadas como atribuições, dificuldades e experiências. O segundo eixo, denominado aspectos subjetivos tem uma classe, na qual aparecem os sentidos envolvidos no processo.

As mudanças no cotidiano da vida, impostas pelas atribuições decorrentes da chegada do filho, aparecem como importante fator de sobrecarga para as puérperas. Foram mencionadas tarefas comuns relativas aos cuidados diários com o bebê, como banho, trocas e amamentação, mas como devem acontecer em intervalos curtos de tempo, dificultam que as horas de sono e repouso ocorram, conseqüentemente determinam reduzidos períodos para descanso, o que as impedem de recuperação física e psicoemocional para prosseguirem ilesas nessa jornada.

A rede de apoio familiar é indicada como aspecto facilitador para minimizar os impactos na vida após a chegada do filho. É dada importância singular quanto à participação do parceiro nos cuidados com a criança, em especial no período noturno. Também é reconhecida a ajuda de outros familiares, em especial de sua mãe e irmãs, as quais dão alívio às puérperas, por contribuírem na divisão das tarefas domésticas e nos cuidados com o bebê.

No contexto em que estão inseridas, verbalizam sentimentos recorrentes na clínica obstétrica. A preocupação em oferecer os cuidados necessários ao recém-nascido, tristeza e choro sem motivo evidente, são destaques recorrentes. Referem ainda, a sensação de culpa e ansiedade.

Os dados obtidos no âmbito do presente estudo, impõem a necessidade de que haja o olhar profissional sensível à DPP, esta que sem dúvida se configura como problema de saúde pública no país. Como tal, exige, de modo urgente, a adoção de estratégias de prevenção e tratamento ao agravo. Sugere-se iniciar esse processo por ações de educação permanente, de modo a instrumentalizá-los para a detecção precoce de sinais e sintomas que apontem para o potencial desenvolvimento da DPP.

Outra sugestão, é a adoção da escala de *Edinburgh* nas unidades de saúde, visto ser uma importante ferramenta facilmente aplicada no retorno da puérpera à unidade de saúde. Essa primeira consulta de pós-parto está prevista e integra o programa Primeira Semana de Saúde Integral, voltado ao atendimento da díade mãe e bebê, preconizado pelo MS.

REFERÊNCIAS

- ABDOLLAHI, F.; ETEMADINEZHAD, S.; LYE, M. S. Postpartum mental health in relation to sociocultural practices. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 55, n. 1, p. 76–80, 2016.
- ABUCHAIM, E. DE S. V. et al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 664–670, 2016.
- ALEXANDRA, P. et al. Suporte social durante o ciclo gravídico-puerperal. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 350–355, 2015.
- ALVES, S. et al. Preliminary Psychometric Testing of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) in Portuguese Women. **Maternal and child health journal**, v. 1, p. 1–8, 11 jan. 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**. [s.l: s.n.].
- ANDRADE, C. DE J.; BENINCASA, M.; BACCELLI, S. M. O VÍNCULO MÃE-BEBÊ NO PERÍODO DE PUERPÉRIO: UMA ANÁLISE WINNICOTTIANA. **Revista do NESME [en linea]**, v. 14, p. 1–13, 2017.
- ANDRADE, M. et al. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 18, n. 18, p. 8–13, 2017.
- ANDRADE, R. D. et al. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 181–186, 2015.
- AZEVEDO, D. M. DE; COSTA, R. K. DE S.; MIRANDA, F. A. N. DE. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. esp, p. 5015–22, 2013.
- BARBOSA, M. A. R. D. S.; ÂNGELO, M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. **E Global**, v. 42, p. 232–255, 2016.
- BECK, C. T. Predictors of Postpartum Depression: An Update. **Nursing Research**, v. 50, n. 5, p. 275–285, 2001.
- BENZECRY, R.; OLIVEIRA, H. C. DE; LEMGRUBER, I. **TRATADO DE OBSTETRÍCIA**. [s.l: s.n.].
- BIDZAN, M. Screening for maternal postpartum depression and associations with personality traits and social support . A Polish follow-up study 4 weeks and 3 months after delivery. v. 51, n. 5, p. 889–898, 2017.
- BOSKA, G. DE A.; WISNIEWSKY, D.; LENTSCK, M. H. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 1, p. 38–50, 2016.
- BRASIL. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. **Ministério da Saúde**, p. 158, 2005.

BRASIL. Pré-Natal E Puerpério. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**, v. 1, p. 162, 2006.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 5 jan. 2017.

BRASIL. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. p. 158, 2013.

BRASIL, M. DA S. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. **Agenda**, p. 80, 2004.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. [s.l: s.n.].

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 6, p. 288–294, 2010.

CARVALHO, F. A. DE; MORAIS, M. L. S. Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social : Revisão Sistemática da Literatura. **PSICO**, v. 45, p. 463–474, 2014.

CLINTON, J. Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. **International Journal of Nursing Studies**, v. 24, n. 1, 1987.

COUTINHO, MARIA DA PENHA DE LIMA; SARAIVA, EVELYN RUBIA DE ALBUQUERQUE. As Representações Sociais da Depressão Pós-parto Elaboradas por Mães Puérperas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 244–259, 2008.

COX, J. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. **Journal of Affective Disorders**, v. 39, n. 3, p. 185–189, 1996a.

COX, J. Validation of the Edinburgh postnatal depression scaleValidation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. **Journal of Affective Disorders**, v. 39, n. 3, p. 185–189, 1996b.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS) Instructions for using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry Source Postpartum Depression N Engl J Med**, v. 150, n. 3, p. 782–786, 1987.

CUERO-VIDAL, O. L.; DÍAZ-MARÍN, A. M. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 64, n. 4, p. 371–378, 2013.

CUNNINGHAM, F. G. ET AL. **Obstetricia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: amgh, 2016.

DE ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p.

43–54, 2006.

DELIAS, D.; SCHWENGBER, D. S. Depressão Materna e Interação Mãe-Bebê no Final do Primeiro Ano de Vida 1 Maternal Depression and Mother-Infant Interaction by the End of the First Year of Life. v. 20, p. 233–240, 2004.

DIAS, L. O.; COARACY, T. M. S. Produção científica com enfoque na depressão pós-parto: fatores de risco e suas repercussões. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 4, p. 205–215, 2013.

EDUARDO, K. G. T. et al. VIVENCIANDO O PUERPÉRIO: DEPOIMENTO DE MULHERES. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 6, n. 2, p. 26–31, 2016.

FELLMETH, G. et al. Migrant perinatal depression study: a prospective cohort study of perinatal depression on the Thai-Myanmar border. **BMJ Open**, v. 8, n. 1, p. e017129, 2018.

FERREIRA, S.; BEATRIZ GOELLNER, M. Male Postpartum Depression. v. 2, n. 7, p. 78–89, 2016.

FIALA, A. et al. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. **BMC psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 104, 21 mar. 2017.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. supl. 1, p. 79–84, 2009.

FREITAS, M. E. SOARES DE; SILVA, F. P. DA; BARBOSA, L. R. Analysis of risk factors associated with postpartum depression: integrative review. **Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul**, v. 14, n. 48, p. 99–105, 2016.

GARCIA, S. G.; TORRES, C. LLNHARES; ADRIANZEN, P. V. Depresion Post Parto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en Puerperas, Tacna. **Revista Ciencia y Desarrollo**, v. 13, p. 118–120, 2011.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 17(1), 26-36. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26–36, 2015.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. 1–10, 2017.

HOIRISCH, A. Progressos em psiquiatria. **Bol. Acad. Nac. Med**, 1991.

HOLLIST, C. S. et al. Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. **Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro**, v. 11, n. 38, p. 1–13, 2016.

IWATA, H. et al. Predicting early post-partum depressive symptoms among older primiparous Japanese mothers. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 12, n. 4, p. 297–308, 2015.

JIN, Q.; MORI, E.; SAKAJO, A. Risk factors, cross-cultural stressors and postpartum depression among immigrant Chinese women in Japan. **International Journal of Nursing Practice**, v. 22, p. 38–47, 2016.

JOHNSON, A. R. et al. Postnatal depression among women availing maternal health services in a rural hospital in South India. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 31, n. 2, p. 408–413, 2015.

JUNIOR, J. R. et al. Saúde mental da mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. **Revista debates em psiquiatria**, v. 6, n. 2236–918X, p. 1–52, 2013.

KENNERLEY, H.; GATH, D. Psychiatric Diagnoses: A Study of How They are Made. **Psychiatry**, v. 155, n. 569, p. 367–73, 1 abr. 1989.

LEWIS, B. A. et al. The effect of sleep pattern changes on postpartum depressive symptoms. **BMC Women's Health**, v. 18, n. 1, p. 12, 2018.

LIEBENBERG, B. Expectant fathers. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 37, n. 2, p. 358–359, 1967.

LIU, S. et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: Path model analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 1–7, 2017.

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

MALDONADO, M. T. Psicologia da Gravidez. In: **Psicologia da Gravidez**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 1997. p. 194.

MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez. In: **Psicologia da Gravidez**. São Paulo: Jaguatirica Digital, 2013. p. 586.

MALISZEWSKA, K. et al. Screening for maternal postpartum depression and associations with personality traits and social support. A Polish follow-up study 4 weeks and 3 months after delivery. **Psychiatria polska**, v. 51, n. 5, p. 889–898, 29 out. 2017a.

MALISZEWSKA, K. et al. Medical and psychosocial determinants of risk of postpartum depression: a cross-sectional study. **Acta neuropsychiatrica**, v. 29, n. 6, p. 347–355, dez. 2017b.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. Edimburg Postpartum Depression Scale: Factorial analyses and development of six items version. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, p. 316–318, 2010.

MARTÍNEZ, P.; VÖHRINGER, P. A. Barreiras de acesso a tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de atenção primária: um modelo preditivo 1 Método. 2016.

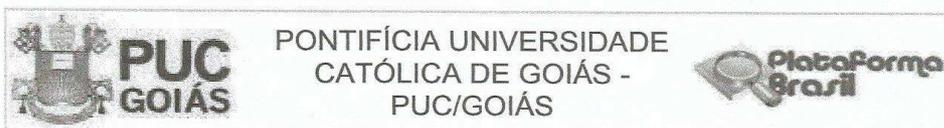
MARTÍNEZ, P.; VÖHRINGER, P. A.; ROJAS, G. Barriers to access to treatment for mothers with postpartum depression in primary health care centers: a predictive model. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016.

- MATOS, J. M. et al. Análise da depressão pós-parto no período puerperal e sua relação com o aleitamento materno. **REVISTA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA LIBERTAS**, v. 3, p. 50–66, 2013.
- MENEZES, F. L.; LUIZA, N.; PELLENZ, K. Depressão Puerperal , no âmbito da Saúde Pública. **SAÚDE SANTA MARIA**, v. 38, n. 2236–5834, p. 21–30, 2012.
- MENEZES, F.; PELLENZ, N. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. **Saúde (Santa Maria)**, p. 21–30, 2012.
- MENEZES, L. et al. Frequência da depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário da Região Sul. **enfermeria global**, p. 419–429, 2009.
- MITCHELL, A. J. The 3 item anxiety subscale of the Edinburgh Postpartum Depression Scale may detect postnatal depression as well as the 10 item full scale. **Evidence-Based Mental Health**, v. 12, n. 2, p. 44–44, 2009.
- MIYAKE, Y. et al. Dietary folate and vitamins B12, B6, and B2 intake and the risk of postpartum depression in Japan: The Osaka Maternal and Child Health Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 96, n. 1–2, p. 133–138, 2006.
- MORAIS, M. DE L. S. E et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 40–50, 2015.
- MORIKAWA, M. et al. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: A prospective cohort study. **Scientific Reports**, v. 5, n. April, p. 1–9, 2015.
- MUCHANGA, S. M. J. et al. Preconception gynecological risk factors of postpartum depression among Japanese women: The Japan Environment and Children’s Study (JECS). **Journal of affective disorders**, v. 217, p. 34–41, 1 ago. 2017.
- NEME, B. **OBSTETRÍCIA BÁSICA**. 1. ed. [s.l: s.n.].
- NETO, L.; RODRIGUES, M. Psiquiatria Básica. In: **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: [s.n.]. p. 412–423.
- O’HARA, M.; SWAIN, A. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. **International review of psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 37–54, 1996.
- O’HARA, M. W.; SCHLECHTE, J. A. Prospective Study of Postpartum Blues: Biologic and Psychosocial Factors. **JAMA Psychiatry**, 1991.
- OLIVEIRA, A. P.; BRAGA, T. D. L. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONSEQUÊNCIAS PARA MÃE E O RECÉM-NASCIDO – UMA REVISÃO. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 5, p. 133–144, 2016.
- OLIVEIRA, J. M. DE; DUNNINGHAM, W. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós- parto em salvador. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 2, p. 72–83, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra,. [s.l: s.n.].

- ÖZCAN, N. K.; BOYACIOĞLU, N. E.; DINÇ, H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 1, n. 4, p. 420–28, 2017.
- PITT, B. Maternity blues. **The British journal of psychiatry**, v. 122, p. 431–433, 1973.
- PORTO, R. A. F.; MARANHÃO, T. L. G.; FÉLIX, M. W. Aspectos Psicossociais da Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Sistemática. **Id on Line Multidisciplinary and Psycology Journal Artigo**, v. 11, p. 219–245, 2016.
- PORTO, R. A. F.; MARANHÃO, T. L. G.; FÉLIX, W. M. Aspectos Psicossociais da Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Sistemática. **Id on Line Multidisciplinary and Psycology Journal**, v. 11, n. 34, p. 219–245, 2017.
- REGINATO, M. et al. Depressão pós-parto materna e o envolvimento paterno no primeiro ano do bebê. v. 46, p. 50–65, 2015.
- RIBEIRO, D. H. F. et al. Experiences of Woman'S Care: the Report of Puerperal Women. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 4, p. 820–826 7p, 2014.
- RONCALLO, C. P.; SÁNCHEZ DE MIGUEL, M.; ARRANZ, E. Vínculo materno-fetal. Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en Atención Temprana. **Escritos de Psicología / Psychological Writings**, v. 8, n. 2, p. 14–23, 2014.
- RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 274–280, 2007.
- SÁ, C. et al. VÍNCULO AFETIVO MATERNO t processo fundamental à saúde mental t. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador**, v. 5, n. 1, p. 65–73, 2016.
- SANTOS, M. F. S. DOS; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: Estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 6–13, 1999.
- SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 159–166, 2011.
- SEGRE, L. S. ET AL. Nursing Care for Postpartum Depression, Part 1: Do Nurses Think they should offer both Screening and Counseling? **Pharmacology & therapeutics**, v. 35, n. 4, p. 373–380, 2010.
- SHA, T. et al. [Influential factors for postpartum depression based on the structural equation model in Kaifu District in Changsha]. **Journal of Central South University. Medical sciences**, v. 42, n. 10, p. 1191–1197, 28 out. 2017.
- SHARMA, V.; BURT, V. K.; RITCHIE, H. L. Bipolar II postpartum depression: Detection, diagnosis, and treatment. **American Journal of Psychiatry**, v. 166, n. 11, p. 1217–1221, 2009.

- SILVA, C. S. et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 93, n. 4, p. 356–364, 2017.
- SILVA, M. DA R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 5–12, 2009.
- SIMAS, F. B.; E SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e multíparas. = Meanings of pregnancy and motherhood: Discourses of primiparous and multiparous. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 1, p. 19–34, 2013.
- SOLER, D. R. et al. Qualidade De Vida No Puerpério: Avaliação No Pós-Parto Imediato, Tardio E Remoto. **Recife**, v. 9, n. 912, p. 1093–101, 2015.
- SOUZA, H. R. Maternidades contemporâneas no País Basco. **civitas** 15, v. 2, p. 342–349, 2015.
- TENDAIS, I. et al. Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. **Spanish Journal of Psychology**, v. 17, p. e7, 2014.
- THEME FILHA, M. M. et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159–167, 2016.
- TRIVIÑO-JUÁREZ, J. M. et al. Quality of life of mothers at the sixth week and sixth month post partum and type of infant feeding. **Midwifery**, v. 34, p. 230–238, mar. 2016.
- TUTEJA, T. V.; NIYOGI, G. M. Post-partum psychiatric disorders. v. 5, n. 8, p. 2497–2502, 2016.
- VOKAER, R. [Hormonology and receptors during normal puerperium]. **Bulletin de la Federation des societes de gynecologie et obstetrique de langue francaise**, v. 7, n. 2, p. 92–119, 1955.
- WISNER, K. L.; PARRY, B. L.; PIONTEK, C. M. Postpartum depression. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 3, p. 194–199, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care.itle. **UNICEF**, 2009.
- ZAIDI, F. Postpartum Depression in Women: A Risk Factor Analysis. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 11, n. 8, p. 13–16, 2017.
- ZUGAIB, M. ET AL. OBSTETRÍCIA. In: **Obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012. p. 1322.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS VIVENCIADOS POR MULHERES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SEUS FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: LEILIANE SABINO OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64802917.8.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.047.614

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com objetivo de Identificar os fatores associados ao risco para desenvolvimento da depressão pós-parto em mulheres no puerpério tardio, bem como as especificidades vividas na perspectiva das mesmas. Os critérios de inclusão de participantes: mulheres no período puerperal tardio, compreendido entre o 11o e 42o dia de pós-parto normal e cesariana. Critério de exclusão: mulheres que tenham tido intercorrência obstétrica durante o parto, nascimento de natimorto ou malformado. O projeto prevê duas etapas: primeira com abordagem quantitativa e a segunda qualitativa. Na primeira etapa será utilizado um questionário auto aplicável, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Essa escala é composta por 10 perguntas objetivas, cuja análise será feita conforme o escore de risco maior ou igual 12. Na segunda etapa, serão convidadas as mulheres que já participaram da primeira etapa, especificamente 10% daquelas com escore de risco, por distrito sanitário, sendo a seleção das mesmas por sorteio. Será realizada entrevista aberta em profundidade, cuja análise do material obtido será feita pelo software ALCESTE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.047.614

Identificar os fatores associados ao risco para desenvolvimento da depressão pós-parto em mulheres no puerpério tardio, bem como as especificidades vividas na perspectiva das mesmas.

Objetivo Secundário:

- Determinar a prevalência de puérperas que apresentam o risco para depressão puerperal.
- Determinar os fatores associados à depressão pós-parto segundo os antecedentes obstétricos: paridade, planejamento da gestação, desejo da gestação, via de parto, antecedentes familiares de depressão pós-parto, renda familiar, apoio do parceiro na gestação e parto.
- Conhecer as narrativas da vivência deste momento apresentadas por mulheres com escore de risco para Depressão Pós-Parto.
- Apresentar aspectos facilitadores e dificultadores para depressão pós-parto vividos após o parto detectados no discurso de mulheres no puerpério tardio com escore de risco para Depressão Pós-Parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco e Benefícios foram avaliados de modo adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos o termos necessários e estão de modo adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.047.614

3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_810592.pdf	06/04/2017 11:05:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	06/04/2017 11:04:57	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.docx	06/04/2017 11:04:43	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
Outros	RESPOSTA_A_PENDENCIA.docx	06/04/2017 11:03:35	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto1.pdf	10/02/2017 07:09:04	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	31/01/2017 18:08:33	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
Outros	curriculoELIANE.pdf	31/01/2017 18:05:17	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
Outros	CURRICULOLEILIANE.pdf	31/01/2017 18:04:44	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	31/01/2017 17:52:03	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	31/01/2017 17:51:36	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PDF.pdf	31/01/2017 17:42:43	LEILIANE SABINO OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br

ANEXO 2 – ESCALA DE *EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION* (ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EDIMBURGO)

Data: ___/___/___ Idade do bebê (dias):___ Pontuação da escala:_____

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, **circule** a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigada.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas.
Tanto como antes
Menos do que antes
Muito menos do que antes
Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro.
Tanta como sempre tive
Menos do que costumava ter
Muito menos do que costumava ter
Quase nenhuma
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.
Sim, a maioria das vezes
Sim, algumas vezes
Raramente
Não, nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo
Não, nunca
Quase nunca
Sim, por vezes
Sim, muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.
Sim, muitas vezes
Sim, por vezes
Não, raramente
Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.
Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre
Sim, por vezes
Raramente
Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Raramente
Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Só às vezes
Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes
Por vezes
Muito raramente
Nunca

EPDS – Orientações para cotação

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ETAPA I

Você está sendo convidada, a participar como voluntária desta pesquisa. A seguir aparece o detalhamento acerca de sua realização para que você leia na íntegra. Ao final da leitura, se aceitar fazer parte do estudo, deverá assinar o documento que lhe será entregue em duas vias, uma delas é sua e a outra ficará com a pesquisadora. Em caso de recusa, agradecemos por sua atenção e esclarecemos que não será penalizada de forma alguma.

Informações sobre o Estudo:

Título: Aspectos vivenciados por mulheres de risco para depressão pós-parto e seus fatores associados.

Objetivo: Identificar os fatores associados ao risco para desenvolvimento da depressão pós-parto e seus fatores associados em mulheres no puerpério, bem com especificidades vividas na perspectiva das mesmas.

Equipe de Pesquisadores:

- Prof.^a Dr.^a. Maria Eliane Liégio Matão, fone: 3946-1095;
- Enfermeira Leiliane Sabino Oliveira, fone: 62-81343750, e-mail: leilianeso@hotmail.com.

Avaliador da presente proposta:

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), fone:

(62) 3946-1512, localizado na Av. Universitária, Nº1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás. Realizada por mim, Enfermeira Leiliane Sabino Oliveira, orientada pela Prof.^a. Dr.^a. Maria Eliane Liégio Matão. A pesquisa tem por objetivo: analisar os fatores associados à depressão puerperal segundo a auto avaliação de puérperas.

Para fazer parte deste estudo, você deverá ter dado a luz entre onze e quarenta e cinco dias.

O tempo gasto para participar da pesquisa será de dez a quinze minutos, período no qual responderá um questionário.

Há plena garantia da sua não identificação, assim como manutenção de sigilo das informações que nos forem repassadas, utilizando-as somente para fim exclusivo do presente estudo. Sua participação deverá acontecer em local reservado, sem a presença de pessoas estranhas. Esclarecemos que mesmo concordando agora em participar, poderá desistir a qualquer momento, e que tal decisão não implicará em restrição de qualquer natureza. Esclarecemos que não há

previsão de nenhum ganho financeiro decorrente dessa participação, bem como você não terá nenhum gasto financeiro para que isso ocorra, e caso você tenha qualquer gasto proveniente de sua participação, você será devidamente ressarcida conforme resolução CNS nº466 de 2012 item II.21.

Quanto aos riscos em razão da sua participação, acreditamos ser mínimos, estes referentes ao fato de relembrar momentos de grande emoção ou tristeza. Caso se perceba a instalação de sinais que demonstrem algum sofrimento, imediatamente a coleta de dados será interrompida se for seu desejo e oferecida assistência imediata, integral e gratuita. Há garantia de indenização perante aos eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme Resolução 466 de 2012 item IV.3. Ainda, caso a paciente apresente escore ≥ 9 , ou seja, com maior risco para desenvolvimento da depressão pós-parto, haverá um encaminhamento para atendimento em uma unidade básica de saúde mais próxima do seu local de residência. Serão sorteadas 20% deste grupo de risco, para participar de uma entrevista na segunda etapa.

Acreditamos que o material produzido poderá levar os profissionais que tiverem acesso ao mesmo a refletir sobre a prática diária e aperfeiçoar a atenção relativa aos aspectos que antecedem a instalação da depressão pós-parto. Assim, entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui a possibilidade de melhorar a atenção oferecida às usuárias dos serviços de saúde na área obstétrica.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisadoras, e quanto à ética aplicada, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-GO.

Reafirmamos que você terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento, mesmo após o início do estudo.

Agradecemos sua atenção!

Leiliane Sabino Oliveira Pesquisadora	Profa. Dra. Maria Eliane Liégio Matão Orientadora
--	--

Goiânia, ____ de _____ de 2017.

Nome da Participante: _____

Assinatura da participante: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

– ETAPA II

Você está sendo convidada, a participar como voluntária desta pesquisa. A seguir aparece o detalhamento acerca de sua realização para que você leia na íntegra. Ao final da leitura, se aceitar fazer parte do estudo, deverá assinar o documento que lhe será entregue em duas vias, uma delas é sua e a outra ficará com a pesquisadora. Em caso de recusa, agradecemos por sua atenção e esclarecemos que não será penalizada de forma alguma.

Informações sobre o Estudo:

Título: aspectos vivenciados por mulheres de risco para depressão pós-parto e seus fatores associados.

Objetivo: Identificar os fatores associados ao risco para desenvolvimento da depressão pós-parto e seus fatores associados em mulheres no puerpério tardio, bem com especificidades vividas na perspectiva das mesmas.

Equipe de Pesquisadores:

- Prof.^a Dr.^a. Maria Eliane Liégio Matão, fone: 3946-1095;

- Enfermeira Leiliane Sabino Oliveira, fone: 62-81343750, e-mail: leilianeso@hotmail.com.

Avaliador da presente proposta: Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), fone:(62) 3946-1512, localizado na Av. Universitária, N°1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás. Realizada por mim, Enfermeira Leiliane Sabino Oliveira, orientada pela Prof.^a. Dr.^a. Maria Eliane Liégio Matão. A pesquisa tem por objetivo: analisar os fatores associados à depressão puerperal segundo a auto avaliação de puérperas.

Para fazer parte deste estudo, você deverá ter participado da primeira fase da pesquisa e ter aceitado participar da segunda etapa.

O tempo gasto nesta segunda etapa do estudo será de aproximadamente quinze a trinta minutos, período no qual participará de uma entrevista. Preferencialmente, faremos a gravação das informações que nos fornecer em aparelho MP3, caso você não concorde com a gravação o registro será feito manualmente pela pesquisadora em bloco de papel com caneta esferográfica.

Há plena garantia da sua não identificação, assim como manutenção de sigilo das informações que nos forem repassadas, utilizando-as somente para fim exclusivo do presente estudo. Sua participação deverá acontecer em local reservado, sem a presença de pessoas estranhas. Esclarecemos que mesmo concordando agora em participar, poderá desistir a qualquer momento, e que tal decisão não implicará em restrição de qualquer natureza. Esclarecemos que não há previsão de nenhum ganho financeiro decorrente dessa participação, bem como você não terá nenhum gasto financeiro para que isso ocorra, e caso você

tenha qualquer gasto proveniente de sua participação, você será devidamente ressarcida conforme resolução CNS nº466 de 2012 item II.21.

Quanto aos riscos em razão da sua participação, acreditamos ser mínimos, estes referentes ao fato de relembrar momentos de grande emoção ou tristeza. Caso se perceba a instalação de sinais que demonstrem algum sofrimento, imediatamente a coleta de dados será interrompida e oferecida assistência imediata, integral e gratuita. Há garantia de indenização perante aos eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme Resolução 466 de 2012 item IV.3. Informamos que a Sra. não sentirá nenhum desconforto, entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui a possibilidade de melhorar a atenção oferecida às usuárias dos serviços de saúde na área obstétrica.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisadoras, e quanto à ética aplicada, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-GO.

Reafirmamos que você terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento, mesmo após o início do estudo.

Agradecemos sua atenção!

Leiliane Sabino Oliveira Pesquisadora	Profa. Dra. Maria Eliane Liégio Matão Orientadora
--	--

Goiânia, ____ de _____ de 2017.

Nome da Participante: _____

Assinatura da participante: _____

APÊNDICE C – FICHA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº REGISTRO

DATA: ___/___/___

FAIXA ETÁRIA	≥10 - ≤19 ANOS _____	≥20 - ≤29 ANOS _____	≥30 - ≤39 ANOS _____	≥40 ANOS _____	
ESTADO CIVIL	CASADA _____	U. ESTÁVEL _____	SOLTEIRA _____	OUTROS _____	
ESCOLARIDADE	S. ESCOLARIDADE _____	ENS. FUND. _____	ENS. MÉD. _____	SUPERIOR _____	
RAÇA	BRANCA _____	PARDA _____	AMARELA _____	NEGRA _____	NÃO DECLARADA _____
OCUPAÇÃO DA MÃE ANTES DO PARTO	_____				
RENDA FAMILIAR	< 1 SALÁRIO _____	>1 SALÁRIO _____	>2 SALÁRIOS _____	NÃO DECLARADA _____	
Antecedentes obstétricos					
DIAS DE PÓS-PARTO	_____				
PARIDADE	GESTAÇÕES ANTERIORES _____		Nº DE PARTOS: N _____ C _____ A _____		
Dados da última gravidez					
GESTAÇÃO PLANEJADA	SIM _____	NÃO _____	GESTAÇÃO DESEJADA	SIM _____ NÃO _____	
REALIZOU PRÉ-NATAL	SIM _____	NÃO _____	SE SIM, Nº CONSULTAS: _____		
Antecedentes familiares					
CASOS DE DEPRESSÃO NA FAMÍLIA		SIM _____	NÃO _____		
CASOS DE DEPRESSÃO PUERPERAL NA FAMÍLIA		SIM _____	NÃO _____		
APOIO DO PARCEIRO NA GESTAÇÃO E PARTO:		SIM _____	NÃO _____		