



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CARLA KALINE BARBOSA DA SILVA

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO PÓS-PARTO IMEDIATO

CAMPINA GRANDE - PB

2023

CARLA KALINE BARBOSA DA SILVA

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO PÓS-PARTO IMEDIATO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação/Departamento do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel de Enfermagem.

Orientador(a): Prof^ª. Dr. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira

CAMPINA GRANDE - PB

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586s Silva, Carla Kaline Barbosa da.
Sintomas depressivos em mulheres no pós-parto imediato
[manuscrito] / Carla Kaline Barbosa da Silva. - 2023.
32 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS. "

1. Depressão. 2. Gestante. 3. Pós-parto. I. Título

21. ed. CDD 612.6


CARLA KALINE BARBOSA DA SILVA

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO PÓS-PARTO IMEDIATO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação/Departamento do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel de Enfermagem.

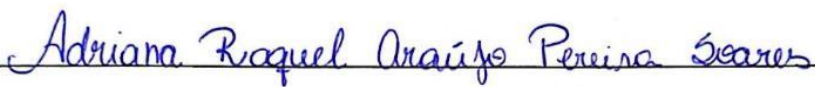
Aprovado em: 22/11/2023.

BANCA EXAMINADORA




Prof. Dr. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Adriana Raquel Araújo Pereira Soares

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Mayara Evangelista de Andrade

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1. RESUMO	4
2. INTRODUÇÃO	5
3. REFERENCIAL TEÓRICO	6
4. METODOLOGIA.....	7
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
6. CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS	15
APÊNDICES	17
APÊNDICE A (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)	17
APÊNDICE B (QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO)	20
ANEXOS	21
ANEXO A (ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO)	21
ANEXO B (PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP).....	24

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO PÓS-PARTO IMEDIATO

Carla Kaline Barbosa da Silva¹

RESUMO

A Depressão Pós-Parto atinge cerca de 20% das mulheres no mundo, sendo 50% delas não diagnosticadas. Identificar a prevalência de sinais e sintomas depressivos maternos no puerpério imediato e seus fatores associados. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, realizado no período de agosto a outubro de 2023, com 229 mulheres em puerpério imediato (1º a 10º dia após o parto) no Hospital Geral de Campina Grande CLIPSI. Para coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos: a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) e um questionário de caracterização da amostra, contendo dados demográficos, socioeconômicos, clínico-obstétricos e comportamentais relacionadas a saúde da amostra de puérperas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba com parecer N° 6.258.689. A variável desfecho do estudo foi a presença de sintomas depressivos (sim, não), avaliada por meio da EPDS. A prevalência de puérperas sugestivas para Depressão Pós Parto (DPP) foi de 13,5%. Mostraram-se associadas ao desfecho, as variáveis: estado civil, uso de tabaco, horas de sono, trimestre de início do pré-natal, número de consultas pré-natal e motivo para amamentar. A alta prevalência de depressão pós-parto evidenciada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. Para tanto, é importante perceber, dentro de cada contexto populacional específico, os fatores associados a este desfecho.

Palavras-chave: Depressão; Gestantes; Período pós-parto.

ABSTRACT

Postpartum Depression affects around 20% of women worldwide, 50% of which are undiagnosed. Identify the prevalence of maternal depressive signs and symptoms in the immediate postpartum period and their associated factors. This is a cross-sectional and quantitative study, carried out from August to October 2023, with 229 women in the immediate postpartum period (1st to 10th day after birth) at the General Hospital of Campina Grande CLIPSI. Two instruments were used to collect the data: the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and a sample characterization questionnaire, containing demographic, socioeconomic, clinical-obstetric and behavioral data related to the health of the sample of postpartum women. The research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Paraíba with opinion No. 6,258,689. The outcome variable of the study was the presence of depressive symptoms (yes, no), assessed using the EPDS. The prevalence of postpartum women suggestive of Postpartum Depression (PPD) was 13.5%. The following variables were associated with the outcome: marital status, tobacco use, hours of sleep, quarter in which prenatal care began, number of prenatal consultations and reason for breastfeeding. The high prevalence of postpartum depression highlighted reinforces its significance as a public health problem, requiring prevention and treatment strategies. To this end, it is important to understand, within each specific population context, the factors associated with this outcome.

¹ Carla Kaline Barbosa da Silva
carla.kaline@hotmail.com

Keywords: Depression; Pregnant women; Postpartum period.

1. INTRODUÇÃO

A gestação e o pós parto são carregados de fortes transformações na vida da mulher, sendo os primeiros dias após o parto permeados de emoções fortes e de novos desafios no processo de ser mãe. O pós parto é marcado por expectativas, emoções e uma disfunção cognitiva que pode gerar uma turbulência de sentimentos e a labilidade no quadro emocional da mulher, que se altera entre depressão e euforia. Assim, os riscos para o aparecimento dos transtornos aumentam em face dessa ambivalência emocional sentida pela puerpera, podendo ser uma fase propícia ao surgimento de problemas emocionais (Marianne, 2018).

A Depressão Pós Parto (DPP) pode estar relacionada as mudanças abruptas nos níveis hormonais, bem como a um conjunto de fatores sociodemográficos e psicossociais. Na gestação o corpo produz muito mais progesterona do que no seu estado normal, ficando parte dela concentrada na placenta no momento do parto. Quando a placenta é retirada, há uma queda rápida nos níveis hormonais (estrogênio e progesterona), bem como uma mudança no metabolismo das catecolaminas, sendo essas alterações expressas como possível fator contribuinte para a instalação do quadro de depressão em pacientes predispostas por possuírem outros fatores de risco. Fatores como menor escolaridade e baixo nível socioeconômico estão inteiramente interligados a DPP. Entre os fatores psicossociais, os que apresentam maior relação são o histórico de doença psiquiátrica, baixo suporte social, tristeza pós-parto, baixa autoestima, ansiedade pré-natal, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, sentimentos desfavoráveis em relação a criança, stress na vida e transtorno disfórico pré-menstrual (Gomes *et al*, 2006) bem como as diferenças culturais.

No período gravídico puerperal a mulher demanda cuidados holísticos, necessitando de suporte diante de questões sociais, econômicas, históricas e culturais, não focando apenas nos aspectos biológicos. Pontua-se de extrema importância o acompanhamento pré-natal, assegurando o desenvolvimento de uma gestação saudável com benefícios para a gestante e para o bebê, e sem transtornos para a mãe em todos os seus aspectos, inclusive psicossocial (Boska, 2016). Com continuidade destes cuidados no período pós parto. Os fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério repercutem na saúde da criança, e são permeados por grandes mudanças e reorganizações.

A definição de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e enfermidades. Contudo, a saúde mental tem sido considerada, em partes, negligenciável na saúde reprodutiva, apesar do seu impacto em termos de doença e incapacidade (World Health Organization, 2009).

O puerpério pode ser dividido em três períodos, iniciando-se imediatamente após o parto e tendo termino não previsto, visto que enquanto a mulher estiver amamentando estarão ocorrendo modificações em seu corpo relacionadas ao ciclo gravídico. O puerpério imediato correspondente do 1º até o 10º dia, o tardio ao 11º ao 45º dia, e o remoto a partir do 45º dia (Andrara *et al*, 2015).

No Brasil, em média 25% das mães apresentam sintomas de depressão no tempo previsto de 6 a 18 meses após o parto (Theme Filha, 2016). A prevalência no mundo da DPP é de 26,3%, totalizando uma porcentagem mais alta que a estimada pela Organização Mundial da

Saúde (OMS) para os países de baixa renda, que é de 19,8%. As variações entre os índices de prevalência devem-se, provavelmente, ao uso de critérios diagnósticos e métodos diferentes, bem como a diferenças econômicas e culturais.

Considerando os altos índices manifestos de DPP, com intuito de identificar precocemente mulheres em maior risco para desenvolver quadro depressivo, o presente estudo, que tem por questão norteadora: Qual a prevalência de sinais e sintomas depressivos maternos no puerpério imediato e seus fatores associados?; possui por objetivo: Identificar a prevalência de sinais e sintomas depressivos maternos no puerpério imediato e seus fatores associados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A depressão pós parto (DPP) é determinada como um episódio de transtorno depressivo maior, sendo mais complexa por estar associada ao nascimento de um bebê e ao momento de maior vulnerabilidade psíquica da vida da mulher.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-5), existem alguns critérios para o transtorno depressivo maior recorrente, como o desânimo acentuado, alterações no sono (insônia ou hipersonia), baixa autoestima, pessimismo associado a sentimento de culpa e/ou inutilidade, agitação psicomotora ou retardo, redução ou aumento do apetite. Os sintomas característicos presentes incluem irritabilidade, sentimentos de desesperança e desamparo, choro frequente, falta de energia e motivação, falta de interesse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de incapacidade de lidar com novas situações (Schwengber, 2003).

A DPP apresenta significativas consequências sociais e familiares para a junção, mãe, pai e bebê, mas, sobretudo, para a mãe e para o bebê, vindo a acarretar em atrasos no desenvolvimento do bebê, problemas conjugais, sofrimento psíquico para a mãe, podendo vir a ocorrer um risco aumentado para o suicídio (Bortoletti, 2007).

Os fatores de risco se apresentam como situações propícias ao aparecimento de problemas psicológicos, sociais e físicos, que somam em maior intensidade no período gravídico puerperal. O estabelecimento dos fatores de risco pode contribuir para a melhor compreensão da doença e para a elaboração de estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce (Figueira *et al*, 2011). Ressalta-se os fatores existentes que podem ser de risco para o desencadeamento de uma DPP, como, ser mãe solteira, falta de apoio paterno, histórico familiar de depressão, conflitos conjugais, gravidez não planejada, ansiedade, depressão no período da gestação, situações estressantes e adversas, histórico de violência intrafamiliar, dificuldades financeiras na gestação e no pós parto, suporte social desestruturado, estresse no cuidado com o bebê e complicações obstétricas durante a gestação ou no puerpério. Ademais foca-se, durante a assistência no puerpério, a saúde da criança, negligenciando-se os cuidados maternos, especialmente aqueles relacionados as questões psicossociais (Arrais *et al*, 2014).

A DPP é pouco conhecida pelos profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito à atenção primária a saúde, ressaltando a importância e necessidade de identificação e manejo, com vistas a melhorias para a qualidade de vida das mulheres e de seus filhos (Alves *et al*, 2011). Implementando cuidados que abranjam as nuances relativas à saúde mental materna os profissionais podem garantir um suporte necessário para que tais mulheres possam superar as potenciais complicações inerentes à fase do puerpério com mais saúde (Cabral *et al*, 2008).

O tratamento da DPP, na maioria dos casos, se baseia na utilização de terapia medicamentosa com antidepressivos, psicoterapia e terapia hormonal através do uso de estrógeno (Ibiapina *et al*, 2010). Juntamente com uma abordagem integrada que envolve os fatores físicos, emocionais e qualidade de vida. Portanto, a inserção de atividades físicas a rotina, alimentação balanceada, sono regulado, apoio da família etc., se caracterizam como benéficos para tratamento da DPP (Ministério da Saúde, 2023). Os casos leves podem não requerer intervenção medicamentosa, não obstante, é preciso intervenção precoce com demais recursos para o não agravamento do quadro devido à dificuldade para o diagnóstico da DPP, foram criadas escalas para mensurar e caracterizar os sintomas. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é um dos instrumentos de rastreamento mais utilizadas, foi traduzida para vinte e quatro idiomas, contendo estudos de validação na maioria dos países, inclusive no Brasil (Ruschi *et al*, 2007). A EPDS é um instrumento de fácil aplicação, interpretação e de autopreenchimento, que tem por finalidade a identificação e a avaliação da intensidade dos sintomas depressivos. É composta por dez itens, que recebem pontuação de zero a três, de acordo com o sintoma depressivo e a intensidade do sintoma (Fonseca *et al*, 2010). Os itens abordam sintomas psíquicos como humor depressivo, sintomas fisiológicos e alterações do comportamento. A somatória dos pontos conclui um escore de no máximo 30, sendo considerado sintomas depressivos um valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira (Rushi *et al*, 2007).

3. METODOLOGIA

O presente estudo caracterizou-se como descritivo transversal e de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu no município de Campina Grande, situado no estado da Paraíba, no período de setembro a outubro de 2023. O Hospital é referência para atendimento pediátrico, atende pacientes de convênios e particulares e presta assistência a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha do local se deu por conveniência, visto que o mesmo é campo de estágio da Universidade Estadual da Paraíba para obstetrícia.

A população de estudo foi composta por mulheres que pariram no Hospital e que estão no puerpério imediato. Para determinar a amostra do estudo será considerado o número de partos ocorridos no serviço durante o ano de 2022, que foi de 3300.

Para a delimitação da amostra será utilizado a fórmula exposta por Luiz e Magnanini (2000):

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Onde: n = tamanho da amostra;

N = tamanho da população (N = 3300);

p = prevalência estimada desconhecida (utilizando-se do valor p = 0,50 que maximiza o tamanho da amostra);

z = valor obtido na curva de distribuição normal padronizada, sendo 1,96 para nível de 95% de confiança;

e = erro máximo de estimativa amostral ($e = 0,05$ ou 5%).

Considerando o exposto, a amostra de estudo corresponderá a 229 mulheres.

Foram incluídas no estudo aquelas mulheres que tiveram seu parto realizado na referida instituição, que estiverem em puerpério imediato (1° a 10° dia após o parto) e que tenham 18 anos ou mais. Foram excluídas aquelas que por alguma complicação no estado de saúde estiverem impossibilitadas de responder o questionário de pesquisa.

Os dados foram obtidos durante visita a maternidade no setor de alojamento conjunto destinado a receber as mulheres que se encontram no período de pós parto. Foi realizada entrevista com as puérperas, após assinatura do TCLE. Foram utilizados para coleta dois instrumentos: a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (ANEXO A) e o questionário de caracterização demográfica e socioeconômica das puérperas, elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE B).

A variável desfecho do estudo foi a presença de sintomas depressivos (sim, não), avaliada por meio da EPDS. A EPDS é composta de 10 questões que avaliam como a mulher se sentiu na última semana. Para cada pergunta há quatro opções de resposta, sendo que a cada resposta é associada uma pontuação que varia de zero a três (Learman *et al*, 2022). A EPDS apresenta uma graduação de pontos, a qual varia de acordo com as alternativas escolhidas pela paciente. A soma varia de 0 a 30 pontos, sendo que uma pontuação igual ou superior a 12 indica uma possível depressão.

As variáveis independentes de estudo incluem dados demográficos, socioeconômicos e obstétricos das puérperas: idade no parto (anos), cor da pele autorreferida (branca, não branca), ensino fundamental completo ou mais (sim, não) e presença de companheiro (sim, não); história obstétrica: número de gestações, partos, abortos e filhos nascidos vivos prévios; peso pré-gestacional (quilogramas); problema de saúde anterior à gestação (sim, não); dados da gestação atual: idade gestacional na primeira consulta pré-natal e no parto (semanas), acompanhamento pré-natal (sim, não), número de consultas pré-natais, gestação planejada (sim, não) e gestação classificada como de risco (sim, não); presença na gestação de: tabagismo (sim, não), uso de álcool (sim, não), uso de drogas ilícitas (sim, não), violência sofrida na gestação (sim, não), uso de medicação antidepressiva auto relatada (sim, não) e doença intercorrente na gestação (sim, não); via de parto (parto vaginal, cesariana); intercorrência no parto (sim, não) e peso do recém-nascido ao nascer (gramas).

Os dados foram pautados em planilhas do Excel, e a análise foi realizada por meio de estatística descritiva por meio da frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo). Também foi realizada a análise inferencial para avaliar a associação entre as variáveis estudadas e o desfecho, mediante a aplicação do Teste de Qui Quadrado e Exato de Fisher. A análise do sentido da associação dentro dos referidos testes foi realizada por meio do cálculo dos resíduos padronizados ajustados.

Os dados foram apresentados através de gráficos e tabelas os dados, bem como descritos ao longo dos resultados com detalhamento da interpretação dos testes estatísticos, pois, desta forma, o leitor tem maior esclarecimento e entendimento das informações presentes.

Nesse estudo foram preservados os preceitos éticos estabelecidos pela norma operacional 001/2013, resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, respeitando os princípios acerca dos direitos e deveres do Código de Ética de

Enfermagem (Resolução COFEN Nº 546/2017) Cap. III, no que diz respeito às responsabilidades e deveres e às proibições. Ao questionário de pesquisa foram identificados por meio da classificação numérica, garantindo o anonimato da pesquisa. A coleta de dados só ocorreu após o parecer Nº 6.258.689 de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

Os esclarecimentos a respeito da pesquisa foram repassados as participantes, em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, no qual irão atestar a voluntariedade de participação na pesquisa, podendo desistir do estudo a qualquer momento. Foi assegurado às participantes quanto ao sigilo dos dados pessoais.

Pesquisas que envolvem seres humanos apresentam possibilidade de riscos, podendo ser imediatos ou tardios. A presente pesquisa apresenta risco mínimo, relacionado ao cunho das informações investigadas, que inclui questões relacionadas a investigação de emoções e sentimentos vivenciados durante um período de considerável vulnerabilidade psíquica.

Com objetivo de minimizar os possíveis desconfortos, as questões de pesquisa não deverão ser preenchidas obrigatoriamente; o questionário não será identificado pelo nome garantindo, portanto, o anonimato; os participantes receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa, e a entrevista poderá ser interrompida ou poderá ocorrer a desistência de participar a qualquer momento; o contato da pesquisadora será reforçado no questionário para que os entrevistados entrem em contato caso apresentem alguma dúvida relacionada a pesquisa. Ademais, as mulheres que apresentarem quadro sugestivo de Depressão Pós Parto, identificado mediante aplicação do questionário, serão orientadas, por uma enfermeira especialista em saúde mental, que dará apoio as atividades de campo, a buscar suporte na Rede de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande.

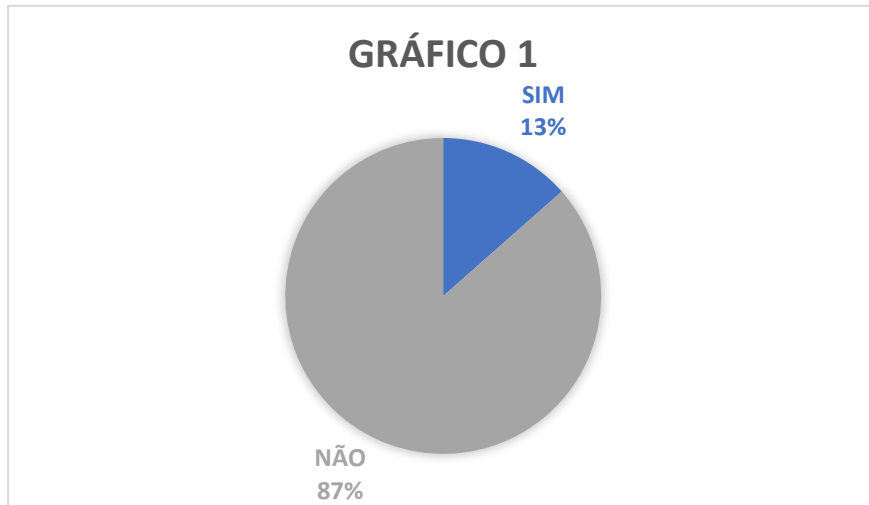
Os dados advindos da coleta serão analisados e divulgados apenas no ambiente acadêmico, com a finalidade de contribuir com as condutas que reduzam os danos aos participantes, logo, estes serão resguardados quanto à divulgação dos resultados.

Dentre os benefícios do estudo, destaca-se a determinação da prevalência de Depressão Pós Parto em mulheres no puerpério imediato internadas no AC. Ademais, os achados da pesquisa podem auxiliar no manejo das pacientes que vivenciam a Depressão Pós parto, na seleção de uma assistência mais adequada, uma vez que ao identificar os fatores que influenciam a depressão pós parto, é possível fornecer suporte para os profissionais de saúde se atentarem para os cuidados necessários.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O gráfico 1 retrata a prevalência de sintomas depressivos entre as puérperas do estudo, que foi de 13,5% (31). A média de escores foi de 5,62, com o mínimo de 0 e máximo de 28.

Gráfico 1 – Prevalência de Sintomas Depressivos entre as mulheres no puerpério imediato.



Fonte: Campina Grande – PB (2023).

De acordo com a tabela 1 que retrata as características demográficas, socioeconômicas, clinico-obstétricas e comportamentais relacionadas a saúde das puérperas da amostra de estudo. Observa-se predomínio maior de mulheres com idade entre 26 a 35 anos (49,3%), pardas (70,3%), com companheiro (72,9%), com 8 a 12 anos de estudo (65,1%) e que não possuem trabalho remunerado (63,3%). No que diz respeito aos dados clínicos-obstétricos, 38,9% eram primíparas; 55,9% possuíam mais de um filho; a gestação não foi planejada em 60,3% dos casos; 7,4% das puérperas tiveram problemas de saúde anterior a gestação; 99,1% delas realizaram acompanhamento pré-natal, iniciando-o em 89,1% dos casos no primeiro trimestre da gestação e realizando mais de seis consultas em 82,1% dos casos; 86,5% das gestações não eram de risco; 19,2% afirmaram que o motivo de terem amamentado foi a obrigação; 93,4% pretendem amamentar exclusivamente, sendo que 4,8% destas afirmam que pretendem manter a amamentação exclusiva por menos de seis meses. Com relação aos comportamentos relacionados à saúde, houve predomínio do não uso do tabaco e do álcool (95,2%), não uso de drogas ilícitas (99,6%) e não uso de medicações antidepressivas (96,9%); e quanto ao sono, 77,8% das puérperas dormiam menos de oito horas por dia.

Analisando a relação entre o desfecho “predição para depressão” e as variáveis independentes de estudo, evidenciou-se uma associação estatisticamente significativa entre estar solteira e ter a presença de sintomas depressivos ($p=0,055$), ter feito o uso de tabaco e ter a presença de sintomas depressivos ($p=0,023$), dormir mais de 8h por dia e não ter sintomas depressivos ($p=0,004$), iniciar o pré-natal tardiamente (2º trimestre) e ter sintomas depressivos ($p=0,039$), ter feito um número menor de consultas (4-6) e ter sintomas depressivos ($p=0,023$), se sentir obrigada a amamentar e ter sintomas depressivos ($p=0,005$).

Tabela 1 – Descrição demográfica, socioeconômica, clinico-obstétricos e comportamentais relacionadas a saúde da amostra de mulheres no puerpério imediato e da distribuição dos sintomas depressivos de acordo com as variáveis predictoras. Campina Grande – PB, 2023. N = 229.

Variáveis	Total N (%)	Sintomas Depressivos	P-valor
-----------	-------------	----------------------	---------

		Sim	Não	
Idade				
18-25	90 (39,3%)	11	79	
26-35	113 (49,3%)	15	98	0,651
≥ 36	26 (11,4%)	5	21	
Raça				
Branca	51 (22,3%)	8	43	
Amarela	8 (3,5%)	1	7	0,962
Parda	161 (70,3%)	21	140	
Preta	9 (3,9%)	1	8	
Estado conjugal				
Casada	73 (31,9%)	5	68	
União estável	94 (41%)	12	82	0,055
Solteira	61 (26,6%)	14	47	
Divorciada	1 (4%)	0	1	
Escolaridade				
< 8	51 (22,3%)	8	43	
8-12	149 (65,1%)	19	130	0,869
> 12	29 (12,7%)	4	25	
Trabalha				
Sim	84 (36,7%)	11	73	0,882
Não	145 (63,3%)	20	125	
Nº de gestações				
1	89 (38,9%)	8	81	
2	84 (36,7%)	14	70	0,275
≥ 3	56 (24,5%)	9	47	
Nº de filhos				
1	101 (44,1%)	10	91	
2 ou 3	113 (49,3%)	19	94	0,337
≥ 4	15 (6,6%)	2	13	
Gestação planejada				
Sim	91 (39,7%)	8	83	0,088
Não	138 (60,3%)	23	115	
Problemas de saúde anterior a gestação				
Sim	17 (7,4%)	4	13	0,211
Não	212 (92,6%)	27	185	
Acompanhamento pré-natal				
Sim	227 (99,1%)	31	196	0,574
Não	2 (0,9%)	0	2	
Início do pré-natal				
1º Trimestre	204 (89,1%)	24	180	
2º Trimestre	23 (10%)	7	16	0,039
Não iniciou	2 (0,9%)	0	2	
Nº de consultas pré-natal				
1-3	1 (0,4%)	0	1	
4-6	38 (16,6%)	11	27	0,023
>6	188 (82,1%)	20	168	
Não fez	2 (0,9%)	0	2	
Gestação classificada como de risco				
Sim	30 (13,1%)	8	22	0,074
Não	198 (86,5%)	23	175	
Não respondeu	1 (0,4)	0	1	

Motivos para amamentar				
Sentiu obrigação	44 (19,2%)	11	33	
Desejou amamentar	149 (65,1%)	16	133	0,005
Sem experiência	35 (15,3%)	3	32	
Outros	1 (0,4%)	1	0	
Pretende amamentar exclusivamente				
Sim	214 (93,4%)	28	186	0,092
Não	4 (1,7%)	2	2	
Menos de 6 meses	11 (4,8%)	1	10	
Uso de tabaco na gestação				
Sim	11 (4,8%)	4	7	0,023
Não	218 (95,2%)	27	191	
Uso de álcool na gestação				
Sim	11 (4,8%)	2	9	0,644
Não	218 (95,2%)	29	189	
Uso de drogas ilícitas na gestação				
Sim	1 (0,4%)	0	1	0,692
Não	228 (99,6%)	31	197	
Uso de medicação antidepressiva na gestação				
Sim	7 (3,1%)	2	5	0,238
Não	222 (96,9%)	29	193	
Horas de sono por dia				
<6	43 (18,8%)	11	32	0,004
6-8	135 (59%)	19	116	
>8	51 (22,3%)	1	50	
Renda familiar				
< 1	76 (33,2%)	14	62	
1-2	124 (54,1%)	16	108	0,128
> 2	29 (12,7%)	1	28	

Fonte: Campina Grande, 2023.

O período da gestação e do pós-parto implicam em um elevado risco para a mulher no que diz respeito ao desenvolvimento de psicopatologias. A prevalência da depressão pós-parto (DPP) é elevada, sendo que no Brasil os resultados variam de maneira significativa (Figueira et al., 2009). Segundo Lima et al., (2017) 10% a 15% de todas as mulheres vivenciam sintomas de depressão e ansiedade durante o período gestacional, sendo, os sintomas característicos, semelhantes aqueles que podem ocorrer em qualquer fase da vida. Não obstante, vivenciar a depressão durante o período gestacional pode interferir no processo de desenvolvimento fetal e aumentar o risco de efeitos considerados como adversos da mãe para o bebê. Considerando o exposto, pode-se inferir que a prevalência de casos sugestivos de depressão, apontada no presente estudo (13,5%), está dentro da faixa evidenciada pela literatura pertinente.

É importante observar que para ser considerada depressão pós-parto, os sintomas devem surgir até quatro semanas após o nascimento da criança (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 2014). Desta forma, é fundamental ressaltar o momento da coleta, que foi

de 6 até 48 horas pós parto, tempo oportuno para identificação precoce e otimização das chances de prevenção de danos. No entanto, manter a rede de apoio em alerta em relação a possibilidade de surgimento de sinais ou sintomas que gerem suspeição diagnóstica é primordial.

No que diz respeito a rede de apoio, é consenso que o suporte social possui relação direta com o aumento na capacidade de enfrentar situações difíceis, sendo a presença e apoio de familiares, parceiro e amigos fatores que contribuem de modo positivo para uma experiência positiva perinatal. No presente estudo, estar solteira apresentou associação com a DPP. Matias et al. (2017) corroboram estes achados ao apontar a associação entre o baixo apoio social afetivo inerente a uma maior prevalência de sintomas de DPP, e acrescenta que a relação entre o baixo apoio social afetivo estar relacionado a um ciclo com disfunções nas demonstrações físicas de amor e afeto. Ou seja, mulheres que recebem apoio social e afetivo tem uma melhor percepção sobre as suas condições e o seu estado de saúde.

No que diz respeito aos comportamentos relacionados à saúde, Ângela Tamyte et al., (2021) destaca que gestantes que vivem sem companheiros apresentam maiores chances de serem fumantes, associado a piora do nível socioeconômico e a baixa escolaridade das mães solteiras. Ademais, gestantes sem companheiros podem necessitar de um maior suporte emocional para lidar com os problemas durante o período gestacional, dificultando a cessação do cigarro. Vale ressaltar que a associação entre menor escolaridade e o tabagismo aponta para o fato de que mulheres fumantes podem ter maiores dificuldades em compreender o valor de parar de fumar durante o período gestacional e de alcançar estratégias que levem as mesmas a não adotarem esse hábito. A maioria da amostra investigada possuía companheiro (72,9%), possuía mais de 8 anos de estudo (77,8%) e não fumava (95,2%).

Ainda considerando os comportamentos relacionados à saúde, observa-se que a amamentação pode atuar como um fator de proteção durante o período pós parto em mulheres que amamentam por desejo próprio, melhorando o bem estar psicológico, regulando os padrões de sono e vigília e, conseqüentemente, aumentando a autoeficácia da amamentação (Figueiredo, Bárbara *et al*, 2013). Ressalta-se também o envolvimento e a interação emocional da mãe com o bebê como fator protetivo, neste contexto. Considerando o exposto, compreende-se o achado evidenciado na presente investigação, na qual sentir-se obrigado a amamentar este associado a DPP. Logo, pode-se inferir que a amamentação em si não constitui fator protetor para a DPP, mas sim a relação positiva que a mãe e filho estabelecem com este processo.

De acordo com Galvão et al. (2015) o acompanhamento cuidadoso de mães, por meio de ação integrada que considere as variáveis associadas ao sofrimento psíquico, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares deles decorrentes. O início precoce do contato com os serviços de saúde através do pré-natal, acarreta em uma maior oportunidade das gestantes estarem sendo triadas, no que diz respeito a identificação e manejo precoce de sintomas depressivos, evitando que estes patologizem.

Segundo Beck et al., (2001) o baixo nível socioeconômico é um fator comumente associado a DPP. No estudo de Moraes et al., (2006) as puérperas com renda familiar de até um salário mínimo tiveram maior chance de depressão, sendo evidenciado aumento na chance de ocorrência de DPP quando a renda decresce, visto que a DPP é influenciada por dificuldades impostas pela pobreza. Na presente investigação, não houve relação estatisticamente significativa entre DPP e renda, tendo 33,2% das puérperas renda familiar de até um salário mínimo.

É importante pontuar que o período gravídico puerperal ocasiona diversas mudanças biopsicossociais, em especial em relação ao padrão de sono (Yang *et al*, 2018). Deste modo, estima-se que as desordens do sono afetem até 86% das mulheres no pós-parto, sendo a má

qualidade do sono a alteração que atinge 85% das mulheres nas primeiras 4 semanas pós-parto (Ko YL *et al*, 2016). De acordo com o estudo de Kim *et al*. (2015) comumente, a qualidade do sono é afetada mais frequentemente em mulheres grávidas, ao serem comparadas com não grávidas, além de se notar piora progressiva do sono de qualidade com a evolução da gestação. Verificou-se, ainda, que mulheres com história pessoal de síndrome depressiva possuem maior probabilidade de desenvolverem alterações na qualidade do sono, tanto durante a gestação, quanto no puerpério (Hartmann *et al*, 2017). No presente estudo, o hábito de dormir mais de oito horas apresentou relação significativa com não ter DPP.

5. CONCLUSÃO

A alta prevalência de depressão pós-parto evidenciada (13,5%) reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. Para tanto, é importante perceber, dentro de cada contexto populacional específico, os fatores associados a este desfecho.

Na população estudada puérperas sem companheiro, que consumiram tabaco na gestação, que amamentam por obrigação, que iniciaram o pré-natal tardiamente, que fizeram menos consultas pré-natal e que dormem menos de oito horas por dia, devem dar seguimento a investigação de quadro depressivo junto a um especialista, dentro do sistema público de saúde, devido a associação destas características com a presença de DPP, e cabe aos profissionais de saúde, ainda na maternidade fazerem este direcionamento dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

Aos enfermeiros que dispensam cuidados a mulheres, em qualquer fase do ciclo gravídico puerperal, é imprescindível a realização de estratégias que busquem a promoção da saúde mental e a prevenção de depressão pós-parto, devendo ser ofertado suporte emocional em qualquer ocasião de contato do profissional com este público com vistas a identificação precoce de quadros sugestivos com consequente redução de agravos a saúde da mãe e do bebê.

Na interpretação dos resultados deste estudo, é importante considerar a limitação imposta pela amostra ser constituída por mulheres atendidas no sistema público de saúde, o que impede a generalização dos resultados para o universo de mulheres grávidas. Destarte, o presente estudo traz informações que agregam no reconhecimento de sinais e sintomas caracterizados como depressivos no período pós-parto, aplicáveis a todas as mulheres.

REFERÊNCIAS

- Almeida NM de C, *et al.* O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Psicol cienc prof.* 2016.
- Arrais, Alessandra da Rocha, Mourão, Mariana Alves, Fragalle Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade.* 2014, v. 23, n.1.
- Ângela Tamyé. Características sociodemográficas e psicológicas associadas ao tabagismo na gravidez. Departamento de clínica médica faculdade de medicina do Ribeirão Preto. 2021.
- Biblioteca Virtual em Saúde. A percepção das puérperas acerca da depressão pós parto. 2018.
- BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia; Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. 2017.
- Brazilian Journal of Development. Má qualidade do sono em mulheres no período puerperal. 2022.
- COUTINHO, Maria da Penha Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Rio de Janeiro*, v.8, n.3. Dezembro, 2008.
- Dodou HD; Oliveira TDA; Oriá MOB; Rodrigues DP; Pinheiro PNC; Luna IT. Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(6): 1250-8.
- Da Rocha Arrais; Alessandra Cavalcanti Ferreira de Araújo Ferreira Cristina. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO SOBRE FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 2017.
- EEAN. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *SciELO.* 2014.
- Figueiredo B Dias *et al.*, Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. *Jornal de Pediatria.* 2013
- Figueira P; Correa H; Malloy-Diniz L; Romano Silva MA. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. 2010.
- Learman LA. Screening for depression in pregnancy and the postpartum period. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [American Psychiatric Association: tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. Et al.] revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *et al.* 5. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2014.

Maria Sueli *et al.* Cadernos de saúde pública. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. 2017.

Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados. Rev Saúde Pública, 2006.

PAULA, Ana; SOUZA, Paloma, CASSIA, Vivian, GASPARINO, Roberta;
RRECONHECENDO E INTERVINDO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO. 2018.

Santos M L C *et al.* Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. Escola Anna Nery. 2021.

STRAPASSON, Nedel. PUERPÉRIO IMEDIATO: desvendando o significado da maternidade. Porto Alegre. 2010.

Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. 2018.

Transtornos mentais e o período gestacional. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

-Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO PÓS PARTO IMEDIATO”, sob a responsabilidade de: Carla Kaline Barbosa da Silva e da orientadora Prof. Dr. Ana Carolina Cerqueira, de forma totalmente voluntária. Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A pesquisa se justifica pelo fato da depressão pós parto atingir cerca de 20% das mulheres no mundo, sendo 50% delas não diagnosticadas. Posto isso, o presente estudo tem como objetivo geral identificar a prevalência de sinais e sintomas depressivos maternos no puerpério imediato. E tem como objetivos específicos analisar o perfil das puérperas que apresentam sintomas depressivos e identificar os fatores associados aos sintomas depressivos maternos no pós parto imediato.

A coleta dos dados será realizada em mulheres no puerpério imediato internadas no Alojamento Conjunto da CLIPSI – Hospital Geral de Campina Grande – PB, 54400-290, por uma acadêmica do curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, no turno da manhã. As informações serão colhidas por meio do autopreenchimento de dois instrumentos: A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e um questionário de caracterização dos participantes. Às informações serão colhidas em sala privada, sem a presença de terceiros, e o tempo médio será de 10 minutos.

Assumimos o compromisso perante ao comitê de ética de seguir rigorosamente os preceitos éticos previstos no artigo, preconizado na resolução 466/2012. A participação nesse projeto não terá remuneração para nenhuma das participantes da pesquisa. Como também não representa custos para o colaborador.

Sua participação é voluntária, tendo liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo o momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

Pesquisas que envolvem seres humanos apresentam possibilidade de riscos, podendo ser imediatos ou tardios. A presente pesquisa apresenta risco mínimo, relacionado ao cunho das informações investigadas, que inclui questões relacionadas a investigação de emoções e sentimentos vivenciados durante um período de considerável vulnerabilidade psíquica.

Com objetivo de minimizar os possíveis desconfortos, as questões de pesquisa não deverão ser preenchidas obrigatoriamente; o questionário não será identificado pelo nome garantindo, portanto, o anonimato; os participantes receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa, e a entrevista poderá ser interrompida ou poderá ocorrer a desistência de participar a qualquer momento; o contato da pesquisadora será reforçado no questionário para que os entrevistados entrem em contato caso apresentem alguma dúvida relacionada a pesquisa. Ademais, as mulheres que apresentarem quadro sugestivo de Depressão Pós Parto, identificado mediante aplicação do questionário, serão orientadas, por uma enfermeira especialista em saúde mental, que dará apoio as atividades de campo, a buscar suporte na Rede de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande.

Os dados advindos da coleta serão analisados e divulgados apenas no ambiente acadêmico, com a finalidade de contribuir com as condutas que reduzam os danos aos participantes, logo, estes serão resguardados quanto à divulgação dos resultados.

Dentre os benefícios do estudo, destaca-se a determinação da prevalência de Depressão Pós Parto em mulheres no puerpério imediato internadas no AC. Ademais, os achados da pesquisa podem auxiliar no manejo das pacientes que vivenciam a Depressão Pós parto, na seleção de uma assistência mais adequada, uma vez que ao identificar os fatores que influenciam a depressão pós parto, é possível fornecer suporte para os profissionais de saúde se atentarem para os cuidados necessários.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados sempre que for solicitado pelo participante ou pelo CEP-UEPB, e ao término da pesquisa.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto aos danos, não são previsíveis, se houver, este serão indenizados e a pesquisadora se responsabilizará pelos mesmos. Será, portanto, garantido ressarcimento se o participante tiver algum prejuízo financeiro.

Os questionários de pesquisa serão identificados por meio do sistema de classificação numérica, garantindo, portanto, o anonimato do sujeito da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com a responsável da pesquisa, através do telefone 988082043 ou através do e-mail: ana.cerqueira@servidor.uepb.edu.br. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP(quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MULHERES NO PÓS PARTO IMEDIATO” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante



Assinatura do Pesquisador
Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira

APÊNDICE B – Questionário de caracterização

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

Data: ___/___/___

Nome: _____

Telefone: () _____ - _____

Esse questionário apresenta variáveis que incluem dados demográficos, socioeconômicos e obstétricos.

1.	Idade no parto	() anos
2.	Cor da pele autorreferida	() Branca () Não branca
3.	Ensino fundamental completo ou mais	() Sim () Não
4.	Presença de companheiro	() Sim () Não
História Obstétrica		
5.	Número de gestações	()
	Número de partos	()
	Número de abortos	()
	Número de filhos nascidos vivos prévios	()
	Peso pré-gestacional	()
6.	Problemas de saúde anterior à gestação	() Sim () Não
Dados da Gestação Atual		
7.	Idade gestacional na primeira consulta pré-natal e no parto	() semanas
8.	Acompanhamento pré-natal	() Sim () Não
9.	Número de consultas pré-natais	()
10.	Gestação planejada	() Sim () Não
11.	Gestação classificada como de risco	() Sim () Não
12.	Uso de tabagismo na gestação	() Sim () Não
	Uso de álcool na gestação	() Sim () Não
	Uso de drogas ilícitas na gestação	() Sim () Não
	Violência sofrida na gestação	() Sim () Não
	Uso de medicação antidepressiva auto relatada	() Sim () Não
	Doença intercorrente na gestação	() Sim () Não
13.	Via de parto	() Vaginal () Cesariana
14.	Intercorrência no parto	() Sim () Não
15.	Peso do recém-nascido ao nascer	() gramas

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

O instrumento é de autopreenchimento que tem por finalidade a identificação e avaliação da intensidade dos sintomas de depressão pós-parto. É composto por 10 itens que recebem pontuação de zero a três, de acordo com a intensidade relatada do sintoma depressivo. A somatória dos pontos pode chegar ao escore de 30, sendo considerado sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12.

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos 7 dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos do que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma

- Sim, muitas vezes
- Às vezes

Raramente

Nunca

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sintomas depressivos em mulheres no pós parto imediato

Pesquisador: Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70874023.6.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.258.689

Apresentação do Projeto:

Lê-se: "... depressão pós-parto atingir cerca de 20% das mulheres no mundo, sendo 50% delas não diagnosticadas. Posto isso, o presente estudo tem como objetivo geral identificar a prevalência de sinais e sintomas depressivos maternos no puerpério imediato. E tem como objetivos específicos analisar o perfil das puérperas que apresentam sintomas depressivos e identificar os fatores associados aos sintomas depressivos maternos no pós-parto imediato."

DIANTE DO EXPOSTO, O ESTUDO SE MOSTRA RELEVANTE.

Objetivo da Pesquisa:

OS OBJETIVOS GERAIS E ESPECIFICOS ATENDEM AO RECORTE TEMÁTICO

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ATENDE A RESOLUÇÃO

466/12

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ATENDE A RESOLUÇÃO

466/12

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



Continuação do Parecer: 6.258.689

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ATENDE A RESOLUÇÃO

466/12

Recomendações:

APÓS A PESQUISA CONCLUÍDA, RECOMENDAMOS A INCLUSÃO NA PLATAFORMA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ATENDE A RESOLUÇÃO

466/12

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS A PESQUISA CONCLUÍDA, RECOMENDAMOS A INCLUSÃO NA PLATAFORMA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2161544.pdf	18/07/2023 11:17:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEKALINECEP1807.docx	18/07/2023 11:17:02	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCKalinecep1807.docx	18/07/2023 11:16:20	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Outros	TCPKalineCEP1807.docx	18/07/2023 11:14:14	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Outros	DECLARACAOCONCORDANCIKALINECEP2306.docx	23/06/2023 12:41:28	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Outros	InstrumentosdecoletaKalineCEP2306.docx	23/06/2023 11:59:42	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Folha de Rosto	folharostokalinecepok.pdf	23/06/2023 11:48:39	Ana Carolina Dantas Rocha	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.258.689

Folha de Rosto	folharostokalinecepok.pdf	23/06/2023 11:48:39	Cerqueira	Aceito
Declaração de concordância	anuenciakalinecepok.pdf	23/06/2023 11:47:51	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 24 de Agosto de 2023

Assinado por:

Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

