



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Marcela Muzel Poles

**Sintomas depressivos no puerpério imediato: ocorrência e
fatores de risco**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

**Botucatu
2018**

Marcela Muzel Poles

**Sintomas depressivos no puerpério imediato: ocorrência e
fatores de risco**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

**Orientadora: Prof^a Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes**

**Botucatu
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Poles, Marcela Muzel.

Sintomas depressivos no puerpério imediato : ocorrência e fatores de risco / Marcela Muzel Poles. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Coorientador: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes
Capes: 40406008

1. Assistência perinatal. 2. Período pós-parto. 3. Depressão pós-parto. 4. Epidemiologia analítica. 5. Fatores de risco.

Palavras-chave: Assistência perinatal; Depressão pós-parto; Epidemiologia analítica; Fatores de risco; Período pós-parto.

Sintomas depressivos no puerpério imediato: ocorrência e fatores de risco

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Coorientadora: Profª Drª Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Profª Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Profª Adjunto Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Profª Adjunto Maria Cristina Mazzaia
Universidade Federal de São Paulo

Botucatu, 28 de Fevereiro de 2018.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus. Por tudo, gratidão.

À minha orientadora Professora Cristina. Obrigada pelos anos de orientação - desde a graduação - pelos ensinamentos e oportunidades. Todo meu carinho e admiração por você.

À minha coorientadora Neneca pela contribuição fundamental no desenvolvimento deste trabalho e pelo aprendizado.

À minha mãe Marta por ser a maior incentivadora, ao meu pai Marcelo, irmão Felipe, tia Edna e namorado Junior por me apoiarem. Amo vocês.

À Ana Paula Carvalheira pela colaboração e por compartilhar o banco de dados da pesquisa “mãe”.

Ao Hélio Rubens pela análise estatística.

Ao César da Pós-graduação por todo auxílio durante esses dois anos.

Às bibliotecárias Meire, Diva e Marluci pela ajuda na busca bibliográfica e na revisão das referências.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Fernando, Amanda e Regina.

Às amigas Maisa, Flávia e Silvania - companheiras de vida em Botucatu.

Às mulheres participantes da pesquisa.

Resumo

Aproximadamente 10% das gestantes e 13% das puérperas vivenciam algum transtorno mental, inclusive a depressão, condição que dificulta a vivência da maternidade. Os fatores que levam à depressão perinatal ainda não estão completamente elucidados, em especial aspectos sociodemográficos. O objetivo deste estudo foi investigar a ocorrência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato. Trata-se de estudo epidemiológico e transversal com 1099 puérperas. A presença de sintomas depressivos foi obtida com a escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), adotando-se ponto de corte ≥ 10 . Fatores associados aos sintomas depressivos foram investigados por regressão logística múltipla. Houve 6,7% de puérperas com sintomas depressivos. Uso de medicação antidepressiva, violência sofrida na gestação e operação cesariana aumentaram as chances de sintomas depressivos no puerpério imediato em duas, quatro e duas vezes, respectivamente. Reconhecer os sintomas depressivos precocemente, ainda com as puérperas nas maternidades, pode contribuir de forma a reduzir as chances de depressão pós-parto futura, bem como encorajar ações preventivas da equipe de saúde com o cuidado materno e neonatal.

Descritores: Assistência perinatal; Período pós-parto; Depressão pós-parto; Epidemiologia analítica; Fatores de risco.

Abstract

About 10% of pregnant women and 13% of the puerperae experience some mental disorder, including depression, a condition that makes the experience of motherhood difficult. The factors that lead to perinatal depression are still not fully elucidated, especially sociodemographic ones. Our objective with this study was to investigate occurrence and risk factors for maternal depressive symptoms in the immediate puerperium. It is an epidemiological and transversal study with 1099 puerperae. We obtained the presence of depressive symptoms using the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) scale, with a cut-off point of ≥ 10 . Factors associated with depressive symptoms were investigated by multiple logistic regression. There were 6.7% of the puerperae with depressive symptoms. The use of antidepressant medication, gestational violence and cesarean section increased the odds of depressive symptoms in the immediate puerperium in two, four, and two times, respectively. Recognizing depressive symptoms early on, with the puerperae still inside maternity wards, can contribute to reduce the chances of future postpartum depression, as well as encourage preventive actions of the health team with maternal and neonatal care.

Keywords: Perinatal assistance; Postpartum period; Postpartum depression; Analytical epidemiology; Risk factors.

LISTA DE SIGLAS

EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

DRS – Departamento Regional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

IC – Intervalo de Confiança

OR – *Odds ratio*

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de causalidade sob teste, considerando-se os fatores associados aos sintomas depressivos.....	20
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características maternas e dos recém-nascidos incluídos no estudo. Botucatu, 2012.....	28
Tabela 2. Regressão logística múltipla das variáveis sociodemográficas, relativas à história obstétrica e clínica, considerando-se o desfecho sintomas depressivos maternos.....	30
Tabela 3. Resultados do modelo de regressão logística múltipla final entre variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas e sintomas depressivos maternos.....	31

Sumário

1	Introdução.....	11
2.	Objetivos	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	Método.....	17
3.1	Delineamento.....	17
3.2	Local de Realização do Estudo.....	17
3.3	População e Amostragem	18
3.4.	Coleta de Dados	18
3.5	Variáveis em Estudo	19
3.5.1	Fatores Associados aos Sintomas Depressivos Maternos	19
3.6.	Referencial teórico.....	20
3.7	Análises Estatísticas	21
3.8	Procedimentos Éticos	21
4	Resultados.....	22
	Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados	23
5	Considerações finais	40
6	Referências.....	41
	Apêndice 1	46
	Apêndice 2	47
	Apêndice 3	59
	ANEXO	66

1 Introdução

Em todo o mundo, aproximadamente 10% das gestantes e 13% das puérperas experienciam algum tipo de transtorno mental, condição que dificulta a vivência da maternidade e, como consequência, o crescimento e o desenvolvimento das crianças também pode ser afetado negativamente (WHO, 2016).

Todas as mulheres estão sujeitas a desenvolver transtornos mentais durante a gravidez e no primeiro ano após o parto, mas pobreza, ausência de companheiro, migração, estresse extremo, ansiedade, exposição à violência (doméstica, sexual e/ou de gênero), vivência de gravidez indesejada, situações de emergência e conflito, desastres naturais e baixo apoio social e emocional aumentam os riscos (WHO, 2017; Garfield et al., 2015; Thiengo et al., 2012).

Os transtornos mentais caracterizam-se como um grupo de doenças com alto grau de sobrecarga para o indivíduo e familiares. No período gravídico puerperal, as formas podem variar, serem mais brandas ou mais graves, a depender de fatores familiares, socioeconômicos e relativos à história de vida da mulher. A tristeza puerperal é a forma mais comum. Também chamada de *baby blues* ou *maternity blues*, é conceituada como alteração psíquica leve e transitória, com prevalência de 50 a 80%, início geralmente entre três a quatro dias após o parto e remissão espontânea entre uma semana e dez dias. Sua persistência pode vir a indicar o início de sofrimento mental mais grave (Ministério da Saúde, 2012).

A depressão é o principal transtorno mental que acomete a mulher no ciclo gravídico-puerperal. A Organização Mundial da Saúde estima que, mundialmente, 350 milhões de pessoas vivam com depressão, sendo as mulheres as mais afetadas. Sua prevalência é de 5% durante a gravidez e nos três primeiros meses após o parto em mulheres de países de alta renda. Nos países em desenvolvimento

as taxas são ainda maiores: 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto (Abelha, 2014; Marcus et al., 2012; WHO, 2016). Sintomas depressivos maternos, associados ao baixo apoio social, à situação marital e à situação econômica, podem prejudicar a interação mãe-filho e influenciar negativamente o desenvolvimento infantil (Morais et al., 2017). Assim, a depressão e o sofrimento psicológico que acarreta podem resultar em prejuízos à saúde, sociais e econômicos, tanto em países subdesenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, constituindo problema de relevância (Collado et al., 2014).

No sul do Brasil, estudo populacional relatou prevalência de depressão materna de 12%, 15% e 16% aos três, 12 e 24 meses pós-parto, respectivamente (Matijasevich et al., 2009).

O estresse diário, particularmente em torno da gravidez e nascimento, pode afetar o pensamento e comportamento de muitas mães. Em tais condições estas mulheres apresentam humor deprimido, perda de interesse e prazer, sentimento de tristeza e baixa autoestima, o que leva a atividade reduzida e caracteriza o quadro depressivo (OPS, 2016).

Depressão gestacional e depressão pós-parto vêm sendo designadas como depressão perinatal, período que pode iniciar mais frequentemente no terceiro trimestre gestacional e continuar até três meses do pós-parto. Os sintomas são similares aos da depressão em outras fases da vida, como tristeza, distúrbio do sono, falta de apetite, falta de concentração e irritabilidade, adicionados à culpa pela incapacidade de cuidar adequadamente do recém-nascido (Wannmacher, 2007).

Entretanto, o período pós-parto tem sido particularmente identificado como a fase da vida da mulher onde o risco de apresentar algum transtorno mental é maior. Estudos têm sido desenvolvidos para apontar os motivos pelos quais o pós-parto é

um dos períodos da vida feminina em que os transtornos mentais são tão frequentes. Tem sido indicado que, ao tornar-se mãe, a mulher deixa suas atividades sociais para cuidar da criança e esse fato, aliado à adaptação aos novos papéis exigidos, pode gerar demanda psicológica individual nas relações e nos recursos existentes. Também, o desequilíbrio psicológico é natural às transições da vida e adaptações às mudanças, sendo o processo de gravidez, parto e nascimento importante momento de transição (Lobato et al., 2011). Destaca-se que um terço das mulheres que desenvolvem sintomas depressivos mantém o quadro além do primeiro ano após o parto (Harris, 2016).

Na atualidade, há entendimento de que a depressão pós-parto possa ser a continuidade da depressão pré-parto e que quanto mais precocemente o estado for identificado, maiores as chances de intervenções que reduzam seu impacto negativo. Evidências demonstram que, além da depressão pré-parto ser mais frequente, ela é o principal fator de risco para depressão pós-parto, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação (Pereira et al., 2012).

É possível que a grande ênfase na identificação da depressão no período pós-parto, em especial nos primeiros meses após o nascimento, decorra do fato dos impactos negativos sobre a criança já serem observáveis nessa fase. Quadro depressivo da mãe associa-se a resultados desfavoráveis para seu filho, os quais podem persistir na adolescência e na idade adulta, destacando-se a maior prevalência de transtornos psiquiátricos, atraso no desenvolvimento, problemas médicos e hospitalizações (Minkovitz et al., 2005).

Entre os fatores de risco para o surgimento de quadros depressivos (pré e pós-parto) já identificados na literatura, encontram-se: história pregressa de depressão, ausência de suporte social, familiar ou marital, gravidez não desejada, dependência

de álcool, tabaco e outras drogas, história de violência doméstica e situação de pobreza. Grande parte das pesquisas admitem que tais fatores atuam inter-relacionados na gênese da depressão. De modo geral, os fatores de risco associados à depressão perinatal em países em desenvolvimento foram os mesmos encontrados nos países desenvolvidos, com exceção de alguns fatores associados a contextos economicamente desfavoráveis, como baixa escolaridade, desemprego, dificuldades financeiras e violência, que foram predominantes nos estudos em países de baixa renda (Pereira et al., 2012).

Considerando a importância do contexto e suas possíveis repercussões, estudos locais sobre depressão materna se justificam e são necessários para orientar intervenções. A presente investigação volta-se ao estudo da depressão perinatal, aferida no puerpério imediato, buscando identificar seus fatores de risco em um contexto específico, o município de Botucatu.

Para identificação de sintomas depressivos no período perinatal, um dos instrumentos mais utilizados em todo mundo é a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*), desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987) em Edimburgo, capital escocesa. Desde seu desenvolvimento, a EPDS foi adaptada e validada em diversos países (Figueira et al., 2009; Cox et al., 1987). No Brasil, a EPDS foi validada em 2007 por pesquisadores de Pelotas, Rio Grande do Sul (Santos, 2007).

Estudo de revisão da literatura brasileira de 2017 apontou que entre os anos de 2009 e 2014 a EDPS foi o instrumento mais utilizado para realizar o rastreio de sintomas depressivos em nível mundial, estando presente em 68% dos artigos existentes no estudo (Moraes et al., 2017).

O escore elevado de EPDS (≥ 9 - ≥ 10) na primeira semana de puerpério tende a predizer depressão no puerpério tardio, quatro a seis semanas após o parto (Schardosimet al., 2011). Estudo canadense realizado em 2016 identificou que mulheres que apresentaram EPDS ≥ 10 na primeira semana foram significativamente mais propensas a apresentarem sintomatologia depressiva 16 semanas após o parto (Dennis et al., 2016).

Estudo de coorte realizado com 1019 mulheres em Pelotas, no sul do Brasil, nos períodos pré-parto e pós-parto, encontrou depressão pré-natal associada à depressão pós-natal. Entre as 209 mulheres que apresentaram sintomas depressivos durante a gravidez, escore na EPDS ≥ 13 , 46,9% apresentaram sintomas depressivos durante o período pós-parto (Silva et al., 2012).

Ressalta-se que intervenções nas primeiras duas semanas após o parto podem reduzir o risco de depressão no puerpério mais tardio em 50%, reforçando a importância do rastreio dos sintomas depressivos maternos no período imediato após o parto, de forma que as intervenções preventivas possam ser implementadas (Dennis et al., 2016).

Diante do exposto, pergunta-se: quais são as características sociodemográficas, relativas à história obstétrica e clínica que se associam aos sintomas depressivos maternos no puerpério imediato? Acredita-se que as respostas poderão orientar ações na atenção pré-natal e ao parto no nível local e irão ampliar o entendimento desse importante aspecto de saúde na atualidade.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Investigar a ocorrência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as características sociodemográficas, história obstétrica e dados clínicos da gestação das puérperas incluídas no estudo.
- b) Estimar a prevalência de sintomas depressivos maternos no puerpério imediato.
- c) Identificar a associação entre características sociodemográficas, história obstétrica e características clínicas das puérperas com sintomas depressivos no puerpério imediato.

3 Método

3.1 Delineamento

Trata-se de estudo epidemiológico e transversal. Os dados são provenientes do estudo: *O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico com ênfase na morbimortalidade materna e infantil* (Protocolo CEP 4075-2011).

Tal estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Processo nº 2011/05738-2) e desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa “Saúde da Mulher, Criança e Adolescente – SAMUCA”. Em linhas gerais, objetivou comparar as características sociodemográficas das parturientes, a atenção desenvolvida ao binômio mãe-bebê no momento do parto e as condições dos neonatos ao nascer em hospitais público e privado. Mais detalhes dos procedimentos e métodos podem ser obtidos em “Binômio mãe-filho: estudo epidemiológico e de base populacional desenvolvido em maternidades de baixo e alto risco” (Carvalheira e Parada, 2016).

3.2 Local de Realização do Estudo

O estudo foi realizado em Botucatu, município situado na região centro-sul do Estado de São Paulo, que conta com população estimada para 2016 em 141.032 habitantes e faz parte do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios (Oliveira et al., 2013; IBGE, 2016).

A coleta de dados foi realizada nas maternidades dos dois hospitais existentes neste município, sendo um público e outro pertencente à rede de saúde suplementar. O hospital público atende quase exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sua maternidade possui 40 leitos obstétricos para atendimento aos partos de baixo risco do município-sede e para atendimento referenciado de

gestantes e recém-nascidos de risco dos 30 municípios da região dos Pólos Cuesta e Vale do Jurumirim, da DRS VI. Essa é a maior instituição pública vinculada ao SUS da região e realizou em 2016 um total de 2264 partos, entre vaginais e cesáreas (Hospital das Clínicas, 2016; Ferrari et al., 2016). A maternidade do hospital que pertence à rede de saúde suplementar conta com 16 leitos obstétricos, destinados apenas ao atendimento particular e de gestantes com convênios de saúde (Ferrari et al., 2016).

3.3 População e Amostragem

A amostra de conveniência foi selecionada de janeiro a junho de 2012. Nesse período ocorreram 1.395 nascimentos em Botucatu, com inclusão no estudo original de 1.317 puérperas e seus recém-nascidos (94,4% dos partos), sendo a diferença devida a perdas por impossibilidade de contato antes da alta hospitalar (n=71) ou recusas (n=7).

Para o presente estudo, os critérios de elegibilidade foram: gestação única e dados completos sobre as variáveis de interesse. Dessa forma, foram excluídos 22 casos de gestação gemelar e 196 casos com dados incompletos sobre variáveis relativas à mãe e/ou ao bebê. Assim, a amostra foi constituída por 1099 puérperas e seus recém-nascidos (83,4% das puérperas incluídas no estudo original).

3.4. Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu de janeiro a junho de 2012 nas duas maternidades do município, por entrevistadoras remuneradas e devidamente capacitadas, sendo seis enfermeiras e uma nutricionista, contando também com supervisão do trabalho de campo realizada por enfermeira doutoranda de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Os dados foram obtidos durante visita às maternidades no puerpério imediato,

antes da alta materna, a partir das anotações nos prontuários, registros da sala de parto e cartão de pré-natal e por entrevista com as puérperas para aplicação da EPDS, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Utilizou-se, para coleta de dados, instrumentos (Apêndices 2 e 3) especialmente construídos para a “pesquisa mãe” e, nestes, estão sinalizadas as variáveis especificamente selecionadas para a presente investigação.

3.5 Variáveis em Estudo

3.5.1 Fatores Associados aos Sintomas Depressivos Maternos

Variáveis de Exposição

Dados Sociodemográficos Maternos: idade no momento do parto (anos); cor da pele autorreferida (branca ou não branca), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou mais); situação conjugal (com companheiro, sem companheiro); gestação planejada (sim, não).

História Obstétrica Materna: número de gestações; número de partos; número de abortos; número de filhos nascidos vivos.

Dados da Gestação Atual: realização de pré-natal (sim, não); idade gestacional na primeira consulta pré-natal (semanas); peso pré-gestacional (quilogramas); problema de saúde na gestação (anemia, infecção do trato urinário, hiperemese, hipertensão arterial, diabetes, hemorragia - sim, não); doença intercorrente (sim, não); problema emocional na gestação (atrito com a família, falecimento de pessoa próxima, nervosismo - sim, não); classificação como gestação de risco (sim, não); uso de medicação antidepressiva (sim, não); número de consultas pré-natais; tabagismo na gestação (sim, não); consumo de álcool na gestação (sim, não); uso de drogas ilícitas na gestação (sim, não); violência física/sexual/emocional/trabalho/casa sofrida (sim, não); nascimento (parto vaginal

ou operação cesariana); intercorrência no parto (falha na indução, parada da dilatação, sofrimento fetal - sim ou não) e idade gestacional no parto (semanas).

Variável Desfecho

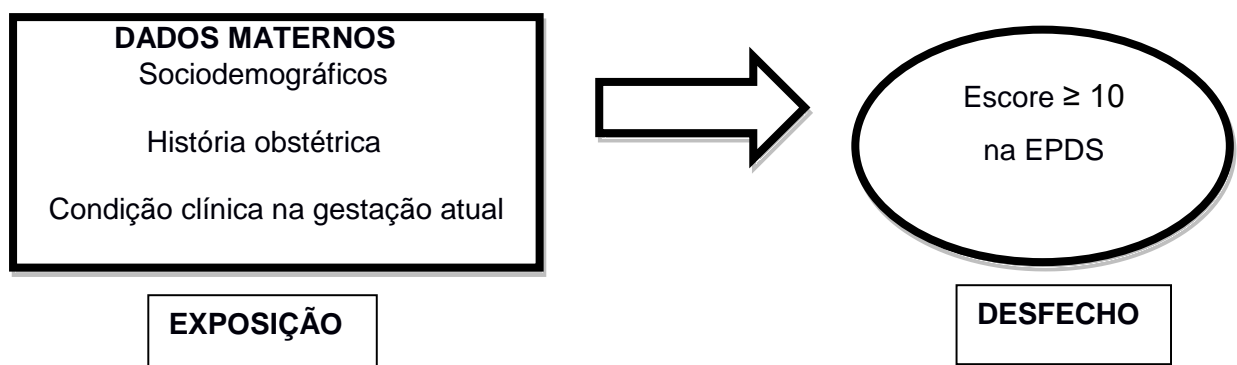
Sintomas depressivos maternos, sim (escore ≥ 10 na EPDS) ou não.

A aferição de sintomas depressivos e sua posterior classificação foi realizada a partir da escala EPDS. Trata-se de escala autoaplicável, contendo dez sintomas com frequências categorizadas em quatro estratos, pontuados de 0 a 3. A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua utilização é rápida e simples, podendo ser aplicada por profissionais da área da saúde. A pontuação total varia entre zero (melhor situação) e 30 pontos (pior situação). Diversos estudos apontam o escore ≥ 10 como valor preditivo positivo na triagem da depressão (Cox et al., 1997; Santos et al., 2007; Figueira et al., 2009), e este valor foi adotado no presente estudo.

3.6. Referencial teórico

A Figura 1 apresenta o modelo teórico de determinação do desfecho investigado, construído e testado no presente estudo. Destaca-se que para sua elaboração foram utilizados modelos e estudos prévios de Faisal-Cury e Menezes (2012) e Fisher et al. (2012).

Figura 1. Modelo de causalidade sob teste, considerando-se os fatores associados aos sintomas depressivos maternos



3.7 Análises Estatísticas

As características maternas são apresentadas a partir da estatística descritiva, apresentando-se as distribuições de frequências para variáveis categóricas e utilizando-se como medida de tendência central, quando pertinente, a mediana, com valores máximo e mínimo.

Para avaliação dos fatores associados aos sintomas depressivos maternos (escore EPDS ≥ 10), realizou-se regressão logística múltipla com todas as variáveis de interesse. Em seguida, as variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) foram incluídas em um segundo modelo múltiplo final, quando se adotou $p < 0,05$ para considerar associação entre exposição e desfecho.

Relações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$, adotando-se Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A análise foi realizada com o *software* SPSS v 21.0.

3.8 Procedimentos Éticos

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (CAAE 65750817.0.0000.5411, Parecer de Aprovação: 1.997.274).

4 Resultados

O resultado é apresentado na forma de artigo, encaminhado para apreciação da Revista Acta Paulista de Enfermagem.

Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados

Marcela Muzel Poles

Ana Paula Pinho Carvalheira

Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Resumo

Objetivos: Investigar a prevalência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato.

Métodos: Estudo transversal, realizado com 1099 puérperas. A presença de sintomas depressivos maternos foi obtida com a escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), adotando-se como ponto de corte escore ≥ 10 . Os dados foram coletados em Botucatu-SP, no período de janeiro a junho de 2012. Fatores associados aos sintomas depressivos foram inicialmente investigados por regressão logística múltipla e aqueles associados em nível de $p < 0,20$ foram incluídos em modelo de regressão final, considerando-se nível crítico de significância $p < 0,05$, com Intervalo de Confiança de 95%. Este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e atendeu às recomendações para pesquisas com seres humanos.

Resultados: A prevalência de sintomas depressivos foi de 6,7%. Uso de medicação antidepressiva na gestação, violência sofrida na gestação e operação cesariana aumentaram as chances de sintomas depressivos no puerpério imediato em duas, quatro e duas vezes, respectivamente.

Conclusão: Especial atenção deve ser dada às mulheres usuárias de medicação antidepressiva, àquelas que sofreram violência na gestação e às que evoluíram para operação cesariana, visto que esses eventos foram identificados como fatores de risco de sintomas depressivos.

Descritores: Assistência perinatal; Período pós-parto; Depressão pós-parto; Epidemiologia analítica, Fatores de risco.

Abstract

Objetives: To investigate the prevalence and risk factors for maternal depressive symptoms in the immediate puerperium.

Methods: A transversal study, carried out with 1099 puerperae. We obtained the presence of maternal depressive symptoms with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), with a score of ≥ 10 as the cut-off point. The data were collected in Botucatu-SP, from January to June 2012. We initially investigated factors associated with depressive symptoms by multiple logistic regression and those associated at the $p < 0.20$ level were included in the final regression model, considering the significance level at $p < 0.05$, with a 95% reliability interval. This study was approved by the Research Ethics Committee and met the recommendations for research with human beings.

Results: The prevalence of depressive symptoms was 6.7%. The use of antidepressant medication, gestational violence and cesarean section increased the odds of depressive symptoms in the immediate puerperium in two, four, and two times, respectively.

Conclusion: Particular attention should be paid to women who use antidepressant medication, those who have experienced gestational violence, and those who have undergone cesarean section, once these events have been identified as risk factors for depressive symptoms.

Keywords: Perinatal assistance; Postpartum period; Postpartum depression; Analytical epidemiology; Risk factors.

Introdução

O período pós-parto tem sido particularmente identificado como a fase da vida da mulher onde o risco de apresentar algum transtorno mental é maior.⁽¹⁾

Entre os transtornos mentais que acometem a mulher no ciclo gravídico-puerperal, a depressão é o principal: sua prevalência é de 5% durante a gravidez e nos três primeiros meses após o parto em mulheres de países de alta renda. Nos países em desenvolvimento as taxas são ainda maiores: 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto.⁽²⁾ Assim, a depressão e o sofrimento psicológico, tanto em países subdesenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, constituem problema relevante.⁽³⁾

Mulheres estão sujeitas a desenvolver transtornos mentais durante a gravidez e no primeiro ano após o parto, mas pobreza, ausência de companheiro, migração, estresse extremo, ansiedade, exposição à violência (doméstica, sexual e/ou de gênero), vivência de gravidez indesejada, situações de emergência e conflito, desastres naturais e baixo apoio social e emocional aumentam os riscos.⁽⁴⁻⁶⁾

Ao tornar-se mãe, a mulher deixa suas atividades sociais para cuidar da criança e esse fato, aliado à adaptação aos novos papéis exigidos, pode gerar demanda psicológica individual nas relações e nos recursos existentes. Também, o desequilíbrio psicológico é natural às transições da vida e adaptações às mudanças, sendo o processo de gravidez, parto e nascimento importante momento de transição.⁽¹⁾ Destaca-se que um terço das mulheres que desenvolvem sintomas depressivos mantém o quadro além do primeiro ano após o parto.⁽⁷⁾

Na atualidade, há entendimento de que a depressão pós-parto possa ser a continuidade da depressão pré-parto e que quanto mais precocemente o estado for identificado, maiores as chances de intervenções que reduzam seu impacto

negativo. Evidências demonstram que, além da depressão pré-parto ser mais frequente, ela é o principal fator de risco para depressão pós-parto, sendo esta, muitas vezes, continuação da depressão iniciada na gestação.⁽⁸⁾

Entre os fatores de risco para o surgimento de quadros depressivos (pré e pós-parto) já identificados na literatura, encontram-se: história pregressa de depressão; ausência de suporte social, familiar ou marital; gravidez não desejada; dependência de álcool, tabaco ou outras drogas; história de violência doméstica e situação de pobreza. Grande parte das pesquisas admitem que tais fatores atuam inter-relacionados na gênese da depressão. De modo geral, os fatores de risco associados à depressão perinatal em países em desenvolvimento foram os mesmos encontrados nos países desenvolvidos, com exceção de alguns fatores associados a contextos economicamente desfavoráveis, como baixa escolaridade, desemprego, dificuldades financeiras e violência, que foram predominantes nos estudos em países de baixa renda.⁽⁸⁾

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é investigar a prevalência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato. Acredita-se que as respostas poderão orientar ações na atenção pré-natal e ao parto no nível local e irão ampliar o entendimento desse importante aspecto de saúde na atualidade.

Métodos

Estudo epidemiológico e transversal, realizado em Botucatu (SP). Os dados são provenientes de um estudo maior “O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico com ênfase na morbimortalidade materna e infantil”.

A coleta de dados foi realizada nas maternidades dos dois hospitais do

município, sendo um público e outro pertencente à rede de saúde suplementar, no período de janeiro a junho de 2012. A amostra de conveniência foi selecionada a partir dos 1395 nascimentos ocorridos no município do estudo neste período. Por impossibilidade de contato antes da alta hospitalar, apenas 1317 puérperas foram entrevistadas, mas, destas excluíram-se 22 casos de gestação gemelar e 196 casos com dados incompletos sobre variáveis relativas à mãe e/ou bebê, resultando em 1099 puérperas incluídas no estudo.

Os dados foram obtidos durante visita às maternidades no puerpério imediato, antes da alta materna, a partir dos prontuários, anotações da sala de parto, cartão de pré-natal e por entrevista com as puérperas para aplicação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se para coleta de dados, instrumentos especificamente construídos para a pesquisa “mãe”.

As variáveis de exposição incluíram dados maternos: sociodemográficos, história obstétrica e da gestação atual. A variável desfecho foi presença de sintomas depressivos (sim, não).

A aferição de sintomas depressivos e sua posterior classificação foram realizadas com a escala EPDS. Trata-se de escala autoaplicável, que mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos sete dias anteriores à coleta de dados. Diversos estudos apontam o escore ≥ 10 como valor preditivo positivo na triagem da depressão, e este valor foi adotado no presente estudo.⁽⁹⁻¹¹⁾

Para avaliação dos fatores associados aos sintomas depressivos maternos realizou-se regressão logística múltipla, com todas as variáveis de interesse. Em seguida, as variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) foram incluídas em um segundo modelo múltiplo final, quando se adotou $p < 0,05$ para considerar associação

entre exposição e desfecho. Relações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$, adotando-se Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A análise foi realizada com o *software* SPSS v 21.0.

Este estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (CAAE 65750817.0.0000.5411, Parecer de Aprovação: 1.997.274).

Resultados

A prevalência de sintomas depressivos entre as puérperas do estudo foi de 6,7% (74 puérperas). A idade materna mediana foi de 26 anos (13-48 anos); a mediana do número de gestações prévias, partos e filhos nascidos vivos foi 1 (0-9); o número mediano de consultas de pré-natal foi 9 (1-20) e o peso mediano do recém-nascido ao nascer foi 3190 gramas (880-5210 gramas), conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Características maternas e dos recém-nascidos incluídos no estudo. Botucatu, 2012

Características	Mediana (mínimo-máximo)	
Idade no parto (anos)	26(13 - 48)	
Número de gestações prévias	1(0 - 9)	
Número de partos prévios	1(0 - 9)	
Número de abortos prévios	0(0 - 5)	
Número de filhos nascidos vivos	1(0 - 9)	
Peso pré-gestacional (Kilogramas)	62(40- 145)	
Idade gestacional (semanas) na 1ª consulta pré-natal	9(5 - 40)	
Número de consultas pré-natais	9(1 - 20)	
Idade gestacional (semanas) no parto	38(26 - 42)	
Peso do recém-nascido ao nascer (gramas)	3190(880 - 5210)	
	N	%
Cor da pele autorreferida		
Branca	851	77,4
Não branca	248	22,6

Ensino fundamental completo ou mais		
Sim	888	80,8
Não	211	19,2
Presença de companheiro		
Sim	934	85,0
Não	165	15,0
Gestação planejada		
Sim	488	44,4
Não	611	55,6
Realização de pré-natal		
Sim	1094	99,5
Não	5	0,5
Problema de saúde		
Sim	588	53,5
Não	511	46,5
Gestação de risco		
Sim	382	35,7
Não	707	64,3
Tabagismo na gestação		
Sim	137	12,5
Não	962	87,5
Uso de álcool na gestação		
Sim	41	3,7
Não	1058	96,3
Uso de drogas ilícitas na gestação		
Sim	5	0,5
Não	1094	99,5
Violência sofrida na gestação		
Sim	13	1,2
Não	1086	98,8
Uso de medicação antidepressiva na gestação		
Sim	30	2,7
Não	1069	97,3
Doença intercorrente na gestação		
Sim	252	22,9
Não	847	77,1
Nascimento		
Parto vaginal	514	46,8
Operação cesariana	585	53,2
Intercorrência no parto		
Sim	206	18,7
Não	893	81,3

A maioria das puérperas possuía ensino fundamental completo ou mais e vivia com o companheiro. Quase a totalidade das puérperas (99,5%) havia feito pré-natal e mais da metade referiu algum problema de saúde durante a gestação. Foram consideradas gestantes de risco 35,7% das participantes do estudo. O tabagismo esteve presente em 12,5% das gestações e o consumo de álcool em 3,7% delas.

Usaram drogas ilícitas e sofreram violência na gestação aproximadamente 1% das puérperas. O nascimento do recém-nascido por operação cesariana ocorreu em 53,2% dos casos (Tabela 1).

Fatores associados aos sintomas depressivos maternos constam da tabela 2. Cor da pele, uso de medicação antidepressiva, peso pré-gestacional, realização de pré-natal, violência sofrida, idade gestacional no parto e nascimento por operação cesariana foram as variáveis selecionadas para serem incluídas no modelo de regressão logística múltipla final (Tabela 3), pois foram as variáveis mais fortemente associadas aos sintomas depressivos no puerpério imediato ($p < 0,20$).

Tabela 2. Regressão logística múltipla das variáveis sociodemográficas, relativas à história obstétrica e clínica, considerando-se o desfecho sintomas depressivos maternos. Botucatu, 2012

Variável	OR	IC95%	P
Idade no parto (anos)	1,01	0,96 - 1,05	0,816
Cor da pele branca	1,52	0,87 - 2,65	0,139
Ensino fundamental completo ou mais	1,15	0,56 - 2,33	0,703
Presença de companheiro	0,87	0,42 - 1,80	0,710
Número de gestações prévias	1,66	0,61 - 4,52	0,324
Número de partos prévios	0,83	0,42 - 1,64	0,594
Número de abortos prévios	1,03	0,38 - 2,76	0,958
Número de filhos nascidos vivos	0,85	0,32 - 2,30	0,753
Uso de medicação antidepressiva	3,68	1,45 - 9,30	0,003
Problema de saúde	1,00	0,56 - 1,79	1,000
Doença intercorrente	0,92	0,44 - 1,94	0,834
Peso pré-gestacional (Kilogramas)	1,01	1,00 - 1,03	0,097
Idade gestacional (semanas) na 1ª consulta pré-natal	1,03	0,98 - 1,08	0,244
Gestação planejada	1,21	0,71 - 2,09	0,481
Realização de pré-natal	0,17	0,02 - 1,71	0,134
Número de consultas de pré-natal	0,94	0,84 - 1,05	0,277
Gestação de risco	0,71	0,37 - 1,38	0,310
Tabagismo na gestação	1,24	0,59 - 2,62	0,572
Etilismo na gestação	0,88	0,27 - 2,89	0,839
Uso de drogas ilícitas na gestação	2,92	0,21 - 41,49	0,429
Violência sofrida na gestação	4,36	1,03 - 18,44	0,045
Idade gestacional (semanas) no parto	0,91	0,80 - 1,04	0,177
Operação cesariana	2,58	1,43 - 4,65	0,002
Intercorrência no parto	0,71	0,36 - 1,38	0,308

A Tabela 3 é relativa ao modelo de regressão logística múltipla final. De maneira independente, uso de medicação antidepressiva, sofrer violência na gestação e ser submetida à operação cesariana se associaram a presença de sintomas depressivos maternos no puerpério imediato. Usar medicação antidepressiva aumentou em duas vezes (OR=2,07, IC 95%=1,12-3,61); sofrer violência na gestação aumentou em quatro vezes (OR=4,06, IC 95%=1,02-16,19) e evoluir para operação cesariana aumentou em duas vezes (OR=2,07, IC 95%=1,22-3,53) as chances de sintomas depressivos no puerpério imediato.

Tabela 3. Modelo de regressão logística múltipla final entre variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas e sintomas depressivos maternos. Botucatu, 2012

Variável	OR	IC95%	P
Cor da pele branca	1,63	0,97-2,76	0,068
Uso de medicação antidepressiva	2,07	1,12-3,61	0,010
Peso pré-gestacional (quilogramas)	1,01	0,99-1,02	0,206
Realização de pré-natal	0,19	0,02-1,81	0,149
Violência sofrida	4,06	1,02-16,19	0,047
Idade gestacional (semanas) no parto	0,91	0,82-1,01	0,086
Operação cesariana	2,07	1,22-3,53	0,007

Discussão

O presente estudo investigou a ocorrência de sintomas depressivos em puérperas no momento imediato após o parto, por meio de instrumento consistente, validado e de ampla utilização na literatura. Adotando o ponto de corte ≥ 10 , 6,7% das puérperas apresentaram sintomas depressivos. Como na EPDS os sintomas depressivos referem-se aos sete dias que antecedem a aplicação, e a referida escala foi usada durante a internação para o parto, com aplicação no primeiro ou segundo dia de puerpério, pode-se inferir que, aos menos em parte, as mulheres identificadas com sintomas depressivos no puerpério imediato também

apresentaram esse transtorno no final gestação e, eventualmente, também em fases anteriores da vida, como as pesquisas de Pereira, Ghaedrahmati e Faisal-Cury nos permitem supor.^(8,12,13)

Identificaram-se três fatores associados de modo independente a maior chance de sintomas depressivos: uso de medicação antidepressiva, sofrer violência na gestação e nascimento do filho por operação cesariana. Considerando que é comum o sub-diagnóstico de depressão gestacional e que há relutância na prescrição e uso de medicamentos nesse período⁽¹⁴⁾, é possível que as puérperas que usaram medicação antidepressiva no pré-natal fossem aquelas que apresentavam sintomas mais graves ou anteriores à gestação.

Na literatura científica tem sido encontrada associação entre transtorno de saúde mental durante a gestação e ocorrência de depressão pós-parto: Ghaedrahmati *et al.* em revisão de literatura entre os anos 2000 e 2015, apontou que a história anterior de depressão e ansiedade estavam entre os fatores mais fortemente associados à depressão pós-parto.⁽¹²⁾ Faisal-Cury *et al.* em estudo realizado com 831 mulheres na cidade de São Paulo, encontrou risco de depressão pós-parto 2,4 vezes maior entre mulheres que apresentaram depressão pré-parto.⁽¹³⁾

Ainda nesse contexto, em estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2013, aplicou-se a EPDS até 48 horas após o parto e estabeleceu-se ponto de corte ≥ 10 . Os sintomas depressivos pós-parto foram significativamente associados à depressão em algum momento da gestação ou à tristeza durante o último trimestre da gravidez, o que corrobora com os achados dessa pesquisa.⁽¹⁵⁾

A violência sofrida apareceu como determinante negativo para sintomas depressivos no puerpério imediato, aumentando o reconhecimento já presente na literatura das graves consequências para a mulher e o bebê da violência na

gravidez. Pesquisa japonesa apontou que tanto a violência física, quanto a violência verbal são determinantes causais para o desenvolvimento de sintomas depressivos nas mães durante a gestação, ressaltando a importância dos enfermeiros em identificarem a violência durante seus atendimentos com gestantes, e realizarem oportuno encaminhamento para apoio psicossocial, como forma de evitar os sintomas depressivos pós-parto.⁽¹⁶⁾

Estudo realizado na Tanzânia com 1013 mulheres apontou que uma em cada três foram expostas à violência doméstica por parceiros íntimos durante a gestação, o que contribuiu para a estreita associação ao desenvolvimento da depressão pós-parto. A exposição à violência doméstica pelo menos uma vez aumentou o risco de depressão pós-parto em mais de três vezes.⁽¹⁷⁾ Resultado semelhante foi obtido em Bangladesh, em estudo no qual mais da metade das mulheres que sofreram violência física, sexual ou psicológica durante a gravidez desenvolveram depressão pós-parto.⁽¹⁸⁾ Pesquisa indiana também encontrou relação entre exposição à violência por parte do parceiro no período perinatal, depressão pós-parto e ideação suicida.⁽¹⁹⁾

Outro fator associado aos sintomas depressivos no presente estudo foi ter sido submetida à operação cesariana, situação que aumentou em duas vezes a chance de escore ≥ 10 na EPDS. Esse resultado, ainda que difícil de explicar completamente, também encontra respaldo na literatura: revisão sistemática chinesa apontou a cesariana como fator de risco para sintomas depressivos pós-parto, sendo a hipótese explicativa o trauma cirúrgico ou os problemas que levaram à indicação da cirurgia, como a dor pélvica, a disfunção gastrointestinal, entre outros; todos potencialmente capazes de afetar o estado psicológico materno.⁽²⁰⁾ Recente estudo realizado na Califórnia, com 223 mulheres, expôs que participantes que

deram à luz por parto vaginal apresentaram quase metade da chance de terem sintomas depressivos pós-parto quando comparadas àquelas que sofreram operação cesariana.⁽²¹⁾

Comparar a prevalência de sintomas depressivos maternos obtida em Botucatu com os resultados reportados por outros autores é tarefa difícil, uma vez que nos estudos são utilizados instrumentos de aferição e/ou pontos de corte muitas vezes diferentes. Além disso, há grande variação no tempo de aferição dos sintomas. Ainda assim, merecem ser apresentados alguns resultados de pesquisas.

Em 2014, pesquisa realizada na Espanha e França, encontrou alta taxa, 39,3% de depressão pós-parto; porém, apesar de adotar o mesmo instrumento de coleta de dados utilizado no presente estudo, o ponto de corte foi mais alto (≥ 12) e a aplicação do instrumento foi realizada quatro semanas após o parto.⁽³⁾ É possível que diferenças nas características da amostra possam ser a principal causa da diferença de prevalência entre esses resultados.

Revisão de literatura que incluiu estudos desenvolvidos em nove países, inclusive no Brasil, apontou taxa de depressão pós-parto muito variada: 4,9% no Nepal, com aplicação da EPDS entre cinco e dez semanas após o parto e ponto de corte >12 e 59,4% na Índia, com aplicação a partir de seis meses após o parto e com ponto de corte, para a mesma escala, ≥ 10 .⁽²²⁾ No Brasil, estudo desenvolvido em São Paulo teve coleta de dados no décimo dia de puerpério e encontrou prevalência de 15,9%, porém utilizou como instrumento de aferição da depressão o *Beck Depression Inventory*.⁽²³⁾

Pelo exposto, a comparação da prevalência obtida em Botucatu com outras encontradas no Brasil e no exterior deve ser feita com cautela, tendo em vista as

diferenças relativas ao momento de avaliação, escala utilizada e ponto de corte adotado.

O puerpério imediato é o período pós-parto onde é esperada maior alteração do humor. Assim, constatar que nesse momento cerca de 6,7% das puérperas já apresentaram alta carga de sintomas depressivos é relevante e justifica a atenção das equipes de maternidade, pelo potencial impacto negativo sobre os cuidados iniciais à criança, inclusive no início da amamentação.

O uso da EPDS no puerpério imediato remete aos sintomas depressivos vivenciados pelas mulheres em um período delicado, que inclui os últimos dias da gestação e os primeiros dias de vida do bebê. Desta forma, reconhecer a presença de sintomas depressivos e os fatores associados, ainda na maternidade, pode resultar em ações preventivas à depressão por parte da equipe de saúde no pós-parto.

Conclusão

A prevalência de sintomas depressivos no puerpério imediato foi de 6,7%. Puérperas que fizeram uso de medicação antidepressiva, sofreram algum tipo de violência na gestação ou foram submetidas à operação cesariana apresentaram maiores chances de sintomas depressivos no puerpério imediato. Considerando esses resultados, mulheres com essas características devem receber atenção especial das equipes de saúde.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo auxílio à pesquisa e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos concedida à primeira autora.

Colaborações

Poles MM colaborou com concepção do projeto, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Carvalheira AP, Carvalhaes MABL e Parada CMGL colaboraram na análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2011; 11(4):369-79.
2. World Health Organization. Maternal and child mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 20 Nov 2016]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/.
3. Collado MAO, Saez M, Favrod J, Hatem M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14:22. doi: 10.1186/1471-2393-14-22.
4. World Health Organization. Maternal and child mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 3 Fev 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/.
5. Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low birth weight infants. *Adv Neonatal Care.* 2015; 15(1):E3-8.
6. Thiengo DL, Pereira PK, Santos JFC, Cavalcanti MT, Lovisi GM. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de

- mães atendidas em unidade básica de saúde. *J Bras Psiquiatr.* 2012; 61(4):214-20.
7. Harris L. Screening for perinatal depression: a missed opportunity [editorial]. *The Lancet.* 2016; 387(10018):505. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00265-8.
 8. Pereira PK, Lima LA, Legay LF, Santos JFC, Lovisi GM. Maternal mental disorders in pregnancy and the puerperium and risks to infant health. *World J Clin Pediatr.* 2012;1(4):20-3.
 9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150:782-6.
 10. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(11):2577-88.
 11. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43 Supl 1:79-84.
 12. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. *J Educ Health Promot.* 2017; 6:60. doi:10.4103/jehp.jehp_9_16.
 13. Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34(4):446-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.01.003>.

14. Organización Panamericana de La Salud. Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015. Washington: OPAS; 2016.
15. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(9):e00094016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00094016>.
16. Miura A, Fujiwara T. Intimate partner violence during pregnancy and postpartum depression in Japan: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2017; 5:81. doi: [10.3389/fpubh.2017.00081](https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00081).
17. Rogathi JJ, Manongi R, Mushi D, Rasch V, Sigalla GN, Gammeltoft T, et al. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: a prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *J Affect Disord*. 2017; 218:238-45. doi: [10.1016/j.jad.2017.04.063](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.063).
18. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh. *PLoS One*. 2017; 12(5):e0176211. doi: [10.1371/journal.pone.0176211](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176211).
19. Tabb KM, Huang H, Valdovinos M, Toor R, Ostler T, Vanderwater E, et al. Intimate partner violence is associated with suicidality among low-income postpartum women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017 May 24. doi: [10.1089/jwh.2016.6077](https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6077).
20. Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2017; 97:118-26. doi: [10.1016/j.jpsychores.2017.04.016](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016).

21. Kim Y, Dee V. Sociodemographic and obstetric factors related to symptoms of postpartum depression in hispanic women in rural California. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018; 47(1):23-31. doi: 10.1016/j.jogn.2017.11.012.
22. Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012; 90(2):139-49G. doi:10.2471/BLT.11.091850.
23. Faisal-Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Men Health*. 2004; 7:123-31. doi:10.1007/s00737-003-0038-0pmid:15083347.

5 Considerações finais

O método adotado permitiu que os objetivos do estudo fossem atingidos: investigar a ocorrência e os fatores associados aos sintomas depressivos maternos no puerpério imediato.

A prevalência de sintomas depressivos no puerpério imediato foi de 6,7%. Puérperas que fizeram uso de medicação antidepressiva, sofreram algum tipo de violência na gestação ou foram submetidas à operação cesariana apresentaram maiores chances de sintomas depressivos no puerpério imediato. Considerando esses resultados, mulheres com essas características devem receber atenção especial das equipes de saúde.

Reconhecer os sintomas depressivos precocemente, ainda com as puérperas nas maternidades, pode contribuir de forma a reduzir as chances de depressão pós-parto futura, bem como encorajar ações preventivas da equipe de saúde com o cuidado materno e neonatal.

6 Referências

Abelha L. Depressão, uma questão de saúde pública [editorial]. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(3):223. doi: 10.1590/1414-462X201400030001.

Carvalho APP, Parada CMGL. Binômio mãe-filho: estudo epidemiológico e de base populacional desenvolvido em maternidades de baixo e alto risco [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2016.

Collado MAO, Saez M, Favrod J, Hatem M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:22. doi: 10.1186/1471-2393-14-22.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.

Dennis CL, Merry L, Stewart D, Gagnon AJ. Prevalence, continuation, and identification of postpartum depressive symptomatology among refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19:959-67. doi: 10.1007/s00737-016-0633-5.

Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):446-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.01.003>.

Ferrari AP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(1):75-88. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010007>.

Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2009;43 Supl 1:79-84.

Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139-49G. doi:10.2471/BLT.11.091850.

Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low birth weight infants. *Adv Neonatal Care.* 2015;15(1):E3-8.

Harris L. Screening for perinatal depression: a missed opportunity [editorial]. *The Lancet.* 2016;387(10018):505. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00265-8.

Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de Botucatu [Internet]. Botucatu: Unesp; 2017 [citado 15 Abr 2017]. Disponível em: <http://www.hc.fmb.unesp.br/numeros?page=1>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. Brasília: IBGE; 2016 [citado 10 Abr 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=350750>.

Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of

pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176211. doi: 10.1371/journal.pone.0176211.

Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(4):369-79.

Marcus M, Yasamy MT, Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression: a Global Public Health Concern [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado 15 Abr 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1.

Matijasevich A, Golding J, Smith GD, Santos IS, Barros AJD, Victora CG. Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK. *Clin Pract Epidemiol Mental Health*. 2009;5:12. doi:10.1186/1745-0179-5-12.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 2005;115(2):306-14.

Moraes GP, Lorenzo L, Pontes GA, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(1):54-61. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0034.

Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues RS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(6):e00032016.

Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(2):[08 telas].

Organización Panamericana de La Salud. Pensamiento saludable. Manual para La atención psicosocial de La depresión perinatal. Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015. Washington: OPAS; 2016.

Pereira PK, Lima LA, Legay LF, Santos JFC, Lovisi GM. Maternal mental disorders in pregnancy and the puerperium and risks to infant health. *World J Clin Pediatr*. 2012;1(4):20-3.

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2577-88.

Schardosim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):159-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100021>.

Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public

health care system. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34(2):143-8.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000200005>.

Thiengo DL, Pereira PK, Santos JFC, Cavalcanti MT, Lovisi GM. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. J Bras Psiquiatr. 2012;61(4):214-20.

Wannmacher L. Depressão perinatal: balanço entre uso de antidepressivos e riscos no concepto. Uso Racion Medican. 2007;4(11):1-6.

World Health Organization. Maternal and child mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 20 Nov 2016]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/.

World Health Organization. Maternal and child mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 3 Fev 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/.

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A pesquisa “O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico com ênfase na morbimortalidade materna e infantil” será realizada nas duas maternidades de Botucatu como parte de estudo mais amplo, desenvolvido nos municípios de São Paulo, Rio de Janeiro, Bauru e Espírito Santo. Em Botucatu será coordenado pela professora da UNESP Cristina Maria Garcia de Lima Parada*.

Eu, _____ sou uma das entrevistadoras desta pesquisa.

O objetivo principal é conhecer eventos e situações ocorridas com a mulher durante a gravidez, parto e pós parto e com o recém-nascido, de forma a identificar fatores relacionados ao adoecimento e morte de mulheres e crianças. Os dados a serem obtidos dizem respeito ao pré-natal (exemplo: número e consultas, exames realizados e data de início), do parto (exemplo: tipo de parto, uso de anestesia ou outras medicações, necessidade de encaminhamento, patologias, entre outros) e do recém-nascido (exemplo: peso, idade gestacional, procedimentos realizados e outros). Espera-se que os resultados alcançados possam trazer subsídios importantes para o conhecimento de eventuais problemas existentes relativos à gestação, parto, pós parto e recém-nascido, e também sobre a qualidade da informação que está sendo produzida em Botucatu, de forma a ajudar os administradores das maternidades e da Secretaria Municipal de Saúde a estabelecerem seus planos de trabalho e de investimento, e os profissionais de saúde a melhorarem o atendimento prestado a mulher e seu filho. Convidamos a senhora a participar do estudo e informamos que:

- Não lhe será provocado qualquer desconforto ou risco, além do fato de precisar de sua resposta em um questionário. Como parte do questionário será preenchido com auxílio dos registros do hospital, ficará a entrevista voltada aos dados inexistentes nestes registros e para abordar alguns fatores psicológicos relacionados à gravidez e ao parto.
- A qualquer momento, antes e durante a pesquisa, estaremos a disposição para prestar quaisquer esclarecimentos que a senhora necessite.
- A senhora poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que haja prejuízo ao seu atendimento ou ao seu filho.
- Todas as informações obtidas serão tratadas de forma sigilosa e em nenhum momento seu nome ou de seu filho serão citados.

Caso a senhora concorde em participar do estudo, pedimos autorização para consultar seu prontuário e de seu filho, para que possamos obter informações sobre sua gravidez, parto e sobre seu bebê. Como algumas informações do estudo não estarão disponíveis nos prontuários, após a consulta e em momento que seja oportuno para a senhora faremos uma entrevista, que tem duração estimada em 20 minutos.

Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa existente em Botucatu, sendo elaborado em duas vias, uma para a senhora e outra a ser arquivada. Qualquer dúvida adicional poderá ser esclarecida através do Comitê de Ética em pesquisa, no telefone: 14 3011 6143.

Eu _____ tendo recebido todos os esclarecimentos referentes a pesquisa citada acima, CONCORDO em participar.

Botucatu, _____ de _____ de 2012.

Entrevistada

Entrevistadora

*Professora Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Endereço: Rua Manoel Deodoro Pinheiro Machado, 587 – Vila Santa Terezinha – Botucatu – SP
Cep:18606-710 Fone: 14 38116167 ou 14 97753231 e-mail: cparada@fmb.unesp.br

Apêndice 2

Nº do Formulário:

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESTUDO DO BINÔMIO MÃE - FILHO
FORMULÁRIO Nº 1 (Confidencial)

IDENTIFICAÇÃO

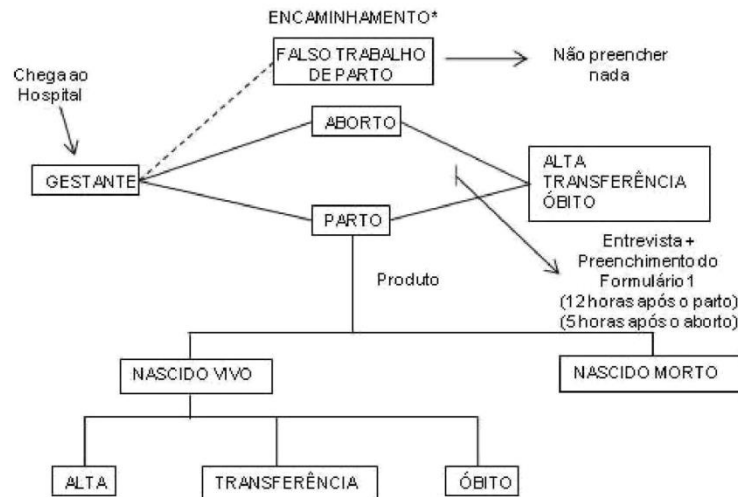
HOSPITAL: _____ Nº de registro da paciente

NOME DA PACIENTE: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Município: _____ UF

INSTRUTIVO: usar caneta esferográfica azul ou preta

1. Na admissão da paciente entrar em contato para explicar a pesquisa e pedir a assinatura do Termo de Consentimento.
2. Com base no Prontuário da paciente e no Cartão de Gestante (Carteira de Pré-Natal), preencher todas as questões possíveis. (anotando a fonte 1 ou 2).
3. Completar as informações com o Livro da Sala de Parto. (anotando a fonte 3).
4. As questões restantes devem ser preenchidas em entrevista com a paciente (questões abertas devem ser preenchidas com letra de forma).
ATENÇÃO: as questões relativas ao tipo de concepto devem ser coletadas em todas as fontes identificando cada uma delas.
5. O entrevistador(a) não deverá coletar informações da DO e ou DN.
6. ATENÇÃO! Para cada variável, anotar a fonte usada para o dado:
1 = Prontuário 2 = Cartão da Gestante (Carteira de Pré-Natal) 3 = Livro da Sala de Parto
4 = Entrevista 5 = Livro do Bercário



* Assinale os eventos que ocorreram para este caso.

NOTA: Se a gestante chegar a óbito antes da expulsão (extração) do concepto, preencher o formulário com as questões que couberem.



7 280266 759963

Nº do Formulário:

DADOS PESSOAIS

1.	Idade no momento do parto/aborto: <input type="text"/> <input type="text"/> Anos	Data de nascimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dia Mês Ano	Fonte: <input type="checkbox"/>
2.	Unidade de Federação em que nasceu: _____		Fonte: <input type="checkbox"/>
3.	A sua cor/raça é: Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda (Morena/Mulata) <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não Responde <input type="checkbox"/>		Fonte: <input type="checkbox"/> 4
4.	Escolaridade: Até que ano da escola você frequentou? _____		Fonte: <input type="checkbox"/> 4
5.	Ocupação: (na entrevista) Em que você trabalha? _____		Fonte: <input type="checkbox"/> 4
6.	Situação Conjugal/Marital: Quem mora com você?	Vive só: <input type="checkbox"/> Vive só com os filhos: <input type="checkbox"/> Vive com marido/companheiro (c/ ou s/ filhos): <input type="checkbox"/> Vive com marido/companheiro e outros familiares: <input type="checkbox"/> Vive com outros familiares (sem companheiro): <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/> 4
7.	Renda Familiar (na entrevista): R\$ _____ Nº de pessoas no domicílio: <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado = 99 (Não incluir RN)	Renda per capita (não Preencher) R\$ _____	Fonte: <input type="checkbox"/> 4
ANTECEDENTES PESSOAIS			
8.	Durante sua vida, a Sra. teve ou tem, ainda, alguma doença que necessitou tratamento médico? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> (excluindo as causas ligadas/ocorridas durante as gestações): Se sim, qual? _____		Fonte: <input type="checkbox"/>
9.	Toma ou tomava alguma medicação? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Se sim, qual? _____		Fonte: <input type="checkbox"/>

Nº do Formulário: **HISTÓRIA GESTACIONAL PREGRESSA (NÃO INCLUI A ATUAL GESTAÇÃO)**

10.	Nº de vezes que ficou grávida antes desta (reforçar que inclui abortos): <input type="text"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
11.	Quantos partos a senhora já teve: <input type="text"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
12.	Nº de partos vaginais: <input type="text"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
13.	Nº de partos cesáreos: <input type="text"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
14.	Nº de abortos: <input type="text"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
15.	Nº de filhos tidos Nascidos Vivos: <input type="text"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
16.	Nº de filhos tidos Nascidos Mortos: <input type="text"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
17.	Mês e ano do término da última gestação (refere-se à gravidez anterior a esta independentemente se parto/aborto): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Não se aplica = 88 / 8888 Ignorado = 99 / 9999 Mês Ano</small>	Fonte: <input type="checkbox"/>
18.	Teve algum problema de saúde em alguma das gestações anteriores? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Se sim, qual o problema? _____	Fonte: <input type="checkbox"/>
19.	Teve alguma complicação depois do parto/aborto nas gestações anteriores (durante a dieta, resguardo)? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Se sim, qual o problema? _____	Fonte: <input type="checkbox"/>
20.	Já teve depressão pós-parto/aborto? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Descrever _____ _____	Fonte: <input type="checkbox"/>

Nº do Formulário: **HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL**

21.	Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Se sim, qual? _____	Fonte: <input type="checkbox"/>
22.	A gravidez foi planejada? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
23.	Data da última menstruação (carteira de pré-natal) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Dia Mês Ano Ignorado = 99/99/9999	Fonte: <input type="checkbox"/>
24.	Duração da gestação: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas Ignorado = 99/99/9999 Data do 1º ultrassom: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Dia Mês Ano Se medida por outro método, especificar qual: _____	Fonte: <input type="checkbox"/>
25.	Fez pré-natal? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Se não, porque? _____ Se sim: Serviço Público <input type="checkbox"/> Serviço Particular <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
26.	Se sim: Onde foi realizado o pré-natal? (nome/endereço) _____	Fonte: <input type="checkbox"/>
27.	Se sim, em que mês da gestação foi iniciado o pré-natal <input type="text"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
28.	Se Sim, nº de consultas realizadas <input type="text"/> <input type="text"/> Não se aplica = 88 Ignorado = 99	Fonte: <input type="checkbox"/>
29.	Quem realizou as consultas? Médico <input type="checkbox"/> quantas <input type="text"/> <input type="text"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> quantas <input type="text"/> <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Observação: _____	Fonte: <input type="checkbox"/>
30.	Em que mês da gestação estava quando fez a última consulta? <input type="text"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>

Nº do Formulário:

Em todas as consultas foram verificados Peso, Pressão arterial e Medida uterina?						
	Variáveis	Nunca	Em quantas consultas	Sempre	IGN	Fonte:
31.	Peso					
32.	Pressão arterial					
33.	Medida uterina					
34.	O coração do feto foi escutado					
Exames laboratoriais e de imagem realizados						
	Variáveis	Sim		Não fez	IGN	Fonte:
		Data aproximada	Resultado			
35.	Sangue					
36.	Urina					
37.	Ultrassom					
38.	VDRL					
39.	HIV					
40.	Outros/quais _____					
41.	<p>Teve algum problema de saúde durante esta gestação? (ler todas as opções)</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, qual problema?</p> <p>Vômitos exagerados <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hemorragia, sangramento <input type="checkbox"/></p> <p>Pressão Alta <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Infecção na urina <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/></p> <p>Ameaça de aborto <input type="checkbox"/> Infecção por HIV/Aids <input type="checkbox"/> Convulsões, ataques <input type="checkbox"/></p> <p>Varizes, trombose nas pernas <input type="checkbox"/> Verme, verminose <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/></p> <p>Outras (enumerar o que mais for citado)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					Fonte: <input type="checkbox"/>

Nº do Formulário:

42.	<p>Quanto a Sra. pesava antes de engravidar? _____ Kg. Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Qual foi o ganho de peso na gravidez? _____ Kg. Ignorado <input type="checkbox"/></p>	<p>Fonte:</p> <p><input type="text"/> 4</p>
43.	<p>Teve algum problema emocional durante esta gestação?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Descrever _____</p> <p>_____</p>	<p>Fonte:</p> <p><input type="text"/></p>
44.	<p>Usou algum medicamento durante esta gestação? (se não lembrar o nome, explicar para que serve o remédio)</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quais e receitados por quem? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Fonte:</p> <p><input type="text"/></p>
45.	<p>Esta gravidez foi considerada "gravidez de risco"?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p>	<p>Fonte:</p> <p><input type="text"/></p>
46.	<p>Teve alguma internação hospitalar ou procurou Pronto Socorro durante esta gestação? (não considerar esta internação)</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, descrever o motivo? _____</p> <p>Nome do Hospital: _____</p> <p>Data da internação <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Dia Mês Ano</p>	<p>Fonte:</p> <p><input type="text"/></p>
47.	<p>Durante esta gravidez, você fumou?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quantos cigarros ao dia? _____</p>	<p>Fonte:</p> <p><input type="text"/></p>

Nº do Formulário:

48.	<p>Durante esta gravidez, você tomou algum tipo de bebida alcoólica?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, qual e quanto? _____</p>	<p>Fonte:</p> <input type="checkbox"/>
49.	<p>Durante esta gravidez, você fez uso de drogas?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quais? _____</p>	<p>Fonte:</p> <input type="checkbox"/>
50.	<p>Teve algum acidente durante esta gestação?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, qual (descrever) _____</p> <p>_____</p> <p>Em que mês da gestação a Sra. estava: <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Houve alguma consequência? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p>	<p>Fonte:</p> <input type="checkbox"/>
51.	<p>Sofreu algum tipo de violência física/sexual/emocional/trabalho/casa durante esta gestação?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, qual (descrever) _____</p> <p>Em que mês da gestação a Sra. estava: <input type="text"/> <input type="text"/> Não se aplica = 88 Ignorado = 99</p> <p>Houve alguma consequência? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, qual _____</p> <p>Foi a primeira vez que isso aconteceu? (comentários da mulher)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Fonte:</p> <input type="checkbox"/>

Nº do Formulário

--	--	--	--	--	--	--	--

ADMISSÃO HOSPITALAR

52.	Data da internação: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Dia</td> <td colspan="3">Mês</td> <td colspan="3">Ano</td> </tr> </table> Hora da internação: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>:</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hora</td> <td colspan="2">Minuto</td> </tr> </table> Tipo paciente: SUS <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Tempo de gestação: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Semanas</td> </tr> </table> Medido por: _____			/			/					Dia			Mês			Ano					:			Hora		Minuto				Semanas		Fonte: <input type="checkbox"/>
		/			/																													
Dia			Mês			Ano																												
		:																																
Hora		Minuto																																
Semanas																																		
53.	Você procurou outros serviços antes de conseguir ser internada aqui (para o parto) Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Se sim, quantos <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>																																
SINAIS VITAIS À ADMISSÃO																																		
54.	Pressão arterial: Sistólica <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> Diastólica <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									Fonte: <input type="checkbox"/>																								
55.	Pulso: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> bmp					Fonte: <input type="checkbox"/>																												
56.	Temperatura: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> °C					Fonte: <input type="checkbox"/>																												
57.	Estado Geral: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">BEG <small>(bom estado geral)</small></td> <td style="text-align: center;">REG <small>(regular estado geral)</small></td> <td style="text-align: center;">MEG <small>(mau estado geral)</small></td> <td style="text-align: center;">Sem informação</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	BEG <small>(bom estado geral)</small>	REG <small>(regular estado geral)</small>	MEG <small>(mau estado geral)</small>	Sem informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>																								
BEG <small>(bom estado geral)</small>	REG <small>(regular estado geral)</small>	MEG <small>(mau estado geral)</small>	Sem informação																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
58.	Sangramento vaginal? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>																																
59.	Contrações? Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>																																

Nº do Formulário: **SINAIS VITAIS**

60.	A gestação terminou em: Abortamento <input type="checkbox"/> Mola hidatiforme <input type="checkbox"/> Gravidez ectópica <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> ATENÇÃO: Se ABORTAMENTO, preencher a folha específica e encerrar a entrevista		Fonte: <input type="checkbox"/>
61.	Relativos ao Feto (na hora da admissão)	Número de conceitos	Fonte: <input type="checkbox"/>
	Vivo	<input type="checkbox"/>	
	Morto	<input type="checkbox"/>	
62.	Apresentação fetal: (1º Concepto) Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/>		Fonte: <input type="checkbox"/>
63.	Membrana fetal: (1º Concepto) Íntegra <input type="checkbox"/> Rota <input type="checkbox"/> Presença de mecônio <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/>		Fonte: <input type="checkbox"/>
64.	Apresentação fetal: (2º Concepto) Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/>		Fonte: <input type="checkbox"/>
65.	Membrana fetal: (2º Concepto) Íntegra <input type="checkbox"/> Rota <input type="checkbox"/> Presença de mecônio <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/>		Fonte: <input type="checkbox"/>
PARTO			
66.	Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>Dia Mês Hora Minuto</small> Horário: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>hora minuto</small> 1º Concepto: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>Dia Mês Hora Minuto</small> Se nascido vivo, Nº da DN: <input type="text"/>		Fonte: <input type="checkbox"/>
	2º Concepto: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>Dia Mês Hora Minuto</small> Se nascido vivo, Nº da DN: <input type="text"/>		Fonte: <input type="checkbox"/>
67.	Tipo de parto: 1º Concepto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesário <input type="checkbox"/> Vaginal fórceps <input type="checkbox"/>		Fonte: <input type="checkbox"/>
	2º Concepto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesário <input type="checkbox"/> Vaginal fórceps <input type="checkbox"/>		Fonte: <input type="checkbox"/>

Nº do Formulário: **PARTO**

68.	Quem fez o parto? (não mutuamente exclusiva) Médico <input type="checkbox"/> Enfermeira/Obstetiz <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
69.	Tipo de gravidez: Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> 3 ou mais <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
70.	Teve alguma intercorrência no trabalho de parto ou no parto? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Se sim, descreva: _____ _____	Fonte: <input type="checkbox"/>
71.	Teve alguma intercorrência no puerpério? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Se sim, descreva: _____ _____	Fonte: <input type="checkbox"/>
72.	Diagnósticos da mãe registrados no prontuário e/ou Livro Sala Parto (copiar)	Código (não preencher)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
73.	Encaminhamento da puérpera até a saída: Quarto/Enfermaria <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Óbito na Sala de Parto* <input type="checkbox"/>	Fonte: <input type="checkbox"/>
74.	Data da saída <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Hora da Saída <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>Dia Mês Ano Hora Minuto</small> Tipo de saída: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito* <input type="checkbox"/> Se transferência, descreva os motivos: _____ _____ Nome do Hospital: _____	Fonte: <input type="checkbox"/>

* Preencher folha específica

Nº do Formulário:

CONCEPTO

75.	O Concepto foi:		Fonte:	
	1º Concepto	Nascido Vivo <input type="checkbox"/> Nascido Morto <input type="checkbox"/> (o que consta no prontuário)	<input type="text"/>	
		Nascido Vivo <input type="checkbox"/> Nascido Morto <input type="checkbox"/> (o que consta no Livro da Sala de Parto)	<input type="text"/>	
		Nascido Vivo <input type="checkbox"/> Nascido Morto <input type="checkbox"/> (o que a puérpera informar)	<input type="text"/>	
	2º Concepto	Nascido Vivo <input type="checkbox"/> Nascido Morto <input type="checkbox"/> (o que consta no prontuário)	<input type="text"/>	
		Nascido Vivo <input type="checkbox"/> Nascido Morto <input type="checkbox"/> (o que consta no Livro da Sala de Parto)	<input type="text"/>	
Nascido Vivo <input type="checkbox"/> Nascido Morto <input type="checkbox"/> (o que a puérpera informar)		<input type="text"/>		
76.	Sexo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Apgar	
	1º <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		1º min. <input type="text"/> <input type="text"/> 5º min. <input type="text"/> <input type="text"/>	
	2º <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Anomalia Congênita (se existir, anotar qual (is))		Código (não preencher)	
1º Concepto		<input type="text"/>		
2º Concepto		<input type="text"/>		
77.	O Concepto apresentou algum problema de saúde (ou acidente) no parto ou durante a sua permanência no hospital?			
	1º Concepto	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/> Nascido Morto* <input type="checkbox"/>
	Se sim, qual o problema. Copiar todos os dados existentes no prontuário e assemelhados.		Código (não preencher)	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
2º Concepto		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/> Nascido Morto* <input type="checkbox"/>
Se sim, qual o problema. Copiar todos os dados existentes no prontuário e assemelhados.		Código (não preencher)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

* Preencher folha específica

Nº do Formulário: **CONCEPTO**

78.	Encaminhamento do Concepto:			Fonte: <input type="checkbox"/>
	1º Concepto	Berçário <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/> Nascido Morto* <input type="checkbox"/>	
		Alojamento conjunto <input type="checkbox"/>	Morte na Sala de Parto* <input type="checkbox"/>	
79.	Tipo de saída: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito* <input type="checkbox"/> Nascido Morto* <input type="checkbox"/>			Fonte: <input type="checkbox"/>
	1º Concepto	Se transferência, descrever o motivo: _____		
		Nome do Hospital: _____		
79.	Tipo de saída: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito* <input type="checkbox"/> Nascido Morto* <input type="checkbox"/>			Fonte: <input type="checkbox"/>
	2º Concepto	Se transferência, descreva o motivo: _____		
		Nome do Hospital: _____		
80.	Fatos relatados pela puérpera no momento da entrevista (questão aberta)			Fonte: <input type="checkbox"/>

	4			
81.	Observações do entrevistador sobre o conhecimento que a puérpera teve dos acontecimentos relacionados a ela			

Entrevistador (a): _____			Data	<input type="text"/>
				Dia Mês Ano
Verificado por: _____			Data	<input type="text"/>
				Dia Mês Ano

* Preencher folha específica.

Apêndice 3

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Estudo do Binômio Mãe-Filho– Botucatu
Formulário 1 (Confidencial)**

INSTRUÇÕES:

1. Na admissão da paciente entrar em contato para explicar a pesquisa e pedir a assinatura do Termo de Consentimento.
2. Com base no prontuário da paciente e no Cartão de Pré-natal, preencher todas as questões possíveis, usando caneta esferográfica azul ou preta.
3. Complementar as informações faltantes com o Livro da Sala de Parto.
4. As questões restantes devem ser preenchidas em entrevista com a paciente. Use letra de forma.
5. **ATENÇÃO!** Para cada variável, anotar a fonte usada para obtenção do dado:
 - 1= Prontuário
 - 2= Cartão Pré-natal
 - 3= Livro da Sala de Parto
 - 4= Entrevista com a puérpera

Nº Formulário

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

código

1.1. Hospital em que o parto ocorreu [1] HC/UNESP [2] Misericórdia Botucatuense	1HOSP
1.2. Nº registro da paciente	1RG
1.3. Nome da paciente (completo, sem abreviações) _____ _____	1NOME
1.4. Endereço: Rua/Av: _____ Nº _____	1RUAV
1.5. Bairro _____	1BAIRRO

2. HISTÓRIA GESTACIONAL PREGRESSA (excluir a gestação atual)

código

2.1. Número de filhos que nasceram vivos e morreram no primeiro ano de vida: _____	2INFANTIL
2.2. Número de filhos que nasceram vivos e morreram até o quinto anos de vida: _____	2INFANCI A
2.3. Número de filhos que nasceram vivos e morreram após 5 anos de idade: _____	2TARDIO

3. HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL

código

3.1. Idade gestacional no momento do parto: _____ sem _____ dias [9] Ignorada	3IGPAR
3.2. Método usado para estimar a idade gestacional: [1] DUM[2] Ultrassom [8] Não corresponde (IG ignorada) [9] Ignorado	3METODO
3.3. Data do primeiro ultrassom realizado: _____ / _____ / 20_____ [8] Não corresponde (não fez ultrassom) [9] Ignorada	3USOM
3.4. Idade gestacional na 1ª consulta pré-natal (em semanas completas) _____ [8] Não corresponde (não fez pré-natal)[9] Ignorada	3IGSEM
3.5. Quantas consultas foram feitas pelo médico? _____ [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorado	3MED
3.6. Quantas consultas foram feitas pelo enfermeiro? _____ [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorado	3ENF
3.7. Quantas consultas foram feitas por outros profissionais? _____ [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorado	3OUTROS
3.8. Idade gestacional na última consulta: _____ sem _____ dias [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorada	3FIMSEM
3.9. Idade gestacional na última consulta: _____ meses [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorado	3FIMMES
3.10. Peso materno na última consulta pré-natal: _____ Kg	3FIMPESO
3.11. Teve algum problema de saúde durante esta gestação? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	3PROBL
3.12. Qual(is) problema(s) de saúde apresentou nesta gravidez? [1] Pré-eclâmpsia[2] Pressão alta [3] Hemorragia [4] Infecção Urinária [5] Outro: _____ [8] Não corresponde (não teve problema) [9] Ignorado	3TIPOPRO
3.13. Participou de algum grupo para gestante? [1]Curso para gestante [2]Outras reuniões [3] Não participou [9]Ignorado	3GRUPO
3.14. Realizou citologia oncótica nesta gravidez? [1] Sim[2] Não [9] Ignorado	3 CITOONC
3.15. Foi vacinada contra hepatite B e anti-tetânica? [1] Sim[2] Não [9] Ignorado	3HEPTET
3.16. Recebeu informação sobre sinais de alerta, alimentação e amamentação? [1] Sim[2] Não [9] Ignorado	3SINAIS

3.17.

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a
Data consulta									
Idade gestacional									
Peso (kg)									
BCF									

Altura (em metro):

4. ADMISSÃO HOSPITALAR PARA O PARTO código

4.1. Há informações sobre o pré-natal no prontuário? [1] Sim [2] Não	4PN
4.2. Quem fez a admissão? [1] Médico [2] Enfermeira [3] Auxiliar de Enfermagem [5] Outro: [9] Ignorado	4ADMIS
4.3. Resultado da dinâmica na admissão: [1] Positiva [2] Negativa [8] Não corresponde (DU não realizada) [9] Ignorado	4REDU
4.4. Foi feito toque na admissão? [1] Sim [2] Não	4TOQUE
4.5. Foi(ram) auscultado(s) o(s) bebê(s) na admissão? [1] Sim [2] Não	4BCF
4.6. O(s) feto(s) estava(m) vivo(s) na admissão? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (não auscultado(s))	4VIVOS

5. TRABALHO DE PARTO

código

5.1. Quantas vezes a parturiente foi examinada durante o trabalho de parto? [1] nenhuma [2] 1 [3] 2 [3] 3 [3] 4 ou mais	5EXAME
5.2. Há registro de ausculta fetal durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não	5BCF
5.3. Há registro da pressão arterial da parturiente no pré-parto? [1] Sim [2] Não	5PA
5.4. Há registro de realização de tricotomia no hospital? [1] Sim [2] Não	5TRICO
5.5. Há registro de lavagem intestinal no hospital? [1] Sim [2] Não	5LAVAG
5.6. Há prescrição de jejum durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não	5JEJUM
5.7. Há registro de indicação de repouso durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não	5REPOU
5.8. Há registro de instalação de soro "para manter veia" durante o	5SORO

trabalho de parto? [1] Sim [2] Não	
5.9. Há registro de que a bolsa foi rompida neste hospital antes do parto? [1] Espontaneamente [2] Rotura artificial (pelo profissional) [3] Não	5BOLSA
5.10. Há registro de alguma forma de controle não farmacológico da dor? [1] Sim [2] Não	5DOR

6. PARTOE PUERPÉRIO	código
6.1. Há registro de algum tipo de anestesia? [1] Sim [2] Não	6ANEST
6.2. Qual o tipo de anestesia registrada? [1] Bloqueio local [2] Peridural [3] Raqui [8] Não corresponde (não foi anestesiada) [9] Ignorado	6TIPOANE
6.3. Mostraram o(s) bebê(s) para a mãe na sala de parto? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	6MOSTRA
6.4. O 1º bebê mamou na sala de parto? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	6MAMA1
6.5. O 2º bebê mamou na sala de parto? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (feto único) [9] Ignorado	6MAMA2
6.6. Descrição da intercorrência no pré-parto ou parto: [8] Não corresponde (sem intercorrência) [9] Ignorada	6INTERC
6.7. Havia Partograma preenchido no prontuário? [1] Sim [2] Não	6PARTOG
6.8. Havia registro da presença de acompanhante no pré-parto ou parto? [1] Sim [2] Não	6OACOMP
6.9. Houve intercorrência no parto? [1] Sim [2] Não [9] Ignorada	6INTPAR
6.10. A cesárea foi marcada previamente? (1) Sim (2) Não	6CESPREV

**Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.
(Corresponde a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS)**

6.11. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas: [0] Como eu sempre fiz [1] Não tanto como antes [2] Sem dúvida, menos que antes [3] De jeito nenhum	6GRAÇA
6.12. Eu tenho pensado no futuro com alegria: [0] Sim, como de costume [1] Um pouco menos que de costume [2] Muito menos que de costume [3] Praticamente não	6FUTURO
6.13. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado: [0] Não, de jeito nenhum [1] Raramente [2] Sim, às vezes [3] Sim, muito frequentemente	6CULPA
6.14. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão: [3] Sim, muito seguido [2] Sim, às vezes [1] De vez em quando [0] Não, de jeito nenhum	6ANSIO
6.15. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:	6PANICO

[3] Sim, muito seguido [1] Raramente	[2] Sim, às vezes [0] Não, de jeito nenhum	
6.16 Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia:		6SOBREC
[3] Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles [2] Sim. Algumas vezes eu não consigo lidar bem com eles [1] Não. Na maioria das vezes eu consigo lidar bem com eles [0] Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes		
6.17 Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:		6INFELIZ
[3] Sim, na maioria das vezes [1] Raramente		[2] Sim, algumas vezes [0] Não, nenhuma vez
6.18 Eu tenho me sentido triste ou muito mal:		6TRISTE
[3] Sim, na maioria das vezes [1] Raramente		[2] Sim, muitas vezes [0] Não, de jeito nenhum
6.19 Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado:		6CHORO
[3] Sim, a maior parte do tempo [2] Só de vez em quando		[2] Sim, muitas vezes [0] Não, nunca
6.20 Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma:		6CONTRA
[3] Sim, muitas vezes [2] Raramente		[2] Às vezes [1] Nunca

7. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

código

7.1. Há registro de coleta de sangue do 1º bebê para exame anti-HIV? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	7HIV1
7.2. Há registro de coleta de sangue do 1º bebê para tipagem sanguínea? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	7TS1
7.3. Há registro de coleta de sangue do 1º bebê para VDRL? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	7VDRL1
7.4. Há registro de coleta de sangue do 2º bebê para exame anti-HIV? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	7HIV2
7.5. Há registro de coleta de sangue do 2º bebê para tipagem sanguínea? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	7TS2
7.6. Há registro de coleta de sangue do 2º bebê para VDRL? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	7VDRL2
7.7. Há registro da idade gestacional por exame físico do 1º RN? [1] Sim [2] Não	7IGEXA1
7.8. Há anotação de idade gestacional por exame físico do 2º RN? [1] Sim [2] Não	7IGEXA2
7.9. O 1º RN precisou ser reanimado na sala de parto (medicação,	7REA1

massagem cardíaca, ventilação por pressão positiva)? [1] Sim [2] Não) [9] Ignorado	
7.10. O 2º RN precisou ser reanimado na sala de parto (medicação, massagem cardíaca, ventilação por pressão positiva)? [1] Sim [2] Não) [9] Ignorado	7REA2
7.11. Houve a necessidade de incubadora durante a internação do 1º RN? [1] Sim [2] Não) [9] Ignorado	7INCUB1
7.12 Houve necessidade de incubadora durante a internação 2º RN? [1] Sim [2] Não) [9] Ignorado	7INCUB2
7.13. O 1º RN teve alta com vida? [1] Sim [2] Não (preencha o instrumento específico) [8] Não corresponde (feto único) [9] Ignorado	7ALTA1
7.14. O 2º RN teve alta com vida? 1) Sim [2] Não (preencha o instrumento específico) [8] Não corresponde (feto único) [9] Ignorado	7ALTA2
7.15. Qual o tipo de alimentação do 1º RN na alta? [1] Aleitamento materno exclusivo [2] Aleitamento misto [3] Aleitamento artificial (8) Não corresponde (feto morto à alta) [9] Ignorado	7ALI1
7.16. Qual o tipo de alimentação do 2º RN na alta? [1] Aleitamento materno exclusivo [2] Aleitamento misto [3] Aleitamento artificial (8) Não corresponde (feto morto à alta) [9] Ignorado	7ALI2
7.17. Quais as condições do 1º RN na alta? _____ _____ _____ _____	7COND1
7.18. Quais as condições do 2º RN na alta? _____ _____ _____ _____	7COND2
7.19. Quais os diagnósticos do 1º RN na alta? _____ _____ _____ _____	7DIAG1
7.20. Quais os diagnósticos do 2º RN na alta? _____ _____ _____ _____	7DIAG2

8. QUESTÕES GERAIS

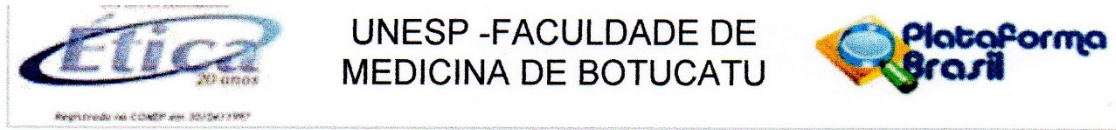
8.1. Fatos relatados pela puérpera no momento da entrevista:

8.2. Observações do entrevistador sobre o conhecimento que a puérpera teve dos acontecimentos relacionados a ela:

Entrevistador: _____ **Data:** ____ / ____ / 20____

Supervisor: _____ **Data:** ____ / ____ / 20____

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre sintomas depressivos maternos no puerpério e peso do recém-nascido ao nascer

Pesquisador: Marcela Muzel Poles

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65750817.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.997.274

Apresentação do Projeto:

Em todo o mundo, aproximadamente 10% das gestantes e 13% das puérperas experienciam algum transtorno mental, condição que dificulta o aprimoramento materno e, como consequência, o crescimento e o desenvolvimento das crianças também pode ser afetado negativamente. Quadro depressivo da mãe associa-se a uma série de resultados desfavoráveis para a criança, podendo persistir na adolescência e na idade adulta, sendo o principal deles o baixo peso ao nascer. O objetivo do estudo é identificar a relação entre os sintomas depressivos maternos no período pós-parto e o peso ao nascer do bebê.

Início: Abril de 2017. Término: Março de 2018

Pesquisa para obtenção do título de Mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a relação entre os sintomas depressivos maternos no período pós-parto e o peso ao nascer do bebê.

Objetivo Secundário:

a) Descrever as características sociodemográficas, história obstétrica e clínica e os aspectos

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

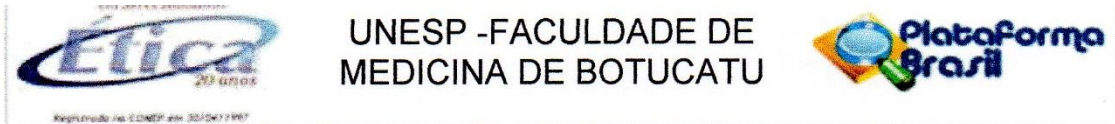
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.997.274

relacionados à saúde mental das puérperas.b) Estimar a prevalência de sintomas depressivos entre as puérperas e o peso ao nascer dos bebês.c) Verificar a associação entre sintomas depressivos e características sociodemográficas, história obstétrica e características clínicas e de saúde mental das puérperas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não apresenta riscos aos seus participantes. Benefícios:

Contribuir para o conhecimento sobre a relação entre sintomas depressivos maternos e peso ao nascer, propor ações de saúde preventivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo transversal. Será utilizado banco de dados construído para um projeto mais amplo, cuja coleta de dados foi realizada em 2012: O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico com ênfase na morbimortalidade materna e infantil (Protocolo CEP 4075-2011).

Desfecho Primário:

Baixo peso ao nascer em bebês de mães com sintomas depressivos. Número dos Participantes da Pesquisa: 1.459

Estudo orçado em R\$ 18.000,00. Bolsa CAPES.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documento de Anuência Institucional;

Folha de Rosto devidamente assinada;

Comprovante de Envio ao CEP;

Declaração da Profa. Orientadora para o pedido de dispensa do TCLE. Justificativa: O projeto será integralmente desenvolvido a partir de banco de dados anteriormente constituído. Neste momento, não teremos nenhum contato com as participantes e nenhum novo dado será obtido.

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 03/04/2017, sem

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

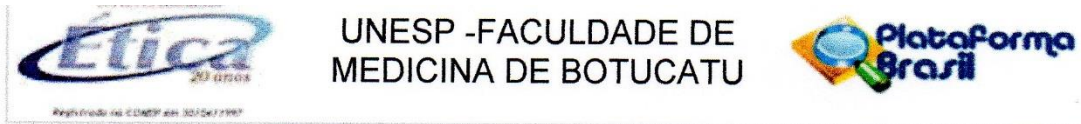
UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

Município: BOTUCATU

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.997.274

necessidade de envio à CONEP.

Solicitamos aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 03/04/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_865414.pdf	15/03/2017 11:30:07		Aceito
Outros	DeclaracaoEAP.pdf	15/03/2017 11:29:42	Marcela Muzel Poles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativaAusencia.doc	13/03/2017 14:25:23	Marcela Muzel Poles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_marco_17.docx	10/03/2017 16:13:57	Marcela Muzel Poles	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	10/03/2017 16:10:26	Marcela Muzel Poles	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 03 de Abril de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA
LIMA (Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br