



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

LETÍCIA STÉFANY DO AMARAL ROCHA

NÍVEL DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE
MULHERES NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO
PRELIMINAR

BRASÍLIA
2021

LETÍCIA STÉFANY DO AMARAL ROCHA

NÍVEL DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE
MULHERES NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO
PRELIMINAR

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade de Brasília –
UnB – Faculdade de Ceilândia como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aline Teixeira
Alves

Coorientadora: Prof.^a Ms. Mariana Cecchi
Salata

BRASÍLIA
2021

LETÍCIA STÉFANY DO AMARAL ROCHA

NÍVEL DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DE
MULHERES NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO
PRELIMINAR

Brasília, 26/10/2021

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Aline Teixeira Alves
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Prof.^a Ms. Keyla de Paula Barbosa
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Prof.^a Dr.^a Patrícia Azevedo Garcia
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

*Dedico todo o meu trabalho às mães que
que estão atravessando, já atravessaram
ou ainda atravessarão o período do
puerpério.*

AGRADEÇO

Ao universo, por fazer a vida fluir da melhor maneira, por me despertar, me mostrar os sinais, me direcionar e estar sempre ao meu favor.

Aos meus avós, grandes responsáveis por eu estar onde estou hoje, pelo apoio e cuidado em todos os momentos.

À minha mãe Daniele, pelo amor, incentivo aos estudos e apoio a todas as minhas decisões.

Aos demais familiares, por torcerem pelo meu sucesso e me acolherem sempre que preciso.

Aos amigos que fiz em Brasília. Obrigada por dividirem comigo momentos tão especiais.

Aos meus amigos de Minas Gerais, que mesmo longe sempre se fizeram presentes na minha vida. Obrigada pela amizade e torcida de sempre.

Ao Lucas, pelo afeto, incentivo, conselhos e paciência. Por sempre acreditar em mim e vibrar a cada conquista.

À minha professora/orientadora Aline e à professora/coorientadora Mariana, por me fazerem apaixonar pela saúde da mulher, pela atenção, pela oportunidade e pelo privilégio de ter contado com suas orientações para a construção deste trabalho.

À Universidade de Brasília, por ser uma instituição pública, gratuita e promover um ensino de excelência.

Ao CNPq, Ministério da Saúde e Decanato de Ensino de Graduação (DEG) pelo auxílio financeiro concebido durante a minha formação.

Aos membros da banca, por aceitarem meu convite e dedicarem tempo precioso de trabalho para ler e engrandecer esta pesquisa com suas considerações.

A todos os professores e preceptores que fizeram parte da minha formação pessoal e profissional.

A todos que não foram mencionados, mas que de alguma forma contribuíram com a minha evolução, deixo aqui minha eterna gratidão.

*“Acima de tudo ame
Como se fosse a única coisa que você sabe fazer
No fim do dia isso tudo
Não significa nada
Esta página
Onde você está
Seu diploma
Seu emprego
O dinheiro
Nada importa
Exceto o amor e a conexão entre as pessoas
Quem você amou
E com que profundidade você amou
Como você tocou as pessoas à sua volta
E quanto você se doou a elas*

(Rapi Kaur)”

RESUMO

Objetivo: Identificar o nível de sintomas depressivos em mulheres no puerpério de acordo com a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EDPNE) e descrever seus perfis clínico e sociodemográfico. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, de dados preliminares, que faz parte de uma pesquisa mais ampla que se encontra em andamento. Os dados foram coletados entre Junho e Setembro de 2021, através de um formulário online, contendo um questionário sociodemográfico e clínico e a EDPNE. As variáveis analisadas foram: nível de sintomas depressivos, paridade, período de pós-parto, sintomas depressivos pré-natal (SDPN), faixa etária, nível de escolaridade, estado civil e renda familiar. A análise de dados foi realizada utilizando uma estatística descritiva. **Resultados:** Das 81 puérperas que participaram do estudo, 25 (31%) apresentaram alto risco para depressão pós-parto (DPP) de acordo com a EDPNE, enquanto 22 (27%) apresentaram moderado risco e 34 (42%) apresentaram baixo risco. A maioria das mulheres que exibiram maior risco de DPP tinha entre 25 e 34 anos, ensino superior incompleto, era casada, possuía renda entre 1 e 3 salários mínimos, estava com mais de 45 dias de pós-parto, era primípara e havia relatado sintomas depressivos prévios. **Conclusão:** O perfil de puérperas encontrado neste trabalho foi em maioria semelhante ao apresentado na literatura. Das puérperas com alto risco de DPP, foi revelado um maior percentual com faixa etária entre 25 e 34 anos, ensino superior incompleto, casadas, renda entre 1 e 3 salários mínimos, mais de 45 dias de pós-parto, primíparas e com SDPN.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Pós-parto, Sintomas depressivos.

ABSTRACT

Objective: To identify the level of depression symptoms in postpartum women according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and describe clinical and sociodemographic profiles. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study, a preliminary study that is part of broader development research. The data were collected between June and September 2021 through an online form containing a sociodemographic, clinical questionnaire, and the EPDS. The variables analyzed were: level of depressive symptoms, parity, postpartum period, prenatal depressive symptoms (PDS), age group, education level, marital status, and family income. The data analysis has been performed based on descriptive statistics. **Results:** Of the 81 mothers who participated in the study, 25 (31%) were at high risk for postpartum depression (PPD) according to the EDPNE, while 22 (27%) at moderate risk and 34 (42%) at low risk. Most women who exhibited a higher risk of PPD were between 25 and 34 years old, incomplete higher education, were married, had an income between 1 and 3, were more than 45 days postpartum, were primiparous and had reported symptoms previous depressives. **Conclusion:** The profile of postpartum women found in this study was mostly similar to that presented in the literature. Of the postpartum women at high risk of PPD, a higher percentage was found to be aged between 25 and 34 years old, with incomplete higher education, married, income between 1 and 3 minimum wages, more than 45 days postpartum, primiparous and with PDS.

Keywords: Postpartum depression, postpartum, depressive symptoms.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Análise da classificação das puérperas na EDPNE	16
Tabela 2. Análise das faixas etárias das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE	16
Tabela 3. Análise do nível de escolaridade da amostra total de participantes.	18
Tabela 4. Análise do nível de escolaridade das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE	19
Tabela 5. Análise do estado civil da amostra total de participantes.....	21
Tabela 6. Análise do estado civil das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE	22
Tabela 7. Análise da renda familiar da amostra total de participantes.....	23
Tabela 8. Análise da renda familiar das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE	24
Tabela 9. Análise da paridade da amostra total de participantes.....	26
Tabela 10. Análise da paridade das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE	27
Tabela 11. Análise do período pós-parto da amostra total de participantes	28
Tabela 12. Análise do período pós-parto das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE	28
Tabela 13. Análise de sintomas depressivos no pré-natal da amostra total de participantes.....	29
Tabela 14. Análise de sintomas depressivos no pré-natal das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE	30

LISTA DE ABREVIATURAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

DPP – Depressão Pós-Parto

EDPNE – Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo

p.p. – pontos percentuais

SDPN - Sintomas Depressivos no Pré-Natal

SDPP – Sintomas Depressivos no Pós-Parto

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	12
2.1. Objetivo geral	12
3. METODOLOGIA	13
3.1. Desenho do estudo	13
3.2. Participantes	13
3.3. Coleta de dados	13
3.4 Variáveis do estudo.....	14
3.5. Instrumentos de avaliação	14
3.6. Análise de dados	15
4. RESULTADOS	15
4.1. Pontuação e classificação na EDPNE	15
4.2. Faixa etária	16
4.3. Nível de escolaridade.....	18
4.4. Estado civil.....	21
4.5. Renda familiar	22
4.6. Paridade.....	26
4.7. Período de pós-parto	27
4.8. SDPN	29
5. DISCUSSÃO	31
6. CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	49

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	49
APÊNDICE B – Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo	52
ANEXOS	54
ANEXO A – Normas da Revista Científica	54
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	68

1. INTRODUÇÃO

Uma preocupação comum de saúde mental durante o ciclo gravídico-puerperal é a depressão.¹ A depressão pós-parto (DPP) se diferencia dos sintomas do “baby blues”, caracterizados por crises de choro, irritabilidade, nervosismo, insônia e reações emocionais desproporcionais. Entre 50-80% das primíparas experimentarão um ou mais desses episódios até cinco dias após o parto, no entanto, esses sintomas são transitórios e têm resolução no máximo em dez dias após o parto.²

Enquanto os sintomas depressivos são experimentados em metade das puérperas, a DPP é diagnosticada como uma forma de depressão clínica que se inicia especificamente nas quatro primeiras semanas do pós-parto, afetando de 10 a 22% de todas as puérperas. Um episódio depressivo maior no puerpério é definido pela persistência de certos sintomas no período mínimo de duas semanas, sendo obrigatório a presença de humor depressivo ou anedonia, associada a quatro entre os demais sintomas: alteração do apetite, com ganho ou perda de peso, alteração do sono, com insônia ou sonolência quase todos os dias, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa inapropriada, capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias e ideias de morte ou suicídio.³

Quarenta por cento das mulheres que tiveram depressão gestacional serão diagnosticadas com DPP.⁶ Os fatores de risco para DPP incluem depressão anterior, baixa autoestima, eventos de vida estressantes, estresse conjugal e baixo suporte social.^{5,7} A exclusão e o isolamento social também foram considerados determinantes para a depressão materna. Da mesma forma, o temperamento infantil

e as expectativas maternas não atendidas têm uma forte associação com os sintomas depressivos.⁸

A chance de uma mulher apresentar sintomas depressivos no puerpério pode ser duas vezes maior que durante outros períodos da vida, e muitas vezes passam despercebidos e não tratados, o que pode levar ao autocuidado inadequado, automedicação, perda de peso ou mesmo suicídio.^{4,5} Além dos impactos significativos para a mulher, a DPP tem sido associada a dificuldades de vínculo entre a mãe e o recém-nascido, impactos negativos no desenvolvimento infantil e transtornos comportamentais e mentais de longo prazo para a criança.^{9,10} Embora a etiologia e fisiopatologia exatas da depressão pós-parto sejam desconhecidas, as alterações hormonais que ocorrem no período pós-parto imediato têm sido postuladas como um possível mecanismo.^{9,11}

O período perinatal oferece uma janela de oportunidade para a identificação precoce de sintomas depressivos e realização de ações de promoção e prevenção da saúde. Nessa perspectiva, conhecer o perfil clínico e sociodemográfico das mulheres que correm o risco de desenvolver DPP é fundamental para reduzir suas consequências e identificar precocemente aquelas que precisam de avaliação e tratamento mais detalhados.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é identificar o nível de sintomas depressivos em mulheres no puerpério de acordo com a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EDPNE) e descrever seus perfis clínico e sociodemográfico.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada "Disfunções do assoalho pélvico, sintomas depressivos e níveis de atividade física em mulheres no pós-parto" que se encontra em andamento e tem o objetivo de investigar outros aspectos do puerpério, como disfunções do assoalho pélvico, níveis de atividade física e outras variáveis clínicas e sociodemográficas, além das estudadas neste estudo. A parte aqui analisada trata-se de um estudo transversal descritivo, de dados preliminares, para verificar os níveis de sintomas depressivos no pós-parto (SDPP) de acordo com a EDPNE (apêndice B) e descrever seus perfis clínico e sociodemográfico. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília sob CAAE: 5304021.4.0000.8093 (anexo B).

3.2 Participantes

Os critérios de elegibilidade adotados na pesquisa foram estar no período de puerpério (até 12 meses pós-parto), ter 18 anos ou mais e escrever, compreender e falar português (Brasil). Como critérios de exclusão foram adotados recusa a participar da pesquisa e incapacidade de fornecer consentimento informado.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre Junho e Setembro de 2021, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Número do Parecer: 4.767.202) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A), presente no formulário Google. As participantes foram recrutadas por meio de plataformas de

mídias sociais (Facebook, Instagram, WhatsApp) e responderam os questionários (clínico e sociodemográfico, EDPNE e outros questionários que fazem parte do projeto maior) contidos em um formulário Google.

3.4 Variáveis do estudo

A primeira variável selecionada para estudo foi o nível de sintomas depressivos. Dentre as variáveis clínicas analisadas estão paridade, período de pós-parto e sintomas depressivos pré-natal. Para as variáveis sociodemográficas foram utilizados faixa etária, nível de escolaridade, estado civil e renda familiar.

3.5 Instrumentos de avaliação

Para avaliação das variáveis clínicas e sociodemográficas foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico e para o rastreamento dos SDPP utilizou-se a EDPNE.

A Escala de depressão pós-natal de Edimburgo é uma ferramenta comumente utilizada na literatura para triagem de sintomas depressivos em puérperas, como tal, é traduzido em mais de 15 idiomas diferentes, incluindo o português, e é validada para uso pessoal e por telefone. A EDPNE inclui 10 questões, com quatro respostas possíveis para cada questão que correspondem à gravidade e duração dos sintomas. Cada resposta tem uma pontuação de 0, 1, 2 ou 3 para uma pontuação total que varia de 0 a 30.^{12,13}

Uma pontuação menor que 9 na EDPNE indica um baixo risco de DPP, entre 9 a 12 pontos indica um risco moderado de DPP, enquanto uma pontuação de 13 ou mais é indicativa de alto risco de DPP, sendo altamente recomendado um

encaminhamento para um psicólogo clínico.¹² A EDPNE foi escolhida para este estudo por possuir itens específicos sobre a relação mãe-bebê no pós-parto e sua alta confiabilidade ($\alpha = 0,95$), sensibilidade e especificidade para triagem de SDPP em mulheres.¹⁴

3.6 Análise de dados

A análise de dados foi realizada utilizando uma estatística descritiva, com o cálculo de média e desvio padrão (DP) das variáveis contínuas e percentuais absolutos e relativos das proporções das variáveis categóricas, sendo demonstrada em tabelas na seção de resultados. Os dados foram organizados e analisados em planilha Excel versão 2007. Foram calculadas as estatísticas descritivas e analisados os níveis de SDPP e os perfis clínico e sociodemográfico das puérperas de acordo com cada classificação na EDPNE.

4. RESULTADOS

Oitenta e uma puérperas preencheram os critérios de inclusão e foram selecionadas para participar do estudo. Não houve exclusão de participantes.

4.1 Pontuação e classificação na EDPNE

Todas as participantes que responderam o formulário foram incluídas e apresentaram uma média de pontuação na EDPNE de $10,06 \pm 6,50$. Classificando a amostra de acordo com a EDPNE, 25 puérperas (31%) apresentaram alto risco para DPP, enquanto 22 (27%) apresentaram moderado risco e 34 (42%) apresentaram baixo risco, conforme tabela 1. A média da pontuação das participantes de alto,

moderado e baixo risco na EDPNE foi de $18,08 \pm 4,03$, $10,00 \pm 0,98$ e $4,21 \pm 2,47$, respectivamente.

Tabela 1 - Análise da classificação das puérperas na EDPNE.

Classificação na EDPNE	N	%	Média	DP
Alto risco de DPP	25	31%	18,08	4,03
Moderado risco de DPP	22	27%	10,00	0,98
Baixo risco de DPP	34	42%	4,21	2,47
Total	81	100%	10,06	6,50

DPP: depressão pós-parto; EDPNE: Escala de depressão pós-parto de Edimburgo; N: número de participantes; %: percentual; DP: desvio padrão.

4. 2 Faixa etária

A primeira variável sociodemográfica analisada foi a faixa etária. Observou-se que a faixa etária entre 25 a 34 anos foi a mais predominante com 38 mulheres (47%), seguido pela faixa etária de 35 a 44 anos com 22 mulheres (27%) e 18 a 24 anos com 21 mulheres (26%).

Os dados apresentados na tabela 2 mostram a distribuição das faixas etárias das participantes de acordo com a classificação na EDPNE.

Tabela 2 - Análise das faixas etárias das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE.

Faixa etária	N	% dentro da classificação da EDPNE
Alto risco de DPP		
18 - 24 anos	9	36%
25 - 34 anos	11	44%

35 - 44 anos	5	20%
Subtotal	25	100%
Moderado risco de DPP		
18 - 24 anos	5	23%
25 - 34 anos	11	50%
35 - 44 anos	6	27%
Subtotal	22	100%
Baixo risco de DPP		
18 - 24 anos	7	21%
25 - 34 anos	16	47%
35 - 44 anos	11	32%
Subtotal	34	100%
Total	81	100%

DPP: depressão pós-parto; EDPNE: Escala de depressão pós-natal de Edimburgo; N: número de participantes; %: percentual.

Visualizando a faixa etária de 18 -24 anos dentro de cada classificação da EDPNE, verificou-se um aumento de 10 pontos percentuais (p.p.) no grupo de alto risco, uma diminuição de 3 p.p. no grupo de risco moderado e de 5 p.p. no grupo de baixo risco, quando comparado com o percentual de 18 - 24 anos da amostra total (26%).

Observando a faixa etária entre 25 e 34 anos dentro de cada classificação da EDPNE, verificou-se uma redução de 3 p.p. no grupo de alto risco, um aumento de 3 p.p. no grupo de risco moderado e uma manutenção do percentual no grupo de baixo risco, quando comparado com a representatividade dessa faixa etária na amostra total (47%).

Para análise da faixa etária de 35 a 44 anos dentro de cada grupo de risco, verificou-se uma diminuição de 7 p.p. no grupo de alto risco, uma manutenção do percentual no grupo de risco moderado e um aumento de 5 p.p. no grupo de baixo risco, quando comparado com o percentual dessa faixa etária na amostra total (27%).

4.3 Nível de escolaridade

A tabela 3 mostra a análise do nível de escolaridade de todas as participantes do estudo. Nota-se que 19% da amostra possuía nível de escolaridade até o ensino médio completo (3 primeiras categorias) e 81% possuía ensino superior incompleto ou níveis acima.

Tabela 3 - Análise do nível de escolaridade da amostra total de participantes.

Escolaridade	N	% absoluto da amostra
Ensino fundamental - Completo	1	1%
Ensino médio - Incompleto	2	2%
Ensino médio - Completo	12	15%
Ensino superior - Incompleto	14	17%
Ensino superior - Completo	20	25%
Pós-graduação (Lato sensu) - Incompleto	1	1%
Pós-graduação (Lato sensu) - Completo	22	27%
Pós-graduação (Stricto sensu, nível mestrado) - Completo	7	9%
Pós-graduação (Stricto sensu, nível doutorado) - Incompleto	1	1%
Pós-graduação (Stricto sensu, nível	1	1%

doutorado) - Completo

Total	81	100%
--------------	----	------

N: número de participantes; %: percentual.

A análise do nível de escolaridade das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE é encontrada na Tabela 4. Foi possível observar que o percentual de puérperas com nível de escolaridade até o ensino médio completo aumentou 17 p.p. e 36 p.p. na classificação de alto e moderado risco, respectivamente, e diminuiu 7 p.p. no grupo de baixo risco de DPP, quando comparado com o percentual dessas categorias na amostra total (19%). Já a representatividade das participantes que possuíam ensino superior incompleto e níveis acima (81% da amostra total) diminuiu 17 p.p. no grupo de alto risco, 36 p.p. no grupo de risco moderado e aumentou 7 p.p. na classificação de baixo risco.

Tabela 4 - Análise do nível de escolaridade das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE.

Escolaridade	N	% dentro da classificação da EDPNE
Alto risco de DPP		
Ensino fundamental - Completo	1	4%
Ensino médio - Incompleto	2	8%
Ensino médio - Completo	6	24%
Ensino superior - Incompleto	7	28%
Ensino superior - Completo	3	12%
Pós-graduação (Lato sensu) - Completo	2	8%
Pós-graduação (Stricto)	1	4%

sensu, nível mestrado) - Completo		
Subtotal	25	100%
Risco moderado de DPP		
Ensino médio - Completo	2	9%
Ensino superior - Incompleto	3	14%
Ensino superior - Completo	7	32%
Pós-graduação (Lato sensu) - Completo	7	32%
Pós-graduação (Stricto sensu, nível mestrado) - Completo	2	9%
Pós-graduação (Stricto sensu, nível doutorado) - Incompleto	1	5%
Subtotal	22	100%
Baixo risco de DPP		
Ensino médio - Completo	4	12%
Ensino superior - Incompleto	4	12%
Ensino superior - Completo	10	29%
Pós-graduação (Lato sensu) - Incompleto	1	3%
Pós-graduação (Lato sensu) - Completo	11	32%
Pós-graduação (Stricto sensu, nível mestrado) - Completo	3	9%
Pós-graduação (Stricto sensu, nível doutorado) - Completo	1	3%
Subtotal	34	100%
Total	81	100%

DPP: depressão pós-parto; EDPNE: Escala de depressão pós-natal de Edimburgo; N: número de participantes; %: percentual.

4.4 Estado civil

Avaliando o estado civil da amostra total (tabela 5), identificou-se que a maioria (84%) era casada, 10% eram solteiras, 2% separadas e 1% preferiu não responder.

Tabela 5 - Análise do estado civil da amostra total de participantes.

Estado civil	N	% absoluto da amostra
Casada	68	84%
Separada	2	2%
Solteira	10	12%
Preferiu não responder	1	1%
Total	81	100%

N: número de participantes; %: percentual.

A análise do estado civil das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE é exibida na tabela 6. Observando as puérperas casadas dentro de cada grupo de risco, verificou-se que a representatividade se manteve em 84% no grupo de alto risco, diminuiu 7 p.p. no grupo de risco moderado e aumentou 4 p.p. no grupo de baixo risco.

Quanto às separadas, verificou-se uma diminuição de 8 p.p. no grupo de alto risco e de 9 p.p. no grupo de baixo risco, comparado com a representatividade total (12%).

Para análise das solteiras, notou-se um aumento de 11 p.p. no grupo de alto risco, de 22 p.p. no grupo de risco moderado e de 5 p.p. no grupo de baixo risco, comparado com a percentagem total de solteiras (1%).

Tabela 6 - Análise do estado civil das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE.

Estado civil	N	% dentro da classificação da EDPNE
Alto risco de DPP		
Casada	21	84%
Separada	1	4%
Solteira	3	12%
Subtotal	25	100%
Risco moderado de DPP		
Casada	17	77%
Solteira	5	23%
Subtotal	22	100%
Baixo risco de DPP		
Casada	30	88%
Separada	1	3%
Solteira	2	6%
Preferiu não responder	1	3%
Subtotal	34	100%
Total	81	100%

DPP: depressão pós-parto; EDPNE: Escala de depressão pós-natal de Edimburgo; N: número de participantes; %: percentual.

4.5 Renda familiar

A análise da renda familiar das participantes é exibida na tabela 7.

Tabela 7 - Análise da renda familiar da amostra total de participantes.

Renda familiar	N	% absoluto da amostra
Até 1 salário mínimo	7	9%
Mais de 1 até 3 salários mínimos	25	31%
Mais de 3 até 5 salários mínimos	9	11%
Mais de 5 até 7 salários mínimos	17	21%
Mais de 7 até 10 salários mínimos	4	5%
Mais de 10 até 20 salários mínimos	13	16%
Mais de 20 salários mínimos	4	5%
Preferiu não responder	2	2%
Total	81	100%

N: número de participantes; %: percentual.

A renda das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE é analisada na tabela 8. Observando as participantes que responderam ter renda até 3 salários mínimos dentro de cada grupo de risco, verificou-se um aumento de 16 p.p. no grupo de alto risco, de 1 ponto percentual no grupo de risco moderado e uma diminuição de 14 p.p. no grupo de baixo risco, quando comparado com o percentual dessas categorias na amostra total (40%).

Quanto às que responderam ter renda maior que 3 até 5 salários mínimos, verificou-se um aumento de 5 p.p. no grupo de alto risco e uma redução de 2 p.p. nos grupos de moderado e baixo risco, quando comparado com a representatividade dessa categoria na amostra total (11%).

Para análise de 5 até 7 salários mínimos, observou-se uma diminuição de 9 p.p. no grupo de alto risco, de 7 p.p. no grupo de risco moderado e um aumento de

11 p.p. no grupo de baixo risco, quando comparado com o percentual dessa categoria na amostra total (21%).

De 7 até 10 salários mínimos, observou-se um aumento de 3 p.p. no grupo de alto risco e 4 p.p. no grupo de risco moderado, quando comparado com o percentual dessa categoria na amostra total (5%).

Uma renda maior que 10 até 20 salários mínimos, indicou uma diminuição de 8 p.p. no grupo de alto risco, um aumento de 2 e 5 p.p. para os grupos de risco moderado e baixo, respectivamente, quando comparado com o percentual dessa categoria na amostra total (16%).

Mais que 20 salários mínimos, observou-se um aumento de 4 p.p. no grupo de baixo risco, quando comparado com o percentual dessa categoria na amostra total (5%).

Tabela 8 - Análise da renda familiar das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE.

Renda familiar	N	% dentro da classificação da EDPNE
Alto risco de DPP		
Até 1 salário mínimo	3	12%
Mais de 1 até 3 salários mínimos	11	44%
Mais de 3 até 5 salários mínimos	4	16%
Mais de 5 até 7 salários mínimos	3	12%
Mais de 7 até 10 salários mínimos	2	8%
Mais de 10 até 20 salários	2	8%

mínimos		
Subtotal	25	100%
Risco moderado de DPP		
Até 1 salário mínimo	3	14%
Mais de 1 até 3 salários mínimos	6	27%
Mais de 3 até 5 salários mínimos	2	9%
Mais de 5 até 7 salários mínimos	3	14%
Mais de 7 até 10 salários mínimos	2	9%
Mais de 10 até 20 salários mínimos	4	18%
Mais de 20 salários mínimos	1	5%
Preferiu não responder	1	5%
Subtotal	22	100%
Baixo risco de DPP		
Até 1 salário mínimo	1	3%
Mais de 1 até 3 salários mínimos	8	24%
Mais de 3 até 5 salários mínimos	3	9%
Mais de 5 até 7 salários mínimos	11	32%
Mais de 7 até 10 salários mínimos	7	21%
Mais de 10 até 20 salários mínimos	3	9%
Preferiu não responder	1	3%
Subtotal	34	100%

Total	81	100%
--------------	----	------

DPP: depressão pós-parto; EDPNE: Escala de depressão pós-natal de Edimburgo; N: número de participantes; %: percentual.

4.6 Paridade

Em relação à paridade, 67% das puérperas deste estudo eram primíparas, enquanto as multíparas representaram 33% do total de participantes (Tabela 9).

Tabela 9 - Análise da paridade da amostra total de participantes.

Paridade	N	% absoluto da amostra
Primíparas	54	67%
Multíparas	27	33%
Total	81	100%

N: número de participantes; %: percentual.

Os dados apresentados na Tabela 10 mostram a distribuição da paridade das participantes de acordo com a classificação na EDPNE. Observando a paridade dentro de cada grupo de risco, verificou-se uma diminuição de 19 p.p. no grupo de alto risco, aumento de 1 ponto percentual no grupo de risco moderado e de 12 p.p. no grupo de baixo risco, quando comparado com a representatividade das primíparas na amostra total (67%).

Do outro lado, houve um aumento de 19 p.p. no grupo de alto risco, redução de 1 ponto percentual e 12 p.p. nos grupos de risco moderado e baixo, respectivamente, quando comparado com a representatividade da amostra total de multíparas (33%).

Tabela 10 - Análise da paridade das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE.

Paridade	N	% dentro da classificação da EDPNE
Alto risco de DPP		
Primíparas	12	48%
Múltiparas	13	52%
Subtotal	25	100%
Risco moderado de DPP		
Primíparas	15	68%
Múltiparas	7	32%
Subtotal	22	100%
Baixo risco de DPP		
Primíparas	27	79%
Múltiparas	7	21%
Subtotal	34	100%
Total	81	100%

DPP: depressão pós-parto; EDPNE: Escala de depressão pós-natal de Edimburgo; N: número de participantes; %: percentual.

4.7 Período de pós-parto

Em relação ao período pós-parto a maioria das puérperas deste estudo se encontravam com mais de 45 dias de pós-parto, representando 86% da amostra total. Dez participantes (12%) se encontravam entre 10 a 45 dias e 1 (1%) estava com menos de 10 dias (Tabela 11).

Tabela 11 - Análise do período pós-parto da amostra total de participantes.

Período pós-parto	N	% absoluto da amostra
1 a 10 dias	1	1%
Entre 10 e 45 dias	10	12%
Mais de 45 dias	70	86%
Total	81	100%

N: número de participantes; %: percentual.

Os dados apresentados na Tabela 11 mostram a distribuição do período de pós-parto das participantes de acordo com a classificação na EDPNE. Observando as puérperas que estavam entre 10 e 45 dias de pós-parto, houve uma manutenção da representatividade no grupo de alto risco, uma redução de 7 p.p. no grupo de risco moderado e um aumento de 6 p.p. no grupo de baixo risco, quando comparado com a porcentagem da amostra total desse período (12%).

Já as puérperas com mais de 45 dias pós-parto (86%), apresentaram um aumento de 2 p.p. no grupo de alto risco, de 9 p.p. no grupo de risco moderado e uma diminuição de 7 p.p. no grupo de baixo risco.

Tabela 12 - Análise do período pós-parto das puérperas classificadas de acordo com a EDPNE.

Período pós-parto	N	% dentro da classificação da EDPNE
Alto risco de DPP		
Entre 10 e 45 dias	3	12%
Mais de 45 dias	22	88%
Subtotal	25	100%

Risco moderado de DPP

Entre 10 e 45 dias	1	5%
Mais de 45 dias	21	95%
Subtotal	22	100%

Baixo risco de DPP

1 a 10 dias	1	3%
Entre 10 e 45 dias	6	18%
Mais de 45 dias	27	79%
Subtotal	34	100%

Total	81	100%
--------------	----	------

DPP: depressão pós-parto; EDPNE: Escala de depressão pós-natal de Edimburgo; N: número de participantes; %: percentual.

4.8 Sintomas depressivos no pré-natal (SDPN)

Na Tabela 13 observa-se a análise dos SDPN da amostra total de puérperas. A maioria das participantes (72%) não relataram SDPN, enquanto 28% apresentaram estes sintomas.

Tabela 2 - Análise de sintomas depressivos no pré natal da amostra total de participantes.

SDPN	N	% absoluto da amostra
Sim	23	28%
Não	58	72%
Total	81	100%

SDPN: sintomas depressivos pré-natal; N: número de participantes; %: percentual.

A Tabela 14 apresenta a análise de SDPN e SDPP de acordo com a classificação na EDPNE. Na amostra total a representatividade dos SDPN foi de 28%, porém ao analisar a representatividade no grupo de alto risco, nota-se que esse percentual aumentou 44 p.p., enquanto no risco moderado e baixo diminuíram 19 p.p.

Focando nas puérperas do grupo de alto risco que apresentaram SDPN, apenas 22,2% tiveram diagnóstico clínico de DPP. Apesar de possuir uma pontuação alta na EDPNE, o estudo mostrou que 72,2% das puérperas não foram posteriormente diagnosticadas com DPP.

Tabela 3 - Análise de sintomas depressivos no pré-natal e sintomas depressivos no pós-parto de acordo com a EDPNE.

SDPN e SDPP	N	% dentro da classificação da EDPNE
Alto risco de DPP		
Apresentou SDPN	18	72%
Não apresentou SDPN	7	28%
Subtotal	25	100%
Risco moderado de DPP		
Apresentou SDPN	2	9%
Não apresentou SDPN	20	91%
Subtotal	22	100%
Baixo risco de DPP		
Apresentou SDPN	3	9%
Não apresentou SDPN	31	91%
Subtotal	34	100%
Total	81	100%

DPP: depressão pós-parto; EDPNE: Escala de depressão pós-natal de Edimburgo; SDPN: sintomas depressivos pré-natal; N: número de participantes; %: percentual.

5- DISCUSSÃO

Este estudo identificou o nível de sintomas depressivos em mulheres no puerpério de acordo com a EDPNE e descreveu seus perfis clínico e sociodemográfico. Das puérperas com alto risco de DPP, foi revelado um maior percentual com faixa etária entre 25 e 34 anos, ensino superior incompleto, casadas, renda entre 1 e 3 salários mínimos, mais de 45 dias de pós-parto, primíparas e com sintomas depressivos prévios. Quando analisado o perfil das puérperas de moderado risco de DPP, observou-se um maior percentual entre 25 e 34 anos, com ensino superior e pós graduação (lato sensu) completos, casadas, com renda entre 1 e 3 salários mínimos, mais de 45 dias pós-parto, primíparas e sem SDPN. Enquanto isso, ao observar as puérperas com baixo risco de DPP, a maioria apresentou entre 25 e 34 anos, com pós graduação (lato sensu) completo, renda familiar entre 5 e 7 salários mínimos, casadas, primíparas, com mais de 45 dias de pós-parto e sem queixas de SDPN.

Em concordância com esta pesquisa, um estudo transversal, com abordagem quantitativa realizado em Unidade de Saúde da Família do município da Vitória de Santo Antão – PE, com 58 puérperas, identificou a DPP entre mulheres. Constituíram a amostra mulheres jovens, que possuíam companheiro, ensino médio completo e com renda mensal superior a dois salários mínimos.¹⁵

Uma revisão sistemática sobre escalas de rastreamento de DPP mostrou uma idade média dos estudos revisados variando de 15 a 30 anos, 50% a 97% eram casadas ou em união estável e 35% a 44% concluíram o ensino médio.¹⁶ No geral,

esses achados foram semelhantes aos resultados encontrados em nosso estudo: puérperas com faixa etária entre 25 e 34 anos, 84% eram casadas e 19% concluíram o ensino médio.

As pontuações sugestivas de DPP foram encontradas em 31% das mulheres. De acordo com uma revisão da literatura, a análise mais detalhada dos estudos realizados no Brasil indica que cerca de 30 a 40% das mulheres atendidas em unidades básicas de saúde (UBS), na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou com perfil socioeconômico baixo, apresentaram alto índice de sintomas depressivos, semelhante aos achados desta pesquisa.¹⁷ No entanto, em muitos estudos esse percentual varia entre 10 e 20%.^{18,19,20,21} As variações entre os índices de prevalência podem ser atribuídas pelo fato de incluírem apenas a EDPNE para avaliação e compreenderem amostras de estudo de mães com menos de um ano de pós-parto. Como medidas autorreferidas tendem a relatar maior prevalência de DPP do que avaliações clínicas, isso pode ter resultado em uma superestimativa da prevalência global.²²

Neste estudo a faixa etária entre 18 e 24 anos apresentou um aumento de 10 pontos percentuais no grupo de alto risco quando analisada através do percentual relativo dessa classificação. Esse achado é similar ao encontrado em alguns estudos na literatura.^{23,24} Contudo, esse resultado não se repete em alguns trabalhos, não sendo encontrada associação, e em outros a associação foi inversa.^{25,26}

Um estudo realizado em Belo Horizonte, que avaliou as propriedades psicométricas da EDPNE, não observou diferenças entre os grupos com relação à idade, bem como escolaridade, número de partos anteriores e estado civil.²⁷ Do mesmo modo, uma revisão sistemática sobre escalas de rastreamento para

diagnóstico de DPP verificou que a idade materna não teve associação significativa para DPP nos estudos incluídos na pesquisa.¹⁶

A prevalência do nível de escolaridade até o ensino médio completo aumentou 17 p.p. no grupo de alto risco de DPP, enquanto a renda familiar de 1 até 3 salários mínimos teve um aumento de 13 p.p. Menor escolaridade e baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados com DPP e estão bem descritos nos estudos.^{28,29}

Já em relação à renda, mulheres que relataram renda de 1 até 3 salários mínimos tiveram maior prevalência no grupo de alto risco, com aumento de 13 p.p. comparados à amostra total neste item. Em concordância com outros estudos, se identifica relação entre depressão e baixa renda, sendo este um importante fator de risco.^{26,30}

Quanto ao estado civil, mães que responderam estar solteiras tiveram um aumento de 11 p.p. no grupo de alto risco e 22 p.p. no grupo de risco moderado, sendo portanto mais representativas. Apesar de ter sido encontrado esse aumento percentual no grupo das solteiras, estudos epidemiológicos sobre DPP não identificaram relação significativa entre o diagnóstico de DPP e estado civil.^{31,32,33}

A maioria das mulheres que participaram do estudo estavam com mais de 45 dias de pós-parto e foi observado aumento de 9 p.p. dessas participantes no grupo de risco moderado para DPP. Estudos indicam que a manifestação desse quadro ocorre, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses.^{34,35,36} Contudo, observa-se que a avaliação da depressão pode ser realizada em fases diferentes do ciclo gravídico-puerperal, o que pode explicar os diferentes achados em relação ao período pós-parto nos estudos. Independente do período pós-parto

que a mulher se encontra, há evidência suficiente de que quanto mais precoce for identificada a patologia, maiores serão as chances de prevenir o agravamento dos sintomas.^{30,37,38,39,40}

Em relação à paridade, a prevalência de primíparas foi superior à das múltiparas. No entanto, foi observado que as mulheres que tiveram 2 filhos ou mais apresentaram um aumento de 19 p.p. na classificação de alto risco para DPP, quando comparado com a amostral total. Indo a favor desses achados, alguns dados da literatura apontam que mães não primigestas apresentam maior probabilidade de desenvolver depressão, o que pode ser explicado pelo estresse e sobrecarga na família quando a mulher já tem outros filhos.^{30,37,38,39,40,41}

O percentual absoluto de puérperas deste estudo que apresentaram sintomas depressivos no pré-natal foi de 28% e 27,8% dessas tiveram o diagnóstico clínico de DPP. Sabe-se que a ocorrência de depressão na família e durante a gestação está associada à depressão. Alguns estudos identificaram risco três vezes maior entre mulheres que se sentiram tristes ou deprimidas no último trimestre gestacional, e 33% nas gestantes com história familiar de depressão, sendo ajustados entre si. Tanto ter história de depressão na família quanto início de depressão na gravidez em curso podem ser fatores que desencadeiam a depressão.^{28,34,35,36}

Uma revisão crítica de literatura demonstrou que a depressão pré-natal foi associada ao aumento do risco de DPP, corroborando com os achados do presente estudo, que identificou que 72% das puérperas que apresentaram alto risco de DPP tiveram SDPN. Ansiedade materna, estresse de vida, história de depressão anterior, falta de suporte social, violência doméstica, gravidez indesejada, fatores de relacionamento e baixo nível socioeconômico foram identificados como importantes fatores de risco para depressão pré-natal.⁴² Os fatores de risco para depressão pós-

parto são semelhantes e incluem depressão anterior, baixa autoestima, eventos de vida estressantes, estresse conjugal e baixo suporte social.⁵

No presente estudo, foi realizada uma análise adicional em relação aos SDPN e diagnóstico clínico de depressão no pós-parto. Foi possível observar que 72% das puérperas que relataram SDPN estavam no grupo de alto risco de DPP e dessas, 72,2% não foram diagnosticadas clinicamente com DPP. Esse dado chama atenção para como está sendo o rastreamento e tratamento dessa condição, já que a DPP é subdiagnosticada em todo o mundo, sendo 50 a 90% dos casos não diagnosticados, e portanto, não tratados.^{34,35,36}

Os fatores preditivos para DPP podem ser explorados no período anterior ou logo após o parto. Dessa forma, pode-se analisar a probabilidade para depressão, incluindo fatores como episódios depressivos anteriores, episódio depressivo na gestação, história familiar de transtornos depressivos, fatores estressores ao longo da vida, dentre outros.^{34,35,36}

Estudos sobre o tema demonstraram que mais de um terço das mulheres com problemas de saúde mental pré-natal e sem tratamento terão sintomas que persistem até os anos pré-escolares de seus filhos. No entanto, apesar do contato frequente com profissionais de saúde durante a gravidez e pós-parto, a grande maioria das mulheres não busca ajuda para os sintomas de estresse, depressão ou ansiedade, ou revela voluntariamente seus sintomas.^{43, 44,45}

A compreensão das taxas e dos fatores de risco para DPP são fundamentais para o estudo científico e clínico das complicações durante o puerpério, bem como para a prevenção e a intervenção terapêutica de forma precoce.²² Essa abordagem possibilitará uma evolução mais favorável, diminuindo sintomas depressivos residuais, melhorando o desempenho social e, principalmente, melhorando o

relacionamento mãe-bebê, o que facilitará seu desenvolvimento. Algumas questões são de grande relevância para identificar as mulheres com maior risco para desenvolver depressão no período puerperal, tais como: episódios depressivos anteriores ou durante a gravidez, história familiar de transtorno do humor, fatores estressores ao longo da vida, abuso sexual na infância, uso nocivo de bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, apoio familiar prejudicado, principalmente do cônjuge, e decisão de interromper as medicações antidepressivas durante a gravidez. O acompanhamento e o diagnóstico diferencial permitirão a intervenção mais apropriada.^{34,35,36}

O estudo possibilitou a identificação de SDPP e o delineamento das características clínicas e sociodemográficas das puérperas, dados que são fundamentais para o rastreamento precoce e tratamento da DPP. No entanto, cabe pontuar algumas limitações deste trabalho e interpretar os resultados com cautela.

Para analisar esses dados é válido considerar que o tipo de delineamento deste estudo não permitiu diferenciar se a depressão surgiu no momento próximo ao parto, configurando o baby blues, se era anterior à gestação ou, ainda, se vai se prolongar por mais de um ano no pós-parto.

Outras limitações do estudo dizem respeito ao número pequeno de participantes, por se tratar de um estudo preliminar, e à população atingida pela pesquisa. A divulgação da pesquisa foi realizada pelas mídias sociais, portanto, quem não possuía conta em alguma das mídias e não possuía acesso a internet não conseguiu participar da pesquisa. A utilização de um formulário com componentes de uma pesquisa maior de diversos tópicos pode ser considerada outra limitação. O

tempo de resposta era mais demorado, o que de certa forma dificultou a adesão das participantes à pesquisa.

É importante considerar também que neste estudo não é possível afastar o viés de recordatório em virtude de tratar-se de um tema delicado, e também da vulnerabilidade da puérpera no momento em que a pesquisa foi realizada.

Um último aspecto a considerar é que sendo utilizado um instrumento para rastreamento de depressão, devemos considerar os fatores associados como de risco para um indivíduo identificado com sintomas depressivos, segundo EPDS ≥ 9 , e não necessariamente portador de doença clínica. Essa limitação é própria de todos os estudos que utilizam instrumentos de triagem.

Os resultados aqui apresentados indicam a necessidade de implementação de novas ações no cuidado às gestantes, principalmente durante a realização do pré-natal, visando oferecer à mulher um acompanhamento holístico deste processo, assim como o suporte social e profissional de que necessita naquele momento.

A depressão prévia à gestação e a depressão familiar são fatores de risco para esta doença e se identificados com antecedência, pode-se iniciar um acompanhamento precoce, reduzindo assim o risco dessa condição. Nesse sentido, a incorporação de um profissional na área de saúde mental nas equipes de saúde que atendem o pré-natal, assim como nas que assistem o parto no hospital, seria fundamental para o manejo dos casos identificados pelo rastreamento sistemático de depressão durante a gestação e pós-parto. Por fim, se os aspectos emocionais da gestante forem considerados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, pode haver diminuição da prevalência de depressão, melhorando a saúde da mãe e do bebê.

6. CONCLUSÃO

Este estudo verificou o nível de sintomas depressivos em mulheres no pós-parto através da EDPNE e descreveu seus perfis clínico e sociodemográfico. Das puérperas que apresentaram um maior risco de desenvolver DPP, foi demonstrado um maior percentual com faixa etária entre 25 e 34 anos, ensino superior incompleto, casadas, renda entre 1 e 3 salários mínimos, mais de 45 dias de pós-parto, primíparas e com sintomas depressivos prévios. A maioria das puérperas com moderado risco de DPP, apresentaram entre 25 e 34 anos, com ensino superior e pós-graduação (lato sensu) completos, casadas, com renda entre 1 e 3 salários mínimos, mais de 45 dias pós-parto, primíparas e sem SDPN. Por fim, ao observar as puérperas com baixo risco de DPP, houve um maior percentual de mulheres entre 25 e 34 anos, com pós-graduação (lato sensu) completo, renda familiar entre 5 e 7 salários mínimos, casadas, primíparas, com mais de 45 dias de pós-parto e sem queixas de SDPN.

A depressão pós-parto pode ser prevenida com o rastreamento precoce, o que permitirá um manejo mais adequado dos sintomas. Alguns fatores são fundamentais para detectar as puérperas com maior risco para desenvolver DPP, tais como: episódios depressivos anteriores ou durante a gestação, história familiar de transtorno do humor, fatores estressores ao longo da vida, apoio familiar prejudicado, dentre outros. Se os aspectos emocionais da mulher forem considerados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, é possível diminuir a prevalência de depressão, melhorando a saúde da mãe e do bebê.

REFERÊNCIAS

1. Byatt Nancy, Simas Tiffany A. Moore, Lundquist Rebecca S., Johnson Julia V., Ziedonis Douglas M. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2012 [cited 2021 Oct 5];33 (4):143–161. DOI 10.3109/0167482X.2012.728649. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23194018/>

2. Vliegen Nicole, Casalin Sara, Luyten Patrick. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry* [Internet]. 2014 Jan-Feb [cited 2020 Oct 28];22(1):1-22. DOI 10.1097/HRP.000000000000013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24394219/>

3. Gavin Norma I, Gayne Bradley N, Lohr Kathleen N, Meltzer-Brody Samantha, Gartlehner Gerald, Swinson Tammeka. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2005 Nov [cited 2020 Sep 23];106(5):1071-83. DOI 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16260528/>

4. Shorey Shefaly, Ing Cornelia Chee Yin, Ng Esperanza Debby, Huak Chan Yiong, San Wilson Tam Wai, Seng Chong Yap. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 2021 Aug 01 [cited 2021 Oct 5];104:235-248. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30114665/>

5. O'Hara Michael W, McCabe Jennifer E. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology* [Internet]. 2013 [cited 2020 Sep 29];9:379-407. DOI 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23394227/>
6. Canadian psychological association. "Psychology Works" Fact Sheet: Post Partum Depression [cited 2029 Nov 2]. Disponível em: www.postpartum.org
7. O'Hara M W, Schlechte J A, Lewis D A, Wright E J. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry* [Internet]. 1991 Set [cited 2020 Sep 1];48:801-6. DOI 10.1001/archpsyc.1991.01810330025004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1929770/>
8. Eastwood John G, Jalaludin Bin B, Kemp Lynn A, Phung Hai N, Barnett Bryane E W. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2012 Dec 12 [cited 2020 Oct 21];12:148. DOI 10.1186/1471-2393-12-148. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23234239/>
9. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2001 Mar [cited 2020 Oct 23];80:251-5. DOI 0.1034/j.1600-0412.2001.080003251.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11207491/>

10. Steers W D, Lee K S. Depression and incontinence. *World Journal of Urology* [Internet]. 2001 Nov [cited 2020 Nov 12];19:351-7. DOI 10.1007/s003450100227. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11760784/>
11. Pol G. van de, Brummen H. J. van, Bruinse H. W., Heintz A. P. M., Vaart C. H. van der. Is there an association between depressive and urinary symptoms during and after pregnancy? *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction* [Internet]. 2007 Apr 03 [cited 2020 Aug 27];18:1409–1415. DOI 10.1007/s00192-007-0371-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2062491/>
12. Kim Helen G, Geppert Joni, Quan Tu, Bracha Yiscah, Lupo Virginia, Cutts Diana B. Screening for postpartum depression among low-income mothers using an interactive voice response system. *Maternal and Child Health Journal* [Internet]. 2012 Mai [cited 2021 Oct 5];16:921-8. DOI 10.1007/s10995-011-0817-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21584791/>
13. Santos Iná S., Matijasevich Alicia, Tavares Beatriz Franck, Barros Aluísio J. D., Botelho Iara Picinini, Lapolli Catherine, Magalhães Pedro Vieira da Silva, Barbosa Ana Paula Pereira Neto, Barros Fernando C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 Nov [cited 2021 Oct 5];23 DOI 10.1590/S0102-311X2007001100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vgVPPx877wxJhyHqrmqCLzb/abstract/?lang=pt>
14. Cantilino Amaury, Carvalho João Alberto, Maia Alessandra, Albuquerque Carlos, Cantilino Goretti, Sougey Everton Botelho. Translation, validation and cultural aspects of postpartum depression screening scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry* [Internet]. 2007 Dez [cited 2021 Oct 5];44 DOI

10.1177/1363461507083904. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089645/>

15. Synara Barbosa Melo, Rhayza Rhavênia Rodrigues Jordão, Fernanda Jorge Guimarães, Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli, Amaury Cantilino, Everton Botelho Sougey. Depressive symptoms in postpartum women at Family Health Units. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 10];18:171-177. DOI 10.1590/1806-93042018000100008. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JvpJLL47PzVXjjnGp8mLNF/?lang=en>

16. ScharDOSim Juliana Machado, Heldt Elizeth. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2011 Mar [cited 2021 Oct 10];32:159-66. DOI 10.1590/S1983-14472011000100021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rngen/a/WHtYLYZJRxCwFJdty8bLfk/?lang=pt>

17. Lobato Gustavo, Moraes Claudia L, Reichenheim Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2011 Dez [cited 2021 Oct 10];11:369-379. DOI 10.1590/S1519-38292011000400003. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HGfYkYh5RDPxDTWhhst6wMJ/?lang=pt>

18. Saleh M T Abou, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internet]. 1997 Mai [cited 2021 Oct 7];95:428-32. DOI 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09657.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9197909/>

19. Alvarado Rubén, Rojas Marcela, Monardes Jorge, Perucca Ernesto, Neves Emilio, Olea Eugenio, Vera Aldo. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. 2000 Abr [cited 2021 Oct 7];38:84-93. DOI 10.4067/S0717-92272000000200003. Disponible em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000200003&script=sci_arttext
20. Silva V.A., Santos A.R. Moraes, Carvalho M.S., Martins M.L.P., Teixeira N.A. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* [Internet]. 1998 Jun [cited 2021 Oct 7];31:799-804. DOI 10.1590/S0100-879X1998000600012. Disponible em: <https://www.scielo.br/j/bjmbbr/a/JDNkBpsyRxKWB4m93zzJzkp/?lang=en>
21. Manzano J.M. Sierra, García T. Carro, Moreno E. Ladrón. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. *Edinburgh Postnatal Depression Scale. Atención Primaria* [Internet]. 2002 [cited 2021 Oct 3];30:103–111. DOI 10.1016/S0212-6567(02)78979-8. Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7679616/>
22. O'hara Michael W., Swain Annette M. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* [Internet]. 2009 Jul [cited 2021 Aug 25];8:37-54. DOI 10.3109/09540269609037816. Disponible em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540269609037816>
23. Cox John Lee. *Postnatal depression: a guide for health professionals*. [place unknown]: Churchill Livingstone; 1986. 96 p. ISBN: 978-0443031786.

24. Cox John. Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World psychiatry* [Internet]. 2004 Jul [cited 2021 Oct 10];83:96-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414676/>
25. Susman J L. Postpartum depressive disorders. *The Journal of Family Practice* [Internet]. 1996 Dez [cited 2021 Oct 10];43:17-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8969709/>
26. Cooper P J, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* [Internet]. 1998 Jun [cited 2021 Oct 10];316:1884–1886. DOI 10.1136/bmj.316.7148.1884. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113362/>
27. Figueira Patrícia, Corrêa Humberto, Diniz Leandro Malloy, Silva Marco Aurélio Romano. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2009 Ago [cited 2021 Oct 10];43 DOI 10.1590/S0034-89102009000800012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zVVzN5t5d9WMK3y9tXVbQXM/?lang=pt>
28. Ruschi Gustavo Enrico Cabral, Sun Sue Yazaki, Mattar Rosiane, Filho Antônio Chambô, Zandonade Eliana, Lima Valmir José. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [Internet]. 2007 [cited 2021 Oct 10];29:274-280. DOI 10.1590/S0101-81082007000300006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/thrsdqpsdymLNtJpJgktpKq/?lang=pt#:~:text=Trabalhos%20nacionais%20relatam%20preval%C3%AAncia%20de,a%2020%11%2C12.>

29. Bowen Angela, Muhajarine Nazeem. Antenatal depression. The Canadian Nurse [Internet]. 2016 Nov [cited 2021 Oct 10];102:26-30. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17168096/>.
30. Moraes Inácia Gomes da Silva, Pinheiro Ricardo Tavares, Silva Ricardo Azevedo, Horta Bernardo Lessa, Sousa Paulo Luis Rosa, Faria Augusto Duarte. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2006 Fev [cited 2021 Oct 8];40:65-70. DOI 10.1590/S0034-89102006000100011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YGRKMNycXk3gvjVVnmJGKwf/?lang=pt>
31. Guedes Ana Carolina Emerenciano, Kami Cinthia Tiemi, Cavalli Laura Kolb de Vargas, Nicolaou Stephanie Kosmos, Hess Váleriy Baggio, Maluf Eliane Mara Cesário Pereira. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. Revista de Medicina [Internet]. 2011 Jul [cited 2021 Oct 9];90:149-54. DOI 10.11606/issn.1679-9836.v90i3p149-154. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58907/61885>
32. Morais Maria de Lima Salum, Fonseca Luiz Augusto Marcondes, David Vinicius Frayze, Viegas Lia Matos, Otta Emma. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. Estudos de Psicologia [Internet]. 2015 Jan-mar [cited 2021 Oct 9];20:40-49. DOI 10.5935/1678-4669.20150006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/byF3BZQvq5rww8SzdffR9GC/?lang=pt&format=pdf>
33. Figueira Patricia Gomes, Diniz Leandro Malloy, Filho Humberto Correa da Silva. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

[Internet]. 2011 Jan-mar [cited 2021 Oct 10];33:71-75. DOI 10.1590/S0101-81082011005000009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rprs/a/fJrpKRR7WTw363KyLm485nv/abstract/?lang=pt>

34. Craig Michael, Howard Louise Michele. Postnatal depression. *BMJ Clinical Evidence* [Internet]. 2009 Jan [cited 2021 Oct 10];1:1407. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907780/>.

35. Lacerda Acioly Luiz Tavares, Quarantini Lucas de Castro, Porto José Alberto Del, Scippa Ângela M.A. Miranda. *Depressão - Do Neurônio ao Funcionamento Social*. Porto Alegre: Artmed; 2009. 360 p. 1 vol. ISBN: 9788536316260.

36. Sit Dorothy K., Wisner Katherine L. The Identification of Postpartum Depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2009 Set [cited 2021 Oct 10];52:456–468. DOI 10.1097/GRF.0b013e3181b5a57c. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736559/>.

37. Felix Giselle Maria Araujo, Gomes Ana Paula Ribeiro, França Paulo Sérgio. *Depressão no ciclo gravídico-puerperal* [Mestrado on the Internet]. Ribeirão Preto: USP; 2008 [cited 2021 Oct 10]. 11 p. DOI 10.11606/D.22.2008.tde-09122008-154716. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09122008-154716/publico/ValeriaFeitosadeSousa.pdf> Enfermagem.

38. Dois Angelina, Uribe Claudia, Villarroel Luis, Contreras Aixa. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista Médica do Chile* [Internet]. 2012 Jun [cited 2021 Oct 10];140:719-725. DOI 10.4067/S0034-98872012000600004. Disponível

em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600004

39. Konradt Caroline Elizabeth, Silva Ricardo Azevedo, Jansen Karen, Vianna Daniela Martins, Quevedo Luciana de Avila, Souza Luciano Dias de Mattos, Oses Jean Pierre, Pinheiro Ricardo Tavares. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul* [Internet]. 2011 [cited 2021 Oct 10];33:76-79. DOI 10.1590/S0101-81082011005000010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/8jyx9Pc78hFHhL5gXPkwKnv/?lang=pt>

40. Silva Ricardo Azevedo, Jansen Karen, Souza Luciano Dias de Mattos, Moraes Inácia Gomes da Silva, Tomasi Elaine, Silva Giovanna Del Grande, Dias Michelle de Souza, Pinheiro Ricardo Tavares. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2021 Oct 10];32 DOI 10.1590/S1516-44462010000200008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/DgDTkHyNntkdN6KgcW8vT4R/?lang=en>

41. Ruschi Gustavo Enrico Cabral, Sun Sue Yazaki, Mattar Rosiane, Filho Antônio Chambô, Zandonade Eliana, Lima Valmir José. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [Internet]. 2007 Dez [cited 2021 Oct 10];29 DOI 10.1590/S0101-81082007000300006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/thrsdqpsdymLNtJpJgktpKq/?lang=pt>

42. Lancaster Christie A., Gold Katherine J., Flynn Heather A., Yoo Harim, Marcus Sheila M., Davis Matthew M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*

[Internet]. 2010 Jan [cited 2021 Oct 10];202:5-14. DOI 10.1016/j.ajog.2009.09.007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919747/>.

43. Horwitz Sarah McCue, Gowan Margaret J. Briggs, Isser Amy Storfer, Carter Alice S. Persistence of Maternal Depressive Symptoms throughout the Early Years of Childhood. *Journal of Women's Health* [Internet]. 2009 Mai [cited 2021 Oct 10];18:637–645. DOI 10.1089/jwh.2008.1229. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858294/>.

44. Dennis Cindy-Lee, Lee Leinic Chung. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* [Internet]. 2006 Dez [cited 2021 Oct 10];33:323-31. DOI 10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17150072/>.

45. Graham Carolyn A Chew, Sharp Deborah, Chamberlain Elizabeth, Folkes Liz, Turner Katrina M. Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC Family Practice* [Internet]. 2009 Jan [cited 2021 Oct 10];10 DOI 10.1186/1471-2296-10-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637839/>.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Senhora a participar da pesquisa “Disfunções do assoalho pélvico, sintomas depressivos e níveis de atividade física em mulheres no pós-parto” realizada pela Universidade de Brasília (UnB), sob a responsabilidade da pesquisadora Aline Teixeira Alves.

A disfunção do assoalho pélvico, mais conhecido como períneo, e a depressão pós-parto são condições comuns que afetam as mulheres após o parto. O objetivo desta pesquisa é examinar a associação entre as disfunções do períneo, os sintomas depressivos e a intensidade da atividade física em mulheres no pós-parto (até 12 meses).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio do preenchimento online do formulário de pesquisa composto por 99 perguntas objetivas a respeito de variáveis sociodemográficas e clínicas no pós-parto. O tempo estimado de preenchimento do formulário é de 15 minutos e deverá ser preenchido apenas uma vez.

A senhora terá acesso às perguntas somente depois que tenha dado o seu consentimento.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados ao constrangimento em responder algumas perguntas sobre sinais de depressão e disfunções pélvicas. Se suas respostas indicarem sintomas de depressão ou de disfunções do assoalho pélvico, podemos entrar em contato, ou pediremos que nos procure para aconselharmos que converse com seu profissional de saúde sobre uma avaliação. Se a Senhora aceitar participar, estará contribuindo para a comunidade científica e a sociedade através do diagnóstico precoce de depressão,

de disfunções do períneo e a compreensão do nível de atividade física em mulheres no pós-parto. Além disso, este estudo pode ajudá-la a ter mais autoconsciência sobre as funções fisiológicas do períneo (xixi, cocô, sintomas de queda dos órgãos pélvicos e função sexual) e como eles afetam suas atividades, relacionamento e sentimentos, e identificar riscos para depressão pós-parto.

Há um risco de vazamento dos dados da pesquisa e podem existir limitações para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. No entanto, serão adotadas algumas estratégias para prevenir este risco. Ao terminar de preencher o formulário a senhora receberá uma cópia do documento eletrônico em seu e-mail e orientamos guardá-la em seus arquivos. Uma vez concluída a coleta de dados, será feito o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". A extração do banco de dados ficará armazenada em um único computador, sem acesso à internet e sem cópia para pen drive. Quando os dados da pesquisa forem encaminhados para análise estatística, as informações das participantes serão fornecidas em códigos.

Sua participação é voluntária, portanto, a senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora.

Não há despesas pessoais para a senhora em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

Caso sinta algum desconforto relacionado as perguntas durante a pesquisa, a senhora pode procurar a pesquisadora responsável para que possamos ajudá-la.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. Se a senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Aline Teixeira Alves, na Universidade de Brasília no telefone (61-98116-0161), podendo ligar à cobrar, ou pelo e-mail aline.urogineco@gmail.com ou alinealves@unb.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

- Concordo em participar do estudo
- Não concordo em participar do estudo

APÊNDICE B – EDPNE

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

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
 - Como eu sempre fiz
 - Não tanto quanto antes
 - Sem dúvida, menos que antes
 - De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria
 - Sim, como de costume
 - Um pouco menos que de costume
 - Muito menos que de costume
 - Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado
 - Não, de jeito nenhum
 - Raramente
 - Sim, às vezes
 - Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
 - Sim, muito seguido
 - Sim, às vezes
 - De vez em quando
 - Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo
 - Sim, muitas vezes
 - Sim, às vezes
 - Raramente
 - Não, de jeito nenhum

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

Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

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

Sim, na maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

Sim, na maioria das vezes

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que eu tenho chorado

Sim, quase todo o tempo

Sim, muitas vezes

Só de vez em quando

Não, nunca

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

Sim, muitas vezes

Às vezes

Raramente

Não, de jeito nenhum

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

Informações básicas sobre o periódico

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 1806-9339), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar resultados de pesquisa sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista recebe submissões apenas no idioma inglês.

O título abreviado do periódico é Rev Bras Ginecol Obstet., que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

Subáreas do conhecimento em Ginecologia e Obstetrícia de interesse:

- Atenção primária;
- Ciência básica e translacional;
- Cirurgia ginecológica e uroginecologia;
- Contracepção;
- Doenças do trato genital inferior;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Endocrinologia ginecológica;
- Endoscopia ginecológica;
- Ensino e Treinamento;
- Epidemiologia e estatística;
- Ética;
- Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino;

- Ginecologia geral;
- Ginecologia pediátrica e do adolescente;
- Gravidez de alto risco;
- Imagem;
- Mastologia;
- Medicina fetal;
- Menopausa;
- Multidisciplinaridade;
- Obstetrícia;
- Oncologia ginecológica;
- Qualidade de Vida;
- Reprodução humana e fertilização assistida;
- Sexualidade.

Instruções aos autores

Escopo e política

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo.

Avaliação dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (processo *double mind*) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões, inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências.

IMPORTANTE! Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada) Modelo;

Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;

Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;

Página de Título;

Manuscrito.

Página de Título

Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;

Nome completo, sem abreviações, dos autores e o Orcid ID;

Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);

Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;

Agradecimentos: os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras,

sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.

Contribuições: conforme os critérios de autoria científica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Instruções

aos

Autores

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia publica as seguintes categorias de manuscritos:

Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada.

Artigos de Revisão, incluindo *comprehensive reviews* metanálises ou revisões sistemáticas. Contribuições espontâneas são aceitas. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;

Cartas ao Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;

Editorial, somente a convite do editor.

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

Fontes dos dados: Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e limitações inclusive.

Seleção dos estudos: Especificar o número de estudos revisados e os critérios empregados em sua seleção.

Coleta de dados: Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.

Síntese dos dados: Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

Resumo informativo, do tipo não estruturado, de artigos de revisão, exceto revisão sistemática e estudos de caso

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor

possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências)

Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de

investigação. Estructure a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):

Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);

Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e

idade, mas sem dor lombar.

Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.

Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia *estudo de intervenção*. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de **estudo randomizado** informe o número do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e/ou o número do *International Clinical Trials Registration Platform*(ICTRP/OMS), na página de título.

Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consume *per capita* de vinho.

Revisão Sistemática e Metanálise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte

da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais

Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?

Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (*missing data*)?

Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutividade dos métodos empregados foram consideradas?

Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?

Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença

estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

IMPORTANTE!

A RBGO aderiu à iniciativa do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias interacionais relacionadas:

Ensaio	clínico	randomizado:
http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/		
Estudos	observacionais	em
http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/		
Revisões	sistemáticas	e
http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/		
Estudos		qualitativos:
http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/		

Resultados

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as

informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO!

As seções **Métodos** e **Resultados** nos **Estudos de Caso** devem ser substituídas pelo termo **Descrição do Caso**.

Discussão

Na seção **Discussão** enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção **Discussão** informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão

A seção **Conclusão** tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do

estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte a Vancouver.

*As instruções aos Autores deste periódico foram baseadas na obra literária **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.**

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Disfunções do assoalho pélvico, sintomas depressivos e níveis de atividade física em mulheres no pós-parto

Pesquisador: Aline Teixeira Alves

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 45304021.4.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.767.202

Apresentação do Projeto:

RESUMO: "As disfunções do assoalho pélvico (DAP) e a depressão pós-parto (DPP) são condições comuns que afetam as mulheres após o parto. DPP é diagnosticada como uma forma de depressão clínica que ocorre especificamente, nas primeiras seis semanas até 12 meses após o parto, afetando 10 a 22% de todas as mulheres no pós-parto, enquanto os sintomas depressivos (SD) são experimentados em metade das mulheres no pós-parto. As DAP são consequências comuns da gestação e inclui incontinência urinária ou fecal, disfunções sexuais e prolapso de órgãos pélvicos. Dessas condições, a incontinência urinária (IU) afeta até 43% das mulheres no pós-parto e os sintomas podem persistir anos após o parto. A prevalência de IU é maior em puerperas que também relatam maiores SD, indicando uma relação potencial positiva entre DPP e DAP. A atividade física (AF) é um fator de risco modificável para DAP e SD. No entanto, parece que a intensidade da atividade física pode ser um fator interessante a ser considerado. Especificamente, a participação em atividades físicas leve a moderada tem uma relação inversa com os SD e a IU em mulheres em idade reprodutiva. Em primíparas, AF de alto impacto durante a gravidez foi associada à IU um ano após o parto, enquanto AF de baixo impacto não foi. Fora desses estudos, existe pouca literatura examinando essas variáveis em mulheres no pós-parto, especificamente. Assim, o objetivo deste estudo é explorar a relação entre AF, DAP e SD, examinando os níveis de atividade física e a prevalência de SD e DAP em mulheres primíparas e multiparas no ano seguinte ao parto."

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.767.202

Critério de Inclusão:

"Serão convidadas a participar da pesquisa puérperas saudáveis (livres de doenças crônicas, não fumante), com mais de 18 anos, com 4 semanas a 12 meses de pós-parto, que escrevam, compreendam e falem português (Brasil)."

Critério de Exclusão:

"Os critérios de exclusão serão recusa da paciente em participar da pesquisa, incapacidade de fornecer consentimento informado, mulheres com história de gestação múltipla, e/ou a presença de infecção urinária ativa, e mulheres com incapacidade de realizar exercícios aeróbicos de intensidade moderada ou exercícios de resistência. As mulheres que cumprem ou ultrapassem 150 minutos ou mais de exercícios de intensidade moderada por semana também serão excluídas, assim como mulheres que fumam ou que planejam engravidar nas semanas subsequentes do estudo."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Verificar se existe associação entre os sintomas depressivos e as disfunções do assoalho pélvico em mulheres no pós-parto."

Objetivo Secundário:

"Avaliar a associação entre o nível de atividade física e a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico e sintomas depressivos em mulheres no pós-parto."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Algumas perguntas que as participantes responderão serão sobre sintomas de depressão e elas poderão se sentir constrangidas. Se suas respostas indicarem sintomas de depressão, orientaremos que as participantes conversem com seu médico sobre uma avaliação e a necessidade de uma possível intervenção. As disfunções do assoalho pélvico também podem gerar algum constrangimento na identificação de alguns sintomas e todas serão alertadas sobre a busca de ajuda, caso nos procurem. Há um risco de vazamento dos dados da pesquisa e podem existir limitações para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. No entanto, serão adotadas algumas estratégias para prevenir este risco. Ao terminar de preencher o formulário a senhora receberá uma cópia do documento eletrônico em seu e-mail e orientamos

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.767.202

guardá-la em seus arquivos. Uma vez concluída a coleta de dados, será feito o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". A extração do banco de dados ficará armazenada em um único computador, sem acesso à internet e sem cópia para pen drive. Quando os dados da pesquisa forem encaminhados para análise estatística, as informações das participantes serão fornecidas em códigos.

Benefícios:

"Este estudo pode ajudar a participante a ter mais autoconsciência sobre as funções fisiológicas do assoalho pélvico: função da bexiga, função intestinal, sintomas de prolapso e função sexual e como eles afetam suas atividades, relacionamento e sentimentos, e identificar riscos para depressão pós-parto. O benefício público e científico geral esperado do estudo incluiria o seguinte: o diagnóstico precoce da depressão pós-parto possibilita a implementação de medidas preventivas para evitar a progressão da doença para uma forma mais grave, bem como estratégias para auxiliar no desenvolvimento da relação mãe-bebê. A percepção precoce da disfunção do assoalho pélvico no puerpério depende de fatores como o acesso e a qualidade do atendimento da equipe de saúde, uma vez que os sintomas urogenitais são aceitos pelas mulheres como consequência natural do parto e/ou envelhecimento, podendo retardar o diagnóstico e o tratamento das disfunções do assoalho pélvico. A orientação de uma boa prática de atividade física nessa fase também poderá ser um benefício da pesquisa, uma vez que identificaremos o nível de atividade física e sua correlação com possíveis sintomas de disfunção do assoalho pélvico e depressão."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa para composição da monografia de conclusão de Curso de graduação em Fisioterapia da estudante Letícia Stéfany do Amaral Rocha, orientado pela Profa Dra. Aline Teixeira Alves, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília.

A pesquisa prevê 216 participantes, que devem responder questionários online, oriundos dos seguintes instrumentos: Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo - EDPNE, Questionário de impacto no assoalho pélvico PFIQ-7, Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico- PFDI-SF20 e Questionário Internacional de atividade física - IPAQ.

O tempo previsto para responder o questionário é de 10 minutos

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.767.202

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram adequadamente apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Deve-se levar em conta, neste momento de pandemia de COVID-19, as orientações da Instituição onde os dados serão coletados e que isto deve ser levado em consideração para reorganizar o cronograma, caso necessário. Deve-se comunicar ao CEP, por meio de relatório parcial, as dificuldades encontradas na coleta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1696980.pdf	08/06/2021 09:09:44		Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETODEPESQUIA brochura atual.doc	08/06/2021 09:08:42	Leticia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUIA atual.doc	08/06/2021 09:08:13	Leticia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Parecer Anterior	carta assinada 0806.pdf	08/06/2021 09:06:06	Leticia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Parecer Anterior	carta encaminhamento novo parecer.doc	08/06/2021 09:05:58	Leticia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Parecer Anterior	carta encaminhamento 3o parecer.doc	28/05/2021	Leticia Stéfany do	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.767.202

Parecer Anterior	cartaencaminhamento3oparecer.doc	17:35:36	Amaral Rocha	Aceito
Parecer Anterior	PARECER3.pdf	27/05/2021 12:20:59	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.doc	27/05/2021 12:19:42	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISAbrochura.doc	27/05/2021 12:19:33	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAatualizado.docx	27/05/2021 12:19:11	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	27/05/2021 12:19:00	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEbrochura.doc	27/05/2021 12:18:48	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Parecer Anterior	cartaencaminhamento2oparecer.doc	07/05/2021 11:59:57	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Parecer Anterior	cartaassinada2oparecer.pdf	07/05/2021 11:57:31	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Parecer Anterior	cartaassinada.pdf	26/04/2021 19:51:00	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Parecer Anterior	cartaparaencaminhamentodependencias.doc	21/04/2021 10:23:34	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Outros	CurriculoAline.pdf	07/04/2021 10:18:13	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Outros	lattes.pdf	07/04/2021 10:17:13	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/03/2021 09:43:06	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Outros	folhaderosto1.pdf	17/03/2021 09:42:53	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Outros	termodeconcordanciadaproponente.pdf	17/03/2021 09:39:52	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	15/03/2021 10:39:09	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoderesponsabilidade.pdf	15/03/2021 10:35:30	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito
Orçamento	modelo_de_planilha_de_oramento.doc	04/03/2021 10:53:31	Letícia Stéfany do Amaral Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.767.202

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 10 de Junho de 2021

Assinado por:
Danielle Kaiser de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com