UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA

ISABELA ULTHES FONSECA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO/RS.

PASSO FUNDO, RS
2023

ISABELA ULTHES FONSECA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DENTRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO/RS.

Trabalho de Curso (TC) apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de Médica.

Orientadora: Profª. Ma. Daniela Teixeira Borges

Coorientadoras: Profª. Drª. Renata dos Santos Rabello

PASSO FUNDO, RS

2023

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Fonseca, Isabela Ulthes
Prevalência de depressão pós parto na Atenção Primária em saúde no município de Passo Fundo/RS / Isabela Ulthes Fonseca. -- 2023.
83 f.

Orientadora: Mestra Daniela Teixeira Borges
Co-orientadora: Doutora Renata dos Santos Rabello
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Medicina, Passo Fundo,RS, 2023.

1. Depressão pós-parto. 2. Atenção Básica. 3. Saúde da Mulher. I. Borges, Daniela Teixeira, orient. II. Rabello, Renata dos Santos, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ISABELA ULTHES FONSECA

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DENTRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO/RS

Trabalho de Curso (TC) apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de Médica.

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 28/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª. Ma. Daniela Teixeira Borges
Orientadora

_____
Profª. Ma. Patrycia Chedid Danna

_____
Profª. Maª Laura Guimarães Sandoval

APRESENTAÇÃO

Este volume se trata de um Trabalho de Curso da graduação em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo/RS, escrito pela acadêmica Isabela Ulthes Fonseca, sob orientação da Professora Mestra Daniela Teixeira Borges e coorientação da Professora Doutora Renata dos Santos Rabello. O trabalho é requisito parcial para a obtenção do título de Médico pela UFFS/PF. O objetivo deste estudo é mapear os sintomas de depressão perinatal materna dento da Atenção Básica na cidade de Passo Fundo/RS. O presente trabalho teve desenvolvimento durante os semestres de 2022/1, 2022/2 e 2023/1, composto de projeto de pesquisa, relatório de pesquisa e artigo científico, nos Componentes Curriculares (CCr) Trabalho de Curso I, II e III, seguindo o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e o Regulamento de TC.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo meu corpo e espírito. Às minhas irmãs, pela luz. Sem eles não estaria aqui.
Ao meu companheiro, pelo amor e carinho antes e durante esses semestres.
Aos meus amigos. Dispensam apresentações.
Às minhas orientadoras, principalmente profª Renata pela paciência e dedicação.
A mim mesma. Não é coincidência que eu me seja familiar novamente.

EPÍGRAFE

"*Something inside it reminds me of childhood—*
it is the light of the stalled time after lunch
when clocks tick

and hearts shut
and fathers leave to go back to work
and mothers stand at the kitchen sink pondering

something they never tell"

- Anne Carson, *The Glass Essay*

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é uma das principais e mais prevalente complicação perinatal de caráter não obstétrico e por isso demanda uma literatura que propulsione ações em saúde capazes de preveni-la, diagnosticá-la e tratá-la. Assim, o presente trabalho trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal de caráter descritivo e analítico, realizado no período de agosto de 2022 a junho de 2023, sendo ele um recorte da pesquisa "Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde de Passo Fundo –RS". O objetivo do presente estudo é avaliar a prevalência de DPP em mulheres atendidas na Atenção Primária em Saúde no município de Passo Fundo-RS, considerando variáveis socioeconômicas e clínicas a fim de caracterizar a amostra, além de compreender quais sintomas são os mais frequentes dentro do quadro. Para a identificar a prevalência de DPP na amostra estudada, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), sendo o ponto de corte ≥13 para caracterização de depressão pós-parto. A prevalência de DPP foi de 39,4% (IC95 28-50), sendo fortemente associado ao desfecho um diagnóstico psiquiátrico anterior (p=0,046). Das diagnosticadas com DPP, 60% teve ideação suicida nas últimas duas semanas; 100% delas têm sentimento de tristeza e de culpa; 70% delas não planejaram a gestação; 70% das tabagistas tiveram DPP.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Período Pós-Parto Psicopatologia. Saúde Pública.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is one of the most important and prevalent non-obstetric perinatal complication, thus demands a literature able to boost healthcare actions capable of preventing, diagnosing, and treating the disease. Hence, the present paper is a quantitative, observational, cross-sectional study, with a descriptive and analytical approach, carried out from March 2022 to June 2023, and is a cutout from the research "Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde de Passo Fundo –RS". The research's objective is to evaluate the prevalence of PPD in women attended in Primary Care in Passo Fundo-RS, considering socioeconomic and clinical in order to outline the sample, besides understanding which symptoms are more frequently manifested in PPD. To obtain the prevalence of PPD in the sample, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was utilized to identify postpartum depression considering a ≥13 cutoff. The prevalence of PPD was 39,4% (IC95 28-51), further being strongly associated with previous psychiatric dyagnosis (p=0,046). Out of the women diagnosed with PPD, 60% have had suicidal ideation in the last two weeks, 100% feel saddness and guilt; 70% did not plan their last pregnancy; 70% of the smokers have PPD.
Keywords: Women's Health. Postpartum Period. Psychopathology. Public Health

Sumário

1. INTRODUÇÃO 12

2. DESENVOLVIMENTO 13

2.1. PROJETO DE PESQUISA 13

2.1.1. Tema 13

2.1.2. Problemas 13

2.1.3. Hipóteses 13

2.1.4. Objetivos 13

2.1.4.1 Objetivo geral 13

2.1.4.2 Objetivos específicos 13

2.1.5 ***Justificativa*** *..... 14*

2.1.6. Referencial teórico 14

2.1.6.1. Depressão Pós-Parto 14

2.1.6.2 Puerpério 17

2.1.6.3 Política de saúde da mulher 18

2.1.6.4 Pré-natal 19

2.1.7 Metodologia *..... 20*

2.1.7.1 Tipo de estudo 20

2.1.7.2 Local e Período de realização 20

2.1.7.3 População e amostragem 21

2.1.7.4 Logística, variáveis e instrumentos de coleta de dados 21

2.1.7.5 Processamento, controle e análise dos dados 22

2.1.7.6 Aspectos éticos 22

2.1.7.7 Recursos 24

2.1.7.8 Cronograma 24

2.1.8 REFERÊNCIAS 26

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA 29

2.2.1 Apresentação 29

2.2.2 Desenvolvimento 29

ANEXO A – ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO (EPDS) 31

ANEXO B – QUESTIONÁRIO A SER APLICADO VIA ENTREVISTA 32

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 44

ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSO FUNDO 47

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DA FRONTEIRA SUL..... 48

ANEXO F – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL 59

ARTIGO CIENTÍFICO 69

1. INTRODUÇÃO

O puerpério traz mudanças intensas para o corpo e mente da mulher e, por vezes, pode gerar sobrecarga sobre o estado psicológico, portanto é um possível desencadeador de abalo psicológico. Sendo assim, a psicopatologia mais comum nesta fase da vida é a depressão pós-parto.

A depressão, definida como um transtorno incapacitante pela natureza dos sintomas de humor abatido e desmotivação para realizar tarefas diárias, é especialmente problemática para uma nova mãe responsável por cuidar de um filho e administrar suas responsabilidades normais. (O'HARA; MCCABE. 2013). Consequentemente, a depressão pós-parto traz impactos negativos na criação de vínculo mãe-bebê e pode prejudicar o relacionamento da mãe e do filho e da família envolvida, podendo resultar em internações psiquiátricas até culminar em suicídio e infanticídio.

Mesmo desconsiderando o impasse substancial do subdiagnóstico descrito por Stewart e Vigod. (2019), a concordância acerca da prevalência é que, cerca de 20% das puérperas apresentam quadros de depressão pós-parto. Entretanto, por ser um tema subestimado, há um déficit de estudos sobre a incidência, prevalência, impacto e tratamento da DPP, o que leva a pouco conhecimento de critérios diagnósticos e terapias eficazes.

Para tentar contornar este impasse, algumas políticas públicas abordadas posteriormente neste trabalho podem ser pontos-chave para a busca de rotas de solução para o problema, como os guias de Políticas de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e o programa Meu Bebê, Meu Tesouro, da Secretaria de Saúde de Passo Fundo. Entre elas há uma intersecção crucial: a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual possui função de *gatekeeper* dos agravamentos em saúde. Nesse sentido, o cuidado pós-natal continuado pelos profissionais da APS é peça fundamental para a prevenção, rastreamento, cuidado e direcionamento correto dos quadros de DPP (TACHIBANA *et al*. 2020)

Para tanto, o presente trabalho delimita seus objetivos a fim de contribuir com a construção mais apurada de redes de atenção à saúde mental da mulher no puerpério. Posto isso, o estudo busca descrever a prevalência de DPP na amostra de mulheres e avaliar a distribuição do agravo de acordo com as características sociodemográficas de saúde e comportamentais observados. Objetiva-se, portanto, estimar a prevalência de depressão pós-parto em mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde do Município de Passo Fundo-RS.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Tema

Prevalência de depressão pós-parto em mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde no município de Passo Fundo/RS.

2.1.2. Problemas

Qual é a prevalência de Depressão Pós-Parto?

Quais as características sociodemográficas de saúde, e comportamentais da amostra estudada?

Quais são os sintomas de depressão mais prevalentes na população estudada?

Qual a distribuição da DPP, de acordo com características sociodemográficas de saúde e comportamentais?

2.1.3. Hipóteses

Espera-se encontrar 20% de prevalência de DPP na população.

A amostra será caracterizada por mulheres multíparas, casadas, com jornada dupla de trabalho.

Os sintomas depressivos mais encontrados serão: anedonia, ansiedade e insônia.

Mulheres multíparas, solteiras, com dupla jornada de trabalho, que possuem diagnóstico prévio de transtornos mentais e com interrupção prévia de gestação estão mais suscetíveis a desenvolver DPP.

2.1.4. Objetivos

2.1.4.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de depressão pós-parto em mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde do Município de Passo Fundo-RS.

2.1.4.2 Objetivos específicos

Descrever as características sociodemográficas de saúde, e comportamentais da amostra estudada.

Descrever os sintomas de depressão pós-parto mais prevalentes na população estudada.

Avaliar a distribuição da depressão pós-parto de acordo com características sociodemográficas de saúde, e comportamentais

2.1.5 **Justificativa**

A melhoria da qualidade da assistência à saúde materno-infantil é uma pauta presente nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas (2000), sendo a redução da mortalidade infantil o quarto objetivo e a melhoria da saúde materna o quinto. Para seu alcance, é necessário atendimento de qualidade no pré-natal, parto e puerpério das gestantes. Assim, é importante ressaltar que, segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2018), a existência de transtornos psiquiátricos também caracteriza uma gestação de alto risco e, portanto, a jornada puerperal torna-se onerosa para a mulher com comorbidades psiquiátricas.

Dito isso, a depressão pós-parto é a mais prevalente complicação gestacional de caráter não obstétrico. Embora as estimativas sejam diferentes de acordo com o período de acompanhamento pós-parto, entre 3 a 6% das mulheres terão um episódio depressivo maior durante a gestação ou nas semanas ou meses após o parto. Além de trazer impactos negativos na criação de vínculo mãe-bebê, pode prejudicar o desenvolvimento emocional da criança e ter resultados devastadores na família.

Há um déficit de estudos sobre a incidência, prevalência, impacto e tratamento da DPP, e, consequentemente, se tem um manejo deficitário dessas condições, o que favorece o agravo posterior da doença. Deste modo o presente trabalho pretende contribuir para uma melhor acurácia no diagnóstico de risco e um melhor manejo dos transtornos psiquiátricas gestacionais.

Por conseguinte, levantar tais dados abre espaço para discussões sobre a saúde da mulher em Passo Fundo, um polo-referência de suporte em saúde no Brasil. Por isso, é de grande importância, o quanto antes, avaliar a qualidade da saúde mental materna com o propósito de fortalecer estratégias na Saúde Básica e garantir atenção e cuidado apurado direcionado à população feminina e infantil durante as mudanças que significam o nascimento de um filho.

2.1.6. Referencial teórico

2.1.6.1. Depressão Pós-Parto

Dentro do espectro de oscilações de humor próprios do ciclo gravídico-puerperal, há uma fração chamada de *baby blues*, ou disforia puerperal. Esta condição se instala no intervalo de poucos dias até duas semanas pós-parto e apresenta sintomas como choro fácil, labilidade emocional, ansiedade e insônia, que pode atingir até 80% das puérperas.

O *baby blues* representa o mais leve dos quadros puerperais, devido aos sintomas mais brandos e ao baixo comprometimento das atividades da mulher, além de regredir de maneira espontânea, sem necessidade de intervenção de psicofármacos. No entanto, caso os sintomas persistam para além do período de duas semanas, é possível que o quadro esteja se agravando para depressão pós-parto (HCFMUSP, 2012).

A depressão pós-parto é um transtorno que pode surgir nas primeiras quatro semanas após o parto, mas argumenta-se que é possível que se instale até um ano depois do nascimento do filho (BATTLE; ZLOTNICK. 2005). Ainda, é possível dizer que sua sintomatologia é bastante semelhante ao Transtorno Depressivo Maior (TDM) em si, sem critérios definidos para a distinção entre os dois a não ser a correlação direta da DPP com o sexo feminino no período do puerpério. Segundo a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (2014), os sintomas de TDM são divididos em principais (critério A) - humor deprimido e anedonia - e secundários (critério B) - fatigabilidade, irritabilidade, alterações no sono e apetite, culpa e isolamento social, lentificação motora e cognitiva, e ideação suicida, sendo que o diagnóstico é fechado com no mínimo cinco critérios presentes, contanto que um deles seja dos critérios A.

Atualmente, a ferramenta mais direcionada para a avaliação de sintomas de DPP é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), de domínio público, que consiste em um questionário classificatório da intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos associados que somam um escore sem caráter diagnóstico, apenas de alarme. A EPDS funciona com 10 questões que sondam diferentes sintomas a partir de suas frequências na última semana, com pontuação baseada na presença dos sintomas, podendo somar de 0 a 30 pontos ao todo, sendo que a depressão pós-parto deve ser considerada a partir de 10 pontos.

Entretanto, quanto à severidade da doença, os quadros mais graves podem se assemelhar à depressão psicótica. Nesses casos, a mãe pode ter alucinações, delírios, agitação e desorientação de tempo e de espaço, sendo que, comumente, manifestações auditivas apresentam-se como vozes de comando instruindo a mãe a ferir o bebê ou ela mesma. De forma análoga, as alterações severas de humor podem levar a mãe a acreditar que o filho é nocivo e doentio. (PAYNE. 2021). Tais cenários predispõe os riscos de suicídio e infanticídio, como foi reportado por Gilden *et al*. (2020). Na metanálise, foram encontradas taxas de suicídio variáveis entre 4% e 11%, o que corrobora a importância de diagnóstico e intervenção precoce.

Dentro do quadro de DPP, tais sintomas são responsáveis pela perda da capacidade emocional, o que pode prejudicar de alguma maneira a relação mãe-bebê, visto que essas mães gastam menos tempo interagindo com os filhos. Consequentemente, tudo pode, inclusive, culminar na interrupção precoce do aleitamento materno, o que por sua vez significa que haverá algum grau de defasagem no desenvolvimento da criança (CAMACHO, 2006).

Sobre a etiologia, ainda não há respostas concretas, contudo, Dalgalarrondo, em seu livro Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais (2008), afirma que os chamados ritmos biológicos - ritmo circadiano, ciclo menstrual, processo de amadurecimento e gestação - estão intimamente vinculados com a experiência e percepção humana de sua realidade, devido a flutuações hormonais associadas a significados culturais. Dito isso, uma das hipóteses mais aceitas na literatura atual é a causa hormonal do fim da gestação. Contudo, além da mudança fisiológica que envolve a queda dos hormônios estrógeno, progesterona, oxitocina, e também mudanças nos padrões de cortisol, melatonina e hormônios tireoidianos, há evidências de vulnerabilidade genética encontradas em estudos de manipulação de genes, o que fala a favor do fator da epigenética ser o maior envolvido no desenvolvimento da DPP (SCHILLER; MELTZER-BRODY; RUBINOW. 2015).

Para além da etiopatogenia, vários estudos evidenciam fatores de risco para DPP, sendo depressão e ansiedade gestacionais o principal deles, entre episódios depressivos anteriores à gestação, complicações obstétricas, traumas no parto -associados ou não à violência obstétrica-, história de natimorto e ausência de apoio social (HCFMUSP, 2012).

A nível epidemiológico, dados da Organização Mundial da Saúde relatam que a DPP chega a acometer em torno de 13% a 19.8% das mães mundo afora, sem oscilações significativas entre as etapas gestacionais. Isso representa que uma entre quatro mães vai sofrer prejuízos psicoemocionais em uma das etapas fundamentais para o estabelecimento do vínculo afetivo com os filhos, e predispõe uma fragmentação na estrutura do núcleo familiar, além de sofrimento psicológico para a mãe e filho, caso não seja diagnosticada e tratada. Nesse sentido, é orientado aos profissionais de saúde mental ao realizar a abordagem da anamnese psiquiátrica na infância e na adolescência a investigação aprofundadas as condições da gravidez (planejamento e aceitação), fatores ambientais estressores, saúde física e emocional da mãe durante de depois da gestação, além de apontar a depressão materna como um dificultador dos cuidados com o bebê. Tais pontos são chave para avaliação de transtornos mentais em crianças e adolescentes, segundo o

Compêndio de Clínica Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (2012).

Por tais motivos, é imprescindível uma investigação elaborada acerca dos fatores que expõe as mães ao desenvolvimento da DPP, e criar uma rede de rastreio mais segura, uma vez que muitos sintomas podem ser ignorados por medo da estigmatização. Isso acontece devido à pressão social que recai sobre o papel da Mãe, que ainda é vista como principal responsável pelos cuidados dos filhos. Dessa maneira, a expectativa da maternidade perfeita causa uma angústia que ainda é um tabu e afasta a mãe da possibilidade de ajuda, favorecendo o surgimento de quadros neuróticos, entre eles a DPP. Portanto, deve-se examinar a trajetória de tais mulheres e analisar como diferentes aspectos podem afetar o puerpério, a fim de ter uma melhor correlação entre diagnóstico e desdobramento.

2.1.6.2 Puerpério

O puerpério foi definido da seguinte forma por Silva e Botti (2005): "O fenômeno do nascimento representa uma experiência que é marcada por sentimentos de ansiedade, expectativa, realizações, projeções entre outros. Deste modo, com a chegada de um filho, inicia-se uma nova fase na vida da mulher denominada puerpério". Por isso, de todas as fases da vida de uma mulher, o pós-parto é a causadora de maior estresse mental e físico, quando o corpo precisa assimilar as mudanças da gestação e voltar ao estado anterior, com reconfiguração de perspectiva, dada pela transição existencial da maternidade.

Ainda que não esteja estabelecido o período do puerpério, o que se sabe é que "no caso de mulheres primíparas, esta fase pode estender-se, uma vez que a inexperiência associada a sentimentos de ansiedade, medo, esperança, entre outros, somatizam-se e produzem o quadro de instabilidade ainda maior do que o natural" (SILVA; BOTTI, 2005). Dessa maneira, como não há políticas coesas a nível federal voltadas às puérperas, o Ministério da Saúde (2005), ainda não sistematizou o período pós-parto no Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério. Já o DSM-V classifica o especificador de transtorno depressivo "com início no periparto" como até quatro semanas seguintes ao parto, sendo que, a *American College of Obstetricians and Gynecologists* utiliza como parâmetro as doze semanas que se seguem ao parto devido à variação de capacidade de adaptação entre as puérperas.

Entretanto, há discussões na literatura sobre a continuidade do pós-parto por até um ano, uma vez que sintomas de fadiga, tristeza e dor, além da dificuldade de adaptação

foram encontradas em mães até doze meses depois do fim da gestação. Isso sugere que a atual visão sobre o puerpério é limitada e deve ser estendida (CHENG; FOWLERS; WALKER. 2006). Portanto, a obtenção de dados nesse trabalho, serão usados como parâmetros de quatro semanas após a data do parto até doze meses.

2.1.6.3 Política de saúde da mulher

A nível nacional, em 2004 a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde deixou delimitadas as diretrizes para o cuidado com a saúde feminina na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O documento incorpora os princípios norteadores da integralidade e da promoção de saúde, num enfoque de gênero, buscando consolidar a busca por direitos sexuais e reprodutivos reivindicados pelas mulheres. Nesse sentido, a estratégia consiste em desenvolver uma rede de cuidados que assegurem à mulher direito ao planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério humanizados, além de garantir à criança um nascimento seguro.

Ainda, para adiante da questão obstétrica, a condição feminina na sociedade impacta diretamente suas demandas, as quais devem ser ouvidas pelos órgãos públicos. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde estabelece que, “Determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte.” (OPAS, 2000). Tal declaração foi levada em conta na elaboração da PNAISM, que configura entre seus propósitos o combate à violência doméstica e sexual, além de oferecer atenção ao abortamento inseguro, enfatizando, ainda, a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação no controle social.

Já dentro da esfera psicológica, foram definidos objetivos que contemplem a saúde mental da mulher brasileira. Nesse quesito, o documento compromete-se no sétimo tópico dos seus objetivos específicos “Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero”. Logo, tal compromisso, adicionado ao terceiro objetivo específico de “Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada [..]”, sugestionaria uma abordagem mais direcionada à DPP, uma vez que se trata de uma questão prevalente e que pode ser identificada em ambos os objetivos. Isto, porém, não foi diretamente definido.

Entretanto, o PNAISM foi revisado em 2013, e a partir daí foi elaborado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015), focado em otimizar e fortalecer o

PNAISM. Entre seus pontos abordados estão as Linhas de Ações, que desenvolvem os objetivos do PNAISM de forma mais precisa e palpável. Por exemplo, a Linha de Ação 3.10 diz respeito à promoção de atenção à saúde mental das mulheres. As propostas incluem a fomentação de estudos sobre o tema, levantando dados socioculturais e utilizar o matriciamento na APS como ferramenta para implantar estratégias que levem em conta as particularidades de gênero para atender os transtornos mentais na população feminina, articulando cuidado na Rede de Apoio Psicossocial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

2.1.6.4 Pré-natal

O pré-natal refere-se ao acompanhamento programado da mulher ao longo da gestação com uma equipe de saúde a fim de obter uma preparação satisfatória para o nascimento do bebê e acolhimento da mãe, o que contempla parte dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher (BRASIL, 1988). Para tanto, cabe promover orientação acerca de cuidados, educação sobre as futuras mudanças e rastreio de situações de risco, tanto para a saúde do bebê quanto para a da mãe. Nesse sentido, é imprescindível o início do calendário pré-natal assim que haja confirmação da gestação, uma vez que este momento é essencial para criar espaços que as mulheres possam manifestar suas expectativas, suas emoções ao receber a notícia da gestação e qual é o contexto social que irão estabelecer seu futuro com o bebê, mesmo nos casos que seja exigida interrupção da gestação dentro dos critérios legais cabíveis. Neste caso, o pré-natal deve seguir o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gestação (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, 2018).

De maneira geral, o pré-natal deve também conter exames de rotina que garantam a saúde materna e rastreiem doenças possivelmente nocivas à formação do feto.

A nível municipal, Atenção Primária em Saúde de Passo Fundo conta com o programa Meu Bebê, Meu Tesouro, fundado em 2013. A proposta parte da Prefeitura e tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil, fortalecer os vínculos entre as mães e os bebês e garantir acompanhamento médico e pediátrico na Rede Municipal de Saúde, com ações direcionadas para a saúde da mulher e do recém-nascido. Somado ao cuidado médico, o projeto promove educação e assistência biopsicossocial.

O acompanhamento das mães e seus bebês é feito até 1 (um) ano da criança. O Programa tem sua coordenação na Secretaria de Saúde e possui os seguintes métodos de trabalho: aciona unidades de saúde para agilizar consultas e realização de visitas

domiciliares e informação de pré-natal, puerpério e puericultura; contata os seguintes setores: de exames para avaliação da urgência de cada caso, o centro de referência de saúde da mulher para planejamento familiar e avaliação de gestantes de alto risco. O Programa também faz monitoramento das gestantes por meio de ligações telefônicas.

O diferencial das gestantes que fazem parte do programa são: monitoramento desde a gestação até o primeiro ano de vida do bebê; encontros trimensais para orientação em relação aos cuidados na gravidez, aleitamento e cuidados com o bebê; entrega de kit de enxoval para o bebê; atendimento em casos de gestação de risco e problemas de saúde da criança – realizadas pela Secretaria da Saúde e pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), entre outros procedimentos.

Embora o foco e motivo de sucesso do Meu Bebê, Meu Tesouro seja a redução da mortalidade infantil e materna, o programa possui potencial para intervir na saúde mental da gestante. Isso porque seu alcance, dedicação com o binômio mãe-bebê, capacidade de articulação com outras engrenagens do SUS, o reconhecimento antecipado dos sinais de alarme e seguimento adequado são essenciais para o cuidado integral da mãe e filho.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal de caráter descritivo e analítico, sendo um recorte da pesquisa intitulada “Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde de Passo Fundo-RS”

2.1.7.2 Local e Período de realização

O estudo será realizado no período de agosto de 2022 a junho de 2023 na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, todas pertencem à rede de assistência à saúde do município. Todas as unidades mencionadas são cenários de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo (UFFS/PF).

2.1.7.3 População e amostragem

A população deste estudo será composta por mulheres puérperas residentes na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul e assistidas na rede do Sistema Único de Saúde do município.

A amostra será composta pelas puérperas atendidas nas consultas de puericultura na Atenção Primária a Saúde do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha O período do puerpério considerado no estudo será de quatro semanas a doze meses após o parto.

Destaca-se que a amostragem será não probabilística selecionada por conveniência, e serão convidadas todas as mulheres puérperas atendidas em uma das Unidades Básicas de Saúde indicadas do município, no período estudado. Serão excluídas aquelas que não desejarem responder o questionário, bem como as menores de 18 anos.

Para o cálculo de tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um "n" de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando então, em uma amostra necessária de 271 mulheres.

2.1.7.4 Logística, variáveis e instrumentos de coleta de dados

O projeto de pesquisa será submetido para a Secretaria Municipal de Saúde a fim de conseguir a permissão para acesso às Unidades Básicas de Saúde. Com a concordância da Secretaria, o projeto será enviado para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFFS) que, sendo concedida, possibilitará o início da coleta de dados.

Para a coleta de dados, entrevistas serão realizadas nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, ao fim das consultas de puericultura, pela autora do projeto de pesquisa que se apresentará e fará à mulher o convite para participação da pesquisa. A entrevista será feita em sala privada da UBS. Caso a paciente aceite, será informada que deve ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), e que poderá tirar dúvidas, caso haja

alguma. Em seguida o entrevistador deve realizar a entrevista sociodemográfica e, em seguida, aplicar a Escala de Edimburgo – EPDS (ANEXO A), sempre conforme as respostas da entrevistada, sendo facultado à participante validar, ou alternar as respostas.

A classificação das participantes com relação à depressão será feita através da Escala de Edimburgo – EPDS, que é um instrumento de autopreenchimento, composto por 10 perguntas assertivas sobre o estado mental e padrão psíquico nos últimos sete dias, dando quatro alternativas por pergunta, as quais estratificam a frequência e a intensidade dos sintomas. A pontuação é feita de maneira que cada alternativa possui um valor, de zero a três pontos, e as respostas devem ser somadas para obter o escore final. "A somatória perfaz escore de 30 pontos, sendo considerado de sintomatologia depressiva o valor igual ou superior a 12, como análise de dados definido na validação da escala em uma amostra brasileira." (RUSCHI *et al*., 2007).

A análise sociodemográfica das entrevistadas será realizada através de um questionário padronizado (ANEXO B) que avaliará as seguintes variáveis: idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, situação de desemprego, uso de álcool, uso de drogas ilícitas, antecedentes psiquiátricos, número de gestações, número de abortos e número de partos vaginais e partos cesáreos.

2.1.7.5 Processamento, controle e análise dos dados

Os instrumentos serão duplamente digitados no software EpiData 3.1 (Distribuição livre) e a análise descritiva será realizada no software PSSP (distribuição livre) e consistirá no cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Para as demais variáveis numéricas serão estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil)

Ainda, a prevalência do desfecho (depressão pós-parto) será realizada a partir de um cálculo simples no qual o numerador representa mulheres com diagnóstico de DPP e o denominador, o total de mulheres incluídas na amostra. Neste cálculo, tem-se intervalo de confiança de 95% (IC95). A seguir, serão verificadas suas distribuições conforme as variáveis de exposição (sociodemográficas, comportamentais e de saúde) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%.

2.1.7.6 Aspectos éticos

Tratando-se de um recorte do projeto *"Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde"* e utilizando seus dados, o

presente estudo não necessitou ser submetido à apreciação ética, uma vez que o último já recebeu plena aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFFS, no dia 17/11/2022 sob o parecer nº 5.761.013.

Entretanto, incluindo-se a autora deste trabalho na equipe responsável pelo projeto *"Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde"*, cabe mencionar que as informações dos participantes da pesquisa serão protegidas: a privacidade e o sigilo serão mantidos – conforme exposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), o qual está aprovado pelo Comitê de Ética, bem como a legitimidade das informações coletadas durante a produção do trabalho para que eles sejam divulgados ao público posteriormente.

Os arquivos físicos serão armazenados em armário na sala dos professores da UFFS e os arquivos digitais em computador de uso pessoal da pesquisadora, protegido por login e senha por um período de cinco anos. Após este período, todos os arquivos físicos e digitais serão destruídos/deletados de forma definitiva.

O risco para as participantes refere-se à possibilidade de vazamento dos dados das participantes, causando exposição de informações íntimas. Para que isso seja evitado, os nomes serão ocultados das fichas questionários, substituídas por siglas e, para fins de digitação, os dados sigilosos serão substituídos por códigos. Em caso de vazamento de informações, a pesquisa será interrompida, a participante será informada sobre o ocorrido e terá informações excluídas do estudo. Caso algum risco se concretize, a Secretaria Municipal de Saúde e a gestão da UBS será informada sobre o ocorrido.

Para evitar o risco de constrangimento da participante, a entrevistadora informará que será respeitado o desejo da entrevistada de deixar de responder qualquer questão bem como interromper a participação a qualquer momento. Caso o constrangimento se concretize, será oferecido encaminhamento para atendimento psicológico dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo responsabilidade da pesquisa garanti-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para a gestão do serviço de saúde por meio da elaboração de relatório e será elaborado artigo científico. Não está prevista devolutiva direta para as participantes.

Quanto aos benefícios diretos para a participante, o principal impacto positivo será a possível identificação e reconhecimento dos principais sintomas da depressão pós-parto e a partir disso busque atendimento adequado. Já como benefícios indiretos para a gestão e comunidade, os resultados podem ser úteis para avaliar a prevalência, perfil e distribuição das mulheres com depressão pós-parto e sejam tomadas iniciativas

direcionadas à questão no município de Passo Fundo, possibilitando que este seja pioneiro em cuidado especializado no estado.

Diante dos benefícios supracitados, reforça-se que o presente estudo corrobora a otimização do atendimento à mulher na Saúde Primária, uma vez que suas premissas encontram respostas para os problemas elaborados e passa a ser fonte de conhecimento científico aplicável à gestão em saúde. Logo, respeitando-se os aspectos éticos e seguindo as orientações protetivas dos direitos dos envolvidos neste trabalho, os resultados são de grande relevância para o aprimoramento do atendimento em saúde de Passo Fundo e suas habitantes.

2.1.7.7 Recursos

Todos os custos, destacados no Quadro 1 abaixo, serão arcados pela equipe da pesquisa.

Quadro 1 - Orçamento

ITEM	Unidade	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Lápis	Caixa de lápis	1	15,00	15,00
Caneta	Caixa de caneta	1	20,00	20,00
Borracha	Borracha	2	2,50	5,00
Impressão	Impressão	400	0,10	40,0
Crachá	Crachá	1	20,00	20,00
Pasta	Pasta	4	8,00	32,00
Marca-texto	Marca-texto	4	9,50	38,00
Passagem de ônibus	x	30	2,25	67,5
TOTAL				237,5

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

2.1.7.8 Cronograma

Abaixo, está demonstrado o cronograma das atividades a serem desenvolvidas para a conclusão do trabalho, as quais terão início em agosto de 2022 e têm previsão de conclusão em julho de 2023.

Quadro 2- Cronograma de execução (agosto/2022 a julho/2023).

Período / Atividades	Ago 2022	Set 2022	Out 2022	Nov 2022	Dez 2022	Jan 2023	Fev 2023	Mar 2023	Abril 2023	Maio 2023	Jun 2023	Jul 2023
Revisão de literatura												
Apreciação ética												
Coleta de dados												
Análise de dados												
Divulgação de resultados												
Entrega do relatório final ao CEP												

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Revisão de literatura: 01/08/2022 a 01/07/2023.
Apreciação Ética: 01/08/2022 a 01/11/2023.
Coleta de dados: 01/12/2022 a 01/02/2023.
Análise de dados: 01/01/2023 a 01/03/2023.
Divulgação dos resultados: 01/04/2023 a 01/06/2023.
Entrega relatório final ao CEP: 01/07/2023 a 31/07/2023.

2.1.8 REFERÊNCIAS

AXFORS, Cathrine; ECKERDAL, Patricia; VOLGSTEN, Helena; WIKSTRÖM, Anna-Karin; EKSELIUS, Lisa; RAMKLINT, Mia; POROMAA, Inger Sundström; SKALKIDOU, Alkistis. Investigating the association between neuroticism and adverse obstetric and neonatal outcomes. **Scientific Reports**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 327-345, 29 out. 2019. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1038/s41598-019-51861-y.

BATTLE, Cynthia; ZLOTNICK, Caron. Prevention of Postpartum Depression.Psychiatric Annals. Jul 2005. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2006-04164-008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde (org.). **Política Nacional de Atenção Integral à Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Editora Ms, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde (org.). **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

CANTILINO, Amaury *et al*. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. FapUNIFESP (SciELO).

CAMACHO, Renata Sciorilli *et al*. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832006000200009.

CHENG, Ching-Yu; FOWLES, Eileen R.; WALKER, Lorraine O.. Postpartum Maternal Health Care in the United States: a critical review. **Journal Of Perinatal Education**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 34-42, 2006. Lamaze International.´

FORMAN, D Nielsen *et al*. Postpartum depression: Identification of women at risk. **Bjog**: An International Journal of Obstetrics and Gyneagology., [periódico da Internet], v. 107, n. 10, p. 1210-1217, out. 2000. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11028570/ . Acesso em: 04 abr 2022

GILDEN, Janneke; KAMPERMAN, Astrid M.; MUNK-OLSEN, Trine; HOOGENDIJK, Witte J. G.; KUSHNER, Steven A.; BERGINK, Veerle. Long-Term Outcomes of Postpartum Psychosis. **The Journal Of Clinical Psychiatry**, [S.L.], v. 81, n. 2, p. 125-137, 10 mar. 2020. Physicians Postgraduate Press, Inc. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4088/jcp.19r12906.

KOUTRA, Katerina; VASSILAKI, Maria; GEORGIOU, Vaggelis; KOUTIS, Antonios; BITSIOS, Panos; CHATZI, Leda; KOGEVINAS, Manolis. Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, [S.L.], v. 49, n. 5, p. 711-721, 21 ago. 2013. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-013-0758-z.

MCEVOY, Katherine M. *et al*. Poor Postpartum Sleep Quality Predicts Subsequent Postpartum Depressive Symptoms in a High-Risk Sample. **Journal Of Clinical Sleep Medicine**, [S.L.], v. 15, n. 09, p. 1303-1310, 15 set. 2019. American Academy of Sleep Medicine (AASM). http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7924.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.** Genebra: Human Reproduction Programme, 2022. 240 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989. Acesso em: 05 jun. 2022.

PAYNE, Jennifer. Postpartum psychosis: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. **UpToDate**. Endereço online. 23 jul 2021 Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-psychosis-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=post%20partum%20depression&topicRef=1704&source=see_link

PERINI, Giulia; RAMUSINO, Matteo Cotta; SINFORIANI, Elena; BERNINI, Sara; PETRACHI, Roberto; COSTA, Alfredo. Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. **Neuropsychiatric Disease And Treatment**, [S.L.], v. 15, p. 1249-1258, maio 2019. Informa UK Limited. http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s199746.

PUYANÉ, Meritxell; SUBIRÀ, Susana; TORRES, Anna; ROCA, Alba; GARCIA-ESTEVE, Lluïsa; GELABERT, Estel. Personality traits as a risk factor for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 298, p. 577-589, fev. 2022. Elsevier BV.

RENNÓ Júnior J; ROCHA R. Gravidez e depressão. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 92/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral *et al*. Aspectos epidemiológicos da depressão pósparto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, nov. 2007

SCHILLER, Crystal Edler; MELTZER-BRODY, Samantha; RUBINOW, David R.. The role of reproductive hormones in postpartum depression. **Cns Spectrums**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 48-59, 29 set. 2014. Cambridge University Press (CUP). http://dx.doi.org/10.1017/s1092852914000480.

SILVERMAN, Michael E.; REICHENBERG, Abraham; SAVITZ, David A.; CNATTINGIUS, Sven; LICHTENSTEIN, Paul; HULTMAN, Christina M.; LARSSON, Henrik; SANDIN, Sven. The risk factors for postpartum depression: a population-based study. **Depression And Anxiety**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 178-187, 18 jan. 2017. Wiley.

STEWART, Donna e; VIGOD, Simone N. Postpartum Depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. **Annual Reviews**: Annual Reviews of Medicine, [*s. l*], v. 70, n. 1, p. 183-196, jan. 2019.

TACHIBANA, Yoshiyuki; KOIZUMI, Noriaki; MIKAMI, Masashi; SHIKADA, Kana; YAMASHITA, Sayaka; SHIMIZU, Mieko; MACHIDA, Kazuyo; ITO, Hiroto. An integrated community mental healthcare program to reduce suicidal ideation and improve maternal mental health during the postnatal period: the findings from the nagano trial. **Bmc Psychiatry**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 450-467, 29 jul. 2020. Springer Science and Business Media LLC.

UNIFESP. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Fundamentação teórica: Abortamento e pré-natal. Biblioteca Virtual ESF. Especialização em Saúde da Família. 13ª oferta. Unidade Maria do Socorro. Ago 2018. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_casos_complexos/unidade22/unidade22_ft_abortamento.pdf

VAN BROEKHOVEN, Kiki E. M.; KARREMAN, Annemiek; HARTMAN, Esther E.; LODDER, Paul; ENDENDIJK, Joyce J.; BERGINK, Veerle; POP, Victor J. M.. Obsessive-compulsive personality disorder symptoms as a risk factor for postpartum depressive symptoms. **Archives Of Women'S Mental Health**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 475-483, 31 ago. 2018. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1007/s00737-018-0908-0.

WOSU, Adaeze C.; GELAYE, Bizu; WILLIAMS, Michelle A.. History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review. **Archives Of Women'S Mental Health**, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 659-671, 10 maio 2015. Springer Science and Business Media LLC.

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1 Apresentação

O objetivo deste relatório é descrever as atividades desenvolvidas dentro dos Componentes Curriculares Trabalho de Curso II e III, durante os semestres 2022.2 e 2023.1, no que se refere à pesquisa intitulada *"Prevalência de depressão pós-parto dentro da atenção primária em saúde no município de Passo Fundo/RS"*. Tal pesquisa foi elaborada pela acadêmica Isabela Ulthes Fonseca, sob orientação da Profª. Ma. Daniela Teixeira Borges e coorientação da Prfª. Drª. Renata dos Santos Rabello, sendo um recorte do projeto de pesquisa "Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde". O presente documento detalha o processo da coleta de dados e posterior análise destes.

2.2.2 Desenvolvimento

O presente projeto foi desenvolvido no semestre letivo 2022/1, paralelamente à redação do projeto ao qual anexou-se como recorte*: "Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde"*, elaborado pelas acadêmicas Isabela Ulthes Fonseca e Natasha Cecília Vilela, sob orientação da Profª Drª. Shana Aguiar e colaboração da Profª Ms. Daniela Teixeira Borges e da Profª. Drª. Renata dos Santos Rabello.

Em um primeiro momento do semestre letivo 2022/2, o projeto maior foi aprovado pela Secretaria de Saúde de Passo Fundo após envio de termo de anuência (ANEXO D). Depois da autorização vinda da Secretaria, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFFS um arquivo eletrônico com a documentação correspondente à Plataforma Brasil no dia 12/09/2022. O primeiro parecer foi recebido em 06/10/2022, e elencava quinze pendências relativas a ajustes de datas, correção de preenchimento dos campos na Plataforma, adição ou substituição de termos, além de informações sobre devolutivas e sigilo de dados. No dia 13/10/2022, a carta de pendências, o projeto corrigido e as alterações feitas na Plataforma foram enviadas ao CEP. O segundo parecer voltou no dia 31/10/2022, e contava com duas pendências: esclarecimento da idade mínima das participantes e quais termos deviam ser assinados conforme a idade. A carta de pendências e as alterações necessárias foram enviadas no

dia 01/11/2022. O projeto recebeu a plena aprovação do CEP no dia 17/11/2022, sob o parecer de nº 5.761.013 (ANEXO E).

Ainda no semestre 2022/2, durante os trâmites de apreciação ética, a equipe responsável (inclui-se a autora do presente trabalho) realizou reuniões para apresentação do projeto, alinhamento e finalizações do instrumento utilizado para coleta de dados. Ao fim do mesmo semestre, o Instrumento de Coleta de Dados (ANEXO B) foi convertido para formato digital através da criação do banco de dados no EpiData versão 3.1 (distribuição livre).

A coleta de dados iniciou dia 01/12/2022 com a aplicação do Instrumento em entrevistas com participantes por acadêmicas do curso de medicina da UFFS previamente treinadas. As entrevistas ocorreram nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, no município de Passo Fundo com mulheres que possuíam filhos de até 24 meses em acompanhamento puerperal nos territórios de abrangência. Para o cálculo de tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um "n" de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando então, em uma amostra necessária de 271 mulheres. Os dados foram duplamente digitados no software EpiData 3.1 e a análise descritiva foi realizada no software PSSP (distribuição livre) e consistiriu no cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Para as demais variáveis numéricas foram estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil).

Ainda, a prevalência do desfecho (depressão pós-parto) foi realizada a partir de um cálculo simples no qual o numerador representa mulheres com diagnóstico de DPP e o denominador, o total de mulheres incluídas na amostra. Neste cálculo, tem-se intervalo de confiança de 95% (IC95). A seguir, foram verificadas suas distribuições conforme as variáveis de exposição (sociodemográficas, comportamentais e de saúde) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%.

Depois da completa digitação dos dados e obtenção dos resultados, foi realizada a redação do artigo científico, como critério de avaliação do CCR Trabalho de Curso III, durante os meses de março a junho de 2023. O artigo foi redigido segundo as normas de submissão de artigos da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (ANEXO F).

ANEXO A – Escala de Edimburgo para Depressão Pós-Parto (EPDS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS **Título da pesquisa:** Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde.		
	ID do Questionário	NQUES__ __ __
	N° do entrevistador(a)	
	Data da entrevista:____/_____/_____	
	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL __
ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)		
Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está e sentindo nos ÚLTIMOS SETE DIAS...		
1	**Eu tenho me sentido capaz de rir e achar graça das coisas** (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	RIR__
2	**Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia-a-dia.** (0) Como sempre senti (1) Talvez, menos que antes (2) Com certeza menos (3) De jeito nenhum	PRA __
3	**Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem errado** (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	CUL__
4	**Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão** (0) Não, de maneira alguma (1) Pouquíssimas vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, muitas vezes	ANS__
5	**Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo** (3) Sim, muitas vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	PAN__
6	**Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia** (3) Sim, na maioria dos dias não consigo lidar bem com eles (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	ESM__
7	**Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir** (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	DOR__
8	**Eu tenho me sentido triste ou arrasada** (3) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes	TRI__

	(1) Não muitas vezes (0) Não, nenhuma vez	
9	**Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado** (3) Sim, quase o tempo todo (2) Sim, muitas vezes (1) De vez em quando (0) Não, nenhuma vez	CHO__
10	**A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça** (3) Sim, muitas vezes, ultimamente (2) Algumas vezes nos últimos dias (1) Pouquíssimas vezes, ultimamente (0) Nenhuma vez	MAL__

ANEXO B – QUESTIONÁRIO A SER APLICADO VIA ENTREVISTA

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - CAMPUS PASSO FUNDO – RS **CURSO DE MEDICINA** **Título da pesquisa:** Saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde. **Pesquisadora responsável:** Shana Ginar da Silva – shana.silva@uufs.edu.br	
0.a	ID do questionário	NQUES_
0.b	Nome do entrevistador(a)	
0.c	N° do entrevistador(a)	
0.d	Data da entrevista:____/_____/_____	
0.e	Local da entrevista: (1) UBS São Luiz Gonzaga (2) UBS Donária/Santa Marta (3) UBS São José (4) UBS Parque Farroupilha	LOCAL __
	BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
1.	**Qual o seu nome completo?**_____	
2.	**Qual é a sua idade? __ __** *ANOS COMPLETOS*	IDA _ _
3.	**Você tem telefone para contato?** TEL (_ _) _____- _____ *SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É*	TEL (_ _) _____- _____
4.	**Você poderia me informar o seu endereço?** *ANOTAR COMPLETO (RUA, N°, BAIRRO E PONTO DE REFERÊNCIA)*	
5.	**Você se considera de que raça/cor?** (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR __
6.	**Qual seu estado civil?** (1) Casada/ vivendo com companheiro (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva	CIV__
6a	*SE CASADA/ VIVENDO COM COMPANHEIRO:* **O seu marido/companheiro é o Pai do biológico do seu último filho?** (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica	PAIBIOL_

6b	*SE SOLTEIRA/ OU CASO O COMPANHEIRO NÃO SEJA O PAI BIOLÓGICO:* **Você tem contato com o pai da criança?** (1) Sim, relação amigável (2) Sim, relação conflituosa (3) Não tem contato	CPAI_
7.	**Qual a sua escolaridade?** (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo	ESC___
8.	**Você trabalha atualmente?** (1) Sim *SE SIM*, trabalha com o que? _____ (2) Não trabalho/ estou desempregada	TRAB____
9.	**Quantas pessoas moram no seu domicílio? __ __** *INCLUIR A PARTICIPANTE*	NDOM__ __
10.	**Qual sua renda familiar total (em reais R$)?** *CONSIDERE A RENDA DE TODOS DA FAMÍLIA*	REND _____
11.	**Quantos filhos(as) você tem? __ __**	FIL__ __
12.	**Quantas gestações você já teve além da última?** __ __ *SE TEVE APENAS UMA GESTAÇÃO COLOCAR 00*	GESTA _____
13.	**Você já sofreu abortos?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	ABORT ____
13a	*SE SIM*, **quantos foram?**	NABORT__
14.	**A sua última gestação foi planejada ou você engravidou sem querer?** (1) Sim (2) Não	PLA____
	BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA E PRESENÇA DE COMORBIDADES	
15.	**Você atualmente é fumante?** (1) Sim (2) Não, nunca fumei. (3) Não, mas já fumei.	FUMA____
15a	**Na sua última gestação você fumou?** (1) Sim (2) Não (3) Fumava, mas parou quando descobriu a gravidez	FUMOGEST _
16.	**Você tem o costume de consumir bebida alcoólica?** *ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"* (1) Sim (2) Não	BEBE_____
16a	**Na sua última gestação você consumiu bebidas alcoólicas?** (1) Sim (2) Não (3) sim, mas parou quando descobriu a gravidez	ALCGEST_
17.	**Atualmente, você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre?** *ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"* (1) Sim. (2) Não	AF__
17a	*SE SIM*, **quantas vezes por semana? _____** *EM DIAS*	AFVEZ_
17b	*SE SIM,* **Quanto tempo por dia? _____** *EM MINUTOS*	AFTEMP _ _
17c	*SE SIM,* **Qual tipo de atividade física você faz atualmente? _____**	TIPOAF_
Agora vamos falar da sua atividade física na última gestação....		
18.	**Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS MESES ANTES</u> da última gravidez?**	

	(1) Sim (2) Não	AFANTES_
18a	*SE SIM,* **Qual(is)?**	
18b	*SE SIM,* **Quantas vezes por semana?** _____ vezes	AFANTESV_
18c	*SE SIM,* **Quanto tempo em cada vez?** _____ minutos	AFANTEST_
19	**Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular nos <u>TRÊS PRIMEIROS MESES</u> da gravidez?** (1) Sim (2) Não	AF1TRI_
19a	*SE SIM,* **Qual(is)?**	
19b	*SE SIM,* **Quantas vezes por semana?** _____ vezes	AF1TRIV_
19c	*SE SIM,* **Quanto tempo em cada vez?** _____ minutos	AF1TRITEMP_
20	**Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular DOS <u>4 AOS 6 MESES</u> da gravidez?** (1) Sim (2) Não	AF2TRI_
20a	*SE SIM,* **Qual(is)?**	
20b	*SE SIM,* **Quantas vezes por semana?** _____ vezes	AF2TRIV_
20c	*SE SIM,* **Quanto tempo em cada vez?** _____ minutos	AF2TRITEMP_
21	**Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico regular DOS <u>7 MESES ATÉ O FINAL</u> da gravidez?** (1) Sim (2) Não	AF3TRIM_
21a	*SE SIM,* **Qual(is)?** _____	
21b	*SE SIM,* **Quantas vezes por semana?** _____ vezes	AF2TRIV_
21c	*SE SIM,* **tempo em cada vez?** _____ minutos	AF2TRITEMP_
22	**Quem disse como a Sra. deveria se exercitar durante a gestação?** (1) Médico (2) Professor de educação física (3) Outro profissional de saúde (4) Amigo/parente (5) Ninguém (6) Outro: _____ (7) Não fez exercício na gravidez	AFACONS_
Agora vamos falar de algumas comorbidades...		
	Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:	
23	Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE__
24	Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra *–NÃO CONSIDERAR DIABETES GESTACIONAL*	DM__
25	Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HAS__
26	Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES__
27	Triglicerídeo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI__
28	Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI__
		TIRE__
		DEPRE__

29 30 31 32 32a	Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra *SE SIM*, **em que local do corpo? _____**	HIV__ CANCER__ LCAN__ __
33	**<u>ATUALMENTE</u>, você utiliza algum método contraceptivo?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe informar	MET_
33a	*SE SIM,* **Qual método contraceptivo você usa?** (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma). (6) Outro. Se outro qual? _____	TIPOMET_
34	**Qual seu peso atual (em kg)? _ _ _ , _ _ _** (9) não sabe/não lembra	PESO_ _ _, _ _
35	**Qual a sua altura (em cm)?** _ _ _ (9) não sabe/não lembra	ALT _ _ _
	BLOCO C - INFORMAÇÕES DO PRÉ-NATAL, PARTO E ÚLTIMA GESTAÇÃO	
36	**Quantos anos você tinha quando engravidou do último filho? _ _**	IDADULTFIL
36a	**Qual foi a idade gestacional quando você descobriu a gravidez?** _ _ SEMANAS (9)Não sabe/não lembra	IDADESCO_
36b	**Qual foi a sua reação com a notícia da gravidez?** *AGUARDAR A MULHER RESPONDER E ASSINALAR A RESPOSTA CORRESPONDENTE*	REATGEST_
37	**Na sua última gestação, você fez acompanhamento pré-natal?** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	PRENAT___
38	*SE SIM*, **Quantas consultas de pré-natal você fez? _____** (9)Não sabe/não lembra	PRECONS__ __
39	**Em qual trimestre você começou a realizar pré-natal?** (1) Primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre (4) Não realizei pré-natal. (5) Não sabe/não lembra	PRETRI___
40	**Em qual tipo de serviço você realizou a maior parte do seu pré-natal?** (1) Público/SUS (2) privado (3) convênio (4) Outro _____	SERVPRE_
41	**Durante o seu pré-natal, você foi atendida por um médico especialista pelo menos uma vez?** (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	ATMEDESP_ __
42	**Durante pré-natal, realizaram controle da sua pressão arterial?** (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CPA_____
43	**Durante pré-natal, realizaram coleta de sangue?** (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CSANGUE__
44	**Durante pré-natal, realizaram coleta de urina?** (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	CURINA____ _
45	**Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno?** (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OLOCAL___

46	**Você recebeu orientações sobre o parto, seus direitos e local que deveria procurar?** (1) Sim (2) Não (3) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	OPARTO____
47	**Você foi orientada a elaborar um plano de parto?** (1) Sim, e elaborei (2) Sim, mas não elaborei (3) Não (4) Não realizei pré-natal (9) Não sei/ Não lembro.	PLANOP___ ___
Agora vamos falar de alguns dados clínicos da sua última gestação....		
48	**Qual foi a data do parto?____/ _____/ _____**	DATAPART_
49	**Qual a idade atual do seu filho(a)?** _____ano ____meses	IDADEFIL_
50	**Qual foi a idade gestacional no momento do nascimento?** _____semanas	IG____
51	**Qual foi o tipo de gestação?** (1) Única (2) gemelar	TIPOGEST_
	Agora vou falar sobre algumas morbidades e gostaria que você me informasse se teve alguma delas durante a sua gestação?	
52	Diabetes gestacional: (1) Sim (2) Não	DMG_____
52a	Já tinha diabetes <u>ANTES</u> da gestação? (1) Sim (2) Não	DMANTES_
53	Hipertensão gestacional: (1) Sim (2) Não	HASG_____
53a	Já tinha pressão alta <u>ANTES</u> de engravidar? (1) Sim (2) Não	PANTESG__
54	Pré-eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	PRECLAMP_
55	Eclâmpsia: (1) Sim (2) Não	___
56	Síndrome de Hellp: (1) Sim (2) Não	ECLAMP_
57	Infecção do trato urinário (1) Sim (2) Não	SH __
58	Excesso de ganho de peso (1) Sim (2) Não	ITU_
59	ISTs – sífilis, clamídia, HIV, verrugas genitais (1) Sim (2) Não	IST_
60	Outro: _____Se sim, qual?	OUTRAMOR B_
61	**Qual foi seu peso <u>AO FINAL</u> gestação?** _____ (9)Não sei/não lembro	PESOFINAL _____
62	**Qual era o seu peso <u>ANTES</u> de engravidar?** _____ (9)Não sei/não lembro	PESOANTES ____
63	**Qual foi seu tipo de parto?** (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Vaginal com fórceps (um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga) ou Vácuo Extrator	TIPOPART ___
64	*EM CASO DE CESÁREA*, **Quando foi decidido que o parto seria cesárea?** (1) Durante o pré natal (2) Na internação do parto (3) Na sala de parto (4) Não sei/Não lembro	DECICES_
65	*EM CASO DE CESÁREA*, **Qual foi o motivo para fazer cesárea?** (1) Complicações na hora do parto. (2) Complicações da gestação. (3) A senhora quis. (4) O médico quis. (5) Foi programada durante a gravidez (6) Não sei/ Não lembro	MOTIVCES_
66	**Qual foi o local do parto?** (1) Hospital Público/SUS	

	(2) Hospital Privado (3) Hospital via Convênio (4) Domiciliar	LOCPARTO_ ___
67	**Qual foi a sua satisfação com o parto?** (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Indiferente (4) Bom (5) Muito bom	SATISFPART ___
67a	*SE MUITO RUIM/RUIM*, **qual foi o principal motivo?**	MSATISFPA RT_
68	**Você <u>utilizava</u> algum método contraceptivo quando engravidou nesta última gestação?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CONTPREG EST_
68a	*SE SIM,* **Qual método você utilizava quando engravidou?** (1) Contraceptivo oral (2) Contraceptivo injetável (3) DIU de cobre (4) DIU hormonal (5) Método de barreira (camisinha, diafragma).	METPREGES T_
68b	*SE NÃO,* **Qual o motivo de não usar método contraceptivo?** (1) A gravidez foi planejada (2) Não tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos (3) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não tinha acesso a eles (4) Tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos, mas não achava que seria necessário (5) Outro: _____	MOTNAOM ET_
QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA		
	Agora vou fazer umas perguntas e gostaria que você me dissesse o que você considera ser seu direito na hora do parto?	
69	**Ter um acompanhante o tempo todo no hospital durante o parto?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VACOMP_
70	**Escolher a posição do parto?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPOSPART_ _
71	**Ter uma doula?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOULA_
72	**Receber auxílio para dor?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	
73	**Escolher se vai fazer a raspagem dos pelos?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VDOR_
74	**Ter um plano de parto?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VPELOS_ VPLANPART _
75	**Negar a realização do corte na vagina?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe	VEPISIO_
76	**Você sabe o que é/ já ouviu falar em violência obstétrica?** (1) Sim (2) Não	VSABEVO__
76a	*SE SIM*, **O que você entende por violência obstétrica?**	
77	**Você, em algum momento, já sofreu violência obstétrica?** (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (4) Não sabe o que é violência obstétrica.	VSOFREVO_ ____

77a	*SE SIM*, **Você sabia o que fazer diante da violência sofrida?** (1) Sim (2) Não	VSFAZER_
77b	*SE SIM*, **Quais as providências você tomou?**	VPROVID_
77c	*SE NÃO*, **Caso tivesse sofrido você saberia o que fazer?**	VSABERIA_
78	**Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana nascimento do seu último bebê?** (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro.	VNASCULT_ ____
	CASO O PARTO TENHA SIDO VAGINAL/NORMAL FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO: ➔ *SE PARTO CESÁREA PULAR PARA QUESTÃO 94*	
79	**Qual foi sua a posição do parto ?** (1) Deitada (com as pernas afastadas) (2) Cócoras (3) No banquinho (4) De quatro (5) Outra: _____	VPOSIPART_
80	**Você escolheu a posição do seu parto?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VESCPOSIP ART_
81	*SE NÃO,* **Quem escolheu sua posição de parto?** (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Doula (4) Outro: _____ (5) Não sei/não lembro	VQUEMPOSI _
82	**Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebe?** (1) Sim (2) Não	VSUBIBAR_
83	**Foi realizado um corte na vagina na hora do bebe nascer?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VCORTEV_
83a	*SE SIM*, **Você foi informada que esse corte seria feito?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VINFOCORT _
83b	*SE SIM*, **Foi feita anestesia para a realização do corte?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VANESTCOR T_
84	**Durante o trabalho de parto você foi proibida de sair da cama e caminhar pelo quarto ou corredor?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPROIBSAI R_
85	**A senhora sentiu muita dor durante o trabalho de parto?** (1) Sim, um pouco (2) Sim, muita dor. (3) Não	VMUITADO R_
85a	*SE SIM,* **Você pediu algum remédio ou outra coisa para alívio da dor?** (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VREM_
85b	*SE SIM,* **depois de pedir algum remédio ou outra coisa para alívio da dor você teve seu pedido atendido?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VPEDATEN D_
	Foi oferecido para você alguns desses itens para alívio da dor?	
86	**Bola** (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBOLA_
87	**Massagem** (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VMASSAG_
88	**Banquinho** (1) Sim, e usou. (2) Sim, mas não quis usar. (3) Não.	VBANCO_
89	**Outro:**	OUTRO_
90	**Durante o trabalho de parto, você pediu algum líquido ou alimento?** (1) Sim. (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VALIMENT_
90a	*SE SIM,* **você teve o seu pedido de alimentação/ líquido atendido?** (1) Sim. (2) Não (3) Não, realizei cesárea (9) Não sabe/não lembra	VALTATEND _
91	**Fizeram exame de toque em você durante o trabalho de parto?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	VTOQUE_
92	*SE SIM*, **O exame foi realizado por diferentes pessoas/profissionais de saúde?**	VPROFDIF_

	(1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	
93	**Antes de iniciar o trabalho de parto, foi colocado algum remédio por baixo (na vagina) para entrar em trabalho de parto?** (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não lembra	VOCITO_
94	**Algum familiar (amigo) acompanhou a senhora durante a internação e trabalho de parto?** (1) Sim, a maior parte do tempo. (2) Sim, o tempo todo. (3) Não, a maternidade não permitia. (4) Não, não era permitido em virtude da covid19 (5) Outro: _____	VACOMP__
95 96 97	**Sobre cuidados <u>ANTES</u> do parto:** **Foi feita lavagem intestinal?** (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra **Você foi obrigada a fazer raspagem dos pelos pubianos?** (1) Sim (2) Não (9) não sabe/não lembra **Algum profissional rompeu sua bolsa?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VLAVINT____ VRASPEL____ ROMPB_____
98	**Alguém deixou de responder alguma dúvida ou pergunta sua durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VDUV_____
99	**Algum profissional gritou, xingou, humilhou ou ameaçou você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VHUM_____
100	**Algum profissional repreendeu você por chorar ou gritar durante o trabalho de parto?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VREPREND_____
101	**Algum profissional debochou ou fez piadas de você durante o trabalho de parto ou acompanhamento pré-natal?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/ Não lembra	VPIADA_____
102	**Você foi abandonada em algum momento sozinha, sem explicações e sem atendimento durante o trabalho de parto?** (1) Sim (2) Não (9) Não sei/ Não lembro	VSOZ_____
103	**Logo que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, você pegou e/ou tocou nele?** (1) Sim (2) Não, não deixaram. (3) Não, a criança teve alguma complicação e foi direto encaminhada para atendimento (4) Não sabe/não lembra	VPELEBEB_____
104	**Você pode amamentar a criança logo após as primeiras horas do parto?** (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	VAMAPOS____
105	**Você teve COVID-19 durante a gestação?** (1) Sim (2) Não	COVIDGEST_
106	*SE SIM,* **teve alguma complicação/sequela relacionada à COVID-19 no parto ou após?**	COMPLCOV_
	BLOCO D - SAÚDE DA MULHER	
107	**Qual foi a idade da sua menarca** *(primeira mentruação)***?** _ _ ANOS	IDADMENARC_
108	**Qual a idade da sexarca** *(idade da primeira relação sexual)***?** _ _ ANOS	IDADSEX_

110	**Durante a sua adolescência, houve ALGUMA conversa sobre mudanças corporais e sexualidade?** (1) Sim (2) Não (9) Não sabe/não lembra	CSEXUAL_
111	*SE SIM,* **Quem conversou com você sobre esses assuntos?** (1) Família. Qual membro? ____ (2) Escola (3) Unidade de saúde (4) Amigos (5) Outro:	QUEMSEXUAL_
112	**Como você considera a sua saúde?** (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSAUDE_
113	**Como você considera a qualidade do seu sono?** (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	AUTOSONO_
114	**Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo?** (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	EXAMEPAPA__
114a	*SE SIM*, **nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo?** (1) Sim (2) Não (9) Não sei/não lembro	PAPATRES_
114b	*SE SIM*, **de que forma você soube da necessidade de fazer o exame?**	FORMAPAPA_
114c	*SE NÃO*, **por que você não fez o exame ginecológico preventivo?**	MOTNAOPAPA_
115 115a	**Atualmente, você está grávida?** (1) Sim (2) Não *SE SIM*, de quantas semanas? _ _ SEMANAS	GRAVIDA____ G2SEM_
116	**Você já participou de algum programa de planejamento familiar?** (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	PARTPLAN_
117	**Algum profissional de saúde já te orientou sobre o uso de métodos contraceptivos** *(Incluindo instruções de uso, quais as opções existentes, quais os prós e contras de cada método contraceptivo)***?** (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	ACONSMETPRO_
118 118a	**Você está satisfeita com o método contraceptivo que utiliza atualmente?** (1) Sim (2) Não (3) Não uso atualmente. *SE NÃO,* porquê não está satisfeita?	SATISFMET_ INSATISFMET_
119	**Você considera de fácil acesso, pelo SUS, o método contraceptivo que você escolheu utilizar?** (1) Sim (2) Não	ACESSOSUSMET_
120	**Algum profissional de saúde já te orientou sobre o que são e como se prevenir de IST's?** (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	ACONSIST_
121	**Algum profissional de saúde já te orientou acerca da importância de cuidar da sua saúde?** *Como a importância de manter a higiene íntima, fazer exame citopatológico.* (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	ACONSCUID_
Agora vamos falar de alguns aspectos de saúde mental....		
122	**Você já teve algum diagnóstico psiquiátrico?** (1) Sim (2) Não	DIAPSI_
  122b 122c 122d	*SE SIM*, **qual?** Transtorno Depressivo Maior não relacionada à gestação (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro Transtorno Depressivo na Gestação (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro Transtorno Depressivo Pós-Parto (excluir última gestação)	 TDM_ TDG_ TDPP_

	(1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	
122e	Transtorno Ansioso (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	TA_
122f	Transtorno Afetivo Bipolar (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	TAB_
122g	Transtorno Esquizoafetivo (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	TE_
122h	Transtorno Obsessivo-compulsivo (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	TOC_
122i	Transtorno de Personalidade (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro	TPERS_
122j	TDAH (1) Sim (2) Não (9)Não sei/não lembro (1) Outro: _____	TDAH_ OUTROTRANST_
123	**Você já fez/ faz uso de medicamentos para dormir <u>desde o último parto</u>?** (1) Sim, atualmente faço. (2) Sim, já fiz, mas não faço mais. (3) Não (4) Não sei/não lembro	MEDDORM_
124	**Você já fez/ faz uso de medicamentos para depressão?** (5) Sim, atualmente faço. (6) Sim, já fiz, mas não faço mais. (7) Não (8) Não sei/não lembro	MEDDEPRE_
125	**Você tem algum familiar com histórico de transtorno mental?** (1) Sim (2) Não (3) Não sei/não lembro	FAMTMC_
126	**Você possui algum problema de dependência de substâncias ilícitas?** (1) Sim (2) Não	DEPSUBST_
127	*SE SIM*, **faz acompanhamento, seja na UBS ou no CAPS AD?** (1) Sim (2) Não	ACOMPCAPS_
BLOCO E - SAÚDE DA CRIANÇA **Agora vamos falar de alguns assuntos relacionados à saúde da criança....**		
128	**Qual idade ATUAL do seu bebê? ____** m _____d	IDAB_____
129	**Qual foi o peso do bebê ao nascer a <u>NASCER</u>? _____g** (9) Não sei/não lembro	PESNASC_
130	**Qual é o peso <u>ATUAL</u> do bebê? _____g** (9) Não sei/não lembro	PESOATUAL_
131	**Qual foi o comprimento do bebê ao <u>NASCER</u>? _____ cm** (9) Não sei/não lembro	COMPNASC
132	**Qual é o comprimento <u>ATUAL</u> do seu bebê? _____cm** (9) Não sei/não lembro	COMPATUAL_
133	**O seu bebê nasceu prematuro?** (1) Sim (2) Não	PREMAT_
134	**O bebê precisou de internação em unidade neonatal assim que nasceu?** (1) Sim (2) Não	UTI_
134a	*SE SIM*, **por qual motivo?** (9)Não sei/não lembro	MOTIVOUTI_
135	**APGAR no 1': ____** (9) Não Sabe/não lembra	APGAR1_
136	**APGAR no 5': ____** (9) Não Sabe/não lembra	APGAR5_
137	**O bebê atualmente mama no peito?**	

	(1) Sim (2) Não	MAMAPEIT_
137a	*SE NÃO*, **o bebê, em algum momento mamou no peito?** (1) Sim (2) Não	MAMOU_
137b	*SE NÃO MAMOU:* **Por que não mamou? _____**	MOTIVNMAMA_
137c	*SE SIM,* **Até que idade mamou no peito?** __ ano ____meses (99) ainda mama	IDADEMAMOU_
138	**O bebê já tomou fórmula infantil como Nan, Milupa, Aptamil, Pregomin?** (1) Sim (2) Não	FORM____
138a	*SE SIM,* **Com que idade ele começou a tomar fórmula?** __ ano ____meses	IDADFORM_
	Agora eu vou lhe dizer uma lista de alimentos e a Sra. vai me dizer se o bebê já começou a beber/comer. Se ele (a) está recebendo, eu quero saber quando começou?	
139	Água _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	AGUA_
140	Leite em pó _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	LEITEPO_
141	Leite de vaca _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	LEITEVAC_
142	Chá _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	CHA_
143	Suco _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	SUCO_
144	Refrigerante _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	REFRI_
145	Papa de frutas _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	PAPAFRUT_
146	Papa salgada _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	PAPASALG_
147	Caldos _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	CALDO_
148	Sopa _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	SOPA_
149	Iogurte _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	IOGURT_
150	Bolacha _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	BOLACH_
151	Pão _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	PAO_
152	Ovo _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	OVO_
153	Carne _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	CARNE_
154	Massa _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	MASSA_
155	Legumes _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	LEGUM_
156	Arroz _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	ARROZ_
157	Outro? _____. _____m_____d. (00) Nunca ingeriu (9)Não sei/não lembro	OUTRO_
Sobre as vacinas, o seu bebê já tomou: *PEÇA PARA VER A CADERNETA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA*		
	AO NASCER	
158	**BCG ID** (1) Sim (2) Não (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	BCG_
159	**Hepatite B** (1) Sim (2) Não (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPBNASC_
	AOS 2 MESES	
160	**Hepatite B** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HEPB2_
161	**Rotavírus** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	ROTA2_
162	**DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana)** (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem	DTPA2_
163	carteirinha	HIB2_
164	**Hib (Haemophilus influenzae)** (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem	VOP2_
165	carteirinha	PNEMO2_
	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
166	*AOS 3 MESES*	
167	**Meningocócica conjugada C e ACWY** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/sem carteirinha	MENINGO3_ MENINGOB3_

168	**Meningocócica B recombinante** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
169		HEPB4_
170	*AOS 4 MESES,* **REFORÇOU:**	ROTA4_
171		DTPA4_
172	**Hepatite B** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	HIB4_
173	**Rotavírus** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	VOP4_
	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	PNEUMO4_
174	**Hib (Haemophilus influenzae)** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOC
175	**Pneumocócica conjugada** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	5_
		MENINGOB
	AOS 5 MESES, **REFORÇOU:**	5_
176		
177	**Meningocócica conjugada C e ACWY** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não	
178	lembro/sem carteirinha	HEPATB6_
179	**Meningocócica B recombinante** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem	DTPA6_
180	carteirinha	HIB6_
		VOP6_
	AOS 6 MESES, **REFORÇOU:**	PNEUMO6_
181	**Hepatite B** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	DTP/DTPa (Tríplice Bacteriana) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	FEBRE7_
182	**Hib (Haemophilus influenzae)** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem	
183	carteirinha	PNEUMO12_
	VOP/VIP (Poliomielite) (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGO12
184	**Pneumocócica conjugada** (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	MENINGOB
		12
	AOS 7-11 MESES	
	Febre Amarela (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	AOS 12 MESES, **REFORÇOU:**	
	Pneumocócica conjugada (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	Meningocócica conjugada C e ACWY (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	Meningocócica B recombinante (1) Sim (2) Não (3)Não se aplica (4)Não sei/não lembro/ sem carteirinha	
	Agora vamos falar sobre a periodicidade de consultas médicas realizadas pelo seu bebê nos 2 primeiros anos de vida....	
185	1 semana (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	SEM_
186	1 mês (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES1_
187	2 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES2_
188	4 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES4_
189	6 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES6_
190	9 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES9_
191	12 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES12_
192	18 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES18_
193	24 meses (1) Sim (0) Não (3) Não se aplica (4)Não sei/não lembro	MES24_

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "**SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**", desenvolvida sob coordenação da Professora Dra. Shana Ginar da Silva.

O objetivo central do estudo é avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser uma mulher com idade igual ou superior a 18 anos, que teve filho nos últimos 24 meses e faz acompanhamento de puericultura no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha do município de Passo Fundo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de questionário à um acadêmico do Curso de Medicina da UFFS previamente treinado para a realização da coleta de dados. O questionário será dividido em blocos: (A) características sociodemográficas; (B) hábitos de vida; (C) informações do pré-natal; (D) dados clínicos referente a última gestação; (E) Dados sobre Violência Obstétrica; (F) Saúde da Mulher; (G) Saúde da Criança. No bloco A as variáveis sociodemográficas avaliadas serão: idade, escolaridade, raça/cor, renda familiar, situação conjugal, número de filhos. No bloco B, as variáveis relacionadas aos hábitos de vida serão: tabagismo, álcool e atividade física. Sobre as variáveis de informações do pré-natal, contidas no bloco C, serão utilizadas: n° de consultas, quando iniciou o pré natal, médico qualificado em pelo menos uma consulta, controle de PA, coleta de sangue, coleta de urina, vacina tétano (duas doses), recebimento de orientações sobre parto, recebimento de informação sobre qual local procurar na hora do parto, elaboração de plano de parto. Nos dados clínicos da última gestação (bloco D) serão questionados sobre data do parto, tipo de parto, complicações da gestação, peso ao nascer, idade gestacional, ganho de peso gestacional, local parto e satisfação com o parto. O bloco E, abordando sobre a violência obstétrica diretamente serão questionados sobre o conhecimento do tema, reconhecimento como vítima, posição do parto, realização cortes, pressão na parte superior do útero, anestesia para o corte, exame de toque, uso de medicação para acelerar o parto, oferecimento de método para alívio da dor, proibição de sair da cama, alimentação, lavagem intestinal, acompanhante, depilação, ruptura da bolsa amniótica, proibição de perguntas, discriminação e ameaças, humilhação, contato pele a pele, abandono e negligência, amamentação primeira hora. Já sobre a saúde da mulher será questionado sobre: depressão pós-parto, qualidade do sono, autopercepção de saúde e IMC (peso e altura). E por último, sobre saúde da criança será questionado sobre: aleitamento materno, cobertura vacinal, peso, altura e comprimento.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 45 minutos, e do questionário aproximadamente 30 minutos.

Os riscos desta pesquisa são exposição acidental da identificação dos participantes e visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade dos entrevistados, os dados de identificação do participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há o risco emocional e de constrangimento, para isso a entrevista será realizada em local reservado garantindo desse modo a sua privacidade. Além disso, a senhora poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde.

Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que você identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas, críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil.

Dessa forma, entende-se que o estudo contribuirá na produção do conhecimento da área e no planejamento das ações e estratégias de cuidado junto as equipes das unidades de saúde, pois, além de ampliar o conhecimento sobre saúde materno-infantil, abrirá espaço para discussões das diversas interfaces presente na saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico puerperal.

Os resultados deste trabalho poderão ser publicados em artigo científico ou apresentados em encontros ou congressos e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando informar, da maneira que achar mais conveniente, a sua desistência sem ter qualquer prejuízo. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A devolutiva dos resultados da pesquisa para às instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a coordenadora a qualquer momento pelo e-mail shana.silva@uffs.edu.br. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da

Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3° andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

CAAE:
Número do Parecer de aprovação no CEP/UFFS: nº 5.761.013

Data de Aprovação: 17/11/2022

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Passo Fundo, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante: _____

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

_____

Profa. Dra. Shana Ginar da Silva
Pesquisadora Responsável

ANEXO D – Termo de Anuência para a Secretaria Municipal de Saúde de Passo

Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura de Passo Fundo
Secretaria de Saúde - SMS

Declaração de Autorização de Pesquisa

A Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, através do setor Ensino Serviço e do Núcleo de Saúde Bucal, autoriza a realização do projeto de pesquisa intitulado: **SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** O referido projeto de pesquisa está vinculado à UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL CAMPUS PASSO FUNDO – RS, sob coordenação da **Profª. Drª. Shana Ginar da Silva.** A liberação está condicionado a parecer positivo emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Sistema CEP / CONEP.

Antes de iniciar a execução do projeto, o pesquisador responsável deverá disponibilizar cópia do parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa ao responsável pelo setor de Ensino e Serviço e Núcleo de Saúde Bucal, desta secretaria.

Ressalta-se a necessidade de cumprimento da legislação brasileira relativa à pesquisa envolvendo seres humanos, notadamente a resolução 466 / 2012 do Conselho Nacional de Saúde e disposições complementares, os Códigos de Ética Profissionais e a Lei Geral de Proteção de dados na condução / sequência do projeto.

As unidades de saúde pré-selecionadas são: Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha. A aplicação / condução dos trabalhos é de inteira responsabilidade do pesquisador responsável e de sua equipe de colaboradores.

Passo fundo, 25 de agosto de 2022.

Nedio Bedendo
Coordenador Ensino Serviço
Secretaria Municipal de Saúde

Nedio Bedendo
Coordenador Ensino Serviço
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Fronteira Sul

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EM USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Pesquisador: SHANA GINAR DA SILVA
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 62903222.8.0000.5564
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.761.013

Apresentação do Projeto:
Transcrição: Resumo:
O ciclo gravídico-puerperal é marcado por um período de intensas mudanças físicas e emocionais nas quais são vivenciadas de formas distintas a partir das experiências e linhas de cuidado pelo qual passam as mulheres e suas famílias. O período gestacional, assim como o nascimento e puerpério são eventos vitais e seu monitoramento pode contribuir para o conhecimento da situação de saúde de uma população, pois permite a construção de indicadores que subsidiam o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de vigilância e atenção à saúde materna e infantil. Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar os indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado entre dezembro de 2022 e julho de 2025 com mulheres que possuam filhos de até 2 anos, independentemente da idade e assistidas na atenção básica no município de Passo Fundo, RS. Os dados serão coletados a partir de entrevistas face a face com as participantes nas dependências das unidades de saúde em ambiente reservado. As variáveis analisadas serão constituídas por características sociodemográficas, de hábitos de vida, presença de comorbidades, assistência pré-natal, dados clínicos da última gestação, violência obstétrica, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde da criança. Na análise dos dados será empregada a estatística descritiva incluindo médias,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3° andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

mediana e desvios-padrão para variáveis contínuas e proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para variáveis categóricas. Na análise bivariada será utilizado o teste de qui-quadrado, enquanto que na análise multivariada será aplicada a regressão logística com ajuste para potenciais fatores de confusão. Espera-se que as associações evidenciadas nessa pesquisa possam subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, sobretudo por meio do fortalecimento de ações na atenção primária no município de Passo Fundo, RS. Almeja-se ainda, exercer e consolidar, a missão institucional da Universidade Federal da Fronteira Sul que é contribuir para a produção do conhecimento científico e desenvolvimento regional integrado possibilitando a atuação de redes intersetoriais e colaborativas na região.

Comentário: adequado

Transcrição: Hipótese:
1) Será observada uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer; 2) A proporção de mulheres que realiza aleitamento materno exclusivo será de 50%; 3) As principais causas de morbidade materna serão a pré-eclâmpsia, 6% e diabetes gestacional com 9,5%. 4) Cerca de 50% das mulheres não realizará de forma adequada o rastreio para câncer de mama e de colo de útero conforme preconizado pelas diretrizes nacionais; 5) Cerca de 70% das gestantes e puérperas estaro com a cobertura vacinal de acordo com as diretrizes nacionais; 6) Mulheres mais velhas e com alta escolaridade tero maior acesso ao planejamento familiar;7) A prevalência do tabagismo e uso de álcool será de 40% entre as participantes e as práticas de atividade de lazer será prevalente em 30% das mulheres; 8) A prevalência esperada para os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares serão 60% para sedentarismo, 30% consumo de bebida alcoólica e 24% de dislipidemia;9) A proporção de mulheres que relata ter sofrido violência obstétrica será de 25%;10) A frequência de depressão pós-parto na amostra analisada será de 20%;

Comentário: adequado

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição: Objetivo Primário: Avaliar indicadores de saúde materna e infantil no ciclo gravídico-

puerperal em usuárias do Sistema Único de Saúde, assim como os fatores sociodemográficos, clínicos e comportamentais associados.

Comentário: adequado

Transcrição: Objetivo Secundário:
• Avaliar a prevalência de adequação da assistência pré-natal, assim como a relação entre assistência adequada com características maternas (idade, escolaridade e cor da pele) e do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional).
• Estimar a proporção de mulheres que realizam aleitamento materno exclusivo.
• Investigar a ocorrência de morbidades maternas como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. • Avaliar a prevalência de realização do rastreio para câncer de mama e de colo de útero
.• Avaliar a cobertura vacinal no ciclo gravídico puerperal.• Investigar fatores relacionados ao planejamento familiar.
• Estimar a prevalência de hábitos de vida como tabagismo, álcool e prática de atividade no lazer.
• Estimar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares.
• Estimar a proporção de violência obstétrica que possa ter ocorrido durante o ciclo gravídico-puerperal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde.
• Estimar a proporção de depressão pós-parto na amostra analisada.

Comentário: adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Transcrição: Riscos:
Em posse do termo de ciência e concordância por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, o projeto será enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP -UFFS), conforme resolução 466/2012. A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este comitê. As participantes que se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo serão convidadas a participar da pesquisa. Caso houver o aceite das mesmas, as participantes de idade 17 anos, deverão assinar o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados e os pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores. E as participantes com idade 18 anos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses documentos devem ser assinados voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a

pesquisadora. Os participantes terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer restrição e seu atendimento no serviço será mantido. Em relação aos participantes, os princípios éticos serão assegurados por meio de participação no estudo somente após leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento, de garantir o direito de não participar na pesquisa sem prejuízo do atendimento na ESF e da desistência em qualquer fase do estudo, além de garantir o sigilo sobre os dados coletados, de forma a preservar a identificação dos participantes Quanto aos riscos, há o risco de exposição acidental da identificação das participantes. Visando minimizar esse risco, e para garantir o sigilo e a privacidade dos participantes, os dados de identificação do participante serão substituídos por um número nos instrumentos de coleta de dados. Caso haja quebra de sigilo, e vazamento de informações o estudo será interrompido, a participante será informada sobre o ocorrido, assim como o local de coleta de dados (UBS e SMS). Ainda, há o risco emocional e de constrangimento. De modo a minimizar esse risco, a entrevista será realizada em local reservado garantindo a privacidade da participante. Além disso, a participante será informada que poderá interromper e deixar de responder qualquer pergunta do questionário de pesquisa e, caso seja necessário, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico na rede de saúde

Comentário: adequado

Transcrição: Benefícios:
Como principal benefício, a partir do decorrer da entrevista será possível que a participante identifique e reconheça as principais práticas de promoção, cuidado e atenção à saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade poderá ser indiretamente beneficiada, pois através das informações obtidas, será possível identificar e discutir ações para validar leis e políticas públicas, no âmbito do SUS, na Atenção Básica, que proponham ações educativas para a troca de saberes entre os profissionais de saúde e mulheres, para esclarecimento de dúvidas, críticas e promoção da saúde, sendo possível repensar nas estratégias de assistência ao pré-natal e a saúde materna e infantil. A devolutiva dos resultados da pesquisa para às instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na

UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por cinco anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).
Comentário: adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Transcrição: Desenho: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de abordagem descritiva e analítica. O estudo será realizado com mulheres atendidas na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS no período de dezembro de 2022 a julho de 2025. A 1° etapa será conduzida nas Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha, que são cenário de prática da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo e pertencem à rede de assistência à saúde de Passo Fundo, um município situado no norte do estado do Rio Grande do Sul. Posteriormente serão incluídas as demais Unidades de Saúde do município. A população a ser estudada compreenderá mulheres usuárias do SUS na cidade de Passo Fundo, RS. Para composição da amostra serão consideradas elegíveis usuárias que possuam filhos de até 2 anos de idade, com idade maior ou igual a 12 anos e que estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das respectivas unidades de saúde supracitadas no período do estudo. Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis. Para o cálculo de tamanho amostral considerou-se um intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do estudo de 80%, margem de erro de 5 pontos percentuais e uma prevalência esperada do desfecho de 20%. Com base nesses parâmetros, estimou-se incluir um "n" de 246 participantes e, a esse número, acrescentou-se 10% para possíveis perdas e recusas, resultando então, em uma amostra necessária de n=271 mulheres. A seleção das participantes será do tipo não probabilística. Todas as mulheres em atendimento nas respectivas UBS's e que atendam aos critérios de inclusão serão convidadas a participar do estudo.

Transcrição: Metodologia da proposta

Após a emissão do termo de ciência e concordância pela Secretária Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS, e da aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), a estratégia de captação das elegíveis, junto à gestão das respectivas Unidades de Saúde consistirá na obtenção da lista de mulheres cadas-tradas e em

acompanhamento de puericultura. Em posse da lista, será identificado os agendamentos das próximas consultas para que a equipe de pesquisa possa otimizar o acesso as participantes para convite e realização da pesquisa. Após o primeiro contato com apresentação do estudo, e, em caso de aceite para participação, as entrevistas, face a face, serão realizadas nas próprias dependências das UBS, em ambiente reservado, por uma equipe de acadêmicos do Curso de Medicina da UFFS previamente treinados para a realização da coleta de dados. Vale ressaltar que caso haja o aceite, o estudo só será realizado após a leitura e assinatura dos Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido. Para as participantes com idade entre 12 e 17 anos, o estudo só será realizado após obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pais ou responsáveis consentindo a participação dos menores e o Termo de Assentimento para os menores alfabetizados. Ainda para o grupo etário de participantes com idade maior ou igual 18 anos será obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse ato deve ser voluntário, e a assinatura deve se dar em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a equipe da pesquisa. Em seguida, será realizada a aplicação do instrumento via entrevista face a face. O instrumento de coleta de dados será um questionário desenvolvido para o próprio estudo estruturado em sete blocos, sendo: A) características sociodemográficas (B) hábitos de vida (C) informações do pré-natal (D) dados clínicos referente a última gestação; (E) Dados sobre Violência Obstétrica (F) Saúde da Mulher. (G) Saúde da Criança. Dessa forma, entende-se que o estudo contribuirá na produção do conhecimento da área e no planejamento das ações e estratégias de cuidado junto as equipes das unidades de saúde, pois, além de ampliar o conhecimento sobre saúde materno-infantil, abrirá espaço para discussões das diversas interfaces presente na saúde da mulher e da criança no ciclo gravídico puerperal. A devolutiva dos resultados para às instituições envolvidas será por meio da entrega de uma cópia física impressa em papel das publicações científicas, como artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os resultados do projeto. Para as participantes a devolutiva será a partir de cartilhas informativas sobre os temas abordados. Os dados físicos serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo, sala 014, destinada aos trabalhos científicos, por 5 anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração. Os arquivos digitais serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, com login e senha, de acesso restrito, e após os cinco anos de armazenamento os arquivos serão deletados de forma permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

Comentário: adequado

Transcrição: Critério de Inclusão: Mulheres que possuam filhos de até 2 anos de idade, que tenham, no momento da pesquisa, idade maior ou igual a 12 anos e nas quais os filhos estejam em acompanhamento de puericultura no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Donária/Santa Marta, São José e Parque Farroupilha.

Comentário: adequado

Transcrição: Critério de Exclusão: Mulheres que possuam alguma deficiência cognitiva que as impeça de consentir a participação na pesquisa serão consideradas inelegíveis

Comentário: adequado

Transcrição: Metodologia de Análise de Dados:
Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará no programa de análises estatísticas PSPP (distribuição livre) e consistirá em uma estatística descritiva da prevalência dos desfechos de interesse com intervalo de confiança de 95%. Para as demais variáveis numéricas serão estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil) enquanto que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências absolutas (n) e relativas (%). A prevalência dos desfechos de interesse de acordo com as variáveis independentes, será realizada pelo teste Qui-quadrado. Para verificação da associação será calculada medida como a razão de prevalências (RP) e odds ratio (OR) e seus IC95%. Como tratam-se de variáveis categóricas, tanto na análise bruta como na ajustada serão utilizadas Regressões como a de Poisson ou Logística. Na análise multivariada uma série de fatores de ajuste serão incluídos no modelo de análise. No modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de $p<0,20$. Em todos os testes, será admitido erro de 5%, sendo considerados significativos valores de $p<0,05$.

Comentário: adequado

Transcrição: Desfecho Primário:
Espera-se uma prevalência de 70% de adequação a assistência pré-natal, sendo o maior número

de consultas observado em mulheres com idade superior a 30 anos, com alta escolaridade e cor da pele branca. Além disso, um menor número de consultas pré-natal será relacionado a piores desfechos gestacionais como prematuridade e baixo peso ao nascer;

Comentário: adequado

Tamanho da Amostra no Brasil: 271

Cronograma de execução: Coleta de Dados 01/12/2022 01/11/2024

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: adequado

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos) adequado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PAIS E RESPONSÁVEIS LEGAIS - IDADE 17 ANOS: adequado

Instrumento de coleta: adequado

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população.

Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações éticas, baseando-se nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e demais normativas complementares. Logo, uma vez que foram procedidas pelo/a pesquisador/a responsável todas as correções apontadas pelo parecer consubstanciado de número 4.097.470, emitido em 19 de Junho de 2020, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) julga o protocolo de pesquisa adequado para, a partir da data deste novo parecer consubstanciado, agora de APROVAÇÃO, iniciar as etapas de coleta de dados e/ou qualquer outra que pressuponha contato com os/as participantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Continuação do Parecer: 5.761.013

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2011061.pdf	01/11/2022 10:39:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Mulher_e_da_Crianca.pdf	01/11/2022 10:38:03	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Anexo_Carta_Pendencias.pdf	01/11/2022 10:37:39	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS_E_RESPONSAVEIS_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:49	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/10/2022 13:00:38	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados.pdf	12/10/2022 13:00:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/09/2022 08:46:07	NATASHA CECILIA SILVA VILELA	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_Pesquisa_SMS.pdf	01/09/2022 17:45:49	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3° andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Continuação do Parecer: 5.761.013

Justificativa de Ausência	TALE.pdf	01/09/2022 17:42:34	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CHAPECO, 17 de Novembro de 2022

Assinado por:
Izabel Aparecida Soares
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3° andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.802-112
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO F – Normas para submissão de artigos na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instruções aos autores

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / *Brazilian Journal of Mother and Child Health* (BJMCH) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos.

Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido, podendo ser enviado em qualquer um dos três idiomas. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas.

É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema *Creative Commons* o que possibilita cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos aprovados deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores **(modelo)**. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, que a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada, seja mencionada na seção de métodos do artigo, incluindo

número e data do parecer e submetida no sistema ScholarOne. Para artigos que dispensem a aprovação do Comitê de Ética colocar no sistema ScholarOne uma declaração assinada pelo autor informando dispensa do documento. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o Sistema *Ithenticate* para identificação de plagiarismo.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação do manuscrito e política de publicação de artigo

Além da observação das condições éticas na realização da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração sua originalidade, oportunidade de publicação conforme o cenário científico da área, bem como a prioridade no cronograma editorial da Revista. Portanto, o *rational* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura e adequada definição do problema estudado, com base em uma questão de pesquisa solidamente fundamentada a partir dos dados da literatura pertinente. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da revista.

Após a checagem o manuscrito é então avaliado pelo editor chefe que o envia ao editor associado, para que seja submetido à análise e parecer de dois revisores *Ad Hoc* para avaliação do mérito científico. No caso de discordância entre seus pareceres, é solicitada a opinião de um terceiro revisor. Da mesma forma, o editor associado pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer.

A partir de seus pareceres e do julgamento do editor associado, do editor executivo e do editor chefe, o manuscrito recebe uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com revisão menor; 3) recomendado, mas com revisão maior; 4) rejeitado. Na classificação dois e três os pareceres são enviados ao(s) autor(es), que tem oportunidade de revisão e reenvio à revista acompanhado de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; e na condição quatro, o manuscrito é devolvido ao(s) autor(es). No caso de aceite, o artigo é publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial.

Após aceito o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os editores associados, executivo e/ou chefe se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva.

Seções da Revista

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo obrigatório incluir as referências bibliográficas das citações.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa, ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas e integrativas só serão aceitas a convite dos editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto, e para as revisões sistemáticas, seguir as recomendações do *PRISMA statement*. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. Recomenda-se o registro dos protocolos de revisões sistemáticas, como PROSPERO (https://www.crd.york.ac.uk/prospero/), o qual não é obrigatório, mas em se fazendo deverá ser mencionado no artigo.

Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução:* onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos:* descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados:* devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos e fotografias); *Discussão:* interpreta os resultados obtidos verificando a sua

compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. Para cada desenho de estudo deve-se seguir as recomendações internacionais, utilizando suas respectivas listas de checagem, como *STROBE statement*, para estudos observacionais, *STARD statement*, para estudos de acurácia diagnóstica, *CONSORT statement*, para ensaios clínicos, etc.

No caso de ensaio clínico é obrigatório o registro do protocolo em bases de dados especializadas, como o ClinicalTrial.gov (https://clinicaltrials.gov/) ou Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) (https://ensaiosclinicos.gov.br/).

Trabalhos qualitativos são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. O artigo qualitativo deve apresentar explicitamente análises e interpretações fundamentadas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova o diálogo entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Pública. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única, neste caso, pode ser acrescentado o item “Considerações finais”.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução, Descrição e Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 15 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado, podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre temas do escopo da revista (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *online* (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na revista, podendo ter no máximo 600 palavras e até 10 referências.

Artigos Especiais textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências.
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.
3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).
4. *Cover Letter*: texto de encaminhamento do manuscrito para a revista que deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, que todos os autores revisaram a versão submetida, que o artigo não foi submetido a outra revista, o autor responsável pela troca de correspondência e as fontes, tipo de auxílio e nome da agência financiadora.

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos deverão ser digitados no programa *Microsoft Word for Windows*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho (português ou espanhol e em inglês), nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor) e o número do ORCID dos autores.

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os artigos originais e notas de pesquisa os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões*. Relatos de caso/Série de casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição e Discussão*. Nos artigos de revisão sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores e seleção dos estudos), *Resultados e Conclusões*. Para o informes técnico-institucionais e artigos especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS e o seu correspondente em inglês o *Medical Subject Headings* (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas e fotografias) deverão ser inseridas após a seção de referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio financeiro e material, especificando a natureza do apoio e entidade financiadora.

Citações e Referências as citações no texto devem ser numeradas em sobrescrito conforme sua ordem de aparecimento. As referências devem ser organizadas em sequência numérica correspondente às citações; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção de acordo com estas Instruções aos Autores.

A revista adota as normas do *International Committee of Medical Journals Editors* - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

-Livro (Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano)

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

-Capítulo de Livro (Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro. Edição. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo)

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

-E-book

Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano) Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington (D.C): National Academy Press; 2001.

-Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)

(Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano)
Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985. Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Asociation; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

-Trabalho apresentado em evento (anais publicados)

(Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final)
Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília (DF): Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

-Trabalho apresentado em evento (não publicados)

(Autor. Título [Evento; Data; Local do evento]
Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

-Dissertações e Teses

(Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.)

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) **[tese]**. Brasília (DF): Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho **[dissertação]**. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

-Documentos de Natureza Governamental

Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data). Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade): casa editora e Data (ano, mês e dia); Seção, volume, número, paginação. [data de acesso]. Site disponível

Ministério da Saúde (BR). Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): DOU 27 de junho 2011. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): DOU 20 de setembro de 1990. [acesso em 2022 set 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília (DF): DOU 4 de março de 2008. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Outubro de 2019. [acesso em 2022 set

15]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/sifilis/boletim_sifilis_2019_internet-1.pdf/view

World Health Organization (WHO). Ear and hearing care: indicators for monitoring provision of services. Geneva: WHO; 2019. [access in 2022 set 15]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ear-and-hearing-care-indicators-for-monitoring-provision-of-services

-Artigo Publicado em Periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Stewart JE, Bentley JE. Hearing loss in pediatrics: what the medical home needs to know. Pediatr Clin North Am. 2019 Abr; 66 (2): 425-36.

-Artigo Publicado em Número Suplementar

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final)

Ko JY, DeSisto CL, Simeone RM, Ellington S, Galang RR, Oduyebo T, *et al*. Adverse pregnancy outcomes, maternal complications, and severe illness among US delivery hospitalizations with and without a coronavirus disease 2019 (COVID-19) Diagnosis. Clin Infect Dis. 2021 Jul; 73 (Supl. 1): S24-S31.

-Citação de Editorial, Cartas

(Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Cabral-Filho JE. A Pesquisa Qualitativa, um foco da RBSMI [Editorial]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2022; 22 (2): 197.

Souza ASR, Katz L, Amorim MMR. Esforços para combater a mortalidade materna por COVID-19 no Brasil [Carta]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2022; 22 (2): 453-4.

-Artigo Publicado em periódico eletrônico

(Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível)

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico *online]*. 2005 [acesso em 2006 jun 26]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacriança.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razzuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqui patients with atopic dermatitis. Dermatol Online J [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 12 (7). Available from: http://dermatology. cdlib.org/127/original/acetylator/najim.html

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 96 (8): 696-7. Available from: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?essionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_ n8_a12.pdf

-Artigo aceito para publicação em periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (*No prelo*).

Yang AF, San Chun K, Yu L, Walter JR, Kim D, Lee JY, *et al*. Validation of a hand-mounted wearable sensor for scratching movements in adults with atopic dermatitis, J Am Acad Dermatol. 2022. (*No prelo*).

-Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom

(Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.)

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2nd ed.Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

-Material de acesso exclusivo em meio eletrônico

- **Homepage**

Autoria. Título. [suporte]. Local; Ano [acesso ano mês dia]. Disponibilidade de acesso

Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [*Internet*]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso em 2004 mar 3]. Disponível em: http://157.86.113.12/ensino/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html

Artigo Científico

Prevalência de depressão pós-parto em mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde no município de Passo Fundo/RS.

Isabela Ulthes Fonseca [1]

Renata dos Santos Rabello [1]

Daniela Teixeira Borges [1]

[1] Universidade Federal da Fronteira Sul. Rua Capitão Araújo, 20. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, RS, Brasil. CEP: 99.010-200. E-mail: isabela.fonseca@uffs.edu.br

Resumo
Objetivos: estimar a prevalência de depressão pós-parto (DPP) em mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde em Passo Fundo-RS. Métodos: estudo transversal de caráter analítico, realizado a partir de aplicação de questionário em mães atendidas em Unidades Básicas de Saúde entre dezembro de 2022 e março de 2023. Os dados selecionados incluem idade do último filho (entre 1 semana e 6 meses de vida), socioeconômicos (estado civil, ocupação, renda familiar, cor/raça, escolaridade, serviço de pré-natal) e clínicos (diagnósticos psiquiátricos, tabagismo, abortamento), score na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, e excluem gestantes. A prevalência da depressão pós-parto foi calculada por meio da Razão de Prevalência (RP) e respectivo Intervalo de Confiança (IC95%), enquanto as distribuições das variáveis foram calculadas pelo teste de qui-quadrado com nível de significância de 5%. Resultados: a prevalência encontrada de DPP dentre puérperas usuárias da rede pública de saúde passo-fundense foi 39,5% (IC=28-50) dessas, 60% teve ideação suicida nas últimas duas semanas (p<0,001); 53,3% tinham diagnóstico psiquiátrico prévio (p=0,046); pardas e negras tiveram 20% DPP a mais do que as brancas; 70% delas não planejaram a gestação; 70% das tabagistas tiveram DPP. Conclusões: foi encontrada uma prevalência de 39.5% de depressão pós-parto nas mulheres, resultado que supera o encontrado na literatura.
Palavras-chave*: Saúde da Mulher. Período Pós-Parto. Psicopatologia. Saúde Pública.*

Introdução

A psicopatologia mais comum do puerpério é a depressão pós-parto (DPP) e, segundo a Organização Mundial da Saúde, pode atingir até 19% das mães, mesmo com substancial subdiagnóstico [1]. Um dos motivos são as mudanças intensas trazidas pelo ciclo gravídico-puerperal e que, por vezes, podem gerar sobrecarga sobre o estado psicológico, e, portanto, é um possível desencadeador de transtornos.

A depressão, definida como um transtorno incapacitante pela natureza dos sintomas de humor abatido e desmotivação para realizar tarefas cotidianas, é especialmente problemática para uma nova mãe responsável por cuidar de um filho e administrar suas responsabilidades pessoais [2]. Logo, a criação de vínculo mãe-bebê é desestimulada e pode prejudicar o relacionamento entre mãe, filho e família envolvida a longo prazo, além de resultar em perda da funcionabilidade anterior da mulher, acarretar em desdobramento de outras patologias, internações psiquiátricas e até culminar em suicídio e infanticídio [3]

Ademais, a vasta etiologia da DPP inclui variáveis diversas, como fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais [4], ou seja, manifesta-se como uma doença de difícil previsibilidade e de prevenção complexa. No entanto, fatores de risco atualmente estabelecidos são: histórico prévio de depressão, destacando-se depressão gestacional, primiparidade, falta de rede de apoio, complicações obstétricas, prematuridade ou internação em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal [5] .

As melhores oportunidades de rastreio e prevenção se encontram nos primeiros níveis de cuidado em saúde [6]. Nesse sentido, algumas políticas públicas podem ser pontos-chave para a busca de rotas de solução para o problema, como os guias de Políticas de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e o programa Meu Bebê, Meu Tesouro, da Secretaria de Saúde de Passo Fundo. Entre essas duas políticas há uma intersecção crucial: a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual possui função de guardião dos agravamentos em saúde. Logo, tanto o cuidado pré e pós-natal longitudinal pelos profissionais da APS é uma peça fundamental na prevenção, diagnóstico e tratamento da DPP [7].

Para tanto, o presente trabalho delimita seus objetivos a fim de contribuir com a construção mais apurada de redes de atenção à saúde mental da mulher no puerpério. Posto isso, o estudo busca descrever a prevalência de DPP nas usuárias das Unidades Básicas de Saúde de maneira inédita no município, a fim de compreender o recorte socioeconômico, clínico, e qual é o panorama sintomatológico que direcione o cuidado para essas mães.

Métodos

Estudo transversal de caráter quantitativo e observacional, descritivo e analítico realizado a partir de banco de dados referente à pesquisa “Saúde da mulher e da criança

no ciclo gravídico-puerperal em usuárias do Sistema único de Saúde", produzida pela Universidade Federal da Fronteira Sul/*campus* Passo Fundo. O estudo foi realizado no período de dezembro de 2022 a março de 2023, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Passo Fundo no Rio Grande do Sul, utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário padronizado aplicado via entrevista com mães atendidas dentro das UBS selecionadas.

O cálculo de tamanho amostral foi obtido considerando-se um intervalo de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, com margem de erro de 5%. A prevalência prevista para o desfecho foi estipulada em 20%. Assim, o n calculado foi de 246 participantes, e acrescentou-se a esse número 10% para possíveis perdas e recusas totalizando uma amostra de n=271.

Os critérios de inclusão para o presente estudo foram: mulheres com filhos entre 0,25 meses e 6 meses de idade, e que tenham respondido a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Excluiu-se mulheres gestantes.

Das variáveis selecionadas: a avaliação socioeconômica da amostra inclui a idade (15 a 20 anos, 21 a 35 anos, >35 anos), cor/raça (brancas, pardas, negras e amarelas), estado civil (casada/união estável, solteira), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo), renda familiar (<1 salário mínimo, 1 a 3 salários mínimos, 3 a 5 salários mínimos, >5 salários mínimos) e em que serviço realizou pré-natal (SUS, convênio/privado/outro).

A avaliação de dados clínicos inclui: número de filhos, se sofreu aborto, se fumou na gestação, tipo de parto (cesárea, vaginal, vaginal com fórceps), diagnóstico psiquiátrico prévio, além de dimensionar quantas mães souberam responder o peso atual do bebê. Também, foi avaliada a frequência dos diferentes transtornos entre aquelas que possuíam diagnóstico psiquiátrico prévio, como transtorno depressivo maior não relacionado à gestação, transtorno depressivo gestacional, transtorno depressivo pós-parto (excluir última gestação), transtorno ansioso, transtorno afetivo bipolar.

Quanto à avaliação de depressão pós-parto, foi analisada a pontuação das mulheres na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), instrumento composto por 10 perguntas que pontuam sintomas depressivos na última semana de 0 a 3, sendo que o score total varia de 0 a 30. O ponto de corte aqui utilizado a partir do qual se considera presença de depressão pós-parto é 13 pontos, objetivando aumentar a especificidade do estudo Levis et al [8] .

Para a obtenção dos resultados, os dados foram duplamente digitados no EpiData versão 3.1 (distribuição livre), enquanto a análise descritiva foi feita através do software PSPP (distribuição livre) e consistiu no cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Para as demais variáveis numéricas foram estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil). Ainda, a prevalência do desfecho (depressão pós-parto) foi calculada contemplando no numerador da divisão as mulheres com diagnóstico de DPP e no denominador, o total de mulheres incluídas na amostra. Neste cálculo, tem-se intervalo de confiança de 95% (IC95). Foram verificadas suas distribuições conforme as variáveis de exposição (sociodemográficas, comportamentais e de saúde) empregando-se o teste do qui-quadrado e admitindo-se erro tipo I de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, com parecer de número: 5.761.013.

Resultados

A amostra do estudo foi composta por 76 mulheres que atendiam aos critérios de inclusão. Ao analisar os resultados, 30 possuíam os parâmetros do EPDS para depressão puerperal, ou seja, a prevalência de depressão pós-parto dentro da amostra foi de 39,4% (IC=28-51).

O perfil socioeconômico da amostra pode ser traçado como: casadas/união estável (82,9%), na faixa de 21 a 30 anos (51,3%), com ensino médio completo (32,8%), brancas (57,9%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (64,7%), não estão exercendo trabalho remunerado e fizeram acompanhamento pré-natal na rede pública/SUS (92,1%), conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária a Saúde do município de Passo Fundo/RS entre dezembro de 2022 a março de 2023 (n=76)

	Com DPP		Sem DPP		Total		
Variáveis	n	%	n	%	n	%	p
Idade							
15 a 20	4	13,3	11	23,9	15	15	0,397
21 a 35	18	60,0	21	45,7	39	51,3	
>35	8	30,4	14	26,7	22	28,9	
Cor							
Branca	16	53,3	28	60,9	44	57,9	0,922
Parda	2	6,7	3	6,5	5	6,5	
Negra	11	36,7	14	30,4	25	32,8	
Amarela	1	3,3	1	2,2	2	2,6	

Estado civil							
Solteira	6	20,0	7	15,2	13	17,1	0,588
Casada/união estável	24	80,0	39	84,8	63	82,9	
Escolaridade							
E.F.incompleto	7	23,3	5	10,9	12	15,8	0,188
E.F. completo	9	30,0	21	45,7	30	19,7	
E.M. completo	13	43,3	15	32,6	28	19,7	
E.S. completo	1	3,3	5	10,9	6	32,8	
Renda familiar (n=68)							
<1 salário mínimo	8	27,6	10	25,6	18	26,5	0,402
1 a 3 salários mínimos	20	69,0	24	61,5	44	64,7	
3 a 5 salários mínimos	1	3,4	5	12,8	6	8,8	
Trabalho fora do lar							
Sim	14	46,7	20	43,5	34	44,7	0,785
Não	16	53,3	26	56,5	42	55,2	
Serviço de pré-natal (n=75)							
SUS	28	93,3	42	91,3	70	92,1	0,748
Convênio/ Privado/ Outro	2	6,6	3	8,7	5	6,9	

De acordo com as características clínicas demonstradas na Tabela 2, a maioria ainda não havia sofrido aborto (73,3%;), são multíparas (70,0%;), não fumaram durante a gestação (70,0%) e realizaram parto cesárea na última gestação (53,3%). A variável "Última gestação planejada", mostra uma diferença importante, uma vez que 70,0% das mulheres com DPP não planejaram a gestação contra apenas 54,3% das sem DPP. Algumas variáveis podem ser aqui analisadas: apenas 17,1% de toda a amostra fumou durante a gestação, mas este número aumenta em 56,1% nas mulheres que evoluíram para DPP (26,7%), enquanto cai em 8% nas sem o mesmo desfecho (13,0%). Sobre o tipo de parto, o mais realizado pelas mulheres com depressão pós-parto foi cesáreo (53,3%), enquanto que entre as sem depressão foi o vaginal (54,3%).

Tabela 2. Características clínicas da amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária a Saúde do município de Passo Fundo/RS entre dezembro de 2022 a março de 2023 (n=76)

	Com DPP		Sem DPP		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Número de partos					

Primípara	9	30,3	16	34,8	0,664
Multípara	21	70,0	30	65,2	
Sofreu aborto					
Sim	8	26,7	7	15,6	0,239
Não	22	73,3	38	84,4	
Fumou na última gestação					
Sim	9	30,0	6	13,0	0,069
Não	21	70,0	40	87,0	
Última gestação planejada					
Sim	9	30,0	21	45,7	0,172
Não	21	70,0	25	54,3	
Tipo de parto					
Cesáreo	16	53,3	21	45,7	0,132
Vaginal	12	40,0	25	54,3	
Vaginal instrumentado	2	6,7	0	0,0	
Diagnóstico Psiquiátrico anterior					
Sim	16	53,3	14	30,4	0,046
Não	14	46,7	32	69,6	
Peso do bebê					
Sabiam responder	17	56,7	39	84,8	0,007
Não sabiam responder	13	43,3	7	15,2	

Entretanto, foi encontrada uma maioria significativa de mulheres com score para DPP que já tinham diagnóstico psiquiátrico antes da última gestação (53,3%), do que nas que foram classificadas sem DPP (30,4%). Dentre as com DPP foi observado que 56,3% possuem diagnóstico de depressão, 62,5% têm algum transtorno ansioso, 6,3% têm transtorno afetivo bipolar, 12,5% tiveram depressão gestacional na última ou outra gestação e 12,5% já tiveram outro quadro prévio de depressão pós-parto.

Tabela 3. Distribuição de variáveis referentes a história psiquiátrica pregressa na amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária a Saúde do município de Passo Fundo/RS entre dezembro de 2022 a março de 2023 que apresentaram diagnóstico daquelas com diagnóstico psiquiátrico prévio (n=30)

	Com DPP		Sem DPP		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
Transtorno Depressivo Maior não relacionado a gestação					
Sim	9	56,3	6	42,9	0,464
Não	7	43,8	8	57,1	
Transtorno Depressivo Gestacional					
Sim	2	12,5	1	7,1	0,626
Não	14	87,5	13	92,9	
Transtorno Depressivo Pós-Parto (excluir última gestação)					
Sim	2	12,5	1	7,1	0,626
Não	14	87,5	13	92,9	
Transtorno Ansioso					

Sim	10	62,5	11	78,6	0,338
Não	6	37,5	3	21,4	
Transtorno Afetivo Bipolar					
Sim	1	6,3	2	14,3	0,464
Não	15	93,8	12	85,7	

Quanto a Escala de Depressão Pós-Parto (EPDS), seus 10 itens podem ser divididos em três subescalas [9], que analisam sintomas de depressão (7,8,9 e 10), anedonia (1 e 2) e ansiedade (3,4 e 5) expostos na Tabela 4.

Dentro dos sintomas depressivos das mães com score de Edimburgo para DPP, 100% afirmaram sentir-se tristes ou arrasadas, e 63,3% notaram diferença no padrão de sono associada ao humor, já nas mães sem DPP essa frequência cai para 21,8%. Seguindo o mesmo padrão, 96,7% das mães com score ≥13 choram por infelicidade, contra apenas 19,6% das com score <13, mostrando que é um dos sintomas mais prevalentes. Ainda, vale destacar que dentre as mulheres com DPP 60,1% consideram a ideia de fazer mal a si mesmas e, delas, 27,7% têm pensamentos suicidas com muita frequência, o que indica um risco significativo de execução.

Sobre os sintomas de anedonia, 56,7% das mulheres com score de Edimburgo para DPP responderam terem sentido algum grau de dificuldade para "rir e achar graça das coisas" como antes. Ainda, entre elas 63,3% das mães com DPP responderam não sentir prazer ao pensar nas tarefas do dia.

A subescala de sintomas ansiosos demonstrou que 100% das mães com score ≥13 culpam-se sem necessidade quando as coisas saem errado, e 70% das com score <13 tem o mesmo sintoma, sendo esse o mais prevalente. Já no item 4 "Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão", 93,3% das mulheres com score de Edimburgo ≥13 afirmaram ter o sintoma, sendo que 60,7% destas o descreveram como estar presente "muitas vezes". Ainda, 73,3% relataram sentir-se assustadas ou em pânico e que delas, 40,9% optaram por responder que isso acontece muito frequentemente.

Tabela 4. Pontuação observada na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) na amostra de mulheres atendidas na Atenção Primária a Saúde do município de Passo Fundo/RS(n=30)

	Com DPP		Sem DPP		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**p***
1)Eu tenho me sentido capaz de rir e achar graça das coisas					
(0) Como eu sempre fiz	13	43,3	33	71,7	0,073
(1) Não tanto quanto antes	11	36,7	10	21,7	
(2) Sem dúvida, menos que antes	5	16,7	2	4,3	

(3) De jeito nenhum	1	3,3	1	2,2	
2)Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer no meu dia a dia.					
(0) Como sempre senti	11	36,7	30	65,2	0,007
(1) Talvez, menos que antes	8	26,7	12	26,1	
(2) Com certeza menos	6	20,0	4	8,7	
(3) De jeito nenhum	5	16,7	0	0,0	
3)Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem errado					
(3) Sim, na maioria das vezes	19	63,3	11	23,9	0,001
(2) Sim, algumas vezes	9	30,0	15	32,6	
(1) Não muitas vezes	2	6,7	6	13,0	
(0) Não, nenhuma vez	0	0,0	14	30,4	
4)Eu tenho me sentindo ansiosa ou preocupada sem uma boa razão					
(0) Não, de maneira alguma	2	6,7	14	30,4	<0,001
(1) Pouquíssimas vezes	1	3,3	10	21,7	
(2) Sim, algumas vezes	10	33,3	18	39,1	
(3) Sim, muitas vezes	17	56,7	4	8,7	
5)Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo					
(3) Sim, muitas vezes	9	30,0	1	2,2	<0,001
(2) Sim, algumas vezes	6	20,0	1	2,2	
(1) Não muitas vezes	7	23,3	4	8,7	
(0) Não, nenhuma vez	8	26,7	40	87,0	
6)Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia					
(3) Sim, na maioria dos dias não consigo lidar bem com eles	13	43,3	3	6,5	<0,01
(2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes	16	53,3	12	26,1	
(1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles	0	0,0	15	32,6	
(0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	1	3,3	16	34,8	
7)Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir					
(3) Sim, na maioria das vezes	5	16,7	0	0.0	0,001
(2) Sim, algumas vezes	8	17,5	5	10.9	
(1) Não muitas vezes	6	20,0	5	10.9	
(0) Não, nenhuma vez	11	36,7	36	78.3	
8)Eu tenho me sentido triste ou arrasada					
(3) Sim, na maioria das vezes	8	26,7	2	4,3	<0,001
(2) Sim, algumas vezes	17	56,7	8	17,4	
(1) Não muitas vezes	5	16,7	4	8,7	
(0) Não, nenhuma vez	0	0,0	32	69,6	

9)Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado					
(3) Sim, quase o tempo todo	6	20,0	0	0,0	<0,001
(2) Sim, muitas vezes	6	20,0	1	2,2	
(1) De vez em quando	17	56,7	8	17,4	
(0) Não, nenhuma vez	1	3,3	37	80,4	
10)A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça					
(3) Sim, muitas vezes, ultimamente	5	16,7	0	0,0	<0,001
(2) Algumas vezes nos últimos dias	5	16,7	1	2,2	
(1)Pouquíssimas vezes, ultimamente	8	26,7	1	2,2	
(0) Nenhuma vez	12	40,0	44	95,7	

Discussão

O presente estudo buscou identificar a prevalência de depressão pós-parto entre as usuárias do Sistema Único de Saúde de Passo Fundo/RS, relacionando os achados com características socioeconômicas e clínicas da amostra. Partindo disso, buscou encontrar possíveis fatores de risco e, ainda, quais sintomas são os mais prevalentes e incapacitantes do quadro.

A prevalência de mulheres com score de Edimburgo para depressão pós-parto foi de 39,5%, o que supera as estimativas encontradas na literatura, a qual estipula que entre 13% [10] a 25% [11] das puérperas apresentará quadro da doença. No entanto, a Organização Mundial da Saúde revela que há uma tendência de aumento desse número em países em desenvolvimento [10], como é o caso aqui exposto. Ainda, estudos realizados em território brasileiro com critérios semelhantes (≥13 pontos EPDS até os 6 meses pós-parto), mas em amostras maiores, extraíram prevalências cônsonas àquela aqui encontrada: 39,4% [12] e 43% [13]. Tais resultados demonstram que a epidemiologia da doença varia dependendo do local, e suspeita-se que inúmeros fatores sociais influenciam o desfecho materno: acesso à assistência multiprofissional pré-natal [14], práticas culturais de suporte à mãe e bebê no periparto [4], padrão de diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas na população geral [15,16].

Tal conjectura pode ser refletida numa análise mais cuidadosa dos dados socioeconômicos encontrados no trabalho: porquanto a amostra foi composta por mulheres de baixa renda e escolaridade precária -como é o perfil padrão da população usuária do Sistema Único de Saúde [17]-, não se encontrou discrepância entre status

socioeconômico que distinguisse o grupo com depressão puerperal do sem a doença, mas sim, encontra-se alta prevalência geral dentro da amostra. Essa análise é confirmada por estudo comparando a DPP a partir do EPDS em um hospital público, onde 26% das puérperas tiveram DPP, e um privado, no qual as mães tinham maior escolaridade, renda e número de consultas pré-natal apenas 9% estavam deprimidas [18].

Algumas variáveis exibidas na Tabela 1 não mostraram grande efeito no desfecho. Os extremos de idade reprodutiva por vezes são expostos na literatura como fatores de risco para depressão pós-parto[19,20]. Porém aqui a idade não teve interferência direta na DPP, o que, segundo *Hymas*[21], pode acontecer em razão da influência de alguns modificadores do desfecho segundo a idade, como nível de planejamento familiar e rede de suporte individual da participante, que não foram objetos de estudo. Outra questão é o estado civil da amostra, que aqui foi configurado majoritariamente por casamento/união estável, não sendo mostrada relação direta com DPP. Alguns estudos evidenciam que mais importante do que estado civil, é a qualidade do relacionamento, como foi exposto por Pebryatrie[22], num trabalho que utilizou a Escala de Qualidade Conjugal (EQC) e a EPDS, no qual se associou conflito matrimonial com presença de DPP.

Sobre os achados obstétricos, a paridade não revelou a associação esperada com DPP, e que foi encontrada em outros estudos [19, 23]. A via de parto segue o padrão relatado na literatura, pois aponta que a cirurgia cesariana aumenta a probabilidade do desfecho DPP, sendo o parto vaginal fator protetor [24, 25]. No entanto, estudos apontam que cesarianas de emergência e parto vaginal instrumentado são associados a maiores riscos de DPP do que cesarianas eletivas e parto vaginal não instrumentado [26,27]. Ainda que os dados não diferenciem abortos espontâneos dos provocados, 20% da amostra relatou ter sofrido pelo menos um aborto na vida, taxa mais alta do que a trazida pela Pesquisa Nacional do Aborto de 2021, de 10% [28]. Aqui, houve novamente pouca relação entre ter sofrido aborto e a presença de DPP, e alguns fatores podem estar relacionados, como o motivo do abortamento e sua relação com planejamento familiar, sendo que perdas espontâneas não configuraram fator de risco[29], diferentemente do abortamento induzido[30]. Nesse sentido, a falta de planejamento familiar mostrou ter impacto negativo na amostra, pois a gestação não planejada esteve proporcionalmente mais presente nas mulheres com depressão pós-parto (70%) do que naquelas que não desenvolveram a

doença (54,3%), e segue outros modelos de estudos realizados tanto no Brasil [31], quanto em outros países [27].

Outro fator relevante é a relação da doença com o tabagismo na gestação, que aqui aparece como fator de risco para DPP, achado fortalecido pela literatura abundante [32, 33, 34, 35]. Alguns dos estudos apontam que tanto o maior número de maço/ano durante a vida[33] quanto não cessar o tabagismo depois do parto[34] são fatores que aumentam o risco de desenvolver DPP.

Uma variável de grande relevância foi a presença de diagnóstico psiquiátrico prévio em 53,3% das mães com DPP atual. Outro estudo realizado em São Paulo, usando EPDS encontrou que 41,9% das puérperas com DPP já possuíam histórico de depressão ou outro problema psiquiátrico antes da gestação [19]. Sabe-se também que o transtorno depressivo gestacional é um dos principais preditivos para depressão pós-parto, e estipula-se que atinja 20% das gestantes [36]. Embora não tenha sido objeto desse estudo, a depressão gestacional não mostrou relevância estatística para o desdobramento em DPP. Entretanto, cabe acrescentar à discussão que a depressão gestacional é uma doença de difícil diagnóstico devido ao fato de ser mascarada por barreiras culturais, socioeconômicas e fisiológicas da gestação. Portanto, esse resultado pode ser interpretado como uma dificuldade do sistema em diagnosticar o transtorno durante o pré-natal.

Os sintomas mais encontrados nas mães deprimidas mesclam ansiedade e depressão, destacando-se a tristeza e a culpa, que estiveram presentes em todas as mulheres identificadas com DPP. Aqui, cabe ressaltar que a natureza dos sintomas depressivos (falta de atenção, humor abatido, irritabilidade) desconfiguram a capacidade funcional materna de organizar o cuidado com o bebê [37], o que pode ser relacionado com o fato de pouco mais da metade das mães deprimidas saber relatar o peso do bebê contra 84,8% das sem depressão. Este é um indicativo da dificuldade em manter o controle do desenvolvimento da criança, o que pode acarretar em problemas de crescimento e repercutir em déficits cognitivos e transtornos de comportamento [13]. No entanto, nas mães abaixo do ponto de corte da EPDS estiveram proporcionalmente mais presentes os sintomas ansiosos. Isso pode ser corroborado pelo estudo de *Loyal* [38], no qual 28% das mulheres que pontuam mais na sub escala de ansiedade não atingem critério de DPP quando respondem o EPDS completo, o que abre a discussão sobre um transtorno ainda mais subestimado: a ansiedade puerperal.

Outro ponto fundamental é a alta frequência de mulheres com DPP que tinham algum grau de ideação suicida, pois é um prenúncio da primeira causa de morte materna no 1º ano pós-parto: suicídio puerperal, que atinge 1 a 5% das mulheres nesse período [39]. O risco aqui encontrado baseia-se na maior intensidade da ideação (3 pontos no item 10), portanto o achado de 16,7% é compatível com outro estudo de metodologia semelhante[40]. Não foram encontrados estudos que correlacionem resultado do EPDS com tentativas de suicídio pós-parto.

Quanto às limitações do estudo, pode ser considerado que por serem dados obtidos via entrevista, algumas respostas tenham sofrido tanto viés do entrevistador quanto do entrevistado, uma vez que pode haver discordância quanto à interpretação das perguntas, por diferentes respondentes, e das respostas, por diferentes aplicadoras. Ademais, o valor da amostra estava aquém do estipulado pela metodologia, o que se deve ao curto tempo disponível para a coleta dos dados, portanto limitando o poder estatístico do estudo. Ainda assim, o estudo conta como atributos fortes: ser o primeiro estudo realizado no município de Passo Fundo direcionado ao rastreamento da prevalência de depressão pós-parto dentro da APS, revelando uma fotografia fidedigna do status de saúde mental feminina puerperal dentro da saúde pública, além de identificar importantes critérios de alarme para que a capacidade diagnóstica seja lapidada e essas mães recebam cuidado otimizado desde o pré-natal.

Referências

1. Stewart, D., Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. Annual Reviews: Annual Reviews of Medicine, [*s. l*], v. 70, n. 1, p. 183-196.
2. O'Hara, M.W., McCabe, J.E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 9:379-407
3. Hoogendjik, W. J. G., Kushner, S. A. Bergink, V. (2020) Long-Term Outcomes of Postpartum Psychosis. The Journal Of Clinical Psychiatry, [S.L.], v. 81, n. 2, p. 125-137. Physicians Postgraduate Press, Inc.
4. Bina, R. (2008). The Impact of Cultural Factors Upon Postpartum Depression: A Literature Review. Health Care for Women International, 29(6), 568–592.
5. Falana, S.D., Carrington, J.M. (2019). Postpartum Depression: Are You Listening? Nurs Clin North Am. 54(4):561-567.
6. Zhang C, Jin X, Luo D, Xu D, Liao J, Gong W. Using virtual patient to assess primary health workers' competence to detect postpartum depression in Hunan, China. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2021 Oct 28;46(10):1129-1137. English, Chinese.
7. Tachibana, Y., Koizumi, N., Mikami, M., Shikada, K., Yamashita, S., Shimizu, M., Machida, K., Ito, H. An integrated community mental healthcare program

to reduce suicidal ideation and improve maternal mental health during the postnatal period: the findings from the nagano trial. BMC Psychiatry, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 450-467, 29 jul. 2020

8. Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., Thombs, B.D.; Depression Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ. 2020 Nov 11;371:m4022
9. Tuohy, A., McVey, C. (2008). Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Clinical Psychology, 47(2), 153–169
10. Organização Mundial da Saúde. 2022. WHO recomendations on maternal and newborn care for a positive postanal experience. 2022, p.83.
11. Lionel, F. (2016) Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. [Internet]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil
12. Ruschi, G.E.C. *et al*. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, nov. 2007
13. Da Silva, V.A., Santos, A.R.M., Carvalho, M.S., Martina, M.L.P., Teixeira, N.A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. [Internet].;31(6): p.799–804.
14. Arrais, A.R., Araujo, T.C.C.F., Schiavo, R.A. (2019). Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 11(2): 23-34.
15. Eaton, J., McCay, L., Semrau, M., Chatterriee, S., Baingana, F., Arava, R., Saxenas, S. (2011). *Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. The Lancet, 378(9802), 1592–1603*
16. Gopolan, P, Spada, M.L., Shenai, N., Brockman, I., Keil, M., Livingstone, S., Kolko, E.M., Nicohols, N., O'Toole, K., Quinn, B., Glance, J.B. (2022) . Postpartum Depression-Identifying Risk and Access to Intervention. Current Psychiatry Report. 24(12):889-896.
17. Governo do Rio Grande do Sul. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Secretaria Estadual de Saúde [Internet]. 2020. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude
18. Morais M de LS e, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. Estud psicol (Natal) [Internet]. 2015Jan;20(1):40–9.
19. Oliveira, T.A., Luzetti, G.G.C.M., Rosalém, M.M.A., Mariani, C. (2022). Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 44(5):452–7.
20. Séguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. Women Health. 1999;29(1):57-72.
21. Hymas R, Girard LC. Predicting postpartum depression among adolescent mothers: A systematic review of risk. J Affect Disord. 2019 Mar 1;246:873-885. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.041. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30795494.

22. Pebryatie, E., Peak, S.C., Sherer, P., Meemon, N. (2022). Associations Between Spousal Relationship, Husband Involvement, and Postpartum Depression Among Postpartum Mothers in West Java, Indonesia. Journal of Primary Care&Community Health. 13:21501319221088355.
23. Bradshaw H, Riddle JN, Salimgaraev R, Zhaunova L, Payne JL. Risk factors associated with postpartum depressive symptoms: a multinational study. J Affect Disord. 2022;15(301):345–351. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.121.
24. Zhao, X., & Zhang, Z. (2020). *Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. Asian Journal of Psychiatry, 102353.*
25. Moameri, H., Ostadghaderi, M., Khatooni, E., & Doosti-Irani, A. (2019). *Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and meta-analysis. Clinical Epidemiology and Global Health.*
26. Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). *Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research, 97, 118–126.*
27. Tsai, J.M., Tsai, L.Y., Tsay, S.L., Chen, Y.H. (2023). The prevalence and risk factors os postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. V 62 I 3 p.406-411.
28. Diniz, D, Medeiros, Marcelo, Madeiro, A.. National Abortion Survey – Brazil, 2021. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/Mar). [Citado em 14/06/2023].
29. Kinsey, C.B., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2014). *Effect of Previous Miscarriage on Depressive Symptoms During Subsequent Pregnancy and Postpartum in the First Baby Study. Maternal and Child Health Journal, 19(2), 391–400.* doi:10.1007/s10995-014-1521-0
30. Mousavi F, Shojaei P.(2021). Postpartum Depression and Quality of Life: A Path Analysis. Yale Journal of Biol Med. 94(1):85-94
31. Brito CN de O, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TVB de. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. Rev Saúde Pública [Internet]. 2015;49.
32. Barber GA, Shenassa ED. (2021). Smoking status: A tacit screen for postpartum depression in primary care settings. Journal of Affective Disorders. 1;295:1243-1250.
33. Salimi S, Terplan M, Cheng D, Chisolm MS. (2015).The Relationship Between Postpartum Depression and Perinatal Cigarette Smoking: An Analysis of PRAMS Data. Journal of Substance Abuse Treatment. 56:34-8.
34. Yook V, Yoo J, Han K, Fava M, Mischoulon D, Park MJ, Kim H, Jeon HJ. Association between pre-pregnancy tobacco smoking and postpartum depression: A nationwide cohort study. Journal of Substance Abuse Treatment.1;316:56-62.
35. Cui M, Kimura T, Ikehara S, Dong JY, Ueda K, Kawanishi Y, Kimura T, Iso H. (2022). Japan Environment and Children's Study Group. Prenatal tobacco smoking is associated with postpartum depression in Japanese pregnant women: The japan environment and children's study. J Affect Disord. 1;264:76-81
36. Pereira PK, Lovisi GM. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. Arch Clin Psychiatry (São Paulo) [Internet]. 2008;35(4):144–53.
37. Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., & Stein, A. (2011). *Postnatal depression and its effects on child development: a review of*

evidence from low- and middle-income countries. British Medical Bulletin, 101(1), 57–79.

38. Loyal, D., Sutter, A.-L., & Rascle, N. (2020). *Screening Beyond Postpartum Depression: Occluded Anxiety Component in the EPDS (EPDS-3A) in French Mothers. Maternal and Child Health Journal.*
39. Fuhr DC, Calvert C, Ronsmans C, et al. Contribution of suicide and injuries to pregnancy-related mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2014; 1: 213–25
40. Tavares, D., Quevedo, L., Jansen, K., Souza, L., Pinheiro, R., & Silva, R.. (2012). Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Brazilian Journal of Psychiatry, 34*(3), 270–276.