

**AMANDA MARTINS DA SILVA**

**PERFIL DAS PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO E SUA RELAÇÃO COM DEPRESSÃO PÓS-  
PARTO SEGUNDO A ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO  
DE EDIMBURGO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina**

**2020**

**AMANDA MARTINS DA SILVA**

**PERFIL DAS PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO E SUA RELAÇÃO COM DEPRESSÃO PÓS-  
PARTO SEGUNDO A ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO  
DE EDIMBURGO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho  
Professor Orientador: Prof. Dr. Hugo Alejandro Arce Iskenderian  
Professor Coorientador: Prof. Dr. Lucio José Botelho**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2020**

da Silva, Amanda Martins

Perfil das puérperas de um Hospital Universitário e sua relação com  
Depressão Pós-Parto segundo a Escala de Depressão Pós-Parto de  
Edimburgo / Amanda Martins da Silva – Florianópolis, 2020.

54 páginas

Orientador: Hugo Alejandro Arce Iskenderian

Coorientador: Lucio José Botelho

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina  
– Medicina

1. Depressão 2. Puerpério 3. Transtornos puerperais

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha mãe Lucinea e ao meu pai Mauro que sempre me incentivaram a nunca desistir dos meus sonhos e não mediram esforços para que chegasse até aqui. Palavras não são o suficiente para agradecer o quanto vocês fizeram por mim. Obrigada por todo amor que emanaram nessa caminhada da minha vida, todos os conselhos e abraços. Obrigada por serem parte do que eu me tornei.

Agradeço a minha irmã, Manuela, que mesmo criança me ensinou a olhar a vida de uma forma mais simples e leve. Obrigada por me ensinar todos os dias o valor da amizade.

Ao meu companheiro Ian, que esteve ao meu lado desde antes de entrar na faculdade, acompanhou toda a minha trajetória e sempre me motivou a alcançar meus objetivos. Esteve junto comigo nos dias felizes e nebulosos da minha formação. Obrigada por todo apoio.

A toda minha família, principalmente meus primos, agradeço imensamente por todo apoio prestado nesses anos de formação.

A minha dupla de internato e amiga, Jéssica, agradeço por poder compartilhar contigo esses seis anos e por ter me ensinado muitas coisas a respeito da vida, da medicina e sobre amizade.

Agradeço a minha colega de curso e amiga Bruna, mulher forte, dedicada. Obrigada por compartilhar conhecimento e sua paixão por tudo aquilo que fazes.

Obrigada também Julia Pinheiro, colega de curso e amiga de vida, por me convidar a fazer parte desta pesquisa e por fazer eu enxergar o mundo de forma mais crítica.

Agradeço aos professores Hugo e Lúcio, profissionais humanos e admiráveis que me orientaram neste trabalho de maneira leve e comprometida. Obrigada por toda a atenção e amparo nesses anos de pesquisa.

À professora Roxana Knobel, desde o início da faculdade esteve presente no processo de aprendizado com os projetos de extensão Mama Flora e Hora P, além da sala de aula. Obrigada por me ensinar tanto sobre saúde da mulher e por me fazer olhar a especialidade com tanta admiração.

Agradeço a UFSC, universidade que me acolheu e permitiu tantas experiências de vida e aprendizado.

Obrigada a todos os pacientes que permitiram o meu aprendizado compartilhando suas histórias, angústias e esperanças. Obrigada por me ajudarem a chegar até aqui e por fazerem eu querer continuar buscando o meu melhor.

*“Eu levanto a minha voz, não para que eu possa gritar, mas para que aqueles sem voz possam ser ouvidos...não é possível prosperar quando metade das pessoas ficam para trás. ”*

*(Malala Yousafzai)*

## RESUMO

**Introdução:** O ciclo gravídico-puerperal é um momento de mudanças e vulnerabilidade psicológica em função das modificações físicas e hormonais nas mulheres, momento que podem desenvolver depressão pós-parto.

**Objetivos:** Identificar o perfil das mulheres que apresentaram sintomas depressivos, cujos partos ocorreram na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago nas primeiras 48 horas de pós-parto e em 6 semanas de pós-parto.

**Métodos:** Estudo descritivo transversal. Aplicou-se dois questionários após 48h de pós-parto e após 6 semanas do parto, um socioeconômico e geral e o outro foi a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Considerou-se características de DPP naquelas com pontuação na EPDS maior ou igual a 11.

**Resultados:** Foram incluídas na pesquisa 148 puérperas, onde nas primeiras 48h de pós-parto houve uma prevalência de 22,97% de sintomas depressivos e após 6 semanas do pós-parto passou para 32,87%. Das mulheres que apresentaram características depressivas, a maioria tinha mais de 30 anos, etnia branca, ensino médio completo, moradoras de área urbana. A grande maioria múltíparas, com parto a termo, sem complicações. Essas mulheres contaram com a ajuda do cônjuge para cuidar da criança e relataram história familiar de transtornos psiquiátricos e alterações de humor no período pré-menstrual.

**Conclusão:** O perfil das puérperas que apresentaram sintomas depressivos no pós-parto imediato e seis semanas após o parto, em sua grande maioria tem características comuns nos dois momentos, sendo imprescindível o diagnóstico precoce de tal comorbidade e tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Depressão. Puerpério. Transtornos puerperais.

## ABSTRACT

**Introduction:** The pregnancy-puerperal cycle is a time of changes and psychological vulnerability due to physical and hormonal changes in women, a time that can develop postpartum depression.

**Objectives:** To identify the profile of women who presented depressive symptoms, whose births took place at the maternity of the University Hospital Polydoro Ernani de São Thiago in the first 48 hours after delivery and in 6 weeks after delivery.

**Methods:** Descriptive cross-sectional study. Two questionnaires were applied after 48 hours postpartum and 6 weeks after delivery, one socioeconomic and general and the other was the Edinburgh Postpartum Depression Scale. DPP characteristics were considered in those with an EPDS score greater than or equal to 11.

**Results:** 148 puerperal women were included in the research, where in the first 48 hours of postpartum there was a prevalence of 22.97% of depressive symptoms and after 6 weeks of postpartum it rose to 32.87%. Of the women who presented depressive characteristics, the majority were over 30 years old, white ethnicity, complete high school, living in an urban area. The vast majority are multiparous, with term delivery, without complications. These women counted on the help of their spouse to take care of the child and reported a family history of psychiatric disorders and mood changes in the premenstrual period.

**Conclusion:** : The profile of the puerperal women who presented depressive symptoms in the immediate postpartum period and six weeks after delivery, had common characteristics in both moments, and an early diagnosis of such comorbidity and adequate treatment is essential.

**Keywords:** Depression. Puerperium. Postpartum disorders.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Perfil socioeconômico das mulheres cujo parto foi realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago que responderam ao EPDS 48h e 6 semanas após o parto .....	10
<b>Tabela 2.</b> Perfil clínico e geral das mulheres cujo parto foi realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago que responderam ao EPDS 48h e 6 semanas após o parto.....	12

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

DPP	Depressão Pós-Parto
OMS	Organização Mundial de Saúde
EPDS	Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição
CID-10	Código Internacional de Doenças ou Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
HU	Hospital Universitário
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
TPM	Tensão Pré-Menstrual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

## **LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS**

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	27
Apêndice II – Questionário para investigação de possíveis fatores de risco que não constam na Informatização de rotina dos dados do Parto e Nascimento.....	30
Apêndice III - Questionário em google forms para investigação de possíveis fatores de risco referentes ao período pós-parto.....	33
Anexo I - Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo.....	39
Anexo II - Informatização dos dados de parto e nascimento da Maternidade do HU/UFSC...	43

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	5
2.1 Geral .....	5
2.2 Específicos .....	5
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	6
3.1 Delineamento do estudo e coleta de dados .....	6
3.2 Cálculo da Amostra .....	6
3.3 Critérios de Inclusão .....	7
3.4 Critérios de Exclusão .....	7
3.5 Análise da pontuação obtida pela EPDS .....	7
3.6 Análise dos Resultados .....	7
3.7 Questões Éticas .....	7
<b>4. RESULTADOS</b> .....	8
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	15
<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	20
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	21
<b>APÊNDICES</b> .....	27
<b>ANEXOS</b> .....	39

## 1. INTRODUÇÃO

Depressão, palavra que é associada a sofrimento e sentimento de perda é também uma doença, que cursa com alterações de humor, cognitivas e psicomotoras (1). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão foi classificada como a terceira causa de morbidade no mundo em 2004 e estima-se que em 2030 possa ser a primeira.

Estudos Norte Americanos estimam que o risco para desenvolvimento de depressão durante a vida seja de 10% para homens e 20% para as mulheres (2) e pesquisadores brasileiros confirmam mais casos de depressão em mulheres, estimando valores de prevalência entre 3,8 a 14,5%(3). Isso porque além de estarem mais predispostas ao desenvolvimento de depressão por conta de alterações hormonais e psicossociais que constam nos estudos citados, (4) são as mulheres que passam pela gestação, momento de transformações físicas e emocionais.

Considera-se o ciclo gravídico-puerperal como um momento de mudanças e vulnerabilidade psicológica aumentada, onde vários transtornos psiquiátricos podem surgir ou manifestarem-se (5) em função das modificações físicas, hormonais, emocionais e sociais que acontecem na vida da mulher neste período com chegada de uma criança. Ocorre o nascimento de uma mãe, assim como mais responsabilidades, emoções e os sentimentos de dúvidas e medos que podem carregar por um período ou até mesmo para o resto da vida.

Entre os transtornos que algumas mulheres podem desenvolvem neste período estão: O blues puerperal, as psicoses puerperais e a depressão pós-parto(5). O blues puerperal é identificado em cerca de 50% a 85% das puérperas e é caracterizado por um aumento na sensibilidade emocional materna logo no pós-parto, qualificada por choro fácil, irritabilidade e sentimento de rejeição. Atinge o ápice na primeira semana do pós-parto e entra em remissão espontaneamente em duas semanas. Essa condição é descrita como a forma mais leve dos transtornos psiquiátricos puerperais, não necessitando de tratamento farmacológico(5). A psicose, por outro lado, é considerada a forma mais grave, tem início súbito com sintomas que podem iniciar nos primeiros dias ou até duas semanas de pós-parto, (5) sendo que sua prevalência é de 0,1 a 0,2% das puérperas. Há manifestação de sintomas mais graves, como alucinações, delírios persecutórios, agitação e confusão mental, sendo uma condição que requer internação hospitalar na maioria dos casos(5).

A depressão pós-parto, que é o foco deste trabalho, afeta de 10 a 20% das mulheres no período puerperal. Iniciando geralmente entre a 4<sup>o</sup> e 8<sup>o</sup> semana do pós-parto, podendo durar por até dois anos(5)(6), caracteriza-se por sintomas como sentimentos de irritabilidade, choro

frequente, perda de motivação, isolamento, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sentimentos de incapacidade de lidar com novas situações, entre outros.(6) Em países desenvolvidos há uma prevalência de cerca de 10% de depressão pós-parto, podendo alcançar 20% em países em desenvolvimento, segundo a OMS (7). Ainda assim, há relatos de que esses números podem não corresponder com veracidade, já que que a DPP ainda é subdiagnosticada por não ter uma rotina de rastreamento na maioria dos protocolos de saúde para detecção ou até mesmo para sua prevenção (8). Sua etiologia ainda é desconhecida e não há relatos sólidos na literatura que sustentem as hipóteses de seu desenvolvimento. Alguns autores citam fatores hormonais e fisiológicos como desencadeantes e outros autores relatam fatores socioeconômicos e psicológicos (9), mas mesmo não se sabendo a etiologia, há relato de suas consequências.

Segundo Godfroid (10), as consequências da DPP são divididas entre precoces e tardias (10), entre as precoces estão o suicídio e/ou infanticídio (0,2% dos casos), alterações comportamentais do bebê como choro e irritabilidade. Podem ocorrer negligências com a criança, aparecimento de machucados, e como consequência mais grave morte súbita do bebê; é relatado também depressão do cônjuge e divórcio. As possíveis consequências tardias envolvem atraso cognitivo no filho da mãe depressiva, distúrbio do comportamento e mais tarde, como efeito, um adulto com patologias psíquicas (10). Há relatos de que os filhos de mães com depressão apresentam mais dificuldades nas relações sociais, além de pior estruturação de seu estado afetivo(11).

O desenvolvimento da DPP está relacionado a diversos fatores (11), em revisão da literatura há descrição de uma divisão entre fatores de risco e proteção psicossociais, físicos e sociodemográficos/contextual(12). Entre os variados fatores de risco há destaque para o baixo suporte familiar e do parceiro, baixo grau de escolaridade, gravidez indesejada, história de depressão prévia à gestação, desemprego, conflito familiar havendo ou não violência física e emocional e história familiar de depressão(11). A gestação na adolescência, por conta da imaturidade emocional e psíquica, associada ao período de vida em que angústias e menor aceitação social estão vigentes, causa maior predisposição ao desenvolvimento da depressão pós-parto (13). Deve-se lembrar também dos fatores de proteção para evitar o desenvolvimento da DPP, já que são considerados como medidas de prevenção e de diminuição do impacto dos fatores de risco. Entre os fatores de proteção estão o pré-natal com abordagem psicológica com percepção de suporte social durante a gravidez (12), fator de suma importância, pois a gestação e puerpério são os momentos em que a mulher está em contato próximo com o serviço de saúde,

sendo possível realizar uma abordagem psicológica nas consultas, que muitas vezes se resumem a verificação de exames e prescrições de medicamentos.

A classificação da depressão pós-parto ainda não é estabelecida. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quinta Edição (DSM-V), o diagnóstico é clínico e os critérios são os mesmos da depressão maior, iniciando-se dentro de 4 semanas do puerpério. Já a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) tem o código como F53.0, e integra a DPP no Transtorno Mental e de Comportamento leves associado ao puerpério, não classificados em outra parte, tendo início até 6 semanas após o parto(14). Embora não existam fatores fisiológicos capazes de diagnosticar a depressão pós-parto com base em manifestações clínicas, utilizam-se escalas e questionários de avaliação, para, com base nos resultados, melhor conduzir o quadro, apesar de não ser possível utilizar como critério diagnóstico (15).

A escala mais utilizada para rastreamento de sintomas de depressão que iniciam após o parto é a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS). Validada no Brasil e traduzida em 24 idiomas, ela avalia sintomas depressivos conforme somatória de pontos que vai de zero a três em cada item, abordando sentimentos maternos nos últimos sete dias, podendo atingir em seu máximo o escore de 30 pontos. Os pontos de corte descritos na literatura para caracterização da sintomatologia de DPP variam de 10 a 12. Uma revisão sistemática sobre a confiabilidade e validade da EPDS em países com renda baixa e média avaliou que a sensibilidade da EPDS foi de 86% e a especificidade de 78% com valor preditivo positivo de 73% (16).

A consulta de pré-natal, conforme protocolo do ministério da saúde, dispõe de poucas orientações sobre depressão pós-parto (17) e são escassos os trabalhos publicados acerca do tema. Apesar de existir maior familiaridade com o assunto nos consultórios de psiquiatria, são nas consultas de ginecologia e obstetrícia ou até mesmo nas consultas em Unidades Básicas de Saúde –UBS, onde há uma maior demanda, quando fala-se de DPP. E mesmo acontecendo a demanda, os métodos de rastreamento e diagnóstico são mais deficitários para profissionais que não lidam rotineiramente com a patologia.

Geralmente as mulheres que desenvolvem sintomatologia de depressão pós-parto, já manifestam algumas características antes mesmo do nascimento da criança, podendo ser detectado na consulta de pré-natal por um (a) médico (a), enfermeiro (a) ou por outros profissionais da saúde. Nesse contexto, antes mesmo de detectar os sintomas depressivos, precisa-se identificar o perfil dessas mulheres que desenvolvem sintomas de depressão pós-

parto, para que muito mais que tratamento desta comorbidade, seja realizada a prevenção por profissionais de saúde.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de descrever o perfil das mulheres que tiveram parto na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago em Florianópolis que apresentaram pontuação maior ou igual a 11 na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, caracterizando sintomas de depressão pós-parto, aplicando-se a EPDS 48 horas após o parto e 6 semanas após o parto. Com isso, avaliar as particularidades de cada momento do pós-parto e propor maior atenção à saúde mental ao pré-natal, melhorando o diagnóstico e tratamento, a fim de diminuir os danos causados pela DPP tanto na mulher quanto na criança.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Descrever o perfil das mulheres que apresentaram sintomas depressivos, cujos partos ocorreram na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, nas primeiras 48 horas de pós-parto e 6 semanas após o parto.

### **2.2 Específicos**

Determinar a prevalência das mulheres que apresentaram sintomas depressivos até 48 horas de pós-parto e após 6 semanas de pós-parto.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Delineamento do estudo e coleta de dados

O estudo descritivo transversal foi realizado no município de Florianópolis, onde participaram 150 mulheres que tiveram parto no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago entre 31/10/2018 e 18/06/2019.

Ainda no hospital, em até 48 horas de pós-parto, essas puérperas foram convidadas para participar da pesquisa e após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice I), as pesquisadoras aplicaram dois questionários, onde um (apêndice II) averiguou dados socioeconômicos, obstétricos e psicossociais (alguns dados faltantes foram completados com pesquisa no prontuário da paciente). O segundo questionário foi a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (anexo I), que investigou sintomas de provável depressão pós-parto, através de dez perguntas, cada uma com pontuações variando de 0 a 3. Considerou-se como risco para desenvolvimento de depressão pós-parto, se a soma da pontuação das perguntas foi maior ou igual a 11, ponto de corte com maior valor preditivo positivo (18)(19). Ainda no hospital, foi solicitado nesse primeiro momento o número de contato (WhatsAapp) ou e-mail para nova aplicação do questionário após 6 semanas do parto para dar continuidade a pesquisa.

Após seis semanas do parto, entrou-se em contato com as participantes novamente via WhatsAapp e/ou por e-mail para nova aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (anexo I) e de questionário psicossocial (apêndice III), susceptíveis a alterações no período. Tentou-se entrar em contato com as participantes três vezes, cada tentativa teve um período de 24 horas de intervalo. Houve uma perda de 75 participantes (50,68%) neste segundo momento, que não responderam as tentativas de contato.

#### 3.2 Cálculo da Amostra

Segundo estudo realizado previamente com a informatização dos dados do Parto e Nascimento do Centro Obstétrico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (vinculado ao Centro Latino-Americano de Perinatologia - CLAP/OMS – anexo II), contabilizou a média de nascidos vivos em um ano é 2300. Os dados do presente estudo foram coletados em 32 dias no período de 31/10/2018 a 18/06/2019, contabilizando oito meses. Considerando o número de nascidos vivos de 1600 no período, o tamanho de amostra necessário para um intervalo de confiança de 95% com prevalência de depressão pós-parto de aproximadamente 15% é de 150 mulheres, segundo cálculo realizado pelo software stat calc do Epi info®, Versão 7.2.

### **3.3 Critérios de Inclusão**

Foram incluídas no estudo as puérperas do alojamento conjunto da maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago que estavam em até 48 horas de pós-parto.

### **3.4 Critérios de Exclusão**

Foram excluídas do estudo duas puérperas no primeiro momento, pois os recém-nascidos vieram a óbito após alta do alojamento conjunto.

### **3.5 Análise da pontuação obtida pela EPDS**

A análise da pontuação da EPDS foi realizada conforme descrição em trabalhos realizados no Brasil, optou-se por utilizar o ponto de corte 11 pelo maior valor preditivo positivo na população brasileira (18) (19).

Considerou-se como provável depressão pós-parto a pontuação maior ou igual a 11 na EPDS e improvável depressão pós-parto pontuação menor que 11 na EPDS.

### **3.6 Análise dos Resultados**

Registrou-se os dados obtidos através do programa Microsoft Office Excel 2007®. A análise estatística foi realizada no programa estatístico livre Epi-info®. 7.2 para Windows e no programa Microsoft Office Excel 2007®. O perfil das mulheres foi estudado conforme pontuação da Escala de Pós-Parto de Edimburgo 48 horas e 6 semanas após o parto.

As variáveis foram distribuídas conforme faixa etária, etnia, escolaridade, renda, paridade, história de doença psiquiátrica familiar e própria, entre outros fatores socioeconômicos, psicológicos e gestacionais. O desfecho analisado foi a presença ou ausência da pontuação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo maior ou igual a 11.

### **3.7 Questões Éticas**

O projeto foi aprovado pelo CEP/CONEP da Plataforma Brasil sob o número 01061218.4.0000.0121, não havendo nenhum conflito de interesse por parte da autora do estudo. Para participação na pesquisa, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido pelas participantes.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Perfil das puérperas que apresentaram características de DPP até 48h de pós-parto

Com base na análise do perfil de 148 mulheres que realizaram o parto na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e que responderam ao questionário socioeconômico e ao EPDS, foram identificadas 34 mulheres com pontuação igual ou acima de 11 nas primeiras 48h de pós-parto, o que retrata uma prevalência de 22,97% de provável DPP.

Quanto aos dados socioeconômicos, 16 (47,1%) puérperas apresentaram idade maior que 30 anos, 21 (61,8%) com cor de pele branca, 19 (55,9%) relataram ter ensino médio completo e a renda familiar de 1 a 3 salários mínimos foi relatada por 15 (44,1%) mulheres, 17 (50%) não estão empregadas no momento, sendo que 16 (47,1%) moram em casa própria e 16 (47,1%) moram em casa alugada. Dentre os moradores da residência, 17 (50%) moram com 1 a 3 pessoas e 32 (94,1%) moram em zona urbana.

Sobre os dados gerais e obstétricos das 34 puérperas que apresentaram escore EPDS característico de DPP nas primeiras 48h de pós-parto, 23 (67,6%) puérperas não planejaram a gravidez, sendo que 22 (64,7%) ficaram felizes com a notícia da gestação quando descobriram. Foram 21 (61,8%) multíparas, 28 (82,4%) tiveram parto a termo, 20 (58,8%) tiveram parto vaginal, sendo que apenas 7 (20,6%) puérperas relataram algum tipo de complicação no parto, como: pré-eclâmpsia, hemorragia, rotura uterina, entre outras.

O uso de polivitamínico foi relatado por apenas 9 (26,5%) puérperas, já o sulfato ferroso foi utilizado por 23 (67,6%) mulheres durante a gestação e 20 (58,8%) usaram ácido fólico.

O tabagismo, etilismo ou uso de outras drogas foi relatado por 5 (14,7%) puérperas, mas não foi descrito o tipo de substância utilizada. A realização de exercício físico regular durante a gestação foi relatada apenas por 10 (29,4%) mulheres e 22 (64,7%) relataram satisfação com o seu próprio corpo. Para cuidar do bebê 24 (70,6%) puérperas contaram com a ajuda do cônjuge, sendo que 10 (29,4%) relataram relação perturbada com o companheiro e 10 (29,4%) relataram sentir-se sozinhas.

Houve relato de trauma na gestação por parte de 18 (52,9%) mulheres, os traumas relatados foram: morte de algum familiar/amigo, perda de emprego, violência doméstica, separação conjugal, sendo que nenhuma mulher relatou abuso sexual.

Receberam diagnóstico prévio de depressão 18 (52,9%) mulheres, sendo que 22 (64,7%) tinham história familiar de transtornos psiquiátricos e 26 (76,5%) referiram mudanças de humor

na TPM. Nenhuma mulher relatou doença crônica (HAS, DM, Hipotireoidismo), nem filhos com doença crônica e má formação.

#### **4.2 Perfil das puérperas que apresentaram características de DPP após 6 semanas de pós-parto**

Após 6 semanas de pós-parto, 73 mulheres responderam ao questionário novamente, dessas, 24 mulheres apresentaram escore EPDS maior ou igual a 11, caracterizando provável DPP, representando 32,87% de prevalência. Quanto ao perfil socioeconômico dessas mulheres, 9 (37,5%) apresentaram idade maior que 30 anos, 11 (45,8%) com cor de pele branca, 16 (66,7%) com ensino médio completo e 11 (45,8%) com renda familiar de 3 a 6 salários mínimos. 15 (62,5%) puérperas relataram não estar empregadas, sendo que 14 (58,3%) moravam em casa alugada. Dentre os moradores da residência, 13 (54,2%) convivem com 4 a 7 pessoas e 22 (91,7%) viviam em zona urbana.

Das 24 mulheres que apresentaram escore característicos de DPP após 6 semanas do parto, 19 (79,2%) puérperas não planejaram a gravidez, representando a grande maioria, sendo que 16 (66,7%) ficaram felizes com a notícia da gestação quando descobriram. 13 (54,2%) eram múltiparas, 21 (87,5%) tiveram parto a termo, 12 (50%) foram partos cesarianos e apenas 2 (8,3%) puérperas relataram algum tipo de complicação no parto.

Novamente, o uso de polivitamínico não foi realizado por 15 (62,5%) puérperas, já 19 (79,2%) usaram sulfato ferroso durante a gestação e 17 (70,8%) puérperas fizeram uso de ácido fólico. 4 (16,7%) delas relataram fazer uso de álcool e/ou cigarro durante a gestação. O exercício físico regular foi realizado por apenas 6 (25%) mulheres e 16 (66,7%) alegaram que estavam satisfeitas com o próprio corpo.

A grande maioria, 19 (79,2%) puérperas, nos dois momentos, continuaram contando com a ajuda do cônjuge para cuidar do bebê, sendo que 19 (79,2%) relataram relação perturbada com o companheiro, 19 (79,2%), relataram sentir-se sozinhas e 10 (41,7%) disseram ter sofrido algum trauma na gestação.

Receberam diagnóstico prévio de depressão 11 (45,8%) mulheres, sendo que 16 (66,7%) tinham história familiar de transtornos psiquiátricos e 21 (87,5%) referiram mudanças de humor na TPM. Apenas 1 (4,2%) mulher relatou doença crônica (HAS, DM ou Hipotireoidismo) e 1 (4,2%) relatou filho com doença crônica e má formação.

Tabela 1. Perfil socioeconômico das mulheres cujo parto foi realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago que responderam aos questionários 48h e 6 semanas após o parto.

Período	EPDS	Até 48 h		6 Semanas	
		<11 Nº (%)	≥11 Nº (%)	<11 Nº (%)	≥11 Nº (%)
<b>Idade</b>	<b>16-20</b>	13 (11,40%)	1 (2,90%)	4 (8,20%)	4 (16,70%)
	<b>21-25</b>	31 (27,20%)	9 (26,50%)	9 (18,40%)	8 (33,30%)
	<b>26-30</b>	30 (26,30%)	8 (23,50%)	13 (26,50%)	3 (12,50%)
	<b>&gt;30</b>	40 (35,10)	16 (47,10%)	24 (49,00%)	9 (37,50%)
<b>Etnia</b>	<b>Branca</b>	58 (50,90%)	21 (61,80%)	32 (65,30%)	11 (45,80%)
	<b>Parda</b>	19 (16,70%)	6 (17,60%)	6 (12,20%)	5 (20,80%)
	<b>Negra</b>	27 (23,70%)	6 (17,60%)	8 (16,30%)	5 (20,80%)
	<b>Indígena</b>	1 (0,9%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,20%)
	<b>SR</b>	9 (7,90%)	1 (2,90%)	3 (6,10%)	2 (8,30%)
<b>Escolaridade</b>	<b>F1</b>	3 (2,60%)	1 (2,90%)	0 (0,00%)	1 (4,20%)
	<b>F2</b>	17 (14,90%)	6 (17,60%)	2 (4,10%)	3 (12,50%)
	<b>Ens. M</b>	60 (52,6%)	19 (55,90%)	22 (44,90%)	16 (66,70%)
	<b>Ens. Sup</b>	29 (25,4%)	6 (17,60%)	20 (40,80%)	3 (12,50%)
	<b>Espec</b>	5 (4,40%)	2 (5,90%)	5 (10,20%)	1 (4,20%)
<b>Renda</b>	<b>Até 1 SM</b>	10 (8,80%)	4 (11,80%)	1 (2,00%)	1 (4,20%)
	<b>1 a 3 SM</b>	46 (40,40%)	15 (44,10%)	19 (38,80%)	10 (41,70%)
	<b>3 a 6 SM</b>	42 (36,80%)	12 (35,30%)	21 (42,90%)	11 (45,80%)
	<b>6 a 9 SM</b>	11 (9,60%)	2 (5,90%)	7 (14,30%)	1 (4,20%)
	<b>&gt;10 SM</b>	2 (1,80%)	0 (0,00%)	1 (2,00%)	0 (0,00%)
	<b>Nenhuma</b>	3 (2,60%)	1 (2,90%)	0 (0,00%)	1 (4,20%)
<b>Emprego</b>	<b>SIM</b>	57 (50,00%)	16 (47,10%)	30 (61,20%)	9 (37,50%)
	<b>NÃO</b>	56 (49,10%)	17 (50,00%)	19 (38,80%)	15 (62,50%)
	<b>SR</b>	1 (0,90%)	1 (2,90%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

<b>Residência</b>	<b>Própria</b>	51 (44,70%)	16 (47,10%)	22 (44,90%)	10 (41,70%)
	<b>Alugada</b>	63 (55,30%)	16 (47,10%)	27 (55,10%)	14 (58,30%)
	<b>Cedida</b>	0 (0,0%)	1 (2,90%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
<b>Moradores da casa</b>	<b>1 a 3</b>	75 (65,80%)	17 (50,00%)	36 (73,50%)	11 (45,80%)
	<b>4 a 7</b>	39 (34,20%)	16 (47,10%)	12 (24,50%)	13 (54,20%)
	<b>Sozinha</b>	0 (0,0%)	1 (2,90%)	1 (2,00%)	0 (0,00%)
<b>Zona de moradia</b>	<b>Urbana</b>	99 (86,80%)	32 (94,10%)	44 (89,80%)	22 (91,70%)
	<b>Rural</b>	11 (9,60%)	2 (5,90%)	5 (10,20%)	2 (8,30%)
	<b>SR</b>	4 (3,50%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

F1: Ensino fundamental da 1ª até 4ª série; F2 Ensino fundamental da 5ª até 8ª série  
 Ens M: Ensino médio ; Ens Sup: Ensino superior; Espec: Especialização  
 SR: Sem resposta ; SM: Salário mínimo - \*\*Valor do salário mínimo correspondente à data da coleta de dados, em 2018. (954)

Fonte: Base de dados de pesquisa realizada na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago 2018-2019

Tabela 2. Perfil clínico e geral das mulheres cujo parto foi realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago que responderam ao EPDS 48h e 6 semanas após o parto.

Período	EPDS	Até 48 h		6 Semanas	
		<11 Nº	≥11 Nº	<11 Nº	≥11 Nº
Planejamento da Gravidez	SIM	40(35,10%)	11(32,40%)	15(30,60%)	5(20,80%)
	NÃO	72(63,20%)	23(67,60%)	34(69,40%)	19(79,20%)
	SR	2(1,80%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
Ficou feliz com a notícia da gestação	SIM	99(86,80%)	22(64,70%)	45(91,80%)	16(66,70%)
	NÃO	13(11,40%)	12(35,30%)	4(8,20%)	8(33,30%)
	SR	2(1,80%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
Uso de polivitamínicos	SIM	81(71,10%)	9(26,50%)	18(36,70%)	9(37,50%)
	NÃO	33(28,90%)	25(73,50%)	31(63,30%)	15(62,50%)
Uso de sulfato ferroso	SIM	84(73,70%)	23(67,60%)	37(75,50%)	19(79,20%)
	NÃO	30(26,30%)	11(32,40%)	12(24,50%)	5(20,80%)
Uso de vitamina D	SIM	17(14,90%)	8(23,50%)	10(20,40%)	7(29,20%)
	NÃO	97(85,10%)	26(76,50%)	39(79,60%)	17(70,80%)
Uso de ácido fólico	SIM	72(63,20%)	20(58,80%)	34(69,40%)	17(70,80%)
	NÃO	42(36,80%)	14(41,20%)	15(30,60%)	7(29,20%)
Uso de zinco	SIM	7(6,10%)	1(2,90%)	4(8,20%)	3(12,50%)
	NÃO	106(93,00%)	33(97,10%)	45(91,80%)	20(83,30%)
	SR	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(4,20%)
Tabagismo e/ou etilismo	SIM	9(7,90%)	5(14,70%)	3(6,10%)	4(16,70%)
	NÃO	105(92,10%)	29(85,30%)	46(93,90%)	20(83,30%)
Realizou exercício físico regular na gestação	SIM	25(21,90%)	10(29,40%)	9(18,40%)	6(25,00%)
	NÃO	89(78,10%)	24(70,60%)	40(81,60%)	18(75,00%)



<b>Náuseas e vômitos significativos</b>	<b>SIM</b>	15(13,20%)	10(29,40%)	4(8,20%)	6(25,00%)
	<b>NÃO</b>	99(86,80%)	24(70,60%)	45(91,80%)	18(75,00%)
<b>Paridade</b>	<b>Primípara</b>	45(39,50%)	13(38,20%)	23(46,90%)	11(45,80%)
	<b>Múltipara</b>	69(60,50%)	21(61,80%)	26(53,10%)	13(54,20%)
<b>Idade gestacional do parto</b>	<b>Pré termo</b>	8(7,00%)	4(11,80%)	5(10,20%)	1(4,20%)
	<b>Termo</b>	94(82,50%)	28(82,40%)	38(77,60%)	21(87,50%)
	<b>SR</b>	12(10,50%)	2(5,90%)	6(12,20%)	2(8,30%)
<b>Via de parto</b>	<b>Vaginal</b>	59(51,80%)	20(58,80%)	26(53,10%)	10(41,70%)
	<b>Cesárea</b>	44(38,60%)	12(35,30%)	21(42,90%)	12(50,00%)
	<b>SR</b>	10(8,80%)	2(5,90%)	2(4,10%)	2(8,30%)
<b>Complicações no parto*</b>	<b>SIM</b>	18(15,80%)	7(20,60%)	8(16,30%)	2(8,30%)
	<b>NÃO</b>	95(83,30%)	26(76,50%)	41(83,70%)	22(91,70%)
	<b>SR</b>	1(0,90%)	1(2,90%)	0(0,00%)	0(0,00%)
<b>Ajuda para cuidar do bebê</b>	<b>Cônjuge</b>	105(92,10%)	24(70,60%)	46(93,90%)	19(79,20%)
	<b>Família/amigos</b>	9(7,90%)	9(26,50%)	3(6,10%)	5(20,80%)
	<b>Ninguém</b>	0(0,00%)	1(2,90%)	0(0,00%)	0(0,00%)
<b>Relação perturbada com cônjuge</b>	<b>SIM</b>	6(5,30%)	10(29,40%)	4(8,20%)	19(79,20%)
	<b>NÃO</b>	103(90,40%)	20(58,80%)	43(87,80%)	5(20,80%)
	<b>SR</b>	5(4,40%)	4(11,80%)	2(4,10%)	0(0,00%)
<b>Sente-se sozinha</b>	<b>SIM</b>	99(86,80%)	10(29,40%)	6(12,20%)	19(79,20%)
	<b>NÃO</b>	13(11,40%)	24(70,60%)	43(87,80%)	5(20,80%)
	<b>SR</b>	2(1,80%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
<b>Sofreu trauma na gestação**</b>	<b>SIM</b>	30(26,30%)	18(52,90%)	15(30,60%)	10(41,70%)
	<b>NÃO</b>	84(73,70%)	16(47,10%)	34(69,40%)	14(58,30%)
	<b>SIM</b>	95(83,30%)	22(64,70%)	38(77,60%)	16(66,70%)

<b>Está satisfeita com o seu corpo.</b>	<b>NÃO</b>	18(15,80%)	12(35,30%)	11(22,40%)	8(33,30%)
	<b>SR</b>	1(0,90%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
<b>Mudanças de humor na TPM</b>	<b>SIM</b>	67(58,80%)	26(76,50%)	34(69,40%)	21(87,50%)
	<b>NÃO</b>	46(40,40%)	8(23,50%)	15(30,60%)	3(12,50%)
	<b>SR</b>	1(0,90%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
<b>Diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico</b>	<b>SIM</b>	27(23,70%)	18(52,90%)	11(22,40%)	11(45,80%)
	<b>NÃO</b>	87(76,30%)	16(47,10%)	38(77,60%)	13(54,20%)
<b>Diagnóstico de outras doenças crônicas</b>	<b>SIM</b>	19(16,70%)	0(0,00%)	12(24,50%)	1(4,20%)
	<b>NÃO</b>	95(83,30%)	34(100,00%)	37(75,50%)	23(95,80%)
<b>História familiar de transtornos psiquiátricos***</b>	<b>SIM</b>	48(42,10%)	22(64,70%)	22(44,90%)	16(66,70%)
	<b>NÃO</b>	66(57,90%)	12(35,30%)	27(55,10%)	8(33,30%)
<b>Filhos com doença crônica</b>	<b>SIM</b>	5(4,40%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(4,20%)
	<b>NÃO</b>	109(95,60%)	34(100,00%)	49(100,00%)	23(95,80%)
<b>Filho com malformação</b>	<b>SIM</b>	1(0,90%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(4,20%)
	<b>NÃO</b>	113(99,10%)	34(100,00%)	49(100,00%)	23(95,80%)

\*Hemorragia pós-parto; Pré-eclâmpsia; Eclâmpsia; Descolamento prematuro de placenta; Rotura uterina; Placenta prévia; Líquido meconial.

\*\* violência doméstica, morte familiar/amigo, perda de emprego, separação conjugal

\*\*\* esquizofrenia, ansiedade, transtorno depressivo, bipolaridade.

Fonte: Base de dados de pesquisa realizada na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago 2018-2019

## 5. DISCUSSÃO

A depressão pós-parto é considerada uma situação multifatorial, onde há envolvimento de fatores genéticos, socioeconômicos e clínicos (20). Já foram descritos diversos fatores de risco para o desenvolvimento de tal comorbidade, como: falta de apoio do parceiro, baixo apoio familiar, gravidez indesejada, história de depressão prévia a gestação, desemprego, baixo grau de escolaridade, conflito familiar, história familiar de depressão, violência doméstica e idade jovem(11). Também há relatos de que o pré-natal com abordagem psicológica seja um fator protetor (12), levando em conta que as emoções ficam mais afloradas neste período.

Neste estudo analisou-se o perfil de 148 mulheres, onde foi aplicada a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo e questionário socioeconômico/geral. Nas primeiras 48h de pós-parto, 22,97% de puérperas apresentaram características de DPP, número que pode ser considerado um pouco acima dos parâmetros se comparado a estudos em países de baixa renda, incluindo o Brasil, onde a prevalência de DPP está em torno de 20% (21) (22). Após 6 semanas do parto, a porcentagem de mulheres que apresentaram sinais de DPP segundo a EPDS aumentou para 32,87%, valor muito acima do descrito se compararmos com pesquisa sobre perfil das puérperas que tiveram parto em maternidade pública de Salvador, onde foi relatado 19,8% de prevalência de suspeita de DPP (23). Outras pesquisas mostraram que a prevalência de DPP variou de 7,2% a 39,4% (24) (25) (26) (27) (28) (29), a explicação para diferença entre as prevalências encontradas pode ser explicada pelo ponto de corte usado na EPDS ou utilização de outro instrumento para rastreamento da depressão, além do momento em que foi realizada a pesquisa e dos fatores sociodemográficos e culturais do local (24).

Deve-se levar em conta que no presente estudo houve perda de metade da amostra após 6 semanas de pós-parto e o primeiro momento conflui com o período em que pode ocorrer a disforia pós-parto (*blues* puerperal). Tal comorbidade pode atingir até 85% das puérperas e tem resolução espontânea, sem necessidade de tratamento medicamentoso. Pesquisas sugerem que em muitos casos, o *blues* puerperal pode evoluir para DPP, progredindo seus sintomas mais leves nos primeiros dias de pós-parto para mais graves em poucas semanas (30). Reafirma-se a importância do acompanhamento psicológico e rastreamento para DPP no pré-natal ou nas consultas de puerpério, momento em que a mulher está frequentemente em contato com o sistema de saúde. Podendo assim realizar a detecção precoce de sintomas depressivos e seguir com um tratamento adequado, haja vista que muitas vezes os sintomas depressivos surgem até mesmo antes do parto e que a DPP se desenvolve em mulheres que já estão predispostas a tal

comorbidade.

A utilização da EPDS como instrumento de rastreamento de sintomas depressivos e o ponto de corte utilizado, pode ser considerado como um fator de influência nos números expressivos de DPP encontrados neste estudo, principalmente no segundo momento em que foi aplicado o questionário EPDS, se comparados a outros estudos em que o ponto de corte para suspeita de DPP varia de 10 a 12 (25). Apesar de existirem outros instrumentos de rastreamento da DPP, o mais utilizado é a EPDS, mesmo que não seja instrumento de diagnóstico, auxilia diversos profissionais que não convivem diariamente com patologias ligadas à saúde mental em sua rotina, a conduzirem uma investigação mais acurada da DPP. É um questionário autoaplicável, rápido e com questões simples de responder.

Alguns estudos confluem com resultados de que mães mais jovens possuem mais chances de desenvolver DPP, há relatos de que a frequência de depressão na adolescência seja maior do que na vida adulta e que a gestação é um momento em que há mais predisposição para desenvolvimento de depressão, combinando dois fatores importantes para desenvolvimento de DPP (20) (30). Na presente pesquisa não houve relação entre ser mais jovem e apresentar características depressivas. A maioria das puérperas que apresentaram características de DPP tanto 48 horas quanto 6 semanas de após o parto tinham idade maior que 30 anos. Mas também, pode-se verificar que a idade maior de 30 anos foi predominante nas puérperas em que não apresentaram características de DPP em nenhum momento, concordando com outros estudos realizados em outras regiões do Brasil (25) (31).

O fator cor de pele, autodeclarado pelas próprias puérperas, teve predominância pela cor de pele branca, tanto nas mulheres que apresentaram suspeita de DPP 48 horas e 6 semanas após o parto, quanto nas que não apresentaram características de DPP. Atribuindo o fato de que o estudo ocorreu em uma cidade onde a população é predominantemente branca, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE) (32), assim como a população que participou do estudo. Há divergências entre fator cor de pele, na maioria das pesquisas, alguns estudos associam a cor de pele parda a negra com o desenvolvimento de DPP (24) (33), indo de encontro com a baixa renda e pouco tempo de estudo (31)(32).

Grande parte das puérperas que apresentaram características de DPP nos dois momentos da pesquisa possuíam ensino médio completo, contrapondo estudos realizados que relatam que quanto mais anos de estudo, menor a chance de desenvolver DPP (34) (35). A consequência da baixa escolaridade pode desencadear baixa renda e assim dificultar o acesso à saúde. A renda considerada tanto pelas mulheres que sugeriram apresentar DPP quanto as que não sugeriram, condiz com renda familiar média, tal dado não condiz com outros estudos realizados no Brasil,

na região sul e sudeste, assim como em uma revisão sistemática onde foram encontrados trabalhos em diversos locais do Brasil (36)(37)(38) em que a renda baixa foi associada a maior chances de apresentar DPP. Outras pesquisas sustentam a hipótese de que a DPP é influenciada por adversidades ligadas à pobreza (36)(37): poucas condições de oferecer mais conforto, vestimenta, alimentação e ensino para os filhos levando ao sentimento de preocupação com o futuro da criança, incertezas sobre as condições básicas envolvendo também a saúde, pontos chaves para surgimento de ansiedades e inseguranças, levando ao surgimento de sintomas depressivos na mulher.

Observa-se que a população estudada, apesar de realizar seu parto em um hospital universitário público, possui características socioeconômicas mais favoráveis do que outras populações em outros locais do Brasil. Deve-se levar em conta que não foi descrito no instrumento de pesquisa em que foi aplicado, se o valor da renda se tratava de uma média per capita ou total, podendo haver adversidades na renda relatada. Além de haver modificações no valor do salário mínimo desde o início da coleta até a análise dos dados.

A falta de planejamento da gestação foi um dado frequentemente encontrado em todos os grupos estudados nesta pesquisa, entretanto, mesmo não havendo planejamento, metade das puérperas que apresentaram sinais de DPP 6 semanas após o parto ficaram felizes com a notícia da gestação. Estudo realizado em Recife, PE, demonstrou que a gravidez não pretendida aumentou as chances de desenvolvimento de depressão pós-parto (33). A crise psíquica que surge com o nascimento de um filho, sentimentos que desabrocham com o nascimento da nova mãe, a sociedade que não prepara a mulher de acordo com o tempo de cada uma e com a experiência de vida, a pressão social de compor uma família “perfeita”, tudo isso contribui para que o sentimento de felicidade seja relatado pela mulher, muitas vezes enganosamente, quando descobre que uma nova vida está se concretizando dentro do seu ventre.

As puérperas que apresentaram sinais de DPP nos dois momentos em que a EPDS foi aplicada, eram em sua maioria múltiparas, com parto a termo, vaginal e sem complicações. Mesmas características das mulheres que não apresentaram escore EPDS significativo para DPP, indo de encontro com resultados de estudo de perfil de puérperas que apresentaram características de DPP, realizado em Salvador- BA (23). Apesar de tratar-se de um hospital de referência em gestação de alto risco, onde são esperadas complicações ou comorbidades das pacientes e/ou dos bebês, apenas uma puérpera relatou diagnóstico de doença crônica prévia (hipertensão, diabetes mellitus, hipotireoidismo), como também somente uma relatou filho com doença crônica e má formação e esta apresentou escore EPDS caracterizando suspeita de DPP nos dois momentos em que foi aplicado o questionário EPDS. Esta informação é relevante,

dado ao fato de que a única puérpera que relatou ter filho com má formação apresentou características de DPP. Não foi relatado o tipo de má formação da criança, mas mesmo tratando-se de apenas uma puérpera o dado é significativo e condiz com pesquisas que também abordaram a depressão em mulheres com filhos com algum tipo de doença. (24)(36)(39)

Sobre a relação com o parceiro, 19 puérperas que apresentaram características de DPP após 6 semanas de pós-parto, relataram relação perturbada com o cônjuge, sendo que não foi relatado violência por nenhuma mulher, porém há relatos de traumas como morte de familiar, perda de emprego, separação conjugal. É necessário considerar que relatar em um documento que está sofrendo violência, tanto física, quanto psicológica, a uma pessoa que não se tem um vínculo constituído, pode ser algo muito difícil para mulheres que passam por essa situação. Tal informação pode estar mascarada, haja vista que o número de mulheres que sofrem violência doméstica são subestimados por conta da estigmatização que existe sobre o tema (40). A mulher que é agredida física e emocionalmente, carrega consigo sentimentos de medo, culpa e vergonha que costumam culminar em ansiedade, isolamento social e não longe disso, a depressão. (41)

Estudos relatam que o suporte familiar e principalmente a participação e apoio do companheiro e bom relacionamento conjugal, são fatores protetivos para o não desenvolvimento de DPP (36) (42). O apoio familiar num momento de novidades e incertezas é imprescindível para que a mãe não se sinta sozinha. Alguns autores vêem a maternidade como algo cultural e não natural, objetivando o nascer mulher e ser mãe como uma situação orgânica da vida em que todas as mulheres sabem o roteiro de cor, não sendo necessários ensaios e não sendo aceitas falhas no percurso(43).

Neste sentido, é necessário olhar com mais atenção à saúde mental das mulheres neste período de mudanças com mais propensão ao desenvolvimento de comorbidades psíquicas. Sentimentos de cansaço, sono constante, indisposição, podem ser confundidos com situações que a maternidade desencadeia e não levados em consideração em uma mulher que está com sintomas depressivos. A realização de consultas pré-natal com momentos de abordagem dos medos, ansiedades e expectativas da maternidade, além da presença de algum familiar ou amigo para que ela possa dividir os sentimentos, é fundamental para detecção precoce de indícios de DPP (4). Tanto que o pré-natal com abordagem psicológica já foi descrito em pesquisas como fator de proteção contra o desenvolvimento da depressão pós-parto (44).

Um dos fatores de risco bem descritos na literatura para o desenvolvimento de DPP é a história familiar de depressão ou outros transtornos psiquiátricos (11). Neste estudo, os dois

grupos de puérperas que apresentaram suspeita de DPP, relataram em sua grande maioria história familiar de transtornos psiquiátricos, que podem se encaixar em: ansiedade, depressão, transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia. Mas entre as que já tinham recebido diagnóstico prévio de doença psiquiátrica, 52,9% apresentaram suspeita de depressão no pós-parto imediato e 45,8% após 6 semanas, interligando as hipóteses de que a DPP pode ser uma continuação de uma depressão já iniciada antes da gestação.

O Ministério da Saúde preconiza avaliação do ciclo gravídico-puerperal nas Ações Básicas da Assistência Integral à Saúde da Mulher (45), devendo ser realizada por profissionais de saúde tanto no nível hospitalar quanto na rede básica. Em março de 2004, houve lançamento do Pacto Nacional pela redução da mortalidade Materna e Neonatal, com estratégias de intensificação do cuidado com a puérpera e com o recém-nascido, atentando à saúde mental da puérpera, pretendendo oportunizar o diagnóstico e tratamento das mulheres com quadro de DPP. (45) Já foram realizadas propostas e ações no âmbito da saúde mental da mulher, mas não está havendo um desempenho eficiente neste contexto, pois a prevalência de DPP continua alta no país.

Equipes multidisciplinares podem atuar preventivamente no período de pós-parto, proporcionando apoio à mulher nesta fase singular. O atendimento precoce estimula a possibilidade de prevenção da relação inesperada entre a mãe e a criança, incluindo também prevenção do suicídio materno por conta da DPP. Profissionais de saúde também enfrentam obstáculos para identificar gestantes e puérperas com sintomas depressivos, tanto por despreparo no uso de ferramentas para diagnóstico sistematizados em saúde mental quanto manejo inadequado por conta de falta de experiências com o tipo de situação, já que estão habituados a lidar com aspectos fisiológicos da gravidez e do pós-parto, dificultando o cuidado global no pré natal e nas consultas de puerpério (36).

É necessário abordar melhor o tema, tanto com pesquisas, quanto com ações de saúde para capacitar os profissionais na detecção de potenciais sintomas depressivos em suas pacientes que apresentem indícios do desenvolvimento da doença. As consequências da DPP são graves, mas podem ser evitadas com diagnóstico precoce e tratamento adequado.

## 6. CONCLUSÕES

A prevalência de Depressão Pós-Parto nas primeiras 48 horas de pós-parto foi de 22,97% e após seis semanas foi de 32,87%. O perfil das puérperas que apresentaram características depressivas 48 horas e seis semanas após o parto confluiu com a grande maioria apresentando idade maior que 30 anos, etnia branca, ensino médio completo, e casa em área urbana. Dos dados gerais e obstétricos, nos dois momentos da pesquisa, grande parte das mulheres não planejaram a gravidez e ficaram felizes com a notícia da gestação. Elas tiveram parto a termo, sem complicações. Negaram hiperemese, uso de álcool e/ou tabagismo e realização de exercício físico regular. A satisfação com o próprio corpo foi relatada por grande parte das mulheres com sintomas depressivos no pós-parto. A maioria delas contaram com ajuda do cônjuge para cuidar da criança, além disso, relataram história familiar de transtorno psiquiátrico e alterações de humor no período pré-menstrual.

É necessário instrumentalizar profissionais de saúde para realizarem o devido diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto, identificar as mulheres que tem mais propensão a desenvolver tal comorbidade é um primeiro passo para diagnóstico precoce e devido tratamento.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Eliane Bezerra da Silva, Simões Gláucia Lucena, Faisal-Cury Alexandre. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2005 Apr [acesso 06 de dezembro de 2019] ; 27( 4 ): 181-188. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032005000400004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000400004&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000400004>.
2. Depression in women. ACOG technical bulletin number 182 - *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. July 1993.
3. Almeida Filho N de, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicentrico de morbidade psiquiatrica em areas urbanas brasileiras (Brasilia, Sao Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL*. 1992 ; 14(3):93-104;
4. Justo Luís Pereira, Calil Helena Maria. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres?. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2006 [Acesso 12 de dezembro de 2019] ; 33( 2 ): 74-79. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000200007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200007&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200007>.
5. Cantilino Amaury, Zambaldi Carla Fonseca, Sougey Everton Botelho, Rennó Jr. Joel. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2010 [Acesso 12 de dezembro de 2019] ; 37( 6 ): 288-294. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>.
6. Koo V, Lynch J, Cooper S. Risk of postnatal depression after emergency delivery. *J Obstet Gynaecol Res.*[Internet] 2003 [Acesso 12 de dezembro de 2019] Aug;29(4):246-50 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12959147> DOI: 10.1046/j.1341-8076.2003.00104.x
7. E. Stewart Donna, Robertson E., Dennis Cindy-Lee, L. Grace Sherry, Wallington Tamara. Pospartum Depression: Literature review of risk factors and interventions. WHO 2003 Oct;
8. G.Evins Grace, P.Theofrastous James, L.GalvinMA Shelley. Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005 Nov 03;182:1080-1082.
9. Patrício Aliane Poliana, Vilela Mamede Marli, Felipe Furtado Erikson Felipe Furtado. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. *Psicol. pesq.* 2011 Dec 01;5(2):146-155.
10. Guedes-Silva Damiana, Souza Marise, Moreira Vilma, Genestra Marcelo. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. *Rev. Mal-Estar Subj.* [Internet]. 2003 Sep 01 [cited 2020 Mar 9];3(2):439-450. DOI 1518-6148. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000200010)

11. da Rocha Arrais A, Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo T. Depressão pós-parto: Uma Revisão Sobre Fatores de Risco e Proteção. *Psicol Saúde Doença* [Internet]. 2017; Acesso em 4 de fevereiro de 2020 18(3):828–39. Disponível em: [http://www.sp-ps.pt/downloads/download\\_jornal/536](http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/536)
12. Arrais A da R, Araujo TCCF de, Schiavo R de A. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicol Ciência e Profissão*. [Internet] Jun/Set. 2018 v. 38 n°4, 711-729. Acesso em 4 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-pcp-38-04-0711.pdf>  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>
13. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério [Internet]. 2010. Acesso em 20 de janeiro de 2020 Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material.pdf>
14. Brum EHM de. Depressão Pós-Parto: Discutindo O Critério Temporal Do Diagnóstico. *Cad Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolv.* 2017;17(2):92–100.
15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 782-786
16. Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JRW. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale ( EPDS ) for detecting perinatal common mental disorders ( PCMDs ) among women in low-and lower-middle-income countries : a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016; Acesso em 20 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0859-2>
17. Ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, Atenção ao pré-natal de baixo risco: Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. 32 ed. Brasília; 2012. 318 p.
18. Santos Iná S., Matijasevich Alicia, Tavares Beatriz Franck, Barros Aluísio J. D., Botelho Iara Picinini, Lapolli Catherine et al . Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 Nov [Acesso em 21 de janeiro de 2020]; 23( 11 ): 2577-2588. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001100005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100005&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>.
19. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni É, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2006;33(2):92–102.
20. Pereira Priscila Krauss, Lovisi Giovanni Marcos. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2008 [cited 2020 Mar 11]; 35( 4 ): 144-153. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>.
21. Moraes Inácia Gomes da Silva, Pinheiro Ricardo Tavares, Silva Ricardo Azevedo da, Horta Bernardo Lessa, Sousa Paulo Luis Rosa, Faria Augusto Duarte. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Feb [Acesso em 21 de janeiro de 2020]; 40( 1 ): 65-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000100011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100011&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>.

22. Hartmann Juliana Mano, Mendoza-Sassi Raul Andrés, Cesar Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [Acesso em 22 de janeiro de 2020] ; 33( 9 ): e00094016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000905013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905013&lng=en). Epub Oct 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00094016>.
23. Araújo Ivan de Sousa, Aquino Karolina Sales, Fagundes Luciana Kelly Amado, Santos Vanessa Cruz. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2019 Mar [Acesso em 22 de janeiro de 2020] ; 41( 3 ): 155-163. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032019000300155&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019000300155&lng=en). Epub May 16, 2019. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676861>.
24. Faisal-Cury Alexandre, Menezes Paulo Rossi. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2012 Dec [Acesso em 22 jan 2020] ; 34( 4 ): 446-450. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462012000400012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.01.003>.
25. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009;43:79–84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/744.pdf>
26. Ruschi Gustavo Enrico Cabral, Sun Sue Yazaki, Mattar Rosiane, Chambô Filho Antônio, Zandonade Eliana, Lima Valmir José de. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [Internet]. 2007 Dec [Acesso 22 jan 2020] ; 29( 3 ): 274-280. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082007000300006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300006&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>.
27. Cantilino Amaury, Zambaldi Carla Fonseca, Albuquerque Thiago Lucena César de, Paes Juliana Alencar, Montenegro Ana Carla Peres, Sougey Everton Botelho. Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2010 [Acesso 22 jan 2020] ; 59( 1 ): 1-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000100001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100001&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000100001>.
28. Tannous, L., Gigante, L.P., Fuchs, S.C. Busnello EDA. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* [Internet] 2008 [Acesso 22 jan 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-1>
29. Cavalcante Junior José Amilton Matos, Campos Vanessa Almeida. Evolução do blues puerperal para a depressão pós-parto: revisão integrativa [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cajazeiras, Paraíba, Brasil: Universidade Federal de Campina Grande; 2015. 33 s. Bacharelado em medicina.
30. Santos RAR dos, Guedes AC. Fatores de risco para a depressão pós-parto: uma revisão integrativa da literatura. *J Heal Sci Int.* 2018;36(1):65–70.
31. Schwengber DD de S, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol.* [Internet] 2003 [acesso em 22 jan 2020]; v. 8, n. 3, p. 403-41; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

- 294X2003000300007&lng=en&nrm=iso <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300007>
32. Petruccelli, José Luis; Saboia AL. Características étnico-raciais da população : classificações e identidades. IBGE, editor. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. 208 p.
  33. Brito Cynthia Nunes de Oliveira, Alves Sandra Valongueiro, Ludermir Ana Bernarda, Araújo Thália Velho Barreto de. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 24] ; 49: 33. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100225&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100225&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>.
  34. Silva Ricardo Azevedo da, Jansen Karen, Souza Luciano Dias de Mattos, Moraes Inácia Gomes da Silva, Tomasi Elaine, Silva Giovanna Del Grande da et al . Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2010 June [cited 2020 Jan 24] ; 32( 2 ): 139-144. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462010000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000200008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000200008>.
  35. M. Stack Dale, A Serbin Lisa, N. Enns Leah, L. Ruttle Paula, Barrieau Lindsey. Parental Effects on Children’s Emotional Development Over Time and Across Generations. Infants & Young Children [Internet]. 2010 Jan 01 [cited 2020 Mar 9];23:52-69. DOI 10.1097/IYC.0b013e3181c97606. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/232206689\\_Parental\\_Effects\\_on\\_Children's\\_Emotional\\_Development\\_Over\\_Time\\_and\\_Across\\_Generations](https://www.researchgate.net/publication/232206689_Parental_Effects_on_Children's_Emotional_Development_Over_Time_and_Across_Generations)
  36. Lima Marlise de Oliveira Pimentel, Tsunehiro Maria Alice, Bonadio Isabel Cristina, Murata Marcella. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. Acta paul. enferm. [Internet]. 2017 Jan [cited 2020 Mar 9] ; 30( 1 ): 39-46. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000100039&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100039&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>.
  37. Konradt Caroline Elizabeth, Silva Ricardo Azevedo da, Jansen Karen, Vianna Daniela Martins, Quevedo Luciana de Avila, Souza Luciano Dias de Mattos et al . Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [Internet]. 2011 [Acesso em 03 fev 2020] ; 33( 2 ): 76-79. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082011000200003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200003&lng=en). Epub July 29, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>.
  38. da Penha de Lima Coutinho Maria, Rúbia de Albuquerque Saraiva Evelyn. Depressão pós-parto: considerações teóricas. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2008 Nov 04;8(3):759-773.
  39. Fernandes FC, Cotrin JTD. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. Rev Panorâmica on-line. 2013;14:15–34.
  40. Senado. Panorama da violência contra as mulheres no Brasil- indicadores nacionais e estaduais [Internet] Acesso em 17 de março 2020. 2ª. 2018. Brasília; 2016. 6 p. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>
  41. Netto L de A, Moura MAV, Queiroz ABA, Leite FMC, Silva GF e. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2017;21(1):1–8.

42. Mattar Rosiane, Silva Eliza Yoshiko Kochi, Camano Luiz, Abrahão Anelise Riedel, Colás Osmar Ribeiro, Andalaft Neto Jorge et al . A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2007 Sep [cited 2020 Mar 17] ; 29( 9 ): 470-477. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032007000900006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000900006>.
43. Maria Sobottka Rolim de Moura Solange, de Fátima Araújo Maria. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicol. cienc. prof* [Internet]. 2004 março [cited 2020 Mar 17];24(1):44-55. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000100006>. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100006&lng=en&nrm=iso)
44. Arrais Alessandra da Rocha, Mourão Mariana Alves, Fragalle Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saude soc.* [Internet]. 2014 Mar [cited 2020 Mar 17] ; 23( 1 ): 251-264. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>.
45. Franco Zemuner, Mastellini Hellen, Regina da Silva Keylla. *Depressão pós parto: uma questão de saúde pública [Monografia]*. Londrina: Centro Universitário Filadélfia - UniFil; 2012. 30 p. Especialização em saúde coletiva.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**

## APÊNDICES

### Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Escala de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto nas mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Prezada,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa sobre depressão Pós-parto, intitulada “Escala de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto nas mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago”. Esta pesquisa está associada ao trabalho de Conclusão de Curso das graduandas de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Amanda Martins da Silva e Julia Pinheiro Machado, sob orientação do Prof. Dr. Hugo Alejandro Arce e Prof. Dr. Lúcio Botelho.

Essa pesquisa está sendo realizada através do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC de 2018 a 2020 e tem por objetivo identificar a prevalência e os fatores de risco associados a Depressão Pós-Parto nas mulheres cujo parto foi realizado na mesma instituição. A partir dos dados encontrados, pretende-se construir um sistema de pontuação que permite avaliar quais mulheres possuem alto risco para o desenvolvimento de Depressão no período puerperal (pós-parto). Com esses dados e esse instrumento desenvolvido, será possível melhorar o rastreamento e a prevenção dessa condição subdiagnosticada em nosso meio, mas que é passível de prevenção e tratamento. Esse estudo se justifica pelo fato de que o melhor manejo e identificação dessa doença protegerá futuras mães e filhos das possíveis complicações geradas por sofrimento psíquico vinculada ao parto.

O estudo será executado através da aplicação de questionários à você durante a internação no alojamento conjunto do HU-UFSC, num período de até 48 horas após o parto e, novamente, 4 semanas após. Ao participar da pesquisa você irá responder a um questionário com perguntas socioeconômicas e sobre seu estado emocional. Como toda atitude humana, toda pesquisa tem riscos e, nessa pesquisa, você pode ter alterações na auto estima provocadas pela evocação de memórias e sentimentos. Como todas as pesquisas com seres humanos, há a remota possibilidade da quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Obviamente, os pesquisadores sempre fazem o máximo para que o sigilo seja mantido, mas os riscos existem.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhada por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso, caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo citados. Você também poderá entrar em contato com o Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, localizado no prédio da Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, Trindade, tel: (48)37216094 [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação por sua decisão. Pode entrar em contato diretamente conosco pelos telefones e e-mails descritos ao final desse termo ou com o Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Esses dados ficarão num banco de dados das autoras do projeto, com senha acessível apenas às pesquisadoras e orientadores do projeto.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei.

A pesquisa não apresenta risco de danos físicos, podendo apenas causar constrangimento por participar de uma pesquisa observacional. Entretanto, caso você sinta desconforto emocional em responder às questões, fique à vontade para desistir de sua participação. A sua desistência não representará nenhum prejuízo na sua assistência na instituição em que a pesquisa está sendo realizada.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma de dissertação e em artigo, pôster ou apresentação oral em eventos científicos, mantendo a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes. Você também poderá se manter atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, assim que os mesmos forem do conhecimento dos pesquisadores.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos,

Dados dos Orientadores:

1. Hugo Alejandro Arce Iskenderian

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima/Hospital Universitário – Departamento de Toco-Ginecologia e Obstetrícia. Trindade, Florianópolis - Santa Catarina, Brasil - CEP: 88040-900.

Email: [hugo.alejandro.arce@gmail.com](mailto:hugo.alejandro.arce@gmail.com) - Telefones: (48) 3721-9104

2. Lúcio José Botelho

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima/Hospital Universitário – Departamento de Saúde Pública - CCS. Trindade, Florianópolis – Santa Catarina, Brasil - CEP.: 88040-90.

Email: [lucio.botelho@ufsc.br](mailto:lucio.botelho@ufsc.br) - Telefones: (48) 3721-9104

Dados Das Pesquisadoras Responsáveis:

- 1) Julia Pinheiro Machado/ Email: [juliapm12@gmail.com](mailto:juliapm12@gmail.com)/ Telefones: (48) 999737773



ASS: \_\_\_\_\_

2) Amanda Martins da Silva/ Email: amandamartis2@gmail.com/ Telefones: (48) 984545460

ASS: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ concordei em participar do projeto de pesquisa intitulado "Escala de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto nas mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago"; após estar devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos do trabalho e os termos de minha participação acima referidos. Assino o presente Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma destas cópias se destina a mim.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável (em caso de menores de 18 anos):

\_\_\_\_\_

**Apêndice II – Questionário para investigação de possíveis fatores de risco que não constam na Informatização de rotina dos dados do Parto e Nascimento**

Registro (no de prontuário): \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Etnia (autodeclarada): \_\_\_\_\_

Idade Gestacional: \_\_\_\_\_

Quantas vezes você já ficou grávida: \_\_\_\_\_

Quantas vezes você já teve partos normais: \_\_\_\_\_

Quantas cesarianas você já realizou: \_\_\_\_\_

Quantos abortos você já sofreu: \_\_\_\_\_

Idade gestacional do filho atual: \_\_\_\_\_

**Para as perguntas abaixo, marque apenas uma resposta:**

1-Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos)

- (A) Moro sozinho
- (B) Uma a três
- (C) Quatro a sete
- (D) Oito a dez
- (E) Mais de dez

2- A casa onde você mora é?

- (A) Própria
- (B) Alugada
- (C) Cedida

3- Sua casa está localizada em?

- (A) Zona rural
- (B) Zona urbana
- (C) Comunidade indígena
- (D) Comunidade quilombola

4. Qual a sua escolaridade?

- (A) Da 1a à 4a série do Ensino Fundamental (antigo primário)
- (B) Da 5a à 8a série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)
- (C) Ensino Médio (antigo 2o grau)
- (D) Ensino Superior
- (E) Especialização

(F) Não estudou

5. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

(A) Nenhuma renda

(B) Até 1 salário mínimo (até R\$ 678,00)

(C) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 678,01 até R\$ 2.034,00)

(D) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.034,01 até R\$ 4.068,00)

(E) De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.068,01 até R\$ 6.102,00)

(F) Mais de 10 salários mínimos

6. Você possui carteira assinada? ( ) SIM ( ) NÃO

7. Você possui emprego atualmente? ( ) SIM ( ) NÃO

8. Você já recebeu, na vida, algum(ns) dos diagnósticos abaixo?

( ) Ansiedade ( ) Depressão ( ) Hipotireoidismo ( ) Diabetes mellitus ( ) Eclâmpsia ou pré eclâmpsia ( ) Transtorno Afetivo Bipolar ( ) Esquizofrenia

Outros:

---

9. Alguém da sua família já recebeu, na vida, algum(ns) dos diagnósticos abaixo? ( ) Ansiedade ( ) Depressão ( ) Transtorno Afetivo Bipolar ( ) Esquizofrenia

10. Você sentiu náuseas e vomitou a ponto de precisar ficar internada ou perdeu peso ou fez tratamento por mais de uma semana durante a gestação? ( ) SIM ( ) NÃO

11. Você está com dificuldade para amamentar o seu novo filho? ( ) SIM ( ) NÃO

12. Você faz uso de cigarro, álcool ou outras drogas de abuso (cocaína, heroína, anfetaminas etc.)? ( ) SIM ( ) NÃO

13. Assinale abaixo quais suplementações você fez em algum momento ao longo da gestação:

( ) Ferro/ Sulfato Ferroso ( ) Ácido Fólico ( ) Vitamina D ( ) Vitamina B ( ) Zinco ( ) Polivitamínico

14. Quantas vezes por semana você realiza atividade física? ( ) Nunca ( ) 1x por semana ( ) 2x por semana ( ) 3x por semana ( ) Mais que três vezes por semana

15. Você vivenciou alguma das situações abaixo durante ou após a sua última gestação? ( )

Morte de um familiar ou amigo ( ) Separação conjugal ( ) Perda de emprego ( ) Violência doméstica ( ) Abuso sexual

16. Para criar o seu filho, você contará com a ajuda de: ( ) Ninguém ( ) Marido/ Namorado ( ) Familiares ( ) Amigos

17. Você considera a sua relação com seu cônjuge, uma relação perturbada? ( ) SIM ( ) NÃO

18. Você se sente sozinha? ( ) SIM ( ) NÃO

19. Você ficou feliz quando soube da gravidez? ( ) SIM ( ) NÃO

20. Você planejou essa gravidez? ( ) SIM ( ) NÃO

21. Houve alguma complicação no parto? ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, quais:

---

22. Você possui filhos com alguma doença crônica? ( ) SIM ( ) NÃO

23. Você sofre mudanças de humor no período pré-menstrual? ( ) SIM ( ) NÃO

24. Seu filho possui alguma malformação congênita? ( ) SIM ( ) NÃO

25. Você se considera uma mulher satisfeita com o próprio corpo? ( ) SIM ( ) NÃO

## Apêndice III – Questionário em google forms para investigação de possíveis fatores de risco referentes ao período pós-parto

### Segunda Etapa: Pesquisa "Escala de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto nas mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago"

Olá!

Antes de mais nada, agradecemos muito pela sua participação nessa pesquisa!  
Como explicado a você no pós-parto imediato, a segunda etapa da sua participação consiste em responder as próximas 14 perguntas, online. São perguntas objetivas e o tempo médio de preenchimento desse formulário é de 3 a 5 minutos.

>> Reforçamos que a sua identidade será preservada e seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Esses dados ficarão num banco de dados das autoras do projeto, com senha acessível apenas às pesquisadoras e orientadores do projeto.<<

Maiores informações e o contato dos pesquisadores envolvidos estão descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhe foi entregue na primeira etapa.

**\* Required**

1. Nome completo OU número de registro que lhe foi fornecido pelos pesquisadores: \*

---

2. Qual sua idade? (em anos) \*

---

3. Data: \*

---

4. 1. Nos últimos 7 dias eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas: \*

- 0. Como eu sempre fiz
- 1. Não tanto como antes
- 2. Sem dúvida, menos que antes
- 3. De jeito nenhum

5. 2. Nos últimos 7 dias eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-dia: \*

- 0. Como sempre senti
- 1. Talvez, menos que antes
- 2. Com certeza menos
- 3. De jeito nenhum

6. 3. Nos últimos 7 dias eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas: \*

- 3. Sim, na maioria das vezes
- 2. Sim, algumas vezes
- 1. Não muitas vezes
- 0. Não, nenhuma vez

7. 4. Nos últimos 7 dias eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão: \*

- 0. Não, de maneira alguma
- 1. Pouquíssimas vezes
- 2. Sim, algumas vezes
- 3. Sim, muitas vezes

8. 5. Nos últimos 7 dias 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

9. 6. Nos últimos 7 dias eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do m dia-a-dia: \*

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

10. 7. Nos últimos 7 dias eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir: \*

- 3. Sim, na maioria das vezes
- 2. Sim, algumas vezes
- 1. Não muitas vezes
- 0. Não, nenhuma vez

11. 8. Nos últimos 7 dias eu tenho me sentido triste ou arrasada: \*

- 3. Sim, na maioria das vezes
- 2. Sim, muitas vezes
- 1. Não muitas vezes
- 0. Não, de jeito nenhum

12. 9. Nos últimos 7 dias eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado: \*

- 3. Sim, quase todo o tempo
- 2. Sim, muitas vezes
- 1. De vez em quando
- 0. Não, nenhuma vez



13. 10. Nos últimos 7 dias a idéia 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

14. O seu bebê tem lhe acordado chorando duas vezes ou mais por noite? \*

- SIM
- NÃO
- Other: \_\_\_\_\_

15. Você está com dificuldade de amamentar seu filho? \*

- SIM
- NÃO

16. Você está fazendo uso de cigarro, álcool ou outras drogas? \*

- SIM
- NÃO

17. Para criar o seu filho/a, você está contando com a ajuda de: \*

- Ninguém
- Namorado/ Marido
- Familiares
- Amigos

18. Você considera a sua relação com o seu cônjuge, uma relação perturbada? \*

- SIM
- NÃO

19. Você se sente satisfeita com seu corpo? \*

- SIM
- NÃO

20. Houve alguma complicação pós parto?

- Infecção de cicatriz da cesárea
- Infecção uterina
- Mastite
- Other: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### Anexo I - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo



#### Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation – Portuguese

#### Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Se estiver grávida: De quantas semanas está grávida? \_\_\_\_\_

Se estiver em período pós-parto: Há quantas semanas se encontra em período pós-parto? \_\_\_\_\_

Se estiver para ter bebé (ou se teve um bebé recentemente), gostaríamos de saber como se sente. Agradecemos que assinale a resposta que melhor indique o modo como se tem sentido nestes últimos 7 dias e não apenas como se sente hoje. No exemplo abaixo, o "X" significa, "Senti-me feliz quase sempre durante a semana passada".

EXEMPLO: Senti-me feliz  
 Sim, sempre  
 Sim, quase sempre  
 Não, poucas vezes  
 Nunca

Queira responder às perguntas abaixo do mesmo modo.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas  
 Tanto como antes  
 Não tanto como antes  
 Definitivamente muito menos do que antes  
 Nunca
2. Tenho vindo a aguardar pelo futuro com optimismo  
 Tanto como sempre  
 Bastante menos do que costumava  
 Definitivamente muito menos do que costumava  
 Quase nunca
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal  
 Sim, a maioria das vezes  
 Sim, algumas vezes  
 Raramente  
 Nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo  
 Não, nunca  
 Quase nunca  
 Sim, por vezes  
 Sim, muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou apavorada sem grande motivo  
 Sim, muitas vezes  
 Sim, por vezes  
 Raramente  
 Nunca

6. Tenho-me sentido oprimida sem poder resolver as coisas do dia-a-dia  
 Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las  
 Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como normalmente  
 Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente  
 Não, resolvo-as tão bem como antes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que tenho dificuldade em dormir  
 Sim, a maioria das vezes  
 Sim, por vezes  
 Raramente  
 Nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz  
 Sim, a maioria das vezes  
 Sim, frequentemente  
 Raramente  
 Nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro  
 Sim, a maioria das vezes  
 Sim, frequentemente  
 Apenas ocasionalmente  
 Nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma  
 Sim, muitas vezes  
 Por vezes  
 Muito raramente  
 Nunca

© The Royal College of Psychiatrists 1967. Translated from Cox, J., Holden JM & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Reprinted with permission



## LISTA PARA CODIFICAÇÃO

## 1. ANTECEDENTES PESSOAIS

1. Abortos
2. Tuberculose
3. Úlcera de qualquer localização
4. Diabetes
5. Hipertensão
6. Infertilidade
7. HIV+
8. Cardiopatia
9. Nefropatia
10. Condição Médica Grave
11. Epilepsia
12. Anemia
13. Asma
14. Alterações psiquiátricas
15. Outros

## 2. PATOLOGIAS DA GESTAÇÃO E ALTO RISCO OBSTÉTRICO

1. Sem intercorrências
2. Não faz pré-natal
3. Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)
4. Idade materna <16 e >35 anos
5. Desnutrição materna (<45 Kg)
6. Sobrepeso materno (>75 Kg)
7. Abortamento habitual
8. Anemia crônica
9. Multiparidade
10. Malformação fetal
11. Gestação múltipla
12. Oligiâmnio
13. Poliâmnio
14. Rotura prolongada de membrana (>18 h)
15. Corionionite
16. Trabalho de parto prematuro (TPP)
17. Pós-maturidade
18. PCIU/feto macrosômico
19. Hipertensão crônica
20. Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia
21. Diabetes materno
22. Doença materna (renal, cardiopatia, tireoidiana, endócrina, hematológica, epilepsia e outras doenças neurológicas, auto-imunes, respiratórias, trombofilias etc.)
23. Transtorno psiquiátrico materno
24. Neoplasias malignas
25. Infecções maternas (sífilis, malária, herpes, hepatite, tuberculose, HPV, genital etc.)
26. Infecção urinária
27. AIDS/HIV+
28. Isoimunização
29. Dependência de drogas
30. Vômitos excessivos da gravidez
31. Placenta prévia
32. Deslocamento prematuro de placenta (DPP)
33. Incompetência cervical/cecidagem
34. Sangramento de primeiro trimestre
35. Sangramento do segundo e terceiro trimestre
36. Trabalho de parto prolongado (>24 h)
37. Situação fetal não tranquilizadora
38. Parto cesáreo de emergência
39. Cesárea ou outra cicatriz uterina anterior
40. Uso de fórceps ou vácuo

41. Parto taquitélico
42. Desproporção feto-pélvica
43. Ruptura de membranas
44. Rotura uterina
45. Uso de ocitocina
46. Líquido amniótico meconial
47. Óbito fetal ou neonatal anterior
48. Trabalho de parto induzido

## 3. INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

1. Situação fetal não tranquilizadora
2. Desproporção feto-pélvica
3. Parto prolongado
4. Fracasso na indução
5. Parada da progressão
6. Gestação gemelar
7. Retardo do crescimento intra-uterino
8. Pré-termo
9. Pós-termo
10. Apresentação anômala (pélvica, cônica, face etc.)
11. Variedades posteriores
12. Câncer invasivo colo de útero
13. Ruptura prematura de membranas
14. Doenças hemolíticas perinatais
15. Placenta prévia
16. Deslocamento de placenta morno-inserida
17. Rotura uterina
18. Toxemia (gestosa)
19. Herpes genital
20. Natimorto
21. Prolapso ou prolapso de cordão
22. Extensas lesões genitais infecto-contagiosas
23. Dois ou mais cesáreas prévias
24. Incisão longitudinal uterina prévia
25. Malformação fetal
26. Morte materno com feto vivo
27. Diabetes gestacional
28. Oligodramnia
29. Outros

## 4. TRATAMENTO REALIZADO

1. Nenhum
2. Tratamento clínico com metotrexato
3. Tratamento clínico com antibiótico
4. Tratamento clínico com tocolítico
5. Tratamento clínico - outros
6. Curetagem uterina
7. AMIU
8. Laparotomia
9. Uterotomia
10. Amniocentese/cordocentese
11. Investigação
12. Outros