



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCO ANDRÉ REIS PINHEIRO

DETERMINAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM PUÉRPERAS ATENDIDAS PELA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE TOLEDO – PR

TOLEDO

2022

MARCO ANDRÉ REIS PINHEIRO

DETERMINAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM PUÉRPERAS ATENDIDAS PELA REDE PÚBLICA DE SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE TOLEDO – PR

Trabalho de curso apresentado ao curso de medicina
da Universidade Federal do Paraná - Campus Toledo,
como requisito parcial de obtenção do título de
Bacharel em medicina.

Orientador: Prof. Dr. Edivan Rodrigo de Paula Ramos

TOLEDO

2022

DEDICATÓRIA

Dedico essa pesquisa a todas as gestantes e mães, com ou sem depressão, pois nada seria do mundo sem estas nos dando amor, carinho e proteção.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir, ao conceder inteligência, saúde e determinação, uma trajetória de conquistas contínuas durante minha vida.

À minha família, mãe, pai (*in memoriam*), irmão, irmã e alguns tios/tias, por estarem sempre me incentivando e apoiando nas decisões por mim tomadas.

À Secretaria de Saúde de Toledo-PR, por ter me concedido a autorização e informações necessárias para a conclusão deste projeto.

Às direções de todas as Unidades Básicas de Saúde e/ou Estratégia de Saúde da Família contempladas no projeto, as quais os apoios e ajudas foram fundamentais para a coleta de dados.

Às minhas amigas, Yoná Karine Kramer e Victoria Castello Branco I. de Mattos, por colaborarem comigo nesta jornada de coleta de dados, aprendizado e desafios.

Ao professor, Edivan Rodrigo de Paula Ramos, pela confiança, orientação e oportunidade oferecida para que eu assumisse esse projeto.

Ao professor Maurício Bedim dos Santos, pela ajuda no cálculo da amostragem e na análise de dados.

"Ao examinar a doença, ganhamos sabedoria sobre anatomia, fisiologia e biologia. Ao examinar a pessoa com doença, ganhamos sabedoria sobre a vida."

OLIVER SACKS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	1
1.2 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	2
1.3 HIPÓTESES A SEREM TESTADAS	2
1.4 OBJETIVOS.....	3
1.4.1 OBJETIVO GERAL	3
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.5 RELEVÂNCIA SOCIAL	3
2 ARTIGO	4
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
4 REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DA HISTÓRIA DE VIDA E DA GESTAÇÃO/PARTO	25
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	30
APÊNDICE 3 – TABELA DA DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSIQUIÁTRICAS DAS PUÉRPERAS	34
APÊNDICE 4 – TABELA DA DESCRIÇÃO DOS DADOS PUERPERAIS.....	35
APÊNDICE 5 – TABELAS DE ASSOCIAÇÃO BIVARIADA	38
ANEXO 1 – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO	43
ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A maternagem representa uma base da psicologia relevante e que consiste na experiência pessoal e psicológica do eu materno em relação ao feto/filho; ela é determinada por estereótipos de gênero que medeiam as relações sociais que originam transtornos emocionais em mulheres, particularmente nas fases críticas da gravidez e puerpério (ALMEIDA e ARRAIS, 2016). Apesar de se tratar de um fenômeno natural na vida de uma mulher, esta deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar desde o início da gestação, com o intuito de diminuir as intercorrências durante a fase gestacional, trabalho de parto, parto e puerpério (RAMOS et al., 2018).

Apesar do período da gestação apresentar várias fases, é no período puerperal que a mulher pode apresentar maior risco para problemas de ordem física, mental e social (RAMOS et al., 2018). Martinez et al. (2016), afirmam que durante o pós-parto, a patologia psiquiátrica mais prevalente é a depressão pós-parto (DPP), um problema de saúde pública de ordem mundial. Estima-se que no Brasil, a depressão pós-parto pode atingir uma prevalência de 26,3%, sendo esse registro maior que nos Estados Unidos, Austrália e Europa (MONTEIRO et al., 2018).

A DPP é abordada por várias entidades psiquiátricas como um transtorno psíquico causador de vários sentimentos negativos sobre a puérpera, o recém-nascido e as relações familiares (SILVA et al., 2020). A etiologia da depressão não se determina apenas por fatores isolados, mas por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos (TOLENTINO et al., 2016).

Uma medida de extrema importância em relação à gestante é o correto acompanhamento do pré-natal e pós-natal. Em conformidade com o Ministério da Saúde, o principal objetivo desse cuidado é assegurar o acompanhamento da gestação saudável e garantir benefícios para a mãe e o bebê, garantindo um parto sem transtornos para a gestante em todas as dimensões, inclusive a psicossocial, além de contribuir para que o bebê ao nascer esteja saudável e assistido. Mesmo com essas garantias, o diagnóstico da DPP é dificultoso e complexo, uma vez que muitos sintomas relacionados à depressão como alterações do apetite, do sono e fadiga são comuns no puerpério (SILVA et al., 2020).

1.2 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O primeiro contato da gestante com o serviço de saúde público deve acontecer por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou da Estratégia Saúde da Família (ESF), onde os profissionais são responsáveis por acolher a paciente e iniciar o pré-natal o mais rápido possível (SANTOS et al., 2015). Os profissionais de saúde são responsáveis ainda por disponibilizarem promoção, manutenção e qualidade dos cuidados e atendimento de saúde das mulheres, além disso, devem prestar cuidados como conforto psicológico, educação de saúde e dar atenção afetivo em experiências de DPP (BOSKA et al, 2016). Estima-se que, nos programas de saúde da atenção primária, a prevalência de depressão represente 5% a 10% de todos os pacientes atendidos, e apenas 1% deles listam a doença como motivo da consulta. Contudo, os profissionais só conseguem detectar a doença em no máximo 50% dos pacientes (COSTA, 2015).

O período essencial após o nascimento, o período pós-natal, geralmente é negligenciado erroneamente quando a mãe precisa de mais cuidados ao experimentar mudanças físicas e emocionais (LANGLOIS et al., 2014). Na assistência às puérperas, os profissionais de saúde precisam garantir que os aspectos psicossociais envolvidos no período puerperal sejam avaliados e que os cuidados sejam realizados de maneira holística, a fim de detectar a DPP precocemente. (ENGQVIST et al., 2011).

A DPP é classificada como um sério problema de saúde pública no ciclo gravídico puerperal, pois atinge cerca de 10% a 20% das mulheres nos primeiros seis meses do pós-parto, afetando a puérpera, a criança, o companheiro e a família (SILVA et al., 2020). A etiologia da depressão não é clara e não pode ser determinada apenas por fatores isolados, mas por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos (TOLENTINO et al., 2016). Logo, através das consultas de pós-natal, sabe-se quais são as prevalências e os principais fatores de riscos atribuídos ao desenvolvimento da DPP em Toledo - PR?

1.3 HIPÓTESES A SEREM TESTADAS

Não se aplica.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a presença de sintomas depressivos em puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo – PR, visando determinar a prevalência de sintomas depressivos nesta população.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Usar a escala de depressão pós-parto de Edimburgo para determinar a prevalência de sintomas depressivos em puérperas atendidas pela rede pública de Toledo - PR;
- Determinar as características sociodemográficas, econômicas, relacionadas ao estilo de vida, psiquiátricas, patológicas, medicamentosas e eventos estressores.

1.5 RELEVÂNCIA SOCIAL

Apesar da depressão ser um distúrbio comum no período gestacional e puerperal, pouca atenção é dada à saúde mental das gestantes durante o pré-natal e das puérperas durante o pós-natal, sobretudo na rede pública de saúde, sendo altamente prevalentes, porém subdiagnosticados. No Brasil, apesar de existir legislação e programas específicos direcionados à saúde mental, há ainda dificuldade em detectar esses transtornos (BOLSONI, 2016).

Em um estudo realizado no Brasil por Gonçalves et al (2018), foi evidenciado que apenas o treinamento da equipe de atenção básica a saúde para promoverem cuidados compartilhados em saúde mental não foi efetivo para transformar o reconhecimento dos transtornos mentais pelos profissionais de cuidados primários. Este dado é preocupante, pois a presença de depressão puerperal pode reduzir os cuidados necessários com o recém-nascido (RN), além de poder prejudicar não só o bem-estar mental e de saúde mãe, como o desenvolvimento do RN.

Neste sentido, a realização deste trabalho demonstra-se relevante, pois, foi possível identificar e determinar a prevalência de sintomas depressivos em puérperas atendidas pela rede pública de Toledo – PR. Além disso, foram determinados os principais preditores de risco para depressão nestas pacientes e, a partir disso, os gestores de saúde podem estabelecer propostas de ações de intervenção. Almeja-se ainda que os resultados encontrados neste estudo contribuam para que os profissionais de saúde consigam adotar medidas efetivas no acompanhamento do pré-natal e nas consultas de puerpério.

2 ARTIGO

O presente estudo foi realizado em formato de artigo conforme deliberação da Comissão de Trabalho de Curso da UFPR – Campus Toledo e será submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, com o título: **PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PUERPERAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL.**

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PUERPERAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Edivan Rodrigo de Paula Ramos
Orcid

Marco André Reis Pinheiro
Orcid

Resumo

Objetivos: determinar a prevalência e fatores associados à depressão puerperal de puérperas atendidas pela rede pública de saúde em um município do sul do Brasil.

Métodos: trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, que determinou e caracterizou a prevalência de sintomas de depressão puerperal, com amostra probabilística de 229 puérperas. Os dados dos fatores associados foram obtidos por meio de questionário de caracterização da amostra, desenvolvido pelos pesquisadores para coleta de dados. Para a triagem de depressão puerperal, foi-se utilizada a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, instrumento validado para rastreamento de depressão puerperal (DPP). Realizou-se a análise bi e multivariada de dados por meio de regressão logística.

Resultados: A prevalência de DPP no município de Toledo-PR foi de 30,1% (n=69). A análise multivariada mostrou associação com classe social D/E (RP=1,27; IC95% 1,03–1,56; p=0,02), ingestão de bebidas alcoólicas (RP=1,58; IC95% 1,25–2,00; p<0,001), ter vivenciado conflitos familiares (RP=1,50; IC95% 1,14–1,97; p<0,01), intenção de interromper a gestação (RP=1,22; IC95% 1,07–1,40; p<0,01).

Conclusões: encontrou-se alta prevalência de sintomas depressivos em puérperas. Os dados sugerem que puérperas com histórico de eventos estressores e/ou de classes sociais D/E devem ter assistência especial quanto a triagem para possíveis quadros de DPP, pois estas possuem maiores riscos em desenvolverem tal patologia.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Fatores de risco; Prevalência; Estudos transversais.

Introdução

A gravidez e o puerpério são situações em que a mulher passa por significativas transformações fisiológicas, pessoais, sociais e psicológicas. Por este motivo, o ciclo gravídico-puerperal representa um dos períodos da vida da mulher com maiores chances para o desenvolvimento de alterações mentais e comportamentais. É interessante destacar que o puerpério parecer ser o período mais crítico para o surgimento de transtornos psiquiátricos¹. Dentre as alterações mentais nos pós-parto, a depressão se destaca como a mais prevalente sendo considerada um importante problema de saúde pública mundial.²

No período pós-parto, a mulher pode desenvolver diversas formas de sofrimento mental que variam em intensidade entre manifestações leves, moderadas e graves. Dentre os transtornos que podem ocorrer nesta fase, destacam-se a tristeza materna, a psicose puerperal e a depressão pós-parto (DPP). A psicose e DPP apresentam quadro de maior gravidade.³

De modo geral, a puérpera com sintomas psicóticos e depressivos apresenta insegurança, o que compromete a qualidade do vínculo afetivo com o filho.³ Além disso, as mulheres deprimidas são presas em um círculo vicioso em que ficam mais tristes e mais irritadas e têm percepções cada vez mais baixas de sua competência. Como consequência, cria-se um ambiente que não é propício ao desenvolvimento pessoal da mãe, bem como ao desenvolvimento ideal de um filho.⁴

Estima-se que a DPP acometa entre 20% a 40% das mulheres após o parto.⁵ Embora seja uma condição intrínseca a puérpera, suas consequências se estendem à criança, ao companheiro e à família. Por isso, a DPP tem recebido cada vez mais atenção na saúde pública.

Apesar das complicações, o diagnóstico da DPP ainda é difícil e complexo. Por se tratar de um diagnóstico clínico, muitos sintomas da DPP podem ser confundidos com sintomas comuns ao puerpério como alterações do apetite, do sono e fadiga. Isto pode fazer com que os casos leves a moderados passem despercebidos pelos agentes de saúde.⁶

Os dados epidemiológicos sobre a DPP mostram prevalências relativamente altas, porém com variações nos diferentes estudos. Isso se deve, em parte, às diferenças de escalas usadas para a triagem dos casos e características das amostras populacionais quanto ao número, condições socioeconômicas, local da pesquisa, entre outras. Estima-se que a prevalência média de DPP no Brasil esteja na ordem de 26,3%, valor maior que países europeus, Estados Unidos e Austrália.⁷

Os inquéritos epidemiológicos para avaliação de DPP utilizam, em sua maioria, a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Trata-se de um instrumento validado com dez itens compostos por quatro alternativas cada. A pontuação da escala varia entre 0 e 30. Pontuação maior que 10 indica possível quadro de DPP (sensibilidade 82,6%; especificidade 65,4%).⁸

De modo geral, os principais preditores de risco para a DPP encontrados são insatisfação com a gravidez; história de transtornos mentais; abuso sexual e violência doméstica antes, durante ou após a gravidez; maior número de estressores vivenciados ao longo da vida; história prévia de DPP; baixo índice de saúde mental; depressão gestacional prévia; sofrimento emocional durante a gravidez e/ou parto; aleitamento por menos de seis meses; baixo índice de ômega-3.⁶

Considerando que a DPP tem elevada prevalência e seu diagnóstico é clínico e complexo, conhecer a prevalência desta condição em uma determinada região, bem como os preditores de risco para o seu desenvolvimento pode auxiliar na identificação dos grupos de risco para seu desenvolvimento⁹. Neste sentido, este trabalho determinou e caracterizou a prevalência de DPP bem como seus preditores de risco em um município do Oeste do Paraná.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, de natureza transversal, quantitativo, descritivo e de pesquisa exploratória dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob C.A.A.E 39833220.4.0000.0102.

Este trabalho foi realizado em 21 Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF) do município de Toledo, localizado na região Oeste do Paraná. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021), a população estimada para o município, em 2021, era de 144.601 habitantes.¹¹

As participantes deste estudo foram puérperas atendidas pela rede municipal de saúde. Segundo informações da Secretaria de Saúde do Município, em janeiro de 2021, 902 puérperas estavam cadastradas para atendimento na rede. Considerando uma prevalência média de DPP de 26,3%¹⁰ com limite de erro de 5% a amostra estimada foi de 225 puérperas por meio da fórmula: $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$, onde: n = amostra calculada; N = tamanho da população; Z = variável normal; p = real probabilidade do evento; e = erro absoluto tolerável.

O número total de participantes foi dividido entre as 21 UBS/ESF considerando a proporcionalidade de atendimentos de cada UBS. A abordagem das puérperas foi aleatória no momento da pré-consulta. A participação das mesmas se deu por adesão voluntária. Foram excluídas as participantes autodeclaradas analfabetas, com idade inferior a 14 anos, usuárias de drogas psicoativas, com bebê na condição de natimorto, e com mais de seis meses após o parto. As participantes com idade entre 14 e 18 anos participaram da pesquisa mediante consentimento dos responsáveis legais.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro, aplicado sob a forma de entrevista, foi elaborado pelos pesquisadores com base na revisão bibliográfica do tema e com o propósito de identificar variáveis sociodemográficas, econômicas, associadas ao

estilo de vida, patológicas, farmacológicas, obstétricas e relacionadas ao puerpério. A classe social das participantes foi determinada pelo Critério de Classificação Econômica Brasil.¹² As participantes que relataram consumir álcool também responderam às perguntas retiradas do questionário CAGE (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener) para avaliar uso abusivo ou dependência ao etanol.¹³ No entanto, não houve nenhum screening positivo para abuso ou dependência de álcool.

O segundo instrumento trata-se da EPDS que foi usada para rastreamento de possíveis sintomas depressivos.⁸ A leitura e preenchimento da EPDS foram realizados pelas próprias participantes.

Os resultados foram descritos de forma quantitativa como frequência absoluta e relativa das puérperas com pontuação positiva para DPP em relação às variáveis investigadas. A influência das variáveis na frequência de distribuição foi calculada pelo teste exato de Fisher e qui-Quadrado. A associação destas variáveis com os possíveis quadros de DPP foi feita através de análise bi e multivariada por meio de regressão logística. Os testes foram realizados por meio do programa estatístico RStudio e o nível de significância foi de 5%.

Resultados

Na tabela 1 são apresentados os dados referentes às variáveis sociodemográficas e econômicas. A idade das puérperas oscilou de 16 a 45 anos sendo que a maioria (n=176) tinha entre 19 e 34 anos. Apenas 44,4% das participantes eram casadas legalmente com o pai da criança. Nos demais aspectos, encontrou-se uma população que mora predominantemente na zona urbana (93,4%), com três ou quatro pessoas na residência (38% e 34%, respectivamente), que não exerciam ocupação remunerada (72,1%) e que pertenciam à classe social C1 ou C2 (62,4%). Por fim, o grau de escolaridade mais prevalente entre as puérperas foi o segundo grau, completo ou incompleto (52,4%).

Os dados referentes ao estilo de vida mostraram que 6,1% das entrevistadas consumiam bebidas alcóolicas. Contudo, nenhuma delas apresentou dependência para o álcool de acordo com a escala CAGE. Tabagismo foi relatado por 16 puérperas. O mesmo número de participantes também respondeu usar drogas ilícitas. Sedentarismo foi reportado por 76,8% das entrevistadas (dados não mostrados).

O histórico de transtornos mentais e de ideação suicida foram encontrados em 28% e 10%, respectivamente (Tabela 2). Quanto às alterações psiquiátricas prévias, ansiedade (n=36) e depressão (n=30) foram as mais informadas (não mostrado).

A maioria das puérperas relataram receber apoio e/ou afeto do pai/companheiro (90%), familiares (92,8%) e amigos (80,8%) (Tabela 2). Em relação ao pai, as entrevistadas mencionaram suporte financeiro (89,0%), suporte emocional (86,4%), ajuda com os filhos (86,0%), ajuda nas tarefas domésticas (78,6%) e acompanhamento nas consultas médicas (72,9%) (não mostrado).

Apenas 0,9% das entrevistadas manifestaram insatisfação com a gestação. Por outro lado, a maioria respondeu que mantinham relações sexuais (81,7%) e não consumiram álcool (91,7%) durante a gravidez (Tabela 2). Além disso, 58,5% das puérperas mencionaram que não planejaram a gravidez, sendo que 4,4% do total das entrevistadas tiveram a intenção de interromper a gestação (não mostrado).

Na tabela 3 é possível observar a prevalência de puérperas com histórico de doenças/intercorrências na gestação (41,9%), parto (11,4%) e pós-parto (6,6%). Na gravidez, as entrevistadas relataram, com maior frequência, hipotireoidismo (n=22), diabetes (n=21), hipertensão (n=12), sífilis (n=8) e doenças do trato urinário (n=6) (não mostrado). No parto, as intercorrências mais relatadas foram hemorragia (n=7), pré-eclâmpsia (n=03) e deslocamento prematuro de placenta (n=2) (não mostrado). Já no pós-parto, todas informaram que a hemorragia foi a complicação presente (não mostrado).

O histórico de informações obstétricas também permitiu constatar que 24,0% tiveram aborto prévio e 10,5%, histórico de bebês prematuros (não mostrado).

A tabela 3 também mostra que 91,7% das participantes estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com a amamentação. Contudo, 47 puérperas informaram ter algum tipo de dificuldade em amamentar (Tabela 3), sendo as queixas mais frequentes dor (n=13), pega inadequada (n=10), fissura mamilar (n=7) e mamilo invertido (n=6) (não mostrado). Ao contrário do período gestacional, a maioria das entrevistadas (n=161) não mantinham relações sexuais após o nascimento do bebê. Quanto à qualidade do sono, 178 puérperas relataram dormir pouco embora 135 delas informaram se sentir bem (Tabela 3).

O histórico de eventos estressores também foi reportado durante a entrevista. Problemas financeiros (36,6%), conflitos matrimoniais (28%), separação ou divórcio (25,7%) e conflitos familiares (23,1%) foram os mais relatados. Contudo, histórico de agressão física (8,7%) e abuso sexual (7,0%) também foram encontrados (Tabela 4).

Por fim, encontrou-se 30,1% de casos de DPP. Conforme demonstrado na tabela 5, a análise multivariada identificou os seguintes preditores de risco para DPP: classe social D/E; ingestão de bebidas alcoólicas; intenção de interromper a gestação; e presença de conflitos familiares. Nenhum fator protetor foi evidenciado durante a análise multivariada.

Discussão

O estudo apontou elevada prevalência de DPP (30,1%) comparada aos outros estudos nacionais e internacionais. No entanto, esse resultado pode apresentar algum viés devido o momento da coleta, o qual fora realizado em uma pandemia do vírus COVID-19. Evidenciou-se ainda que os fatores que mais corroboraram com risco do desenvolvimento desta patologia são resultado de uma combinação de situações econômicas, sociais e de estilo de vida.

Algumas limitações do estudo podem ser observadas. A pandemia COVID-19 causou uma dificuldade maior na abordagem às puérperas, bem como na obtenção da aceitação da entrevista com as mesmas. Além do mais, a EPDS analisa a situação do humor da paciente em

7 dias, dados estes que podem acarretar em um falso positivo, ao depender da situação que a puérpera passou durante a semana que antecedeu a entrevista. Houve ainda, a realocação das puérperas em uma unidade central, no decorrer do agravamento da pandemia, este fato dificultou a coleta da amostragem baseada nas UBS/ESF. Contudo, a amostragem desenhada para o projeto foi contemplada, acarretando em 229 puérperas.

Deve-se salientar que alguns importantes preditores de risco apontados na vasta literatura não foram desfechos nesse trabalho. Pode-se destacar os seguintes fatores: idade, situação conjugal, escolaridade, histórico de transtornos mentais, histórico de desfechos obstétricos negativos, gravidez indesejada.

Quanto à idade, apesar de não ter sido fator associado ao desfecho neste estudo, mulheres com idade de 25 anos ou mais é considerado fator de proteção,^{14,15} outros descrevem que as faixas extremas de idade: idade materna < 20/24 anos ou > 35 anos são fatores de risco.^{15,16,17,18}

No que refere à situação conjugal, não houve associação neste estudo. Contudo, constatou-se que as mulheres solteiras ou sem companheiro apresentam maior prevalência de depressão puerperal.^{14,19}

O quesito de baixa escolaridade também não apresentou nenhum fator associado ao desfecho. No entanto, ressalta-se que a escolaridade é um fator de proteção, tendo em vista que quanto maior o grau ou anos de estudo, maior é a proteção contra o desenvolvimento de DPP.^{13,}

20

Em relação à classe econômica, este estudo demonstrou que as puérperas pertencentes às classes D ou E estão associadas a um risco de 27% maior para o desenvolvimento de DPP (Tabela 5). Este achado converge com os resultados encontrados em outros estudos realizados.^{19,21,22,23} No entanto, foi-se observado, em análise bivariada, um fator protetor para o

desenvolvimento de DPP: ser pertencente as classes econômicas A/B (RP=0,42; IC95% 0,20–0,88; p=0,02).

No que tange aos hábitos de vida, evidenciou-se que a ingestão de bebidas alcoólicas está associada a um fator de risco de 58% maior de desenvolver DPP (Tabela 5). Este vai de encontro com o achado em outros estudos realizados.^{8,24}

O histórico de transtornos mentais não apresentou relevância no trabalho, todavia este preditor é considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DPP em vários estudos analisados.^{10,14,25,26} Contudo, evidenciou-se, em análise bivariada, um fator de risco de aproximadamente 2,4 vezes maior em puérperas que tiveram algum tipo de pensamento suicida. No entanto, foi encontrado apenas um estudo que possui a mesma associação de fator de risco.²⁷ Houve ainda, nesta mesma análise bivariada, uma associação de risco de 4,3 vezes maior em desenvolver DPP, nas puérperas que já fizeram algum atentado contra a vida (não mostrado).

Não houve significância relacionada ao preditor de histórico de desfechos obstétricos negativos no estudo, porém o fator parto prematuro é evidenciado como fator de risco em alguns trabalhos.^{28,29,30} Apesar da gravidez indesejada não ter sido associada a nenhum tipo de desfecho, esta é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento de DPP em alguns estudos observados.^{10,25,14,26} Enquanto que o planejamento da gestação é avaliado como um fator protetor para DPP, diminuindo o risco em cerca de 30%.¹⁴

Com os resultados apresentados, nota-se que a DPP possui alta taxa de prevalência no município, mas que pode ser prevenida ou diagnosticada e tratada de maneira precoce. No entanto, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para a identificação de sintomas depressivos no puerpério, pois estes dados irão contribuir para uma estratificação de risco adequada da paciente, além da correta indicação de encaminhamento à um profissional da

área de saúde mental, propiciando intervenções apropriadas e desfechos materno-infantil mais positivos.

É válido ainda, a criação de campanhas para a orientação das mães sobre o reconhecimento de sinais e sintomas de uma DPP, reforçando a necessidade de uma avaliação pré-concepcional e pós-concepcional com atenção voltada para a saúde mental, pois é durante estes momentos que o profissional da saúde pode identificar potenciais riscos para o desenvolvimento da depressão gestacional e puerperal.

No entanto, os profissionais ainda enfrentam obstáculos na detecção de puérperas com sintomas depressivos, seja pela falta de redes de apoio de saúde mental ou pelo baixo investimento do Governo aos profissionais de saúde na atenção primária, para assistir à essas mulheres, e do insuficiente número de consultas pós-natais, fato este corroborado na Linha Guia Mãe Paranaense, a qual orienta apenas uma consulta de puerpério.

Sendo assim, recomenda-se um treinamento para a aplicação do questionário EPDS nas pacientes puérperas durante as consultas de puerpério, além de visitas domiciliares pré e pós-natal, e uma ampliação no número de consultas mínimas para um acompanhamento da evolução da maternidade, na tentativa de identificar estes fatores de riscos, podendo assim, intervir de maneira rápida e precisa ao encontrar indícios de vulnerabilidade psíquica na puérpera, bem como reduzir a prevalência do desfecho apresentado no estudo.

Um novo estudo sobre temática abordada nesta pesquisa será desenvolvido, como forma de visualizar se a pandemia teve efeito, à curto e longo prazo, na prevalência dos sintomas depressivos das puérperas. Como sugestão para posteriores estudos, recomenda-se a aplicação com outra escala validada, a fim de comprovar que a prevalência no município de Toledo – PR se encontra nessa taxa elevada.

Referências

1. Ramos ASMB, Martins ACQ, Pessoa DLR, Machado MCAM, Noronha FMF. Fatores associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. *Enciclopédia Biosfera*. 2018; 15(27): 4-13.
2. Martínez P, Vöhringer, PA, Rojas G. Barriers to access to treatment for mothers with postpartum depression in primary health care centers: a predictive model. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016; 24(0).
3. Krob AD, Godoy J de, Leite KP, Mori SG. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. *Rev. Psicol. Saúde [Internet]*. 2017; 9(3): 3-16.
4. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes [published correction appears in *Womens Health (Lond)*. 2019; 15:1745506519854864. *Womens Health (Lond)*. 2019; 15:1745506519844044.
5. Lobato G, Moraes CL, Dias AS, Reichenheim ME. Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47(3): 427-438.
6. Silva CRA, Pereira GM, Noemi BJ, Aoyama EA, Souto GR. Depressão pós-parto: a importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde [Internet]*. 2020; 2(2): 9-12.
7. Monteiro KA, Godoi B do N, Toledo OR, David FL, Avelino MM, Moraes EV de. Evidências de sintomatologia depressiva no pós-parto imediato. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2018; 22(4): 379-388.
8. Santos, IS. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2007, 23(11): 2577-2588.
9. Bolsoni LM. Avaliação da fidedignidade e validade do Mini - Rastreo de Transtornos Mentais (Mini-RTM). [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2016.
10. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN da, Leal M do C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 194:159–167.
11. BRASIL. IBGE. Cidades e Estados. Rio de Janeiro, 2021.
12. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2018
13. Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res*. 1983; 16: 215-8.
14. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(9).
15. Liu S, Yan Y, Gao X, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1):133.

16. Aloise SR, Ferreira AA, Lima RFS. Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. *Revista Enfermagem em foco*. 2019; 10(3): 41-45.
17. Kerie S, Menberu M, Niguse W. Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2018; 11: 623.
18. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017; 34(2):178-187.
19. Araújo I de S, Araújo I, Aquino K, Fagundes L, Santos, V. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended in a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2019; 41(3): 155-163.
20. Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TL, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. Postpartum depression in Recife, Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59:1-9.
21. Gonçalves AMC et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr*. Rio de Janeiro. 2018; 67(2): 101-109.
22. Silva CS et al. Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. 2017; 93(4): 356-364.
23. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, Page A. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1):49.
24. Andrade ALM et al. Fatores associados à Depressão Pós-Parto em mulheres em situação de vulnerabilidade social. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ribeirão Preto*. 2017; 13(4): 196-204.
25. Gauthreaux C, Negron J, Castellanos D, Ward-Peterson M, Castro G, Rodríguez De La Vega P, Acuña JM. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011: A secondary analysis of PRAMS data. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(6):e5851.
26. Arrais AR, Araujo TCCF, Schiavo RA. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38(4): 711-729.
27. Turkcapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayifoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:108.
28. De Paula Eduardo JAF, De Rezende MG, Menezes PR, Del-Ben CM. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019; 259:392-403.
29. Ihongbe TO, Masho SW. Do Successive Preterm Births Increase the Risk of Postpartum Depressive Symptoms? *J Pregnancy*. 2017; 2017:4148136.
30. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Larsson H, Sandin S. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017; 34(2):178-187.

Tabela 1: Frequência de distribuição absoluta (n) e relativa (%) das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR, em relação às variáveis sociodemográficas.

Variável	n	%
Faixa etária		
≤18 anos	6	2,6%
19-34 anos	176	76,4%
≥35 anos	48	21,0%
Total	229	100%
Estado Civil		
Solteira	121	52,8%
Casada	101	44,2%
Viúva/Divorciada	7	3,0%
Total	229	100%
Residência		
Urbana	214	93,5%
Rural	15	6,5%
Total	229	100%
Número de pessoas na residência		
2	7	3,0%
3	87	38,0%
4	78	34,0%
≥5	57	25,0%
Total	229	100%
Grau de Escolaridade		
Primeiro Grau Incompleto/completo	48	21,0%
Segundo Grau Incompleto/completo	120	52,4%
Ensino Superior Incompleto/completo	54	23,6%
Pós-Graduação	7	3,1%
Total	229	100%
Ocupação remunerada		
Sim	64	27,9%
Não	165	72,1%
Total	229	100%
Classe Econômica		
A	12	5,2%
B1/B2	51	22,2%
C1/C2	143	62,4%
D/E	23	10,0%
Total	229	100%

Fonte: Autores (2021)

Tabela 2: Frequência de distribuição absoluta (n) e relativa (%) das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR, em relação ao histórico de transtornos mentais, ideação suicida, rede de apoio, suporte psicossocial e características da gestação.

Variável	n	%
Histórico de transtornos mentais		
Sim	64	28,0%
Não	165	72,0%
Total	229	100%
Histórico de atentado contra a vida		
Sim	23	10,0%
Não	206	90,0%
Total	229	100%
Recebe apoio do pai/companheiro		
Sim	206	90,0%
Não	23	10,0%
Total	229	100%
Recebe apoio do afetivo dos familiares		
Sim	211	92,2%
Não	18	7,8%
Total	229	100%
Recebe apoio do afetivo dos amigos		
Sim	185	80,8%
Não	44	19,2%
Total	229	100%
Grau de satisfação com gestação		
Muito satisfeita	140	61,1%
Satisfeita	84	38,0%
Insatisfeita	2	0,9%
Total	229	100%
Relações sexuais durante a gestação		
Sim	187	81,7%
Não	42	18,3%
Total	229	100%
Uso de tabaco durante a gestação		
Sim	19	8,3%
Não	210	91,7%
Total	229	100%

Fonte: Autores (2021)

Tabela 3: Frequência de distribuição absoluta (n) e relativa (%) das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR em função do histórico de doenças/intercorrências gestacionais, obstétricas e pós-parto.

Variáveis	n	%
Histórico de doenças/intercorrências na gravidez		
Sim	96	41,9%
Não	133	58,1%
Total	229	100%
Histórico de doenças/intercorrências durante o parto		
Sim	26	11,4%
Não	203	88,6%
Total	229	100%
Histórico de intercorrências após o parto		
Sim	15	6,6%
Não	214	93,4%
Total	229	100%
Histórico de dificuldades com a amamentação		
Sim	47	20,5%
Não	178	77,8%
Não informado	4	1,7%
Total	229	100%
Grau de satisfação com amamentação		
Muito satisfeita	143	62,4%
Satisfeita	67	29,3%
Insatisfeita	10	4,4%
Não informado	9	3,9%
Total	229	100%
Relações sexuais após o nascimento da criança		
Sim	64	27,9%
Não	161	70,3%
Não informado	4	1,7%
Total	229	100%
Qualidade do sono após nascimento da criança		
Durmo muito pouco, estou sempre cansada	43	18,8%
Durmo pouco, mas me sinto bem	135	59,0%
Durmo muito	51	22,3%
Total	229	100%

Fonte: Autores (2021)

Tabela 4: Frequência de distribuição absoluta (n) e relativa (%) das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR em função da presença de eventos estressores.

Variáveis	n	%
Conflitos matrimoniais		
Sim	64	28,0%
Não	165	72,0%
Total	229	100%
Separação/divórcio		
Sim	59	25,7%
Não	170	74,3%
Total	229	100%
Agressão física		
Sim	20	8,7%
Não	209	91,3%
Total	229	100%
Conflitos familiares		
Sim	53	23,1%
Não	176	76,9%
Total	229	100%
Perda do emprego		
Sim	48	20,9%
Não	181	79,1%
Total	229	100%
Problemas financeiros		
Sim	84	36,6%
Não	145	63,4%
Total	229	100%
História de abuso sexual		
Sim	16	7,0%
Não	213	93,0%
Total	229	100%
Acidentes, incêndios e assaltos		
Sim	42	18,3%
Não	197	81,7%
Total	229	100%

Fonte: Autores (2021)

Tabela 5: Preditores de risco para a depressão pós-parto em puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR, análise multivariada ($R^2=0,1507$; $p<0,001$).

Preditores de Risco	Razão de Prevalências para depressão Puerperal (IC 95%)	Valor p
Classe social D/E	1,27 (1,03 – 1,56)	0,02
Ingestão de bebidas alcoólicas	1,58 (1,25 - 2,00)	<0,001
Intenção de interromper a gravidez	1,22 (1,07 – 1,40)	<0,01
Presença de conflitos familiares	1,50 (1,14 – 1,97)	<0,01

Fonte: Autores (2021)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou uma prevalência de DPP foi de 30,1% (n=69) nas 229 puérperas entrevistadas nas unidades de Equipes de Atenção Primária (eAP) do município de Toledo-PR, considerando a aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

Há uma possibilidade de o estudo ter apresentado um viés, devido ao período de pandemia da COVID-19, na qual vivemos. Apesar da baixa contaminação pela COVID-19 durante a gestação e puerpério, verificado nas análises de dados, os sintomas de ansiedade e depressão podem ser influenciados, aumentando a prevalência de transtornos mentais nesta população, devido ao medo da doença e das medidas de segurança, como o isolamento social.

Além do fato de se tratar de uma situação emergencial de saúde pandêmica em andamento, os estudos relacionados ao COVID-19 e à temática ainda são escassos. Logo, esta pode ser considerada como uma das limitações na análise e discussão dos dados.

Foi-se observado, ainda, por meio do questionário de coleta de dados (Apêndice 1), que preditivos de risco associados foram: pertencer as classes sociais D ou E; ingestão de bebidas alcoólicas; teve a intenção de interromper a gestação; e presença de conflitos familiares.

Diante dos resultados, é necessário que a Secretaria Municipal de Saúde capacitem os profissionais de saúde para a identificação precoce de sintomas depressivos no puerpério, dando enfoque aos preditores de riscos encontrados, por meio de consultas e visitas domiciliares, pois estes dados irão contribuir para uma estratificação de risco adequada da paciente, além da correta indicação de encaminhamento à um profissional da área de saúde mental, propiciando intervenções apropriadas e desfechos materno-infantil mais positivos.

Logo, como for de melhoria contínua da rede pública de saúde, o presente estudo pode ser utilizado como subsídio para nortear a elaboração e fortalecimento das ações à mulher no puerpério na eAP por parte de profissionais e gestores de saúde.

4 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000400847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio de 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1990:1982-3703001382014>

BOLSONI, L. M. **Avaliação da fidedignidade e validade do Mini - Rastreo de Transtornos Mentais (Mini-RTM)**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: < <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-27072016-160034/publico/LIVIAMARIABOLSONIOrig.pdf> > Acesso em: 03 de maio de 2020. doi:10.11606/D.17.2016.tde-27072016-160034

BOSKA, G. A.; WISNIEWSKI, D.; LENTSCK, M. H. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. **J Nurs Health**. Paraná, 1(1):38-50, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5525/5327>>. Acesso em: 03 de maio de 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v6i1.5525>

COSTA, T. S. **Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no nordeste brasileiro [tese]**. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.

ENGQVIST, I.; FERSZT, G.; ÅHLIN, A.; NILSSON, K. Women's Experience of Postpartum Psychotic Episodes — Analyses of Narratives from the Internet. **Archives of Psychiatric Nursing [Internet]**. 2011; 25(5):376–387. Disponível em: <[http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(11\)00011-2/pdf](http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(11)00011-2/pdf)>. Acesso em 01 de junho de 2020.

GONCALVES, A. M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p.101-109, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000200101&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 01 de junho de 2020. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.

LANGLOIS, E. V.; MISZKURKA, M.; ZUNZUNEGUI, M.; GHAFAR, A.; ZIEGLER, D.; KARP, I. Inequities in postnatal care in low- and middle- income countries: a systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ**, v. 2015, ed. 93, p.259–270, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431556/pdf/BLT.14.140996.pdf>>. Acessado em: 10 de maio de 2020.

MARTINEZ, Pablo; VOHRINGER, P. A.; ROJAS, G. Barreiras de acesso a tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de atenção primária: um modelo preditivo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2675, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100312&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 de maio de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0982.2675>

MONTEIRO, K. A.; GODOI, B. do N.; TOLEDO, O. R.; DAVID, F. L.; AVELINO, M. M.; MORAES, E. V. de. Evidências de sintomatologia depressiva no pós-parto imediato. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 22(4), 379-388, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/33808-12/20319>>. Acessado em: 22 de abril de 2020. doi:10.4034/RBCS.2018.22.04.12

RAMOS, A. S. M. B.; MARTINS A. C. Q.; PESSOA, D. L. R.; MACHADO, M. C. A. M.; NORONHA, F. M. F. Fatores associados à depressão pós-parto: Revisão Integrativa. Enciclopédia Biosfera. **Centro Científico Conhecer**, Goiânia. 2018; 15(27):4-6. Disponível em: <<https://www.conhecer.org.br/enciclop/2018a/sau/fatores%20associados.pdf>>. Acesso em 02 de junho de 2020.

SANTOS, F. A. P. S.; MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. **Rev. de Enfermagem UFPE [Internet]**, v.9, sup.2, p.858-863, Recife, 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5773/1160>>. Acesso em 02 de junho de 2020.

SILVA, C. R. A.; PEREIRA, G. M.; NOEMI, B. J.; AOYAMA, E. A.; SOUTO, G. R. Depressão pós-parto: a importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde [Internet]**, v.2, n°2, p. 9-12, 2020. Disponível em: <<http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/352/119>>. Acessado em 11 de abril de 2020.

TOLENTINO E.C.; MAXIMINO, D. A. F. M.; SOUTO, C. G. V. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Revista de Ciências de Saúde Nova Esperança**. 2016; 14(1):59-66. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/6.-Depress%C3%A3o-p%C3%B3s-parto-PRONTO.pdf>>. Acessado em: 07 de maio de 2020.

**APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS, DA HISTÓRIA DE VIDA E DA GESTAÇÃO/PARTO**

Data: ____/____/____

UBS/ESF: _____

Gestante Puérpera

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Reside em: Zona rural Zona urbana

Se zona rural, tem contato com agrotóxicos Sim Não

Escolaridade:

- Nunca fui à escola
- Cursei alguns anos do 1º Grau (1ª – 8ª série)
- 1º Grau completo (1ª – 8ª série)
- Cursei alguns anos do 2º Grau (1º - 3º ano)
- 2º Grau completo (1º - 3º ano)
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

Estado civil:

- Solteira
- Casada
- Viúva
- Divorciada

Ocupação/Profissão: _____

Renda da família:

- Sem renda
- Menos de R\$ 1.000,00
- Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 3.000,00
- Entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.000,00
- Entre R\$ 5.000,00 e R\$ 10.000,00
- Mais de R\$ 10.000,00

Como você considera sua renda para suprir suas necessidades mensais:

- Suficiente
- Pouco suficiente
- Insuficiente

Quantas pessoas residem em sua casa? _____

Com quem você mora? _____

HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

Ingere bebidas alcoólicas: () Sim () Não

Há quanto tempo? _____

Quantidade na semana:

- () Até 2 doses () Entre 2 e 4 doses
 () Entre 4 e 6 doses () Entre 6 e 8 doses
 () Entre 8 e 10 doses () 10 ou mais doses

OBS.: Uma dose padrão equivale a 350mL de cerveja/chopp com teor alcoólico de cerca de 5%, ou a 150mL de vinho com teor alcoólico de cerca de 12% ou a 45mL de destilado (vodka, whisky, cachaça, gin, tequila, rum) com teor alcoólico de cerca de 40% de álcool.

É tabagista? () Sim () Não

Se é puérpera, fez uso de tabaco durante a gestação?

() Sim () Não () Não sou puérpera

Faz uso de drogas ilícitas ou já fez: () Sim () Não

Se sim, há quanto tempo? _____ Qual droga? _____

Pratica atividade física? () Sim () Não

Se sim, quantos minutos por semana? _____

Variáveis Clínicas

Peso: _____

Altura: _____

Possui alguma doença ou condição atual?

() Sim () Não () Não sei

Se sim, qual/quais? _____

Você possui doenças crônicas? () Sim () Não () Não sei

() Hipertensão Arterial - "Pressão alta"

() Diabetes

() Dislipidemia - "Colesterol alto"

() Bronquite ou asma

() Doenças reumáticas

() Doenças musculares

() Outras **Qual?** _____

Toma algum medicamento de uso contínuo?

() Sim () Não

Se sim, qual/quais? _____

DADOS PSIQUIÁTRICOS

Possui histórico de transtornos mentais? () Sim () Não

Qual/quais? _____

Usa algum tipo de medicamento psicoterápico atualmente? () Sim () Não

Se sim, qual/quais? _____

Faz/fez algum acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? () Sim () Não

Já teve pensamentos suicidas? () Sim () Não

Já fez algum atentado contra sua vida? () Sim () Não

DADOS OBSTÉTRICOS
(apenas para gestantes)

Nº de gestações: _____ Nº de parto: _____

Nº de Filhos vivos: _____

História de Abortamentos: () Sim () Não

História de Prematuridade: () Sim () Não

História de baixo peso ao nascer: () Sim () Não

Histórico de doenças ou intercorrências na gestação: () Sim () Não

Se sim, qual/quais? _____

Semana gestacional: _____

Esta gravidez foi desejada: () Sim () Não

Esta gravidez foi planejada: () Sim () Não

Teve a intenção de interromper a gravidez? () Sim () Não

Tentou interromper a gravidez? () Sim () Não

Tem diagnóstico de depressão gestacional? () Sim () Não

Tem diagnóstico de ansiedade gestacional? () Sim () Não

Qual era seu peso antes da gravidez? _____

Qual é seu peso atual: _____

Qual é a sua altura: _____

REDE DE APOIO E SUPORTE SOCIAL

Apoio afetivo do cônjuge/companheiro: () Sim () Não

Se sim, como?

() Dá suporte emocional () Ajuda nas tarefas domésticas

() Dá suporte financeiro () Ajuda com os filhos

() Acompanha as consultas médica

Possui apoio afetivo dos familiares (mãe/pai/irmãos): () Sim () Não

Possui apoio afetivo dos amigos: () Sim () Não

Qual o grau de satisfação com a gestação?

() Muito satisfeita () Satisfeita () Insatisfeita

Tem tido relação sexuais durante a gestação? () Sim () Não

DADOS PUERPORAIS (apenas para puérperas)

Nº de gestações: _____ Nº de parto: _____

Tipo de parto: _____

Nº de Filhos vivos: _____ Altura: _____

História de Abortamentos: () Sim () Não

História de Prematuridade: () Sim () Não

Idade gestacional dessa gestação: _____

O tipo de parto foi da sua escolha? () Sim () Não

Teve a intenção de interromper a gravidez? () Sim () Não

Tentou interromper a gravidez? () Sim () Não

Teve a presença de acompanhante no momento do parto? () Sim () Não

Seu bebê ficou com você após o parto? () Sim () Não

Seu bebê teve histórico de baixo peso ao nascer? () Sim () Não

Teve algum histórico de doenças ou intercorrências no parto? () Sim () Não

Se sim, qual/quais? _____

Houve intercorrências após o parto? () Sim () Não

Doença(s) na gravidez: _____

Teve diagnóstico de depressão gestacional? () Sim () Não

Teve diagnóstico de ansiedade gestacional? () Sim () Não

Nº de consultas pré-natal realizadas: _____

A gravidez foi desejada? () Sim () Não

A gravidez foi planejada? () Sim () Não

Há dificuldades com a amamentação? () Sim () Não

Se sim, qual/quais? _____

Qual grau de satisfação em amamentar?

() Muito satisfeita () Satisfeita () Insatisfeita

Condição do bebê após nascimento?

() Saudável

() Possui doença sindrômica , qual? _____

() Possui doença congênita, qual? _____

() Possui doença infecciosa, qual? _____

Tem tido relações sexuais após o nascimento da criança? () Sim () Não

Como está a qualidade do sono após o nascimento da criança?

() Durmo muito pouco, estou sempre cansada

() Durmo pouco, mas me sinto bem

() Durmo muito

Recebe ajuda no cuidado com a criança?

() Sim, sempre

() Sim, às vezes

() Nunca

Recebe ajuda nas atividades domésticas?

() Sim, sempre

() Sim, às vezes

() Nunca

Já retornou ao trabalho? () Sim () Não

O cônjuge acompanha nas consultas puerperais?

() Sim, sempre

() Sim, às vezes

() Nunca

EVENTOS ESTRESSORES

Conflitos matrimoniais: () Sim () Não

História de separação/divórcio: () Sim () Não

História de Agressão Física: () Sim () Não

Conflitos familiares: () Sim () Não

Perda do emprego: () Sim () Não

Problemas financeiros: () Sim () Não

História de abuso sexual: () Sim () Não

História de acidentes, incêndios, assaltos: () Sim () Não

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Edivan Rodrigo de Paula Ramos (professor/orientador), Kádima Nayara Teixeira (professora/colaboradora), Mauricio Bedim dos Santos (professor/colaborador), Sonia Mara de Andrade (professora/colaboradora), Marco André Reis Pinheiro (aluno da graduação/colaborador), Victoria Castello Branco Iwakami de Mattos (aluna da graduação/colaboradora) e Yoná Karine Kramer (aluna da graduação/colaboradora) da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a senhora, paciente gestante, das Unidades Básicas de Saúde do município de Toledo - PR, a participar de um estudo intitulado **“Determinação e caracterização da prevalência de sintomas depressivos em gestantes e puérperas atendidas pela rede pública de saúde no município de Toledo – PR”**. É um tema de grande importância, para que possamos entender sobre os preditores de riscos associados ao desenvolvimento de um quadro depressivo ou de ansiedade, e o quanto podemos melhorar na conduta de rastreio e acompanhamento nos casos das pacientes que possuam estas comorbidades associadas.

a) O objetivo desta pesquisa é identificar a presença de sintomas depressivos em gestantes e puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo – PR, visando determinar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade nesta população, além de determinar os preditivos de risco que aumentam a chance de desenvolver estas comorbidades.

b) Caso a senhora participe da pesquisa, será necessária sua permissão para que nós possamos aplicar um questionário que contém questões para o rastreamento de depressão e ansiedade e os preditores de risco que determinam o surgimento, melhora ou agravamento dos quadros. Para respondê-lo, a senhora deverá assinalar a resposta com um “X” em apenas 1 dos quadrados de cada questão. No entanto, em algumas questões nas quais a resposta for afirmativa, pode-se ter a necessidade de uma resposta aberta, indicando o quantitativo ou o qualitativo associado a questão anterior.

c) Para tanto a senhora deverá ler atentamente, esclarecer eventuais dúvidas e assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preencher os questionários com as respostas e a ficha com os seus dados, o que levará aproximadamente 20-30 minutos no total.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]:

Orientador [rubrica]:

d) É possível que a senhora tenha o desconforto com esse estudo de ter que dispor um certo tempo para responder o questionário e preencher a ficha de dados. Caso isto venha a ocorrer, entraremos em contato com atendimento psicológico, disponibilizados na rede pública de saúde do município de Toledo – PR, no intuito de minimizar o risco de desestabilização emocional/psicológica que possa advir do preenchimento destes questionários. A senhora poderá contar com o apoio de nós, pesquisadores, no acolhimento e no auxílio na busca por ajuda especializada, caso haja necessidade.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento de responder o questionário, e preencher a ficha de dados com informações particulares, como renda e escolaridade. No entanto, é válido ressaltar que apenas nós, os pesquisadores, iremos ter acesso a essas informações e todas estas informações serão sigilosas, ou seja, a senhora não será exposta em nenhuma circunstância. Mesmo durante a análise dos questionários, não saberemos a sua real identificação, pois nos questionários, a senhora será identificada por um código (ex.: Gestante 1 ou Puérpera 1).

f) O benefício esperado com essa pesquisa é a possibilidade de que os resultados permitirão produzir conhecimento científico aos profissionais de saúde na região de Toledo, podendo possivelmente contribuir na criação de estratégias para a otimização das campanhas de combate à depressão gestacional, depressão puerperal, ansiedade gestacional e ansiedade puerperal, através da tentativa de minimizar os fatores de risco associados a estas comorbidades. Como benefício direto para senhora, durante o convite para participar do projeto de pesquisa, a senhora será informada que poderá entrar em contato com os pesquisadores, por meio do contato deixado nos TCLE e TALE, para apoio à saúde mental, caso se identifique com alguns itens presentes nos questionários de rastreamento de ansiedade e depressão na gestação e no puerpério. Os pesquisadores farão o acolhimento e a triagem da senhora, será informado, ainda, como é o funcionamento da rede de atendimento de saúde mental no município, e em conjunto com as unidades de saúde, iremos promover o auxílio no seguimento necessário, no intuito de minimizar o risco de desestabilização emocional/psicológica, além de ajudar na redução da sintomatologia relacionada a estes transtornos mentais.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]:

Orientador [rubrica]:

g) Os pesquisadores Edivan Rodrigo de Paula Ramos (professor/orientador), Mauricio Bedim dos Santos (professor/colaborador), Sonia Mara de Andrade (professora/colaboradora), Marco André Reis Pinheiro (aluno da graduação/colaborador), Victoria Castello Branco Iwakami de Mattos (aluna da graduação/colaboradora) e Yoná Karine Kramer (aluna da graduação/colaboradora), responsáveis por este estudo, poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná, campus Toledo, localizada na Rodovia PR-182, km 320/321, BIOPARK, Toledo-PR, de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 18:00, pelos e-mails: edivanramos@ufpr.br, kadimateixeira@ufpr.br, mauricio.bedim@ufpr.br, soniaandrade@ufpr.br, marcopinheiro@ufpr.br, victoriacastello@ufpr.br, yonakramer@ufpr.br; ou pelos telefones (44) 8818-6317, (31) 9835-5442, (45) 9935-4566, (42) 9846-9288, (45) 9900-4924, (48) 99133-7724 e (49) 8923-3092, para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se a senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pelas pessoas autorizadas, os pesquisadores Edivan Rodrigo de Paula Ramos (professor/orientador), Kádima Nayara Teixeira (professora/colaboradora), Mauricio Bedim dos Santos (professor/colaborador), Sonia Mara de Andrade (professora/colaboradora), Marco André Reis Pinheiro (aluno da graduação/colaborador), Victoria Castello Branco Iwakami de Mattos (aluna da graduação/colaboradora) e Yoná Karine Kramer (aluna da graduação/colaboradora). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

j) Os dados obtidos através dos questionários serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão destruídos pelos pesquisadores ao término do estudo.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressão do questionário) não são de sua responsabilidade e a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]:

Orientador [rubrica]:

m) Se a senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, a senhora pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41) 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Toledo, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE 3 – TABELA DA DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSIQUIÁTRICAS DAS PUÉRPERAS

Tabela A: Frequência de distribuição absoluta e relativa das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR em função das características psiquiátricas das puérperas.

Característica	n	%
Possui histórico de transtornos mentais?		
<i>Sim</i>	64	27,9%
<i>Não</i>	165	72,1%
Total	229	100%
Quais?		
<i>Ansiedade</i>	36	47,4%
<i>Depressão</i>	30	39,5%
<i>Transtorno bipolar</i>	4	5,3%
<i>Síndrome do Pânico</i>	4	5,3%
<i>Fobia</i>	2	2,5%
Total	76	100%
Usa algum tipo de medicamento psicoterápico atualmente?		
<i>Sim</i>	11	4,8%
<i>Não</i>	218	95,2%
Total	229	100%
Já fez algum atentado contra sua vida?		
<i>Sim</i>	23	10,0%
<i>Não</i>	206	90,0%
Total	229	100%

Fonte: Autores (2021)

APÊNDICE 4 – TABELA DA DESCRIÇÃO DOS DADOS PUERPERAIS

Tabela B: Frequência de distribuição absoluta e relativa das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR em relação aos dados puerperais

Característica	n	%
Histórico de doenças ou intercorrências durante o parto?		
<i>Sim</i>	26	11,4%
<i>Não</i>	203	88,6%
Total	229	100%
Quais?		
<i>Ansiedade</i>	1	0,4%
<i>Descolamento prematuro de placenta</i>	2	0,9%
<i>Fissura Anal</i>	1	0,4%
<i>Hemorragia</i>	7	3,1%
<i>Laceração vaginal</i>	1	0,4%
<i>Parada secundária da descida</i>	1	0,4%
<i>Parto pélvico</i>	1	0,4%
<i>Período expulsivo prolongado</i>	1	0,4%
<i>Pré-eclâmpsia</i>	3	1,3%
<i>Hipotensão</i>	1	0,4%
<i>Ruptura uterina</i>	1	0,4%
<i>Outras</i>	6	2,6%
Total		
Intercorrências após o parto?		
<i>Sim</i>	15	6,6%
<i>Não</i>	214	93,4%
Total	229	100%
Doenças na gravidez?		
<i>Ameaça de aborto</i>	1	0,4%
<i>Anemia</i>	4	1,7%
<i>Ansiedade</i>	2	0,9%
<i>COVID-19</i>	2	0,9%
<i>Crise Hipertensiva</i>	1	0,4%
<i>Descolamento prematuro de placenta</i>	3	1,3%
<i>Diabetes/Diabetes gestacional</i>	21	9,2%
<i>Pré-Diabetes</i>	1	0,4%
<i>Hipertensão Gestacional</i>	12	5,2%
<i>Hipotireoidismo</i>	22	9,6%
<i>Infecção do trato urinário</i>	6	2,6%
<i>Hiperemêse gravídica</i>	1	0,4%
<i>Pielonefrite</i>	1	0,4%
<i>Implantação baixa de placenta</i>	1	0,4%
<i>Sangramento</i>	2	0,9%
<i>Sífilis gestacional</i>	8	3,5%
<i>Toxoplasmose</i>	2	0,9%
<i>Trombofilia</i>	1	0,4%

<i>Vaginose bacteriana</i>	1	0,4%
<i>Esteatose hepática</i>	1	0,4%
<i>Placenta prévia</i>	3	1,3%
Total		
Teve dificuldades com a amamentação?		
<i>Sim</i>	47	20,5%
<i>Não</i>	182	77,8%
Total	229	100%
Quais?		
<i>Dor</i>	13	5,7%
<i>Baixa produção de leite</i>	1	0,4%
<i>Fissura mamilar</i>	7	3,1%
<i>Pega inadequada</i>	10	4,4%
<i>Ferida mamilar</i>	2	0,9%
<i>Mamilo invertido</i>	6	2,6%
<i>Mastite</i>	1	0,4%
<i>Rachadura mamilar</i>	3	1,3%
<i>Medicação que impossibilita amamentação</i>	1	0,4%
<i>Não amamenta por orientação médica</i>	1	0,4%
<i>Outros</i>	2	0,9%
Total		
Características obstétricas		
<i>Aborto prévio</i>	55	24%
<i>Histórico de prematuridade</i>	24	10,5%
<i>Tipo de parto da sua escolha?</i>	142	62%
<i>Teve intenção de interromper a gravidez?</i>	10	4,4%
<i>Teve presença de acompanhante no momento do parto?</i>	205	89,5%
<i>Bebê ficou com a mãe após o parto</i>	217	94,8%
<i>Bebê com baixo peso ao nascer</i>	16	7%
<i>Diagnóstico de depressão gestacional</i>	7	3,1%
<i>Diagnóstico de ansiedade gestacional</i>	20	8,7%
<i>Gravidez planejada</i>	95	41,5%
Recebe ajuda no cuidado com a criança?		
<i>Sim, sempre</i>	171	74,7%
<i>Sim, às vezes</i>	46	20,1%
<i>Nunca</i>	12	5,2%
Total	229	100%
Recebe ajuda nas atividades domésticas?		
<i>Sim, sempre</i>	174	76%
<i>Sim, às vezes</i>	34	14,8%
<i>Nunca</i>	21	9,2%
Total	229	100%

O cônjuge acompanha nas consultas puerperais?

<i>Sim, sempre</i>	124	54,1%
<i>Sim, às vezes</i>	44	19,2%
<i>Nunca</i>	61	26,6%
Total	229	100%

Já retornou ao trabalho?

<i>Sim</i>	12	5,2%
<i>Não</i>	217	90%
Total	229	100%

Fonte: Autores (2021)

APÊNDICE 5 – TABELAS DE ASSOCIAÇÃO BIVARIADA

Tabela C: Associação bivariada em relação às variáveis sociodemográficas e hábitos de vida das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR.

Característica	Depressão puerperal (%)	Sem depressão puerperal (%)	Razão de Chances (IC 95%)	Valor p
Faixa etária				
≤18 anos	3 (50%)	3 (50%)	2,12 (0,42 – 10,86)	0,39
19-34 anos	56 (32%)	119 (68%)	1	
≥35 anos	10 (20,8%)	38 (79,2%)	0,56 (0,26 – 1,20)	0,13
Estado Civil				
Solteira	35 (28,9%)	86 (71,1%)	0,96 (0,54 – 1,72)	0,90
Casada	30 (29,7%)	71 (70,3%)	1	
Localização da Residência				
Urbana	65 (30,4%)	149 (69,6%)	1	
Rural	4 (26,7%)	11 (73,3%)	0,83 (0,26 – 2,72)	1
Quantidade de pessoas que moram em sua residência?				
Sozinha ou com uma pessoa	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0,95 (0,18 – 5,05)	1
3-4	49 (29,7%)	116 (70,3%)	1	
≥5	18 (31,6%)	39 (68,4%)	1,09 (0,57 – 2,09)	0,79
Escolaridade				
Primeiro Grau Completo/Incompleto	19 (39,6%)	29 (60,4%)	1,59 (0,79 – 3,20)	0,19
Segundo Grau Completo/Incompleto	35 (29,2%)	85 (70,8%)	1	
Ensino Superior Completo/Incompleto ou Pós-Graduação	15 (24,6%)	46 (75,4%)	0,79 (0,39 – 1,60)	0,51
Realiza atividade remunerada?				
Sim	35 (26,3%)	98 (73,7%)	0,65 (0,37 – 1,15)	0,14
Não	34 (35,4%)	62 (64,6%)	1	
Classe econômica				
A/B	11 (17,5%)	52 (82,5%)	0,42 (0,20 – 0,88)	0,02
C	48 (33,6%)	95 (66,4%)	1	
D/E	10 (43,5%)	13 (56,5%)	1,52 (0,62 – 3,72)	0,35

Ingesta de bebidas alcoólicas?				
<i>Sim</i>	11 (78,6%)	3 (21,4%)	9,93 (2,67 – 36,85)	<0,001
<i>Não</i>	58 (27%)	157 (73%)	1	
Fumante?				
<i>Sim</i>	6 (37,5%)	10 (62,5%)	1,43 (0,50 – 4,10)	0,57
<i>Não</i>	63 (29,6%)	150 (70,4%)	1	
Faz ou fez uso de drogas ilícitas?				
<i>Sim</i>	7 (43,8%)	9 (56,2%)	1,89 (0,68 – 5,31)	0,26
<i>Não</i>	62 (29,1%)	151 (70,9%)	1	
Pratica atividades físicas?				
<i>Sim</i>	18 (34%)	35 (66%)	1,26 (0,65 – 2,43)	0,49
<i>Não</i>	51 (29%)	125 (71%)	1	
Tem doenças crônicas?				
<i>Sim</i>	12 (32,4%)	25 (67,6%)	1,14 (0,53 – 2,42)	0,74
<i>Não</i>	57 (29,7%)	135 (70,3%)	1	

Fonte: Autores (2021)

Tabela D: Associação bivariada em relação em relação às características psiquiátricas, a relação da rede de apoio e suporte psicossocial das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR.

Característica	Depressão puerperal (%)	Sem depressão puerperal (%)	Razão de Chances (IC 95%)	Valor p
Tem histórico de transtornos mentais?				
<i>Sim</i>	21 (32,8%)	43 (67,2%)	0,89 (0,58 – 1,35)	0,74
<i>Não</i>	48 (29,1%)	117 (70,9%)	1	
Já teve pensamentos suicidas?				
<i>Sim</i>	21 (45,7%)	25 (54,3%)	2,36 (1,21 – 4,60)	0,01
<i>Não</i>	48 (26,2%)	135 (73,8%)	1	
Já fez algum atentado contra sua vida?				
<i>Sim</i>	14 (60,9%)	9 (39,1%)	4,27 (1,75 – 10,43)	<0,001
<i>Não</i>	55 (26,7%)	151 (73,3%)	1	
Refere ter apoio afetivo do cônjuge/companheiro?				
<i>Sim</i>	59 (28,6%)	147 (71,4%)	0,52 (0,22 – 1,26)	0,14
<i>Não</i>	10 (43,5%)	13 (56,5%)	1	
Possui apoio afetivo dos familiares?				
<i>Sim</i>	61 (28,9%)	150 (71,1%)	0,51 (0,19 – 1,35)	0,17
<i>Não</i>	8 (44,4%)	10 (55,6%)	1	
Possui apoio afetivo dos amigos?				
<i>Sim</i>	56 (30,3%)	129 (69,7%)	1,04 (0,50 – 2,13)	0,93
<i>Não</i>	13 (29,5%)	31 (70,5%)	1	
Grau de satisfação com gestação?				
<i>Muito satisfeita</i>	38 (27,1%)	102 (72,9%)	0,71 (0,40 – 1,26)	0,24
<i>Satisfeita</i>	30 (34,5%)	57 (65,5%)	1	
<i>Insatisfeita</i>	1 (50%)	1 (50%)	1,90 (0,11 – 31,46)	1 *
Tem tido/teve relações sexuais durante a gestação?				
<i>Sim</i>	55 (29,6%)	131 (70,4%)	0,84 (0,41 – 1,72)	0,63
<i>Não</i>	14 (33,3%)	28 (66,7%)	1	

Fonte: Autores (2021)

Tabela E: Associação bivariada em relação em função do histórico de doenças/intercorrências gestacionais, obstétricas e pós-parto das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR.

Característica	Depressão puerperal (%)	Sem depressão puerperal (%)	Razão de Chances (IC 95%)	Valor p
Histórico de doenças ou intercorrências durante o parto?				
<i>Sim</i>	9 (34,6%)	17 (65,4%)	1,26 (0,53 – 2,99)	0,60
<i>Não</i>	60 (29,6%)	143 (70,4%)	1	
Intercorrências após o parto?				
<i>Sim</i>	6 (40%)	9 (60%)	1,62 (0,55 – 4,75)	0,39
<i>Não</i>	62 (29,1%)	151 (70,9%)	1	
Quantidade de consultas pré-natal realizadas?				
≤ 8	20 (35,1%)	37 (64,9%)	2,16 (0,70 – 6,63)	0,17
9-10	20 (27,4%)	53 (72,6%)	1,51 (0,50 – 4,57)	0,46
11-15	24 (32,4%)	50 (67,6%)	1,92 (0,64 – 5,73)	0,24
≥ 16	5 (20%)	20 (80%)	1	
Aborto prévio?				
<i>Sim</i>	14 (25,5%)	41 (74,5%)	0,74 (0,37 – 1,47)	0,39
<i>Não</i>	55 (31,6%)	119 (68,4%)	1	
Histórico de prematuridade?				
<i>Sim</i>	10 (41,7%)	14 (58,3%)	1,77 (0,74 – 4,20)	0,19
<i>Não</i>	59 (28,8%)	146 (71,2%)	1	
Tipo de parto foi da sua escolha?				
<i>Sim</i>	47 (33,1%)	95 (66,9%)	1,46 (0,80 – 2,65)	0,21
<i>Não</i>	22 (25,3%)	65 (74,7%)	1	
Teve intenção de interromper a gravidez?				
<i>Sim</i>	7 (70%)	3 (30%)	5,91 (1,48 – 23,58)	<0,01
<i>Não</i>	62 (28,3%)	157 (71,7%)	1	
Teve presença de acompanhante no momento do parto?				
<i>Sim</i>	63 (30,7%)	142 (69,3%)	1,33 (0,50 – 3,51)	0,56
<i>Não</i>	6 (25%)	18 (75%)	1	
Bebê com baixo peso ao nascer?				
<i>Sim</i>	7 (43,8%)	9 (56,2%)	1,89 (0,68 – 5,31)	0,26
<i>Não</i>	62 (29,1%)	151 (70,9%)	1	
Gestação planejada				
<i>Sim</i>	27 (28,4%)	68 (71,6%)	0,87 (0,49 – 1,55)	0,63
<i>Não</i>	42 (31,3%)	92 (68,7%)	1	

Fonte: Autores (2021)

Tabela F: Associação bivariada em relação em função da presença de eventos estressores das puérperas atendidas pela rede pública de saúde de Toledo-PR.

Característica	Depressão puerperal (%)	Sem depressão puerperal (%)	Razão de Chances (IC 95%)	Valor p
Presença de conflitos matrimoniais?				
<i>Sim</i>	29 (45,3%)	35 (54,7%)	2,59 (1,41 – 4,75)	<0,01
<i>Não</i>	40 (24,2%)	125 (75,8%)	1	
História de separação/divórcio?				
<i>Sim</i>	24 (40,7%)	35 (59,3%)	1,90 (1,02 – 3,55)	0,04
<i>Não</i>	45 (26,5%)	125 (73,5%)	1	
História de agressão física?				
<i>Sim</i>	11 (55%)	9 (45%)	3,18 (1,25 – 8,08)	0,01
<i>Não</i>	58 (27,8%)	151 (72,2%)	1	
Presença de conflitos familiares?				
<i>Sim</i>	27 (50,9%)	26 (49,1%)	3,31 (1,75 – 6,29)	<0,001
<i>Não</i>	42 (23,9%)	134 (76,1%)	1	
Perda do emprego?				
<i>Sim</i>	20 (41,7%)	28 (58,3%)	1,92 (0,99 – 3,73)	0,05
<i>Não</i>	49 (27,1%)	132 (72,9%)	1	
Problemas financeiros?				
<i>Sim</i>	36 (42,9%)	48 (57,1%)	2,55 (1,42 – 4,55)	0,001
<i>Não</i>	33 (22,8%)	112 (77,2%)	1	
História de abuso sexual?				
<i>Sim</i>	8 (50%)	8 (50%)	1,49 (0,89 – 6,94)	0,09
<i>Não</i>	61 (28,6%)	152 (71,4%)	1	
História de acidentes, incêndios, assaltos?				
<i>Sim</i>	19 (45,2%)	23 (54,8%)	2,26 (1,14 – 4,51)	0,02
<i>Não</i>	50 (26,7%)	137 (73,3%)	1	

Fonte: Autores (2021)

ANEXO 1 – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS - Adaptado de Edinburgh Postnatal Depression Scale. Original de Santos, Martins e Pasquali (1999).

Gestante nº:

Data:

UBS/ESF:

Idade do bebê:

Pontuação:

Aplicador da escala:

Nos últimos 7 dias:

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

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

2. Eu sinto prazer quando penso no que está a acontecer no meu dia-a-dia.

- Como sempre me senti.
- Talvez, menos do que antes.
- Com certeza menos.
- De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada, sem uma boa razão.

- Não, de maneira alguma.
- Pouquíssimas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Sim, muitas vezes.

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

- Sim, muitas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

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

- Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

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

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

8. Tenho me sentido triste ou muito infeliz.

- Sim, quase sempre.
- Sim, muitas vezes.
- Raramente.
- Não, nunca.

9. Tenho me sentido tão infeliz que choro.

- Sim, quase sempre.
- Sim, muitas vezes.
- De vez em quando.
- Não, nunca.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- Sim, muitas vezes, ultimamente.
- Algumas vezes no últimos dias.
- Pouquíssimas vezes, ultimamente.
- Nenhuma vez.

ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA

Instruções Aos Autores

<http://www.rbsmi.org.br/index.php/instrucoes/instrucoesaosautores>

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. Para os manuscritos submetidos apenas em português ou espanhol, a versão em inglês será solicitada tão logo sejam aceitos para publicação. 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 submetidos 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, 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. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões

éticos da comunicação científica, a Revista adota o Sistema Ithenticate para identificação de plágio.

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 trabalho 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. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e do Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com exigências de alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão remetidos ao(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e as modificações realizadas; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo 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 recomendável 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 só serão aceitas a convite dos Editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

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, 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. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o CONSORT. Trabalhos qualitativos também são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única. Dimensão: 5.000 palavras; 30 referências.

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 on-line (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, podendo ter no máximo 600 palavras.

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. No texto de encaminhamento do manuscrito para a Revista (cover letter) 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, o autor responsável pela troca de correspondência, as fontes e tipo de auxílio e o 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: em português ou espanhol e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor).

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Relatos de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição, Discussão. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados, 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, 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:

Quando autor for o mesmo da casa editora: não mencionar a casa editora WHO (World Health Organization). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva; 2011.

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

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2 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 Association; 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: 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: 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), Data (dia, mês abreviado e ano); Seção, volume, número, paginação.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Cultura. Portaria n.º 23, de 26 de outubro de 1982. Modifica o Plano Nacional de Microfilmagem de Periódicos Brasileiros criado pela Portaria DAC n.º. 31, de 11 de dezembro de 1978. Diário Oficial

da União [DOU]. Brasília, 1 dez 1982; Seção 1, v.120, n.227, p. 22438.

Brasil. Ministério da Saúde. 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. [acesso em 10 mai 2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). [acesso em 20 set 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

-Artigo Publicado em Periódico

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

El Hachem H, Crepaux V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet PE. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. *Int J Women Health*. 2017; 9: 331-45.

- Artigo Publicado em Número Suplementar

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

Lothian JA. The coalition for improving maternity services evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *J Perinat Educ*. 2007; 16 (Supl.): S1-S4.

-Citação de Editorial, Cartas

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

Cabral-Filho JE. Pobreza e desenvolvimento humano: resposta das revistas científicas ao desafio do Council of Science Editors [editorial]. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007; 7 (4): 345-6.

Fernandes EC, Ferreira ALCG, Marinho TMS. Das ações às palavras [Carta]. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009; 9 (1): 95-6.

-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 on line]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqui patients with atopic dermatitis. Dermatol Online J [Internet]. 2006 [cited 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 [cited 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).

Quinino LRM, Samico IC, Barbosa CS. Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da zona da mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Coletiva (Rio J.). 2010. (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. 2 ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

-Material de acesso exclusivo em meio eletrônico - Homepage

Autoria . Título. [suporte]. Local; Ano [acesso dia mês ano]. Disponibilidade de acesso Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso 3 mar 2004]. Disponível em: <http://157.86.113.12/ensino/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html>