



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PUERPÉRIO E ASSOCIAÇÃO COM
QUALIDADE DE VIDA DE PUÉRPERAS ASSISTIDAS EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE MANAUS**

MARCIA FARIAS DE AMORIM

Manaus
2018

MARCIA FARIAS DE AMORIM

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PUERPÉRIO E ASSOCIAÇÃO COM
QUALIDADE DE VIDA DE PUÉRPERAS ASSISTIDAS EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em associação com a Universidade Estadual do Pará (UEPA), na modalidade *stricto sensu*, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na linha de pesquisa Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

Manaus
2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A524s Amorim, Marcia Farias de
Sintomas depressivos no puerpério e associação com qualidade de vida de puérperas assistidas em uma maternidade pública de Manaus / Marcia Farias de Amorim. 2018
51 f.: 31 cm.

Orientador: David Lopes Neto
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Sintomas depressivos. 2. Depressão pós-parto. 3. Puerpério. 4. Qualidade de vida. 5. Enfermagem. I. Lopes Neto, David II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARCIA FARIAS DE AMORIM

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PUERPÉRIO E ASSOCIAÇÃO COM
QUALIDADE DE VIDA DE PUÉRPERAS ASSISTIDAS EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE MANAUS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Amazonas para obtenção do título de *Mestre em Enfermagem* na linha de pesquisa “Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia” do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus.

Banca Examinadora:

Presidente: Prof. Dr. David Lopes Neto

Membro: Prof. Dr. Henry Walber Dantas Vieira

Membro: Prof^ª. Dr^ª. Ilse Sodré da Motta

Conceito: _____

Manaus, de de 2018

DEDICATÓRIA

*A minha amada mãe, pela sua trajetória de vida e por ser exemplo de
mulher sonhadora e mãe dedicada.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha vida, minha família e pelos amigos que estão ao meu lado compartilhando alegrias, tristezas e esperança.

Agradeço também aos meus pais que sempre me incentivaram a estudar, buscando sempre proporcionar a mim e a Mayza uma boa educação, além de nos sustentar com o mais importante: o amor.

Ao meu eterno irmão Ricardo, pessoa de imensurável importância na minha vida e que mesmo não estando presente fisicamente, sei que continua torcendo pelo meu sucesso e minha felicidade.

A Ana Paula Maciel, Juliana Brandão e seu esposo, por contribuírem de modo especial na minha caminhada em busca do conhecimento científico e novos ares.

A Bárbara e Érica pela amizade semeada na Residência e que regamos até hoje com muito carinho e respeito. Foi muito importante viver esse tempo com vocês.

Aos amigos da turma do Mestrado por dividirem comigo momentos tão especiais de troca de conhecimentos, que contribuíram para minha formação profissional. Foi uma bela aprendizagem-significativa.

À Professora Suely, por quem tenho um carinho especial.

A Alessandra e Regina, pelo apoio nos momentos difíceis.

Ao Professor David, pela sabedoria compartilhada, paciência e perseverança em momentos decisivos.

Por fim, às participantes desse estudo, pela empatia, colaboração. Vocês foram substanciais para este momento.

Quem tem algo verdadeiro a dizer se expressa de modo simples. A simplicidade é o selo da verdade. (Arthur Schoopenhauer)

RESUMO

Os sintomas de transtornos depressivos acometem a maioria das mulheres entre quatro a seis semanas após o parto, sendo frequentes no período puerperal devido às diversas transformações pelas quais a mulher passa nesta fase, porém, é possível identificar sintomatologia depressiva em períodos menores que quatro semanas e com isso relaciona-se a Qualidade de Vida que envolve significados que refletem em diversas dimensões do ser humano, abrangendo suas experiências, conhecimentos, valores individuais e coletivos.

Objetivo: Identificar a sintomatologia depressiva e sua associação com qualidade de vida de mulheres no puerpério mediato. **Método:** aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE), o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans & Powers, uma versão adaptada para o puerpério, além de um formulário para identificação do perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa. Analisou-se um quantitativo de 134 puérperas no período de dezembro/2017 a abril/2018 que tiveram seus partos assistidos na Maternidade Ana Braga, localizada na Zona Leste da cidade de Manaus. **Resultados:** Foi identificada prevalência de 17,2% de sinais de depressão pós-parto a partir de sintomas depressivos identificados pela aplicação da EDPE, e associação entre a sintomatologia depressiva no puerpério e a qualidade de vida. **Conclusão:** É alta a prevalência de sintomas depressivos no puerpério, que sugerem estado de depressão pós-parto. Fatores como a baixa condição socioeconômica representam risco para desenvolvimento dos sintomas, mas em comparação aos domínios do IQV, o domínio socioeconômico é pouco significativo na avaliação da qualidade de vida.

Palavras-chave: Sintomas depressivos; Depressão pós-parto; Puerpério; Qualidade de Vida; Enfermagem.

ABSTRACT

The symptoms of depressive disorders affect most women between four to six weeks after delivery, being frequent in the postpartum period due to the various transformations that the woman passes this stage, but it is possible to identify depressive symptoms for periods less than four weeks and this relates to the Quality of Life that involves meanings that reflect in diverse dimensions of the human being, covering their experiences, knowledge, individual and collective values. **Objective:** To identify the depressive symptomatology and its association with the quality of life of women in the postpartum period. **Method:** Application of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), the Quality of Life Index (QLI) Ferrans & Powers, version adapted to the postpartum period, as well as a form to identify the sociodemographic and obstetric profile of mothers. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative approach. Analyzed quantitative of 134 mothers from December / 2017 to April / 2018 who had their births attended in the maternity Ana Braga, located in the East Zone of the city of Manaus. **Results:** There was a prevalence of 17.2% postpartum depression signals from depressive symptoms identified by the application EPDS and association between postpartum depression symptoms and quality of life. **Conclusion:** The prevalence of depressive symptoms in the puerperium is high, suggesting postpartum depression. Factors such as low socioeconomic status are risk for the development of symptoms, but compared to the areas of QLI, the socio-economic domain is negligible in evaluating the quality of life. **Keywords:** Depressive symptoms; Postnatal depression; Puerperium; Quality of life; Nursing.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição dos dados sociodemográficos e renda das mulheres puérperas amostradas em uma maternidade pública da cidade de Manaus – AM, 2018..... 27
- Tabela 2.** Distribuição dos dados em relação ao consumo de bebida, fumo, substâncias psicoativas e gestação de mulheres puérperas numa amostra de uma maternidade pública na cidade de Manaus – AM, 2018..... 28
- Tabela 3.** Resultado do coeficiente alfa de Cronbach do Instrumento de Qualidade de Vida aplicado em mulheres puérperas amostradas em uma maternidade pública da cidade de Manaus – AM, 2018. 29
- Tabela 4.** Comparação do escore de depressão pós-parto de Edimburgo em relação aos domínios do Instrumento de Qualidade de Vida - puerpério aplicado em puérperas amostradas em uma maternidade pública da cidade de Manaus – AM, 2018..... 30

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychiatric Association (APA)</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª edição
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V</i>
EDPE	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
EPDS	<i>Edinburgh Posnatal Depression Scale</i>
IQV	Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Paowers
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de vida
SF-36	<i>Medical Outcomes Study-Short Form 36</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. PROBLEMATIZAÇÃO.....	14
3. JUSTIFICATIVA.....	15
4. OBJETIVOS.....	16
4.1 GERAL.....	16
5. METODOLOGIA.....	17
5.1 PARTICIPANTES.....	17
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	17
5.3 INSTRUMENTOS.....	18
5.4 ANÁLISE DE DADOS.....	20
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
6. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
6.1 A DEPRESSÃO.....	22
6.1.1 Depressão Pós-Parto.....	22
6.2 QUALIDADE DE VIDA.....	24
6.2.1 Qualidade de Vida no Puerpério.....	24
7. RESULTADOS.....	26
8. DISCUSSÃO.....	31
9. CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A - Formulário socioeconômico, demográfico e obstétrico.....	42
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
ANEXO A - <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i>	46
ANEXO B - Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers (Puerpério).....	47

1. INTRODUÇÃO

O vocábulo puerpério é originário do latim, de onde *puer* significa criança, e *parere* significa parir, logo, o puerpério é definido como o período que vai desde o parto até a involução do organismo materno à situação pré-gravídica (CARVALHO; LULA; OLIVEIRA, 2010). Apresenta-se como um período marcado por significativas alterações biológicas e transformações no papel social e familiar da mulher, onde tais mudanças podem desencadear transtornos psiquiátricos (RUSCHI et al., 2007) sendo os sintomas depressivos de maior acometimento (STONE et al., 2015).

Com o avanço na classificação dos transtornos mentais, a *American Psychiatric Association (APA)*, no seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V*) integra a depressão pós-parto no episódio de Transtorno Depressivo Maior, a partir do especificador “*com início no periparto*”, contudo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª edição (CID-10) a caracteriza através de um número junto ao código inicial, que já está associado ao estado puerperal (F53 – Transtornos mentais e do comportamento associados com o puerpério, não classificados em outra parte) (p.e.: F53.0) (RAI; PATHAK; SHARMA, 2015) (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Estados depressivos no período pós-parto variam de uma sintomatologia mais branda como ocorre no “*baby blues*” até um estágio mais severo como na psicose puerperal, passando pela depressão propriamente dita, e geralmente são mais observados durante as duas primeiras semanas ou em até três meses, no máximo, após o parto, embora a vulnerabilidade aos transtornos mantenha-se por até um ano ou mais. Os sintomas de transtornos depressivos acometem a maioria das mulheres entre 4 a 6 semanas após o parto. O “*baby blues*” aparece com uma prevalência em mais de 75% das primíparas, sendo um transtorno transitório caracterizado por labilidade emocional, ansiedade, inquietude e choro (FITELSON et al., 2010).

Já em um estado mais intenso, a psicose pós-parto (PP) é uma limitação da percepção da realidade que tem início súbito e agudo atingindo aproximadamente entre 1-2 mulheres no pós-parto em cada 1000. Sua sintomatologia inclui euforia, labilidade do humor, fala desconexa, comportamento desorganizado, alucinações e delírios, com episódios transitórios ou alternados de manifestações delirantes de culpa, perseguição, alucinações auditivas, confusão mental e agitação (SIT; ROTHSCHILD; WISNER, 2006) (RAI; PATHAK; SHARMA, 2015).

De outra forma, a manifestação de cinco ou mais dos seguintes sintomas é considerada depressão pós-parto (DPP): humor deprimido, acentuada diminuição de interesse/prazer, perda/ganho significativo de peso, agitação ou retardo psicomotor, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar e ideiação suicida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 94), e afeta mais de uma em cada dez mulheres, acarretando sérias consequências para a mãe, a criança e a família (AZALE; FEKADU; HANLON, 2016).

Estudos revelam que a prevalência de transtornos mentais perinatais em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento é maior que em países desenvolvidos, alcançando um valor de 19,8% (FISHER et al., 2012) (MURRAY et al., 2015). Naqueles com baixa renda, a ausência de suporte profissional é vivenciado por ¼ das mulheres acometidas pelos transtornos (AZALE; FEKADU; HANLON, 2016).

Nos Estados Unidos, Reino Unido e Austrália as taxas de prevalência da depressão pós-parto variam de 7 a 20%, com grande parte dos estudos sugerindo estimativas entre 10 a 15% (FITELSON et al., 2010). Já em mulheres árabes, as taxas estão entre 17,6 e 80,7% (BENER et al., 2012) (MOHAMED et al., 2011), tal variabilidade certamente está associada à mudança no cenário cultural, onde elas assumem um papel menos tradicional nas famílias, tendo que lidar então com as tensões, acompanhadas das mudanças do período pós-natal (RAMASUBRAMANIAM et al., 2014).

No Brasil, um estudo recente acerca da depressão pós-parto revelou que a prevalência do transtorno em mulheres com seis meses após o parto é elevada e que sintomas depressivos no período de seis a dezoito meses chegam a 26,3%. (FILHA et al., 2016), e a 20,3% em puérperas da região Amazônica (CORRÊA et al., 2016), porém não se identificaram estudos sobre a depressão pós-parto em Manaus.

2. PROBLEMATIZAÇÃO

Enquanto enfermeira, responsável pelo planejamento do cuidado da puérpera e seu recém-nascido em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, vivenciei certa dificuldade em identificar, de modo menos empírico, os sintomas depressivos no puerpério e definir qual conduta adotar diante da suspeita de algum transtorno.

A assistência de Enfermagem à puérpera nas maternidades públicas em Manaus, em grande parte resume-se à avaliação clínica da mulher e ao processo de aleitamento materno. Isto pode ser derivado do curto espaço de tempo em que elas permanecem na instituição (geralmente entre 48 e 72 horas), mas também pela ausência de instrumentos e de capacitação profissional que permita a realização de rotinas assistenciais englobando a saúde mental da puérpera.

Pensando que, embora esta mulher encontre-se no segundo nível de atenção à saúde, o cuidado integral a ela e à família, pode ser melhor na Atenção Primária à Saúde (APS), lócus no qual o enfermeiro tem o desafio de agregar a construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito como ferramentas para desenvolver o plano de cuidados (ACIOLI et al., 2014).

É na Atenção Primária que a equipe de saúde da família, juntamente e sob a coordenação do profissional de nível superior de Enfermagem tem a possibilidade de realizar o acompanhamento da puérpera de forma mais holística e próximo ao seu ambiente familiar por meio da consulta puerperal e da visita domiciliar, favorecendo assim a identificação de sintomas psiquiátricos neste período e a escolha da conduta mais adequada.

Entretanto, na maioria dos serviços de atendimento primário à saúde essas ações não recebem a devida atenção, seja pela organização do serviço e despreparo dos profissionais ou pela dificuldade da puérpera e seus familiares em expressar seus sentimentos (ZANOTTI et al., 2003) (MEIRA et al., 2015).

Desta forma as hipóteses foram: Há alta probabilidade de se identificar puérperas com estados depressivos característicos de depressão puerperal no puerpério mediato. A qualidade de vida da puérpera é afetada por sintomas depressivos no puerpério.

3. JUSTIFICATIVA

A depressão pós-parto é uma questão de saúde pública (KATHREE et al., 2014), devido sua alta prevalência e alcance direto na dualidade mãe-filho, podendo levar a um atraso do desenvolvimento infantil e consequentes transtornos comportamentais na vida adulta; ao desequilíbrio familiar, principalmente quanto a vida afetiva do casal, além de aumentar as chances de auto e heteroagressões (GOMES et al., 2010) (FREITAS et al., 2014).

Estudos apontam que bebês de puérperas que apresentam sintomas depressivos sofrem com o retardo no início do processo de amamentação e com o desmame precoce, situações estas que já revelam a dificuldade para o estabelecimento de vínculo afetivo entre o binômio, provocando no bebê um apego inseguro, sono irregular e menor exploração do ambiente (POPE; MAZMANIAN, 2016) (SANTOS; SERRALHA, 2015).

Outro problema relevante é o apoio familiar, associado mais especificamente ao parceiro, onde o cônjuge por desconhecer a sintomatologia depressiva no puerpério ou até por não colaborar com sua companheira nas atividades domésticas ou relacionadas à maternidade favorece a desarmonia do casal e subsequentes problemas familiares (MENDONÇA; BUSSAB; SIQUEIRA, 2014).

E mesmo com tantas consequências desagradáveis o serviço de atendimento primário à saúde ainda carece de dados relacionados à assistência à saúde mental das puérperas, seja pelo déficit do profissional em identificar os sintomas, ou pela falta de ferramentas que auxiliem na coleta de informações.

Sobre esses fatores, Meira et al (2015) corroboram que a falta de conhecimento dos profissionais sobre a depressão pós-parto e sobre os meios de rastreio são barreiras para o reconhecimento de casos, além da ausência de capacitação, que interfere na qualidade da assistência prestada a mulheres com esse transtorno.

Assim sendo, o presente estudo justifica-se como de grande relevância para a melhoria do serviço de atenção à saúde, no passo em que contribui para a expansão do conhecimento na comunidade acadêmica, científica e civil quanto à importância da avaliação psicológica da puérpera, ao rastreamento de sintomas depressivos no puerpério e alerta para estados depressivos no puerpério. Ressalta-se que a cidade de Manaus ainda não tem estudos publicados sobre a temática, o que remete ao ineditismo no estudo.

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL

- Identificar a sintomatologia depressiva e sua associação com qualidade de vida de mulheres no puerpério mediato.

4.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico de puérperas no puerpério mediato e a presença ou ausência de sintomatologia depressiva.
- Estimar a prevalência de sintomas depressivos no pós-parto mediato.
- Avaliar a qualidade de vida de mulheres com e sem sintomas, que indiquem a probabilidade de depressão pós-parto, a partir dos domínios do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers.
- Verificar se há associação entre sintomas depressivos que indiquem possível estado de depressão pós-parto e qualidade de vida.

5. METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa.

5.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 134 puérperas que pariram na Maternidade Ana Braga, na cidade de Manaus, cujos critérios de inclusão foram: puérperas a partir de 18 anos que tiveram seus partos assistidos na Maternidade em estudo; que estivessem num período a partir de 24h até dez dias pós-parto; falar e compreender bem a Língua Portuguesa; saber escrever; e estar em condições de responder ao questionário. E os critérios de exclusão: puérperas advindas de outras maternidades após o parto (transferidas); com mais de 10 dias após o parto, e com história de uso de medicamentos antidepressivos.

As puérperas foram identificadas a partir de seus prontuários na maternidade avaliando-se o tempo de pós-parto e situação obstétrica atual, a fim de pré-selecionar as puérperas que estavam dentro do período definido para coleta e que estavam em boas condições física e emocional para responder à pesquisa.

A abordagem das puérperas foi realizada na maternidade, de segunda a sexta, no horário entre 09h e 20h nos alojamentos conjuntos de parto normal e parto cirúrgico. Na ocasião, após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) e consentimento informado da puérpera para participar do estudo, foram aplicados os instrumentos.

Foram identificadas com sintomas que indiquem a probabilidade de depressão pós-parto aquelas que apresentaram pontuação ≥ 12 pontos na escala de avaliação EDPE (RUSCHI et al., 2007). Os casos que indicaram a presença perceptível de sintomas depressivos foram comunicados e encaminhados à profissional especializada da própria unidade a fim de que ela pudesse realizar um atendimento direcionado e oferecer assistência especializada no âmbito da Saúde Mental.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A maternidade selecionada para o estudo localiza-se no bairro São José, e é considerada a maior maternidade pública da rede estadual de saúde. Sendo referência para a população do Distrito de Saúde da Zona Leste de Manaus, a Maternidade Ana Braga conta com um total de 18 leitos para assistência ao parto normal e parto cesárea, distribuídos entre os setores PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), CPNi (Centro de Parto

Normal intra-hospitalar) e Centro Cirúrgico Obstétrico, e com 106 leitos no Alojamento Conjunto, setor destinado ao período de puerpério na unidade.

5.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: questionário sociodemográfico e obstétrico, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDE), e o Instrumento de Qualidade de Vida de Ferrans & Paowers (IQV) – versão puerpério. O primeiro foi dividido em duas partes: a primeira para identificação do perfil sociodemográfico, e a segunda parte para identificação do perfil obstétrico da puérpera (APÊNDICE A), e o segundo instrumento corresponde à *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987), com validação para versão brasileira denominada de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EDPE (SANTOS et al., 2007) (ANEXO A).

O formulário criado para identificação do perfil sociodemográfico e obstétrico da participante foi composto por perguntas abertas e fechadas. Os dados sociodemográficos foram: idade, endereço, escolaridade, cor/raça, estado civil, nº filhos, profissão/ocupação, emprego, tipo de domicílio, nº de pessoas no domicílio, renda mensal familiar, uso de bebidas alcóolicas/fumo e uso de substâncias psicoativas. Os dados obstétricos foram nº de gestações, nº de filhos, tipo de parto, abortamento e amamentação atual.

A EDPE é um questionário avaliativo composto por 10 questões, que remetem ao estado psicológico da puérpera nos últimos sete dias. Ela foi desenvolvida na Grã-Bretanha e validada para o Brasil, onde alcançou consistência interna de 0,80 medida por meio do coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach que avalia o grau de confiabilidade do instrumento (COUTINHO; SARAIVA, 2008). A escala tem o objetivo de rastrear sintomas depressivos em mulheres no período puerperal (FIGUEIRA et al., 2009) através de itens que abordam sintomas depressivos em mulheres no puerpério, tais como: humor deprimido, distúrbio do sono, perda de prazer, diminuição do desempenho, culpa, e ideias de morte ou suicídio (RUSCHI et al., 2007). O instrumento dispõe de 10 questões cuja pontuação para cada resposta varia de 0 a 3 pontos, com escore máximo de 30 pontos. As participantes consideradas com sintomatologia depressiva apresentaram pontuação no valor igual ou superior a 12 pontos na escala (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

O Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers (IQV) é a versão traduzida e validada (ANEXO B) do Quality of life index (QLI), desenvolvido pelas enfermeiras

Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers, em 1984, para medir qualidade de vida a partir da satisfação e importância de aspectos da vida humana. Entretanto, para esta pesquisa, optou-se por utilizar a adaptação do instrumento feita por Fernandes & Narchi (2007) para aplicação com puérperas.

O instrumento original é composto por 34 questões referentes a aspectos da vida. Estes se repetem em duas partes. A primeira para avaliar a satisfação e a segunda para avaliar a importância desses aspectos. No instrumento adaptado foram acrescentados cinco itens: a saúde do bebê; a assistência à saúde que seu bebê está recebendo; amamentar seu filho; as mudanças de humor que você sente (tristeza, alegria); e ter tido esta criança, totalizando 39 questões, onde para cada questão o escore varia de 1 a 6, numa escala onde 1 corresponde a muito insatisfeito, 2 a moderadamente insatisfeito, 3 a pouco insatisfeito, 4 a pouco satisfeito, 5 a moderadamente satisfeito e 6 a muito satisfeito. E na escala de importância varia de “sem nenhuma importância” (1) a “muito importante” (6) (LARA, 2008).

Quanto aos aspectos, os itens adicionados foram agrupados aos quatro domínios existentes no instrumento original de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1: Agrupamento dos itens acrescentados ao IQV para o puerpério, por domínio¹.

DOMÍNIO: SAÚDE/FUNIONAMENTO	
Número do item	Item
1	Sua saúde
2	A saúde do seu bebê
3	A assistência à saúde que você está recebendo
4	A assistência à saúde que seu bebê está recebendo
5	Amamentar seu filho
6	A intensidade de dor que você sente
7	As mudanças de humor que você sente
8	A energia que você tem
9	Sua independência física
10	A possibilidade de controlar sua vida
11	A possibilidade de viver por longo tempo
16	Vida sexual
19	Sua capacidade para cumprir as responsabilidades/família
20	Ser útil
21	Estresse
29	Atividade/lazer
30	Disponibilidade para passear
31	Ter tido esta criança
32	Ter uma velhice feliz

¹ Fonte: Kimura, 1999. Extraído de LARA, A.C.L. **Qualidade de vida no puerpério mediato**. Guarulhos, 2008

² Fonte: COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. *Development* 19

DOMÍNIO: FAMÍLIA	
12	Saúde da família
13	Filhos
14	Felicidade da família
15	Relacionamento com companheiro
DOMÍNIO: SOCIOECONÔMICO	
17	Amigos
18	Apoio que recebe
22	Seu lar
23	Vizinhança
24	Nível socioeconômico
25	Trabalho
26	Não ter trabalho
27	Escolaridade
28	Independência financeira
DOMÍNIO: PSICOLÓGICO/ESPIRITUAL	
33	Paz de espírito
34	Fé em Deus
35	Objetivos pessoais
36	Felicidade em geral
37	Vida de modo geral
38	Aparência pessoal
39	Consigo própria

A coleta de dados ocorreu no período de 21 de dezembro de 2017 a 27 de abril de 2018, sendo os dados tabulados e salvos em planilhas eletrônicas.

5.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram calculados em frequências absolutas simples e relativas para os dados categóricos e apresentados por meio de gráficos e tabelas. Na análise dos dados quantitativos, quando aceita a hipótese de normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk, foi calculada a média aritmética e o desvio-padrão (Dp). No caso de rejeição da hipótese de normalidade dos dados foi calculada a mediana e os quartis (Q1 e Q3). Na análise ainda foi calculado o Intervalo de Confiança ao nível de 95% (IC95%) para a escala de depressão. Já na comparação das medianas dos domínios do instrumento de qualidade de vida em relação à classificação da escala de depressão pós-parto de Edimburgo foi calculado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (VIEIRA, 2004).

A confiabilidade do instrumento de qualidade de vida foi verificada por meio do coeficiente alfa de Cronbach e o software utilizado nas análises foi o programa SPSS versão 21 para Windows. O nível de significância fixado nos testes estatísticos foi de 5%.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), como estabelece a Resolução CNS nº 466/2012 ,do Conselho Nacional de Saúde e, aprovada sob o número do CAAE 79106617.0.0000.5020.

6. REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 A DEPRESSÃO

A depressão é um tipo de transtorno de humor caracterizada geralmente por tristeza ou humor deprimido, perda de interesse e sentimento de desvalorização. Entretanto, expressões de raiva, de descontentamento, de oposição, de desprezar, na maioria dos casos, aparecem como indicadores de sintomatologia (COSTA et al., 2013).

No capítulo V, sobre a Classificação de Comportamentos e Transtornos Mentais, da CID-10, a depressão é classificada em Episódio Depressivo (único), e Episódio Depressivo Recorrente, com respectivas subclassificações registradas nos códigos de F32.0 – F33.9, e dividida em leve, moderada ou severa. Em todos os três estágios dos episódios depressivos, outros sintomas que também são comuns correspondem: (a) concentração/atenção reduzida; (b) baixa auto-estima; (c) autculpa; (d) pessimismo com o futuro; (e) autoagressão ou ideação suicida; (f) distúrbios do sono; (g) apetite diminuído (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – CID 10, 1997).

Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde em 2009 revelam que a depressão é uma das principais causas de afastamento do trabalho e de incapacitação para uma vida plena nas dimensões sociais e coletivas, devido à introspecção e isolamento que essa condição implica (TAVARES, 2012) (MARKHUS et al., 2013). No ano de 2015, a proporção da depressão na população global registrava uma estimativa de 4,4%, com a prevalência ainda sobre o gênero feminino (mulheres (5,1%); homens (3,6%)). Recentemente, a OMS define depressão como um “transtorno mental comum”, visto que afeta globalmente uma estimativa de 350 milhões de pessoas em todas as idades.

6.1.1 Depressão Pós-Parto

A depressão pós-parto pode também ser denominada depressão pós-natal, depressão materna, depressão puerperal, ou síndrome da tristeza pós-parto, que corresponde ao estado depressivo da mulher nos dias que se sucedem ao parto (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011) (MASTELLINI; SILVA, 2012).

Na década de 80, estudos registraram que a DPP afetava mais de 20% das mulheres com até 6 semanas após o parto. Atualmente, a OMS afirma que a depressão pós-parto é prevalente, e estimada entre 10 a 15% de todas as puérperas (BARRERA;

NICHOLS, 2015). Fato este que coincide com o período de motivação dos bebês para estabelecerem uma comunicação com seus cuidadores (BRENTANI; FINK, 2016), o que interfere negativamente no desenvolvimento das crianças, em decorrência das dificuldades de interação, principalmente entre mães e filhos, nesta fase.

Assim como na depressão em outros momentos da vida, os sintomas podem incluir humor deprimido, choro, perda de interesse e prazer, perda de confiança, alterações no padrão de sono (geralmente dificuldade em dormir à noite, especialmente depois de ter acordado para cuidar do bebê), perda de concentração, autculpa e pensamentos de suicídio, levando a uma incidência três vezes maior nas primeiras cinco semanas após o parto (IRANPOUR et al., 2016).

A depressão pós-parto pode ser do tipo leve, moderada ou grave, e neste último caso, há o risco de autoagressão e até mesmo de dano para a criança, configurando-se substancial a identificação e tratamento precoces para reduzir o aparecimento da depressão grave (DAVIES; HOWELLS; JENKINS, 2003).

As mulheres grávidas e recém puérperas tendem a procurar menos os serviços de atendimento em saúde mental por diversos fatores limitantes como a condição financeira, a dificuldade com o transporte, com o cuidado à criança, baixa escolaridade e também atitudes e crenças trazidas por elas em relação à saúde mental, como o medo de não ser compreendida, por exemplo (BARRERA; NICHOLS, 2015) (MOORE; AYERS; DREY, 2016).

Neste sentido, é imprescindível a atenção de profissionais de saúde para a importância das intervenções à sintomatologia depressiva no puerpério para um melhor relacionamento mãe-bebê. A atuação preventiva dos profissionais multidisciplinares pode favorecer o enfrentamento da nova mãe aos eventuais episódios depressivos, além de contribuir em longo prazo no desenvolvimento do bebê (MASTELLINI; SILVA, 2012).

Em revisão integrativa da literatura publicada na Revista Portuguesa de Enfermagem, Guerra et al., (2014) elencam intervenções capazes de promover a saúde mental de mulheres durante a gravidez e após o parto. E dentre elas estão as visitas domiciliares realizadas por enfermeiras, especialmente no primeiro mês após o parto, as consultas de pré-natal e cursos de preparação da parentalidade como forma de prevenir fatores de risco para o desenvolvimento de depressão puerperal, como o desentendimento entre casais. Outra ação é o encaminhamento à serviço especializado daquelas que apresentam sintomatologia depressiva importante, mas para tanto é

fundamental a boa preparação da equipe de saúde para reconhecimento dos sintomas, em especial a Enfermagem que está mais próxima neste momento.

Estudo sobre a prática de enfermagem na identificação de depressão no puerpério afirma que as condutas mais eficazes na detecção de sintomas depressivos são a escuta qualificada e o pré-natal. Dar atenção às expressões verbais e não verbais da mulher nesse período gravídico-puerperal, estimulando o diálogo na consulta, e colocando-se a disposição para dar orientação e acompanhamento são atitudes realmente relevantes (SOBREIRA & PESSOA, 2012).

6.2 QUALIDADE DE VIDA

Não é de hoje que o tema qualidade de vida vem sendo trabalhado no meio científico como importante ferramenta de avaliação da saúde de indivíduos e populações.

O termo Qualidade de Vida envolve significados que refletem em diversas dimensões de um ser humano, abrangendo suas experiências, conhecimentos, valores de individuais e coletivos em espaços e épocas distintas (SILQUEIRA, 2005) (ALVES, 2011).

A Organização Mundial de Saúde diz que QV é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores a que ele está inserido, bem como suas metas, expectativas, padrões e preocupações (“*The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL)*”, 1995).

A cerca dos instrumentos para avaliação da QV existem duas classes: os genéricos e os específicos. Dentro dos genéricos tem-se a categoria dos relacionados à saúde, na qual faz parte o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers a ser utilizado nesta pesquisa. Instrumentos genéricos relacionados à saúde são amplamente utilizados em diversas populações e podem avaliar os impactos das condições de saúde, doenças e tratamento (SILQUEIRA, 2005) (RIBAS et al., 2016).

6.2.1 Qualidade de Vida no Puerpério

A QV relacionada à saúde durante o período perinatal é significativa não só para mulheres, mas também para a família, entretanto, sua avaliação neste período é precária e muitas vezes não faz parte do planejamento de cuidados (EMMANUEL; SUN, 2014).

Um estudo realizado na China demonstrou que as mulheres experimentam mudanças substanciais na sua qualidade de vida no período gravídico-puerperal, sendo o relacionamento com seus parceiros o componente mais associado à saúde mental (NGAI; NGU, 2013).

Assim sendo, enfermeiras e demais profissionais da saúde que lidam com a mulher neste período precisam estar atentos e disponíveis para perceber e atender as reais necessidades apresentadas por elas e que podem contribuir para a QV, humanizando o cuidado dispensado (ANDRADE et al., 2015) e também contribuindo para mais desenvolvimento científico sobre o tema no período puerperal, que ainda é pouco explorado nas publicações (LIMA-LARA; FERNANDES, 2010).

7. RESULTADOS

Das 134 participantes 47% estavam na faixa etária de entre 18 e 25 anos, 21,7% entre 25 e 30 anos, 16,4% entre 30 e 35 anos, 12,7% entre 35 e 40 anos e 2,2% entre 40 e 45 anos. A média de idade foi de 26,33 anos, a mediana foi de 25,5 anos, tendo variação mínima de 18 anos e máxima de 42 anos (Tabela 1).

Em relação à variável cor/raça, consideraram-se parda 82%, branca 9,7% e preta 6,0%. No quesito estado civil, 43,3% delas informaram estar em união estável, 32,1% solteiras e 24,6% casadas (Tabela 1).

No que se refere à escolaridade, 55,9% das puérperas responderam que tinham Ensino Médio completo ou incompleto, e apenas 14,2% tinham Ensino Superior completo ou incompleto. Informaram ser donas de casa 47,8% delas, 11,2% disseram não ter nenhuma profissão/ocupação, e 23,9% correspondiam a outras profissões como agricultora, artesã, auxiliar de cozinha, industriaria, professora etc. De todas as participantes 80,6% delas estavam desempregadas (Tabela 1).

Com 52,3%, as mulheres relataram morar em residências próprias, 44,8% conviviam com até 5 pessoas, e 42,5% tinham entre 5 a 7 pessoas morando no mesmo domicílio. A renda familiar predominante foi de até 1 salário-mínimo, correspondendo a 57,5% (Tabela 1). Apenas 6,0% informaram beber e/ou fumar com frequência e menos de 1,0% confirmaram uso de substâncias psicoativas (Tabela 2).

Em relação ao período da coleta de dados no puerpério, verificou-se que a mediana do tempo pós-parto foi de 2 dias, e 54,5% das participantes estavam entre o 1º e o 3º dia pós-parto (Tabela 2).

Nas variáveis obstétricas, analisou-se que 29,1% eram multíparas e a mediana foi de 3 gestações, sendo que em relação ao número de filhos vivos 29,1% tinham 2 filhos, e 28,4% apenas 1 filho. O tipo de parto predominante na última gravidez foi o parto cesárea correspondendo a 47,8%. Em 17,2% delas haviam passado por situação de abortamento, e 91,0% estavam amamentando (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos e renda das mulheres puérperas amostradas em uma maternidade pública da cidade de Manaus – AM, 2018.

Variáveis (n = 134)	f_i	%
Cor / Raça		
Parda	111	82,8
Branca	13	9,7
Preta	8	6,0
Outra	2	1,5
Estado civil		
Solteira	43	32,1
Casada	33	24,6
União estável	58	43,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto/completo	40	29,9
Médio incompleto/completo	75	55,9
Superior incompleto/completo	19	14,2
Profissão		
Nenhuma	15	11,2
Dona de casa	64	47,8
Autônoma	9	6,7
Estudante	8	6,0
Manicure	3	2,2
Vendedora	3	2,2
Outras	32	23,9
Empregada	26	19,4
Tipo de domicílio		
Próprio	70	52,3
Alugado	35	26,1
Compartilhado	29	21,6
Número de pessoas no domicílio		
< 5	60	44,8
5 a 7	57	42,5
> 7	17	12,7
Renda familiar mensal (em salários mínimos)		
1	77	57,5
2	38	28,4
3	9	6,7
> 3	10	7,5

f_i = frequência absoluta simples.

Tabela 2. Distribuição dos dados em relação ao consumo de bebida, fumo, substâncias psicoativas e gestação de mulheres puérperas numa amostra de uma maternidade pública na cidade de Manaus – AM, 2018.

Variáveis (n = 134)	f_i	%
Bebe / Fuma	8	6,0
Substâncias psicoativas	1	0,8
Tempo pós-parto		
1 --- 3	73	54,5
3 --- 5	33	24,6
5 --- 7	20	14,9
7 -- 10	8	6,0
Q ₁ - Mediana - Q ₃	2 - 2 - 4	
Quantas vezes já engravidou		
1	32	23,9
2	33	24,6
3	30	22,4
> 3	39	29,1
Q ₁ - Mediana - Q ₃	2 - 3 - 4	
Mínimo - Máximo	1 - 8	
Quantos filhos vivos		
1	38	28,4
2	39	29,1
3	24	17,9
> 3	33	24,6
Q ₁ - Mediana - Q ₃	1 - 2 - 3	
Mínimo - Máximo	1 - 8	
Tipo de parto		
Normal com episiotomia	27	20,1
Normal sem episiotomia	43	32,1
Cesárea	64	47,8
Já teve algum abortamento	23	17,2
Está amamentando	122	91,0

f_i = frequência absoluta simples; Q_i = quartil.

A prevalência de sinais de depressão pós-parto foi de 17,2%, a partir de sintomas depressivos identificados por meio da aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

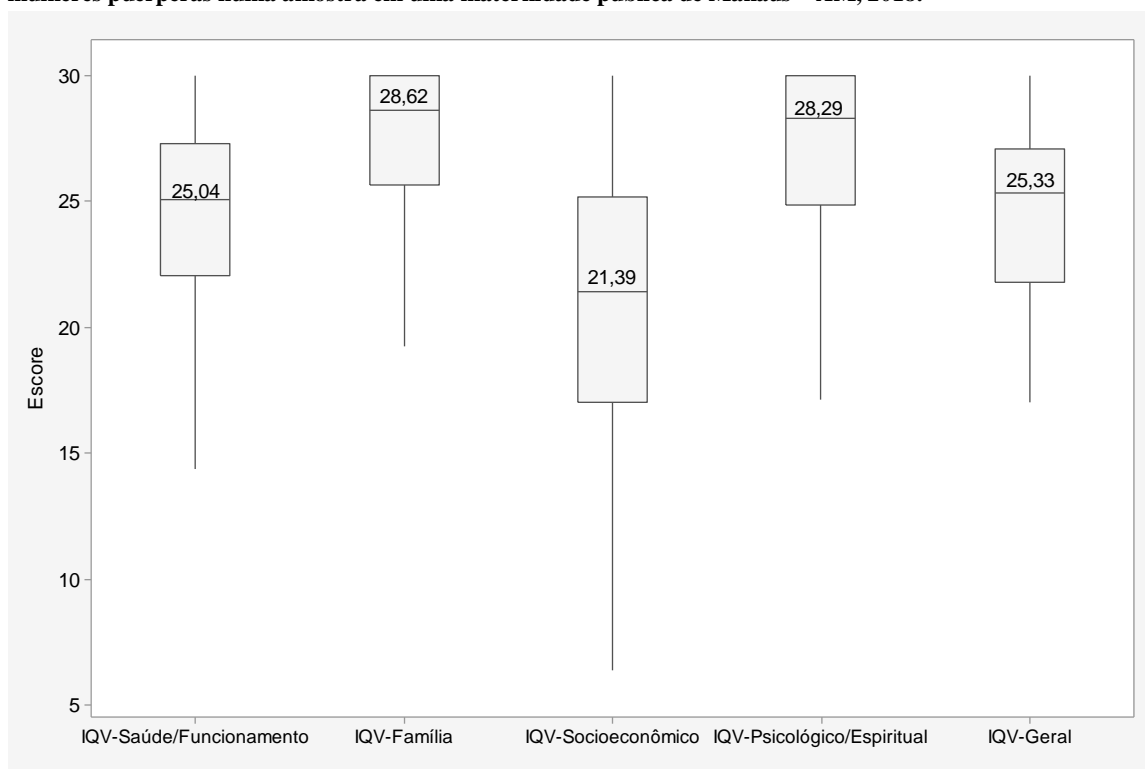
Em relação ao instrumento Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans & Powers – versão puerpério, a estimativa de confiabilidade do questionário aplicado na pesquisa mostrou correlação entre as questões, evidenciando sua consistência interna para aplicação com o estudo sobre qualidade de vida e puérperas (Tabela 3). Há diferentes consensos sobre os valores de alfa para evidenciar a confiabilidade, os quais variam de 0,70 a 0,90. Para esta pesquisa, optou-se por considerar os valores numéricos defendidos por Tavakol, Dennick (2011) tendo o valor de variância de 0,70-0,95 como aceitáveis.

Tabela 3. Resultado do coeficiente alfa de Cronbach do Instrumento de Qualidade de Vida aplicado em mulheres puérperas amostradas em uma maternidade pública da cidade de Manaus – AM, 2018.

Domínios	Número de itens	Alfa de Cronbach
Saúde / Funcionamento	19	0,87
Família	4	0,71
Socioeconômico	9	0,81
Psicológico / Espiritual	7	0,85
Geral	39	0,93

Os escores médios de Qualidade de Vida dos quatro domínios do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers foram de 25,04 para o domínio Saúde/Funcionamento; 28,62 para o domínio Família; 21,39 para o Socioeconômico e 25,33 para o Psicológico/Espiritual. Em relação ao escore global da QV, a mediana foi 25,33 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Mediana dos escores dos domínios do Instrumento de Qualidade de Vida (puerpério) aplicado em mulheres puérperas numa amostra em uma maternidade pública de Manaus – AM, 2018.



Na comparação entre os escores de qualidade de vida com os grupos de puérperas classificadas com ou sem sintomas depressivos, de acordo com a escala EDPE, verificou-se diferença da mediana em todos os domínios do Índice (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação do escore de depressão pós-parto de Edimburgo em relação aos domínios do Instrumento de Qualidade de Vida - puerpério aplicado em puérperas amostradas em uma maternidade pública da cidade de Manaus – AM, 2018.

Domínios	Escore de depressão		p*
	< 12	≥ 12	
	Q ₁ - Med - Q ₃	Q ₁ - Med - Q ₃	
Saúde / Funcionamento	23,3 - 25,6 - 27,5	19,7 - 21,4 - 24,0	< 0,001
Família	26,9 - 30,0 - 30,0	23,1 - 25,6 - 28,5	< 0,001
Socioeconômico	18,7 - 22,4 - 26,1	14,7 - 17,5 - 20,1	< 0,001
Psicológico / Espiritual	25,7 - 28,3 - 30,0	18,9 - 21,9 - 28,3	< 0,001
Geral	23,1 - 25,7 - 27,4	19,2 - 21,6 - 22,8	< 0,001

8. DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram que a idade predominante das puérperas foi de 25,5 anos, a escolaridade prevalente esteve ao nível do ensino médio, mais de 80% delas estavam desempregadas, e 57,5% tinham renda familiar de até 1 salário-mínimo. Tais dados corroboram com alguns estudos que investigaram a influência de variáveis associadas à depressão pós-parto (GOMES et al, 2010, MORAIS et al, 2015).

Em um estudo de Greinert & Milani (2015) a renda familiar é um fator relevante para o desenvolvimento da DPP, sendo considerada uma grande preocupação para as mulheres no puerpério em vista dos gastos advindos com a maternidade, além de muitas vezes apenas um dos cônjuges trabalharem.

A cor/raça mais referida foi a parda, achado que difere do estudo de Faisal-Cury e Menezes (2012), desenvolvido em São Paulo, sobre depressão antenatal e puerperal na atenção básica, que revelou que pouco mais de 50% de sua amostra era de mulheres que se consideravam brancas, ao contrário das registradas neste estudo, o que sugere a diversidade racial no Brasil, e concentração de população branca no sul e sudeste do país.

Em relação ao estado civil, considerando que 43,3% das participantes mantinham uma relação de união estável, 32,1% eram solteiras e 24,6% eram casadas, é, notadamente, perceptível a mudança no modo como as relações amorosas se estabelecem nos dias de hoje, onde vemos a predominância da união estável em decréscimo do casamento, muito comum em anos passados. Entretanto, Mendonça; Bussab; Siqueira (2013), afirmam que há maior probabilidade da depressão puerperal desencadear o conflito conjugal do que o oposto, neste caso uma relação saudável de apoio conjugal aparece como fator protetor no desenvolvimento de estados depressivos no puerpério (Krob et al, 2017).

É frequente estudos (MORAIS et al, 2017) (BRUM, 2017) que avaliam a prevalência da depressão pós-parto, a referência aos parâmetros metodológicos como a população estudada, o método diagnóstico e o tempo pós-parto como fatores que interferem nos valores achados,. Em relação ao tempo de diagnóstico com base no DSM-V o tempo para ocorrência do diagnóstico pode ser a partir da gestação até 4 semanas após o parto, e neste estudo a triagem foi realizada nas primeiras semanas após o parto, compreendendo o período mediato do puerpério, onde 54,5% estavam entre o 1º e o 3º dia pós-parto, 24,6% entre o 3º e 5º dia, e 14,9% entre o 5º e 7º dia. Vale ressaltar a importância no rastreamento precoce de sintomas depressivos no puerpério a fim de

evitar estados mais avançados de depressão pós-parto, e se considerar também a baixa frequência às consultas puerperais (SOUZA et al, 2008).

Quanto ao fator de multiparidade, foi observado entre as participantes do estudo que 24,6% tiveram duas gestações, 22,4% três gestações e 29,1% mais de três gestações, sendo assim consideradas múltiparas. Hartmann; Mendoza-Sassi; Cesar (2017), dizem que a idade e multiparidade são fatores associados à depressão, situação que pode ser justificada pelas demandas de atividades que a maternidade exige, como preparar refeições, cuidar da higiene dos filhos e educação.

De acordo com um estudo de Guedes et al (2012), os quais descrevem fatores associados a ocorrência da DPP, a multiparidade é vista como um fator de proteção, ao contrário do estudo de Fonseca et al (2009) que em seu estudo afirmam uma proporção maior de puérperas múltiparas com indicativo de depressão pós-parto quando comparadas às primíparas.

A prevalência de sintomas depressivos neste estudo foi de 17,2%, uma taxa alta, em comparação aos valores aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde, que ficam entre 10 – 15% (BARRERA; NICHOLS, 2015). Já em relação a um estudo realizado na Tunísia, com 126 mulheres que receberam cuidados durante o trabalho de parto em um hospital, a prevalência de DPP na primeira semana após o parto foi de 14,7% e de 19,8% na sexta semana após o parto (Cherif, 2017). Em outro estudo realizado com mulheres árabes, que utilizaram o mesmo instrumento de rastreamento, e o mesmo ponto de corte ≥ 12 pontos, os resultados apresentaram uma taxa de DPP de 15,1% (ALI et al, 2017).

No Brasil, estudos com mulheres puérperas assistidas em hospital apontam para uma prevalência de 20% com sintomas depressivos (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). Em um estudo com mulheres no período perinatal sendo assistidas pelo sistema público de saúde na cidade de Pelotas, RS, Brasil a prevalência de sintomas depressivos do período puerperal foi de 16,5%, valor este aproximado com o qual foi encontrado nesta pesquisa (SILVA et al, 2012), dados que concordam com revisão integrativa de Galvão et al (2015) que verificaram a prevalência de DPP entre 10 e 20% na maioria dos estudos analisados.

A partir da análise da consistência interna do Índice de Qualidade de Vida por meio do Coeficiente Alfa de Crombach, o instrumento apresentou resultado positivo para o teste, visto que nenhum item apresentou correlação negativa nos domínios estudados, não precisando ser excluídos.

Considerando que quando maior a pontuação, melhor é a qualidade de vida, observou-se que em comparação aos escores apresentados em cada domínio, o domínio Família teve melhor classificação, sugerindo que as participantes apresentaram maior satisfação e/ou deram mais importância ao apoio familiar recebido, contrapondo-se ao domínio Socioeconômico, que mesmo destacando-se os dados de desemprego e baixa renda familiar não foram tão significativos para a qualidade de vida dessas mulheres.

Em estudo de Konradt (2011) acerca do impacto da percepção de baixo suporte social durante a gestação como fator de risco para a depressão pós-parto, identificou-se um risco duas vezes maior naquelas que não se sentiram apoiadas, seja pelo companheiro, familiar ou amigos, dado que revela a grande importância não só do apoio familiar, mas também amparo social.

Avaliando-se a comparação dos escores de qualidade de vida com os grupos de mulheres com e sem sintomas depressivos, classificadas a partir da pontuação na escala EDPE, verificou-se que em todos os domínios houve diferença significativa dos escores, o que demonstra que as puérperas que apresentaram sintomas depressivos tiveram escores mais baixos de qualidade de vida, em relação àquelas que não apresentaram sinais de depressão.

Um estudo realizado na Grécia com mulheres no puerpério mediato, entre 3 e 4 dias, e que responderam ao questionário EDPE e ao *Medical Outcomes Study-Short Form (SF-36)* para avaliação da qualidade de vida mostrou que os sintomas depressivos no pós-parto têm associação com a qualidade de vida e constituem um fator relevante na classificação da QV de puérperas (PAPAMARKOU et al, 2017) .

No Brasil, um estudo com mulheres assistidas em um hospital público que avaliava a associação entre depressão pós-parto e padrões de qualidade de vida, revelou que as baixas condições socioeconômicas e padrões inferiores de QV favorecem a expressão de sintomas depressivos no puerpério (ZUBARAN & FORESTI, 2011).

9. CONCLUSÃO

Confirmam-se as hipóteses levantadas neste estudo, mostrando que os principais achados desta pesquisa envolvem a alta taxa de prevalência de sintomas depressivos que sugerem estado de depressão pós-parto em mulheres no puerpério mediato que foram assistidas numa maternidade do Sistema Único de Saúde na cidade de Manaus e a associação apresentada entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos.

Mediante aos resultados deste estudo, ainda é prevalente e urgente a questão da pouca importância aos aspectos relacionados à Saúde Mental das mulheres no período pré, peri e pós-parto, especialmente, em Manaus.

Os resultados aqui apresentados sugerem o quanto é necessário se falar e buscar alternativas para a melhoria da assistência à saúde mental de mulheres grávidas, puérperas, e famílias, pois não estamos falando apenas de um binômio, mãe-filho, e sim da humanidade. Com isso, pretendemos alcançar um estado com risco mínimo para o aparecimento de depressão pós-parto, psicose, e outros transtornos psiquiátricos comuns na sociedade atual.

O puerpério não se constitui em estado de adoecimento da mulher no seu ciclo de vital, merecendo múltiplos olhares de familiares e de profissionais, tendo em vista às diversas mudanças que surgem na vida da mulher nessa fase de mãe e cuidadora de um novo ser nascido do seu ventre, o que traz à tona a relevância e necessidade de haver apoio familiar, social e profissional, com alerta para a saúde pública nos diferentes níveis de assistência, da atenção primária à saúde ao âmbito hospitalar das maternidades no que concerne a saúde mental de puérperas.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, 8 ago. 2014.
- ALI, Athmar Hussein et al. The Rate and Risk Factors of Postpartum Depression in Sana'a Yemen. **Journal of Gynecology and Obstetrics**. Vol. 5, No. 3, 2017, pp. 37-41. doi: 10.11648/j.jgo.20170503.11
- ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 3, n. 1, 2011.
- ALMEIDA, Naiara Guedes; SANTOS, Luana Rodrigues; GODOI, Raquel Campos Cristina; HAKIM EL, Soraya. Depressão pós-parto (dpp): vulnerabilidade da mulher diante dos fatores de risco. **Convención Internacional de Salud, Cuba Salud**, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, A. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-V®**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, R. D. et al. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 181–186, mar. 2015.
- Athmar Hussein Ali, Amat-Al Karem Ali Hamad Al Huri, Kaima Abdullah Frass, Abdelrahman Hasan Al Harazi. The Rate and Risk Factors of Postpartum Depression in Sana'a Yemen. **Journal of Gynecology and Obstetrics**. Vol. 5, No. 3, 2017, pp. 37-41. doi: 10.11648/j.jgo.20170503.11
- AZALE, T.; FEKADU, A.; HANLON, C. Treatment gap and help-seeking for postpartum depression in a rural African setting. **BMC Psychiatry**, v. 16, n. 1, dez. 2016.
- BARRERA, A. Z.; NICHOLS, A. D. Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. **Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health**, v. 37, n. 3, p. 148–153, mar. 2015.
- BENER, A. et al. A Study of Postpartum Depression in a Fast Developing Country: Prevalence and Related Factors. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 43, n. 4, p. 325–337, 1 jan. 2012.
- BERQUÓ, Elza Salvatori; SOUZA, José Maria Pacheco de; GOTLIEB, Sabina Léa Davison. **Bioestatística** - São Paulo: EPU, 1980.

- BRENTANI, A.; FINK, G. Maternal depression and child development: Evidence from São Paulo's Western Region Cohort Study. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 6, p. 524–529, set. 2016.
- BRUM, Evanisa Helena Maio de. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.17, n.2, p. 92-100, 2017
- CHERIF, R. et al. Prevalence and risk factors of postpartum depression. **European Psychiatry**, v.41, p.362-362, 2017.
- CORRÊA, H. et al. Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. **Journal of Affective Disorders**, v. 204, p. 214–218, nov. 2016.
- COSTA, T. B. DA et al. Nurse's role in the context of childhood depression in CAPSi: Diagnostic approach of nursing. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 5, p. 45–51, 10 nov. 2013.
- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 150, p. 782–786, jun. 1987.
- DAVIES, B. R.; HOWELLS, S.; JENKINS, M. Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 44, n. 3, p. 248–255, 1 nov. 2003. =S151636872015000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jul. 2018.
- EMMANUEL, E. N.; SUN, J. Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 11–12, p. 1611–1619, jun. 2014
- ESTANISLAU, G.; BRESSAN, R. A. **Saúde mental na escola: O que os educadores devem saber [recurso eletrônico]**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. Depressão antenatal prediz fortemente depressão pós-parto na atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 34, n. 4, p. 446-450, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.01.003>.
- FERNANDES, RAQ; NARCHI, NZ. Qualidade de vida da mulher no período puerperal: adaptação de um instrumento. **In: I Congresso Brasileiro de Qualidade de Vida da Área da Saúde**. Universidade Federal de São Paulo; 2007

- FIGUEIRA, P. et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 79–84, ago. 2009.
- FILHA, M. M. T. et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159–167, 1 abr. 2016.
- FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139–149H, 1 fev. 2012.
- FITELSON, E. et al. Treatment of post-partum depression: a review of clinical, psychological and pharmacological options. **International Journal of Women's Health**, p. 1, 30 dez. 2010.
- FONSECA, Mariana de Oliveira; TAVARES, Darlene Mara dos Santos e RODRIGUES, Leiner Resende. Investigação dos fatores indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. **Ciênc. cuid. saúde [online]**. 2009, vol.8, n.3 pp. 321-328 . Disponível em: . ISSN 1677-3861.
- FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A. DA; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 738–746, abr. 2010.
- FREITAS, D. et al. Accommodation set in a university hospital: postpartum depression in nurses' perspective. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 3, p. 1202–1211, 1 jul. 2014.
- GALVÃO, Anna Carolinne Castro et al. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão integrativa. **ReOnFacema**. 2015 Ago-Out; 1(1):54-58.
- GOMES, L. A. et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. RENE**, v. 11, n. Número especial, p. 117–123, 2010.
- GOMES, Lorena Andrade; TORQUATO, Valéria da Silva; FEITOZA, Aline Rodrigues; SOUZA, Adriano Rodrigues de; SILVA, Maria Adelane Monteiro da; PONTES, Ricardo José Soares. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 11, 2012, pp. 117-123 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027973013>
- GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 17, n.

1, p. 26-36, abr. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid

- GUERRA, M. J. et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. 2014.
- IRANPOUR, S. et al. Association between sleep quality and postpartum depression. **Journal of Research in Medical Sciences**, v. 21, n. 1, p. 110, 2016.
- KATHREE, T. et al. Perceptions of postnatal depression and health care needs in a South African sample: the mental in maternal health care. **BMC Women's Health**, v. 14, n. 1, dez. 2014.
- KIMURA, M. Tradução para o português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers. [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico; 1999.
- KONRADT, Caroline Elizabeth et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. 2011;33(2): 76-79. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200003&lng=en&nrm=iso acesso em 22 Jul 2018.
- LARA, A.C.L. **Qualidade de vida no puerpério mediato**. Guarulhos, 2008.
- LIMA-LARA, A. C.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 17 jun. 2010
- LOBATO, G; MORAES, CL; REICHENHEIM, ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev Bras Saúde Matern Infant** 2011; 11:369-79
- MARKHUS, M. W. et al. Low Omega-3 Index in Pregnancy Is a Possible Biological Risk Factor for Postpartum Depression. **PLoS ONE**, v. 8, n. 7, p. e67617, 3 jul. 2013.
- MASTELLINI, H. F. Z.; SILVA, K. R. DA. **Depressão pós-parto: uma questão de Saúde Pública**. Londrina/SC, 2012.
- MATÃO MEL, MIRANDA DB, CAMPOS PHF, OLIVEIRA LN, MARTINS VR. **Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto**. RECOM. 2011 jul/set;1(3):283-93
- MEIRA, B. DE M. et al. Challenges For Primary Healthcare Professionals In Caring For Women With Postpartum Depression. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 706–712, set. 2015.
- MENDONÇA, J. S. DE; BUSSAB, V. S. R.; SIQUEIRA, J. DE O. Depressão Pós-Parto e Conflito Conjugal: Estudo Longitudinal das Associações

Bidirecionais em Famílias de Baixa Renda. **Psico**, v. 44, n. 4, p. 581–589, 11 fev. 2014.

- MOORE, D.; AYERS, S.; DREY, N. A Thematic Analysis of Stigma and Disclosure for Perinatal Depression on an Online Forum. **JMIR Mental Health**, v. 3, n. 2, p. e18, 19 maio 2016.
- MORAES, Gustavo Paranhos de Albuquerque; LORENZO, Laura; PONTES, Gabriela Arruda Reinaux; MONTENEGRO, Maria Cristina; CANTILINO, Amaury. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? **Trends Psychiatry Psychother.** 2017; 39(1) – 54-61
- MORAIS M. et al. **Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil.** Estudos de Psicologia, v.20, n.1, p. 40-49, 2015
- MOURA, E. C. C.; FERNANDES, M. A.; APOLINÁRIO, F. I. R. Maternal perception about postpartum psychiatric disorders: implications in mother-child relationship. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 445–450, jun. 2011.
- MURRAY, L. et al. Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, p. 234, 30 set. 2015.
- NGAI, F.-W.; NGU, S.-F. Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v. 34, n. 4, p. 157–162, dez. 2013
- PAPAMARKOU, Maria et al. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. **BMC Women's Health** (2017) 17: 115. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0473-0> Acesso em 28 Jul 2018
- POPE, C. J.; MAZMANIAN, D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. **Depression Research and Treatment**, v. 2016, p. 1–9, 2016.
- RAI, S.; PATHAK, A.; SHARMA, I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 6, p. 216–221, 1 jul. 2015.
- RIBAS, S. A. et al. Sensibilidade e especificidade dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n. 5, p. 406–413, 1 set. 2016.

- RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 29, n. 3, p. 274–80, 2007.
- SANTOS, I. S. 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**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, nov. 2007.
- SANTOS, L. P.; SERRALHA, C. A. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, n. 43, p. 5–26, jun. 2015.
- SILVA, Ricardo et al . Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 34, n. 2, p. 143-148, June 2012 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000200005>> acesso em 22 July 2018.
- SILQUEIRA SMF. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado à saúde de pacientes hipertensos [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005. 112 p
- SIT, D.; ROTHSCHILD, A. J.; WISNER, K. L. A review of postpartum psychosis. **Journal of Women’s Health (2002)**, v. 15, n. 4, p. 352–368, maio 2006.
- SOBREIRA, N.A.S; PESSÔA, C.G.O. Assistência de Enfermagem na detecção da Depressão Pós-Parto. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.5 - N.1 - Jul./Ago. 2012.**
- SOUZA KV, CUBAS MR, ARRUDA DF, CARVALHO PRQ, CARVALHO CMG. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):175-81
- STONE, S. L. et al. Stressful Events During Pregnancy and Postpartum Depressive Symptoms. **Journal of Women’s Health**, v. 24, n. 5, p. 384–393, 9 mar. 2015.
- TAVAKOL, M e DENNICK, R. Making sense of Cronbach’s alpha. **International Journal of Medical Education**. 2011; 2:53-55 Editorial. Disponível em: <http://www.ijme.net/archive/2/cronbachs-alpha.pdf> . Acesso em: 21.07.2018.
- TAVARES, L. A. T. **A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo.** [s.l.] Editora UNESP, 2012.

- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine** (1982), v. 41, n. 10, p. 1403–1409, nov. 1995.
- VIEIRA, Sonia – *Bioestatística, Tópicos Avançados* – Rio de Janeiro. 2.ed. – RJ: Elsevier, 2004.
- ZANOTTI, D. V. et al. Identificação e intervenção nos transtornos psiquiátricos associados ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing**, v. 61, n. 6, p. 36–42, jun. 2003.

APÊNDICE A - Formulário socioeconômico, demográfico e obstétrico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Este é um formulário para identificação do perfil sociodemográfico e obstétrico da participante, composto por 18 questões. Como preencher: Para as questões com alternativas, circule a alternativa que corresponde a sua resposta.

Identificação

Data da entrevista: ___/___/___

1 Nome: _____ Apellido: _____

Data de nascimento: ___/___/___

2. Idade: _____ Telefone pessoal: _____ Telefone para recado:

3. Endereço no período pós-parto:

Complemento/Ponto de referência:

4. Cor/Raça: (1) parda (2) branca (3) amarela (4) preta (5) indígena

5. Estado (1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada (4) Viúva (5) União estável civil:

6. Escolaridade:

(1) Sem instrução

	Completo	Incompleto
Ensino fundamental	(2)	(3)
Ensino médio	(4)	(5)
Ensino superior	(6)	(7)

7. Profissão/Ocupação: _____

8. Empregada: (1) Sim (2) Não

9. Tipo de domicílio onde você reside: (1) próprio (2) alugado (3) compartilhado

10. Qual número de pessoas que moram no seu domicílio, incluindo você? _____

11. Qual a renda mensal das pessoas que moram no seu domicílio, incluindo você?

(1) um salário mínimo

(2) dois salários mínimos

(3) três salários mínimos

(4) mais de três salários mínimos

12. *Você fuma e/ou faz ingestão de bebida alcóolica com frequência?:* (1) Sim (2) Não

13. *Você faz uso de substâncias psicoativas?* (1)Sim (2)Não

Questionário obstétrico

1. *Quantas vezes você engravidou?* _____

2. *Você tem quantos filhos vivos?* _____

3. *Tipo de parto da última gestação:*

(1) Parto normal COM episiotomia*

(2) Parto normal SEM episiotomia

(3) Parto cesárea

4. *Já teve algum abortamento?* (1) Sim (2) Não

5. *Atualmente, você está amamentando?* (1) Sim (2) Não

*Episiotomia é um procedimento técnico realizado por profissional que assiste o parto, que consiste na secção (corte) na região do períneo.



APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1ª Via

Ao cumprimentá-la, apresentamos a pesquisa **“SINTOMAS DEPRESSIVOS NO PUERPÉRIO E ASSOCIAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE PUÉRPERAS ASSISTIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE MANAUS”** da mestrandia Marcia Farias de Amorim, fone: (92) 3305-1181/Ramal 2004, e-mail: mahluz@icloud.com, e de seu orientador David Lopes Neto, fone: (92) 3305-1181/Ramal 2004, e-mail: davidnetto@uol.com.br, endereço: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus/AM, desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem em ampla associação com Universidade Estadual do Pará, no curso de mestrado acadêmico em Enfermagem. Como **objetivo geral** propomos: identificar a sintomatologia depressiva e a associação com qualidade de vida em mulheres no puerpério mediato. E como **objetivos específicos**: • Caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas e a presença ou ausência de sintomatologia depressiva; • Estimar a prevalência de sintomas depressivos no pós-parto mediato; • Avaliar a qualidade de vida de mulheres com e sem sintomas, que indiquem a probabilidade de depressão pós-parto, a partir dos domínios do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers; e • Verificar se há associação entre sintomas depressivos que indiquem possível estado de depressão pós-parto e qualidade de vida. **Dos riscos**: Considerando que toda pesquisa envolve riscos, trata-se de uma pesquisa que envolve risco do tipo psicológico emocional, podendo as participantes apresentar constrangimento por trazer à memória alguma situação desagradável no processo da gestação e pós-parto. Em caso de alguma situação em que ela se sinta constrangida, ou fragilizada devido a lembranças desagradáveis, a participante contará com a escuta ativa da pesquisadora/colaborador a fim de que possam minimizar o desconforto, e será imediatamente encaminhada para atendimento especializado com profissionais da própria unidade, sem acarretar nenhuma despesa. O risco poderá ser minimizado com a atenção qualificada da pesquisadora/colaborador à puérpera no momento da coleta. A participante terá seu sigilo mantido e permanecerá com sua participação garantida na pesquisa, após se sentir melhor, mas em todo caso, se preferir, terá autonomia para desistir de seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem acarretar prejuízos morais ou

financeiros. **Dos benefícios:** Os benefícios que envolvem o desenvolvimento desta pesquisa estão em torno de uma nova atribuição de valor e significado ao processo de assistência à saúde/de cuidar, que com base em evidências científicas, busca favorecer uma melhor qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e sua família. Além de também contribuir para o conhecimento da participante e seus familiares. Assim, os resultados do estudo servirão de base para o desenvolvimento e/ou fortalecimento de novas pesquisas e políticas públicas e sociais que valorizem a Saúde Mental na Rede de Atenção à Saúde pública e privada, e a capacitação de profissionais para atuarem nesse processo.

Para qualquer outra informação você pode entrar em contato com a pesquisadora Marcia Farias de Amorim, com o orientador Dr. David Lopes Neto, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, Fone: (92) 3305-1181/Ramal 2004. E-mail: cep.ufam@gmail.com.

DECLARAÇÃO

Assim sendo, eu _____, RG _____ por estar esclarecida sobre a pesquisa **“Sintomas depressivos e associação com a qualidade de vida de puérperas assistidas em uma maternidade pública de Manaus”**, o que os pesquisadores querem fazer, e porque precisam da minha colaboração, declaro que entendi a explicação e concordo em participar da pesquisa. Declaro ainda que estou recebendo uma cópia deste documento assinada pelos pesquisadores.

Participante

Pesquisador

_____/_____/_____
Data

ANEXO A - *Edinburgh Postnatal Depression Scale*² (EPDS)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EDPE (versão Português-Brasil)

Nome da puérpera: _____

Idade: _____

Telefone para contato: _____

Data e hora de nascimento do bebê: _____

Por favor, indique apenas **UMA** resposta para cada questão. **CIRCULE** o número que corresponde à **RESPOSTA** que mais se aproxima de como você tem se sentido nos últimos sete dias, não apenas como você se sente hoje.

<i>Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.</i>	
<p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:</p> <p>(1) Como eu sempre fiz (2) Não tanto quanto antes (3) Sem dúvida, menos que antes (4) De jeito nenhum</p>	<p>6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:</p> <p>(1) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles (2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes (3) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (4) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>
<p>2. Eu tenho pensado no futuro com alegria:</p> <p>(1) Sim, como de costume (2) Um pouco menos que de costume (3) Muito menos que de costume (4) Praticamente não</p>	<p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:</p> <p>(1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes (3) Raramente (4) Não, nenhuma vez</p>
<p>3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado:</p> <p>(1) Não, de jeito nenhum (2) Raramente (3) Sim, às vezes (4) Sim, muito frequentemente</p>	<p>8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal:</p> <p>(1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, muitas vezes (3) Raramente (4) Não, de jeito nenhum</p>
<p>4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:</p> <p>(1) Sim, muito seguido (2) Sim, às vezes (3) De vez em quando (4) Não, de jeito nenhum</p>	<p>9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado:</p> <p>(1) Sim, a maior parte do tempo (2) Sim, muitas vezes (3) Só de vez em quando (4) Não, nunca</p>
<p>5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:</p> <p>(1) Sim, muito seguido</p>	<p>10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma:</p> <p>(1) Sim, muitas vezes</p>

² Fonte: COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, v. 150, p. 782–786, jun. 1987.

(2) Sim, às vezes (3) Raramente (4) Não, de jeito nenhum	(2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

Código do instrumento para o pesquisador:



ANEXO B - Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers (Puerpério)³



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Parte I. Para cada uma das perguntas a seguir, escolha apenas uma resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1- Sua saúde	1	2	3	4	5	6
2- A saúde do seu bebê?	1	2	3	4	5	6
3- A assistência à saúde que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
4- A assistência à saúde que o seu bebê está recebendo?	1	2	3	4	5	6
5- Amamentar seu filho?	1	2	3	4	5	6
6- A intensidade da dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
7- As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)?	1	2	3	4	5	6
8- A energia que tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
9- Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
10- Sua capacidade para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
11- A possibilidade de viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
12- A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
13- Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
14- A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
15- Seu relacionamento com o esposo/companheiro?	1	2	3	4	5	6
16- Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
17- Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
18- O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
19- Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
20- Capacidade para ser útil as outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
21- Nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6

³ Fonte: LARA, A.C.L. **Qualidade de vida no puerpério mediato**. Guarulhos, 2008. Instrumento adaptado por Fernandes & Narchi (2007).

22- Seu lar?	1	2	3	4	5	6
23- Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
24- Suas condições socioeconômicas?	1	2	3	4	5	6
25- Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
26- O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
27- Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
28- Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
29- Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
30- Sua disposição para passear?	1	2	3	4	5	6
31- Ter tido esta criança?	1	2	3	4	5	6
32- Ter uma velhice feliz?	1	2	3	4	5	6
33- Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
34- Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
35- A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
36- Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
37- Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
38- Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
39- Com você mesmo, de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Código do instrumento para o pesquisador:

Parte II. Para cada uma das perguntas a seguir, escolha apenas uma resposta que melhor descreve o **quanto importante** é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1- Sua saúde	1	2	3	4	5	6
2- A saúde do seu bebê?	1	2	3	4	5	6
3- A assistência à saúde que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
4- A assistência à saúde que o seu bebê está recebendo?	1	2	3	4	5	6
5- Amamentar seu filho?	1	2	3	4	5	6
6- A intensidade da dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
7- As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)?	1	2	3	4	5	6
8- A energia que tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
9- Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
10- Sua capacidade para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
11- A possibilidade de viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
12- A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
13- Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
14- A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
15- Seu relacionamento com o esposo/companheiro?	1	2	3	4	5	6
16- Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
17- Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
18- O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
19- Sua capacidade para cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
20- Capacidade para ser útil as outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
21- Nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
22- Seu lar?	1	2	3	4	5	6
23- Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
24- Suas condições socioeconômicas?	1	2	3	4	5	6
25- Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
26- O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
27- Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
28- Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
29- Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6

30- Sua disposição para passear?	1	2	3	4	5	6
31- Ter tido esta criança?	1	2	3	4	5	6
32- Ter uma velhice feliz?	1	2	3	4	5	6
33- Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
34- Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
35- A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
36- Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
37- Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
38- Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
39- Com você mesmo, de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Código do instrumento para o pesquisador:

