

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA

ISABELA CAROLINE GONÇALVES SIMÕES

**INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS E
RELIGIOSIDADE NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Uberlândia

2023

ISABELA CAROLINE GONÇALVES SIMÕES

**INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS E
RELIGIOSIDADE NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Luana Araújo Macedo Scalia

Uberlândia

2023

ISABELA CAROLINE GONÇALVES SIMÕES

**INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS E
RELIGIOSIDADE NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de
Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Enfermagem.

Uberlândia, 20 de junho de 2023

Banca examinadora:

Prof.a Dra. Luana Macedo Araújo Scalia – Orientadora
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Prof.a Dra. Déborah Raquel Carvalho de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Prof.a Dra. Lívia Ferreira de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

RESUMO

A depressão pós-parto se caracteriza por sentimento de tristeza profunda, desesperança, irritabilidade, sentimento de desamparo e incapacidade, ansiedade, choro frequente, transtornos alimentares e de sono e queixas psicossomáticas, que são fatores que interferem diretamente sua vida, assim como de seus familiares e no desenvolvimento do recém-nascido. Por isso foi visto a importância do uso de diferentes mecanismos para auxílio no processo de enfrentamento do quadro depressivo, dentre eles o *coping* religioso espiritual e sua utilização no processo de enfrentamento e prevenção da depressão pós-parto. O presente estudo visou avaliar a influência de variáveis clínico-obstétricas, *coping* religioso espiritual negativo e depressão pós-parto de mulheres que tinham bebês entre 30 a 180 dias. Estudo do tipo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, com mães no pós-parto. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Social Geral e História gestacional, P-DUREL, Escala de Coping Religioso Espiritual - ESCALA CER-BREVE – 14 e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. Participaram 46 mães, sendo a maioria solteira ou separada, possuíam gestações anteriores, tiveram parto cesárea e com religião, com prevalência de 43,5% de depressão pós-parto. Além disso, o *coping* religioso impactou na prevalência de depressão pós-parto. Dessa forma, destaca-se a importância do papel da religiosidade e espiritualidade como uma forma de buscar o controle psicológico e emocional para lidar com as crises e para enfrentamento das adversidades durante o período pós-parto.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Puerpério. Religião. Espiritualidade.

ABSTRACT

Postpartum depression is characterized by feelings of deep sadness, hopelessness, irritability, feelings of helplessness and inability, anxiety, frequent crying, eating and sleep disorders and psychosomatic complaints, which are factors that directly interfere with her life, as well as her family and the development of the newborn. Therefore, it was seen the importance of using different mechanisms to help in the process of coping with depression, among them the spiritual religious coping and its use in the process of coping and postpartum depression. The present study aimed to evaluate the influence of clinical-obstetric variables and negative spiritual religious coping and postpartum depression in women who had babies between 30 and 180 days. This is an observational, cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out at the Hospital de Clinics of the Federal University of Uberlândia, with mothers in the postpartum period. The following instruments were used: General Social Questionnaire and Gestational History, P-DUREL, Spiritual Religious Coping Scale - CER-BREVE SCALE - 14 and Edinburgh Postpartum Depression Scale. Forty-six mothers participated, most of whom were single or separated, had previous pregnancies, had cesarean deliveries, and had religion, with a 43.5% prevalence of postpartum depression. Moreover, religious coping had an impact on the prevalence of postpartum depression. Thus, the importance of the role of religiosity and spirituality as a way to seek psychological and emotional control to deal with the crises and to face adversity during the postpartum period stands out.

Keywords: Depression. Puerperium. Religious. Spirituality.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA.....	9
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO	14
5. CONCLUSÃO.....	19
REFERENCIAS.....	20
APENDICE A.....	23
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	23
APENDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	25
ANEXOS.....	27
ANEXO A - P-DUREL – Índice de Religiosidade da Universidade Duke.....	27
ANEXO B – ESCALA CER-Breve – 14 – (Escala de Coping Espiritual- Religioso – 14 itens)	29
ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO.....	31

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental está intrinsecamente relacionada ao estado emocional, psicológico e bem-estar geral de um indivíduo, tornando-se um tópico de extrema importância no acompanhamento de gestantes e puérperas. Nesse período específico da vida da mulher, ocorre um aumento na produção hormônios, como o estrogênio e a progesterona que, após o parto, sofrem uma queda acentuada, podendo ocasionar disfunções emocionais naturais. Portanto, é fundamental realizar um pré-natal adequado, proporcionando oportunidades para identificar situações de ansiedade, estresse e dificuldades de enfrentamento, com o intuito de prevenir a ocorrência da depressão pós-parto (DPP) e até mesmo identificar possíveis casos de depressão gestacional (O'CONNOR *et al.*, 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (2020), a depressão é caracterizada por sintomas como tristeza profunda, isolamento, desesperança, perda de interesse ou prazer em atividades diárias ou com pessoas que antes gostava, pensamentos de morte ou suicídio, inquietação, insônia ou hipersonia, alterações na alimentação e peso, falta de energia, ansiedade, estresse e excesso de preocupação. Além das mudanças vivenciadas após o parto, existem fatores que aumentam o risco de desenvolvimento da DPP, tais como falta de apoio social, problemas financeiros, abuso de substâncias, gravidez não planejada, histórico familiar ou pessoal de transtornos mentais e experiência de violência doméstica (BRASIL, 2020).

A DPP possui uma ampla repercussão global, afetando aproximadamente 20% das mulheres durante o período periparto, que engloba tanto a gravidez quanto o pós-parto (HAHN-HOLBROOK, CORNWELL-HINRICHS, ANAYA; 2017). No Brasil, uma em cada quatro mulheres apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses pós-parto (THEME-FILHA *et al.*; 2016). Além disso, de acordo com um estudo da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2020), mulheres que têm histórico de depressão pós-parto apresentam um risco de recorrência de 25% em gestações subsequentes.

Uma DPP não diagnosticada e, conseqüentemente, não tratada pode ter impactos significativos no desenvolvimento da criança, o que pode resultar em problemas no desempenho cognitivo, função executiva, inteligência e desenvolvimento da linguagem (BAIRD, HARRIS, SANTOS; 2023). Assim como na falta de vínculo afetivo saudável entre a mãe e o bebê, atrasos no desenvolvimento, negligência infantil, e até mesmo tendências suicidas (GOODMAN *et al.*, 2011).

Existem diferentes abordagens que podem contribuir para o enfrentamento a depressão, e a religiosidade e espiritualidade têm sido identificadas como aspectos que podem acelerar a remissão dos sintomas e prevenir recaídas (SANTOS, 2012). Estudos demonstram que a integração da religiosidade e espiritualidade na psicoterapia e prática clínica pode ser benéfica no tratamento da depressão. A participação em encontros religiosos pode levar o indivíduo a questionar pensamentos disfuncionais, enquanto a espiritualidade é vista como uma parte essencial do eu, auxiliando no desenvolvimento pessoal e na melhora dos casos (MOSQUEIRO, 2020).

Desta forma a religiosidade e a espiritualidade têm sido associadas a índices menores de depressão, uma melhor recuperação dos casos, redução nas taxas de suicídio e abuso de substâncias, bem como à promoção da estabilidade familiar e conjugal (CHEQUINI, 2020).

Diante do exposto, explorar religiosidade/espiritualidade pode auxiliar na compreensão mais abrangente dos fatores que podem estar associados ao desenvolvimento e à intensidade da depressão pós-parto, fornecendo subsídios para intervenções mais eficazes e direcionadas a essa população específica.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar a influência de variáveis clínico-obstétricas e religiosidade na depressão pós-parto de mulheres que tinham bebês entre 30 a 180 dias.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo observacional, transversal, com abordagem quantitativa. Ele faz parte de um estudo mais amplo intitulado "Efeito da Espiritualidade/Religiosidade no Desenvolvimento da Depressão Pós-Parto". Inicialmente, a coleta de dados foi realizada na Enfermaria Obstétrica de um hospital universitário, com puérperas maiores de idade que tiveram filhos nascidos vivos. Mulheres que apresentaram perda gestacional ou neonatal, complicações pós-parto ou problemas de saúde foram excluídas do estudo. A primeira coleta de dados ocorreu em novembro de 2021 a março de 2022, e os resultados estão disponíveis em outra publicação intitulada como "fatores associados à depressão periparto em mulheres no puerpério imediato", de Fernandes (2023). Nesta etapa, as mulheres foram abordadas na enfermaria e receberam uma explicação detalhada sobre o objetivo do trabalho e todas as etapas que estariam envolvidas na pesquisa. Foi solicitado o consentimento das puérperas para participar do estudo e, caso concordassem, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizado para garantir a participação voluntária e informada das participantes, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa.

Em um segundo momento, entre 30 a 180 dias após o parto, as mesmas mulheres foram contatadas por telefone e convidadas a responder a novos questionários, onde 46 delas participaram. Essa segunda coleta de dados será apresentada neste estudo, foi realizada no período de dezembro de 2021 a maio de 2022.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para avaliar a influência de variáveis clínico-obstétricas e religiosidade na DPP: o Questionário Social Geral e História Gestacional, o Inventário de Religiosidade de Duke (P-DUREL), a Escala de Coping Religioso Espiritual (ESCALA CER-BREVE-14) e a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo.

O Questionário Social Geral e História Gestacional permite a análise de dados sobre idade, auto declaração racial, ocupação, escolaridade, estado civil, renda, afiliação religiosa, história gestacional, história de parto e história do lactente, e foi desenvolvido pelos autores.

O P-DUREL é instrumento autoaplicável composto por cinco itens que avaliam três dimensões do envolvimento religioso em relação a desfechos de saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). A religiosidade organizacional está relacionada à participação em grupos religiosos como cultos, missas, cerimônias, etc. (score de 1 a 6, sendo 1 baixo e 6 alto); O RNO mede a frequência de atividades religiosos privadas, como rezar, meditar, ler textos religiosos, ouvir ou

assistir programas religiosos na televisão ou rádio, etc. (escore 1-6, 1 RNO baixo e 6 RNO alto); e RI, que se refere à busca pela interiorização e vivência da religiosidade como objetivo principal do indivíduo (escore de 3 a 15) (LUCCHETTI *et al.*, 2012). Foi criada por Koenig e colaboradores em 1997, sendo traduzida para português por Moreira-Almeida *et al.* (2008) e validada em alguns estudos, demonstrando elevada consistência interna (LUCCHETTI *et al.*, 2012).

A ESCALA CER-BREVE apresenta o modo individual de utilização da fé para lidar com o estresse se associando com a qualidade de vida. Sua escala é dividida em 14 itens tendo as respostas avaliadas com a escala de cinco pontos (1- nem um pouco/não se aplica a 5- muitíssimo) (ESPERANDIO, 2018). A partir das análises fatoriais, foram criados índices para avaliar o participante através da Escala CRE: (1) CRE Positivo: indica o nível de CRE positivo praticado pelo avaliado através da média das questões da Dimensão CREP; (2) CRE Negativo: indica o nível de CRE negativo praticado, através da média das questões da Dimensão CREN.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é um questionário de autoavaliação para a pesquisa de depressão pós-parto, foi traduzido e validado em diversos países, incluindo o Brasil (SANTOS, *et al.* 2007), de uso rápido e simples, possui 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3), de acordo com a existência ou gravidade dos sintomas no últimos 7 dias: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio. Nos casos em que a pontuação alcançada na EPDS for igual ou maior que 10 é indicativo de maior risco de desenvolvimento de depressão (EDIMBURGO, 1987).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) e aprovado com o número CAAE: 52500721.6.0000.5152.

Após a coleta os dados foram passados para uma planilha do Microsoft EXCEL®. Em seguida os dados foram armazenados no programa IBM SPSS®, versão 23.0. Utilizou-se as análises descritivas para apresentação das variáveis de interesse, utilizando frequência, porcentagem, mínimo, máximo, média e desvio padrão para dados sociodemográficos e dados quantitativos. Os dados sociodemográficos foram dicotomizados para melhor análise. Para análise bivariada, as comparações de variáveis dicotômicas foram realizadas pelo teste Qui-quadrado.

A influência simultânea de variáveis foi analisada por meio de regressão logística. Ressalta-se que o critério de inclusão de variáveis preditoras considerou a relevância conceitual e o número pequeno da amostra. Nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) foi adotado para análises inferenciais.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 46 mulheres após o parto. Na tabela 1 está demonstrado as variáveis sociodemográficas, história gestacional e DPP. Os resultados revelaram que a maioria das participantes era de cor preta/parda (n=32, 72,7%), não possuía renda (n=24, 55,8%), tinha escolaridade acima de 12 anos (n=28, 71,8%), era solteira ou separada (n=27, 61,4%).

Quanto à renda, a maioria tinha uma renda inferior a R\$2.000,00 (n=18, 58,1%) e relatou ter uma religião (n=37, 86%). No que diz respeito à história gestacional, a maioria das participantes teve um parto cesárea (n=23, 62,2%), experiências anteriores de gestação (n=26, 60,5%). Quanto ao tempo de vida do bebê, a maioria estava na faixa de 30 a 60 dias (n=30, 65,2%), estava de licença maternidade (n=24, 52,2%) e tinha uma rede de apoio (n=27, 58,7%).

A maioria das participantes morava com três pessoas ou mais (n=31, 67,4%), tinha momentos de descanso (n=31, 67,4%) e dormia cinco horas ou mais (n=28, 60,8%). Quanto à amamentação, a maior parte das voluntárias relataram amamentação exclusiva (n=25, 54,3%). De acordo com os resultados da escala de Edimburgo, 20 mulheres (43,5%) apresentavam depressão pós-parto.

A idade média das mães entrevistadas foi 27,02 anos (DP: 5,73), e tempo de vida do bebê 70,24 dias (DP: 37,43). A religiosidade organizacional obteve uma média de 3,27 (DP: 1,49), enquanto a religiosidade não organizacional teve 3,53 em média (DP: 1,92). Outras medidas de centralidade e dispersão dos escores das escalas utilizadas no estudo estão descritas na tabela 2.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas, história gestacional e depressão pós-parto de 46 mães com bebês entre 1 a 6 meses de vida. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022.

Variáveis	N	%
Cor autodeclarada*		
Preta/Parda	32	72,7
Branca	12	27,3
Ocupação*		
Com renda	19	44,2
Sem renda	24	55,8
Escolaridade*		
< 11 anos de estudo	11	28,2
> 12 anos de estudo	28	71,8
Estado Civil*		
Solteira/Separada	27	61,4
Casada/Amaziada	17	38,6
Renda*		

< R\$2000,00	18	58,1
> R\$2000,00	13	28,1
Possui religião*		
Sim	37	86,0
Não	6	14,0
Tipo de Parto*		
Parto Cesárea	23	62,2
Parto Normal	14	37,8
Gestação Planejada*		
Sim	22	50,0
Não	22	50,0
Primípara*		
Sim	17	39,5
Não	26	60,5
Gestação de Gêmeos		
Sim	2	4,3
Não	44	95,7
Tempo de Vida do bebê		
De 30 a 60 dias	30	65,2
> 60 dias	16	34,8
Está de licença maternidade		
Sim	24	52,2
Não	22	47,8
Rede de apoio		
Sim	27	58,7
Não	19	41,3
Quantas pessoas moram com você?		
1 ou 2	15	32,6
3 ou mais	31	67,4
Você tem momentos de descanso?		
Sim	31	67,4
Não	15	32,6
Quantas horas por dia tem dormido?		
4 horas ou menos	18	39,1
5 horas ou mais	28	60,8
Como está a alimentação do bebê?		
Amamentação exclusiva	25	54,3
Fórmula	4	8,7
Amamentação mista	16	34,8
Outro	1	2,2
Escala de DPP de Edimburgo		
DPP	20	43,5
Não	25	56,5

DPP= Depressão pós-parto

*Algumas perguntas não foram respondidas por todas as participantes.

Fonte: Autoral

Tabela 2. Medidas de centralidade e dispersão dos escores do Índice de religiosidade da Universidade Duke e das escalas de Coping Espiritual- Religioso e de depressão pós-parto. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021. (n=46)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade da mãe	18	43	27,02	5,73
Tempo de vida do bebê	30	163	70,24	37,43
RO	1,0	6,0	3,27	1,49
RNO	1,0	6,0	3,53	1,92
CRE Positivo	2,14	5,00	4,11	0,68
CRE Negativo	1,00	4,71	1,97	1,04
DPP Edimburgo	0,00	30,00	10,32	8,16

Fonte: Autoral

A regressão logística mostrou que a variável “Primípara” impactou significativamente na prevalência de DPP (RCP= 6,84; IC=0,32-0,81), que significa que as primíparas têm 6,84 vezes mais chances de ter DPP do que as múltiparas. De fato, à análise bivariada (Qui-quadrado), a prevalência de DPP entre as primíparas era de 64,5% contra 30,8% das múltiparas ($r=4,80$, $p=0,028$ – dados não demonstrados).

Tempo de vida do bebê também impactou na prevalência de DPP (RCP=7,48, IC=1,12-50,03), sendo que aquelas participantes que tinham bebês entre 30-60 dias tinham mais chances de ter DPP do que as que tinham bebês há mais tempo. Na análise bivariada, foi observado que 53,3% das participantes com bebês entre 30-60 dias tinham DPP, enquanto apenas 25,0% das que tinham bebês há mais de 60 dias apresentavam essa condição ($r=3,409$, $p=0,06$).

Assim como CRE Negativo que também impactou na prevalência de DPP (RCP=3,15, IC=1,32-7,50), sendo que há um aumento de 3,15 da chance de DPP a cada ponto adicional de CRE Negativo (Tabela 3).

Tabela 3. Nível de Significância e Razão de Chance em Relação à Presença de DPP das variáveis que compuseram o Modelo Final de Regressão Logística, de 46 mães com bebês entre 1 a 6 meses de vida. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Preditor		RCP (IC)	p
Primípara	Não	1	0,035
	Sim	6,84 (1,14-40,95)	
Tempo de vida do bebê	> 60 dias	1	0,038
	Entre 30 e 60 dias	7,48 (1,12-50,03)	
Coping RE Negativo	1-5*	3,15 (1,32-7,50)	0,010

*intervalo de variação; RCP: Razão de chance de prevalência ajustado; IC: Intervalo de confiança; RE: Religioso Espiritual.

Fonte: Autoral

4. DISCUSSÃO

Após o parto, as puérperas passam por um período de significativas alterações hormonais, transformações sociais, reorganização familiar e redefinição da identidade feminina. Esses fatores, juntamente com possíveis fatores de risco, podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento da depressão pós-parto (DPP) (COSTA; ARGOLO, 2020). Diante desse contexto, o presente estudo desempenha um papel importante ao confirmar a influência de variáveis específicas que podem aumentar as chances de ocorrência da DPP.

No presente estudo, as voluntárias incluídas na amostra possuíam idades variando entre 18 e 43 anos. Em relação à autodeclaração étnico-racial, a maioria das participantes (72,6%) se identificou como preta/parda. Isso vai de encontro a outros estudos, como o conduzido por Oliveira *et al.* (2020), que apresentou uma proporção de 57,3% de mulheres pardas e 14,6% de mulheres negras em sua amostra. Quanto ao status socioeconômico, a maioria das entrevistadas relatou não possuir renda ou ter renda familiar inferior a R\$2.000,00. Além das características mencionadas anteriormente, é importante ressaltar que a maioria das participantes deste estudo era composta por mulheres solteiras ou separadas e que tiveram parto por cesárea. Um dado relevante é que 86% delas alegaram possuir alguma religião. Essa proporção está de acordo com os resultados de uma pesquisa recente que apontou que 89% dos brasileiros possuem alguma afiliação religiosa (GLOBAL RELIGION, 2023). Essa informação sugere que a religiosidade pode ser uma dimensão importante a ser considerada ao investigar a depressão pós-parto, uma vez que desempenha um papel significativo na vida da maioria das participantes e pode influenciar seu bem-estar mental.

Este estudo demonstrou uma religiosidade organizacional com média de 3,27, enquanto a religiosidade não organizacional teve 3,53 em média. O estudo de Naves (2012) demonstrou que mulheres tem em média de 2,45 de religiosidade organizacional, enquanto a religiosidade não-organizacional correspondeu a uma média de 2,19,

Os resultados deste estudo revelaram uma taxa de ocorrência de depressão pós-parto de 43,5% entre as participantes. Essa proporção é superior à encontrada em uma pesquisa conduzida por Saraiva e Coutinho (2007), que relatou uma prevalência de 33% de puérperas com sintomas depressivos, e superior às prevalências mundiais, que são aproximadas em 20% (HAHN-HOLBROOK, CORNWELL-HINRICHS, ANAYA; 2017).

É importante considerar que a coleta de dados ocorreu durante a pandemia de COVID-19 e as medidas de isolamento social associadas a ela. Esse contexto pode ter sido um fator

estressante significativo devido à preocupação com o risco de contaminação, bem como impactou diretamente a rede de apoio das mulheres. Estudos no Brasil têm demonstrado que a pandemia de COVID-19 está associada a um aumento na prevalência de transtornos mentais durante o período gestacional, com estimativas variando entre 26% e 40% de casos de adoecimento mental (SILVA; NEVES, 2020). Portanto, é plausível que o contexto pandêmico pode ter contribuído para a maior incidência de depressão pós-parto observada neste estudo.

Neste estudo houve uma chance de 64,5% de desenvolvimento de depressão puerperal entre as primíparas estudadas, além de uma prevalência de 50% de gravidez não planejada e 41,3% das mulheres sem rede de apoio. Esses dados sugerem uma alta vulnerabilidade para o surgimento da depressão pós-parto nesse grupo. Esses achados são consistentes com uma pesquisa realizada na China, que investigou 468 primíparas com características semelhantes, como gravidez não planejada e baixo suporte familiar, e encontrou uma chance de 56,2% de depressão puerperal (NASCIMENTO-FILHO; 2020). Assim também, um estudo epidemiológico que envolveu uma amostra de 630.373 pessoas no período de 1973 a 2005, revelou que nos três primeiros meses pós-parto, as mulheres primíparas apresentaram maior risco de procurar ajuda psiquiátrica, indicando que o nascimento de um filho pode ser um fator de risco significativo para o desenvolvimento de problemas de saúde mental em um número considerável de mulheres (HILDEBRANDT; 2013). Esses dados reforça a importância de fatores como planejamento da gravidez e apoio social na prevenção da depressão pós-parto.

Por outro lado, um estudo conduzido por Rua *et al.* (2021) destacou que a primiparidade estava mais fortemente associada à ansiedade perinatal do que à depressão pós-parto. Essas diferenças podem estar relacionadas a fatores culturais e contextuais específicos de cada população estudada, reforçando a necessidade de considerar as particularidades de cada grupo de mulheres na abordagem da DPP.

O estudo conduzido por Camacho *et al.* (2006) identificou alguns fatores de risco psicossociais que estão associados a uma maior incidência de depressão puerperal. Entre esses fatores estão o desemprego, o estado civil de solteira ou divorciada, a vivência de eventos estressantes nos últimos 12 meses e a falta de suporte social. Esses resultados são corroborados por um estudo realizado em uma maternidade de Salvador, que constatou que mulheres solteiras apresentaram mais sinais e suspeitas de DPP em comparação com as mulheres casadas. No entanto, é importante ressaltar que outro estudo, que buscou identificar os fatores de risco e proteção associados à DPP, não encontrou associação significativa entre o estado civil e a ocorrência da depressão pós-parto (GOMES *et al.*, 2023).

Dados consistentes com nossa pesquisa são encontrados no estudo de Silva, Costa e Pitanga (2019), que investigou mães com depressão pós-parto e identificou uma prevalência de 54% nas primeiras 4 semanas após o parto. Além disso, 40% das mães desenvolveram a depressão entre 4 e 16 semanas de vida do bebê, enquanto 6% apresentaram sintomas após 16 semanas. Esses achados corroboram com os resultados do nosso estudo, que revelou uma maior prevalência de depressão pós-parto entre 30 e 60 dias de vida do bebê.

Tolentino, Maximino e Souto (2016) também destacaram que os sintomas iniciais da depressão pós-parto são mais frequentes nas primeiras quatro semanas após o parto, sendo mais intensos nos primeiros seis meses. Essas descobertas reforçam a importância de identificar e monitorar precocemente os sintomas de DPP, especialmente durante os primeiros meses pós-nascimento do bebê. A pesquisa realizada por Gomes *et al.* (2023) apontou que esse aumento na probabilidade de depressão pós-parto nos primeiros dois meses pode estar relacionado às inseguranças e sentimentos de inadequação das mães em relação ao cuidado do recém-nascido, incluindo medo de prejudicar o bebê e, em alguns casos, desinteresse pelo filho. Esses fatores podem contribuir para a manifestação da depressão pós-parto nesse período.

A espiritualidade e religiosidade desempenham um papel significativo no enfrentamento de doenças. Elas encorajam hábitos saudáveis, como a diminuição do uso de drogas, álcool e cigarro, promovem comportamento sexual responsável e estimulam o autocuidado. Além disso, práticas como meditação, cânticos e orações contribuem para a redução da tensão, medo e ansiedade, auxiliando na estabilização do humor. A religião também pode oferecer apoio emocional durante adaptações necessárias, promovendo a aceitação das condições e proporcionando esperança para o futuro (LANCUNA *et al.*, 2021). Esses aspectos da religiosidade podem contribuir para a prevenção de quadros depressivos e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (KOENIG *et al.*, 2007).

No entanto, é importante destacar que a religiosidade individual desempenha um papel crucial nesse enfrentamento (LANCUNA *et al.*, 2021). O modo como uma pessoa interpreta e vivencia sua religião pode influenciar seus comportamentos de saúde. Por exemplo, quando a religião é usada como justificativa para comportamentos de saúde negativos ou substituição de cuidados médicos adequados, pode ter efeitos adversos à saúde. Além disso, a religião também pode gerar sentimento de culpa, vergonha, medo ou ser usada para justificar raiva e agressão. Em alguns casos, tradições religiosas restritivas e limitantes podem levar ao isolamento social daqueles que não se encaixam nos padrões religiosos estabelecidos. No entanto, quando as tradições religiosas são bem estabelecidas e lideradas com responsabilidade, tendem a promover melhores hábitos de vida do que questões negativas (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

O *Coping* religioso espiritual (CRE) é a maneira pela qual as pessoas utilizam sua religião para tentar entender e/ou lidar com importantes questões pessoais ou situacionais de suas vidas, é dividido em duas vertentes, onde o CRE positivo é definido pela utilização da fé e suas crenças religiosas, no auxílio a solução dos problemas, como prevenção ou alívio de emoções negativas e de circunstâncias estressantes, e o CRE negativo está relacionado a uma relação desconfiada e menos segura com Deus, envolvendo estratégias que geram consequências prejudiciais ou negativas ao indivíduo (BRITO; SEIDL; COSTA-NETO, 2016).

Uma variável deste estudo que parece influenciar no desenvolvimento de DPP é o *coping* religioso espiritual negativo (CREN), que demonstrou um aumento de 3,15 de chance de DPP a cada ponto adicional de CREN. O estudo de Brito, Seidl e Costa-Neto (2016), mostrou que as estratégias de *coping* religioso negativas, foram positivamente associados com depressão, pior qualidade de vida, autopercepção negativa de saúde e maior estresse. Desta forma, a maneira como as crenças religiosas são interpretadas no momento de pressão ou adversidade pode representar um fator desencadeador que agrava os problemas, tornando-se prejudicial no processo de enfrentamento (ESPERANDIO *et al.*, 2018).

É importante ressaltar que, embora haja uma quantidade significativa de estudos que abordam os efeitos positivos da religiosidade na saúde mental e física (LANCUNA *et al.*, 2021), poucos desses estudos estão contextualizados especificamente a maternidade e a depressão pós-parto. Essa lacuna na pesquisa torna-se um aspecto limitante para compreendermos em maior profundidade o papel da religiosidade nesse contexto específico. Portanto, é necessário incentivar e realizar mais pesquisas que explorem essa relação, a fim de fornecer insights valiosos e embasar intervenções adequadas para mulheres que enfrentam a depressão pós-parto. Dessa forma, poderemos obter uma compreensão mais abrangente dos efeitos da religiosidade na saúde mental materna e identificar possíveis mecanismos pelos quais as crenças religiosas podem influenciar o desenvolvimento e a intensidade da depressão pós-parto.

Outro fator limitante para a construção do trabalho se deu devido a pandemia do COVID-19, que impossibilitou a maior adesão das voluntárias a participação do estudo, resultando no menor número de mulheres avaliadas, tal como pôde influenciar nos sintomas correspondentes da depressão.

É importante considerar algumas limitações deste estudo. Primeiramente, a amostra utilizada foi relativamente pequena, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações de mulheres pós-parto. Além disso, a coleta de dados foi realizada em um único centro de saúde, o que pode limitar a representatividade dos resultados. Outra limitação importante a ser considerada é o desenho transversal do estudo. O fato de coletar dados em um

único momento no tempo não permite estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis estudadas.

Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica. Os profissionais de saúde, especialmente aqueles que lidam com mulheres no período pós-parto, precisam estar cientes da importância de uma abordagem integrada da saúde mental materna, considerando tanto os aspectos psicossociais quanto as dimensões religiosas e espirituais. Eles devem abordar essas questões de forma sensível e acolhedora, reconhecendo que podem ter um impacto significativo na saúde mental das mulheres.

Além disso, é fundamental oferecer um ambiente de apoio que respeite a diversidade religiosa e espiritual das mulheres, garantindo que elas se sintam confortáveis para expressar suas crenças e buscar apoio nesse aspecto. Pesquisas adicionais são necessárias para explorar mais a fundo as nuances dessa relação e identificar quais fatores específicos da religiosidade e espiritualidade estão associados a melhores resultados em saúde mental no contexto pós-parto.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo foi conduzido em um hospital universitário, com uma amostra predominantemente composta por mulheres de etnia preta/parda, solteiras/separadas, que passaram por parto cesárea e declararam ter religião. Identificou-se associação entre depressão pós-parto (DPP) e variáveis como ser primípara, ter dado à luz há menos de dois meses e apresentar coping religioso negativo. Esses achados destacam a importância de oferecer apoio às mulheres no pós-parto, visando seu bem-estar físico e mental, e criando um ambiente acolhedor que promova a saúde e ajude no enfrentamento da DPP, facilitando também o estabelecimento de vínculos saudáveis com o bebê.

Em conclusão, este estudo ressalta a relevância de pesquisas para a compreensão da depressão pós-parto. Apesar das limitações inerentes, os resultados indicam que as crenças religiosas podem desempenhar um papel significativo no enfrentamento da doença, tanto positiva quanto negativamente. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos a essa dimensão e sejam capazes de abordá-la de maneira sensível e respeitosa. Além disso, são necessárias pesquisas futuras para ampliar nosso conhecimento nessa área e desenvolver intervenções adequadas que levem em consideração as necessidades específicas das mulheres no período pós-parto. A abordagem integrada da saúde mental, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, pode ser fundamental para promover o bem-estar materno e melhorar os resultados de saúde nesse período tão importante da vida das mulheres.

REFERENCIAS

BAIRD H, HARRIS R.A.; SANTOS H.P.J. The Effects of Maternal Perinatal Depression on Child IQ: A Systematic Review. **Matern Child Health J.** 2023 Jun 6. doi: 10.1007/s10995-023-03715-3. Epub ahead of print. PMID: 37278844.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão Pós-Parto**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>. Acesso em: 08 de abril de 2023.

BRITO, H. L.; SEIDL, E. M. F.; COSTA-NETO, S. B. Coping religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 9, n. 2, p. 202-215, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: em 15 maio 2023.

BOYON, N., Global Religion 2023: Religious Beliefs Across the World. **IPSOS**, EUA, 2023. Disponível em: <https://www.ipsos.com/en/two-global-religious-divides-geographic-and-generational>. Acesso em: 06 junho 2023

CAMACHO, R. S., *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/#>. Acesso em: 06 maio de 2023

CHEQUINI, M. C. M. **A religiosidade e a espiritualidade na prática psiquiátrica**. 2020. 174p. Tese - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-14062021-084122/publico/MariaCeciliaMenegattiChequiniVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2023.

COSTA G.R; ARGOLO M. J. R. Tratamento da depressão pós-parto. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 22-28, 2020.

EDIMBURGO. **Edimburgo**: Questionário para auto-avaliação de Depressão Pós-Parto. Edimburgo, 1987. 2 p.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Brazilian validation of the brief scale for spiritual/religious coping—SRCOPE-14. **Religions**, [s. l.], v. 9, n. 31, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/9/1/31>. Acesso em: 10 maio 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Depressão Pós-parto. **FEBRASGO**, São Paulo, v48, p455, 2020.

FERNANDES, R.S. Fatores associados à depressão periparto em mulheres no puerpério imediato. Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2023.

GOMES, B.K.G *et al.* Prevalência da sintomatologia de depressão pós-parto e fatores associados. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1-11, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39183>. Acesso em: 5 maio 2023.

GOODMAN S.H *et al.* Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. **Clin Child Fam Psychol Rev.** (2011) 14:1–27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1

HAHN-HOLBROOK, J; CORNWELL-HINRICHS, T.; ANAYA, I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. **Front Psych.** (2017) 8:248. doi: 10.3389/fpsy.2017.00248

HILDEBRANDT, F. M. P. **Depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e tratamento cognitivo-comportamental.** 2013. p.1-149. Teses – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Archives of Clinical Psychiatry.** São Paulo, v. 34, p. 5–7, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/FhCVYT7C6WcPMJhR8MxDf6R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2023.

LANCUNA, A. C.; *et al.* **Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento da Ansiedade, Estresse e Depressão** / Religiosity and Spirituality in Facing Anxiety, Stress and Depression. *Brazilian Journal of Health Review*, Paraná, v. 4, n. 2, p. 5441–5453, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26330>. Acesso em: 10 maio 2023.

LOPES, C. N. Coping e religiosidade: considerações e interações. **Revista Valore**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 475-481, 2018. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/73>. Acesso em: 05 maio de 2023.

LUCCHETTI, G. *et al.* Validation os the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, [s. l.], v. 51, n. 2, p. 579-86, 2012. DOI: 10.1007/s10943-010-9429-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21107911/>. Acesso em: 14 maio 2023.

MOSQUEIRO, B. P. **Religiosidade, espiritualidade, desfechos clínicos e marcadores biológicos na depressão.** 2020. 154p. Tese - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/216945/001119275.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 de abril de 2023.

NASCIMENTO-FILHO, J. M. **Depressão no período periparto: rastreio em mulheres primíparas de alto risco - análise de fatores hormonais, clínicos e epidemiológicos.** 2020. 81f. Dissertação (Mestrado em Neurociências) - Instituto do Cérebro, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

O’CONNOR E, *et al.*, Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive

Services Task Force. **JAMA**. 315(4):388–406, jan 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2484344>. Acesso em: 08 de abril de 2023.

OLIVEIRA, L. S. *et al.* Caracterização de Puérperas de risco para Depressão Pós-Parto/ Characterization of Postpartum women at risk for Depression. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 32962–32976, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/10917>. Acesso em: 5 maio de 2023.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo, v. 34, p. 126–135, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/BxLcY5gJFkgTZRnL4kXxYFH/?lang=pt>. Acesso 16 maio 2023.

RUA M. O. *et al.* Cesárea e depressão pós-parto: uma revisão dos fatores de risco. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 18, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/5727/3843>. Acesso em: 06 maio 2023.

SANTOS, W. J. **A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da Cidade de Bambuí, Minas Gerais**. Ministério da Saúde, Belo Horizonte, p. 1-93, 29 fev. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-27224>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

SARAIVA, E. R.A; COUTINHO, M.P.L. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. **Psico-USF**, v. 12, n. 2, p. 319–326, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/hfXWtLLzwXkJvNQHS3N7Crw/?lang=pt#>. Acesso em: 25 de abril de 2023.

SILVA D. F. P; COSTA K. J. D.; PITANGA A. V. **Depressão pré e pós-parto**. Repositório Digital Institucional da Associação Educativa Evangélica. p. 1-21, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/8112>. Acesso em 08 maio 2023.

SILVA, B. P.; NEVES, P. A. R. Saúde mental materna em tempos de pandemia do covid-19. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 945–949, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/4040>. Acesso em: 30 maio 2023.

THEME-FILHA, M. M. *et al.* **Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012**, Journal of Affective Disorders, v194, p159-167, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715306789>. Acesso em 21 de abril de 2023.

TOLENTINO, E. C.; MAXIMIN, D. A. F. M.; SOUTO, C. G. V. **Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas**. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, Paraíba, v. 14, n. 1, p. 59–66, 2016. Disponível em: <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/77>. Acesso em: 5 maio 2023.

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Efeito da espiritualidade/religiosidade e Reiki a distância no desenvolvimento de depressão pós-parto” sob a responsabilidade dos pesquisadores Gisele Alves de Freitas, Isabela Caroline Gonçalves Simões, Renata Sobreira Fernandes e Luana Araújo Macedo Scalia. Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar o impacto da espiritualidade na escolha da via de parto pela gestante e no desenvolvimento de depressão pós-parto (DPP) e o efeito do uso do reiki a distância como tratamento da DPP. O Termo/registo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pelos pesquisadores Gisele Alves de Freitas, Isabela Caroline Gonçalves Simões, Renata Sobreira Fernandes, na enfermaria de obstétrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e será preenchido de acordo com sua disponibilidade. Na sua participação, você irá responder questionários para coleta de dados como, questionário sociodemográfico e História gestacional, questionário de auto-avaliação para depressão pós-parto (Escala de Edimburgo), que consiste em um instrumento de auto-registro, constando 10 itens, Escala de Ansiedade e Depressão e Estresse, consiste em uma escala curta de 21 itens que permite a avaliação simultânea de três estados emocionais, Escala de qualidade de vida, que consiste em 26 perguntas, divididas em quatro domínios – físico, psicológico, relações sociais e ambiente e escalas sobre religiosidade (P-DUREL e Escala de Coping Religioso Espiritual – 19 perguntas). Você levará cerca de 20 a 30 minutos para responder. Um mês e meio, cinco meses e dez meses após parto, entraremos em contato com você para que responda os mesmos questionários. Se você apresentar risco de sintomas para DPP, triados pela escala de Edinburg, você será contactada por telefone e convidada a participar de um ensaio clínico, com o objetivo de verificar o efeito do uso do reiki a distância como tratamento da DPP. O Reiki consiste em uma terapia integrativa de reestabilização energética, que atua no reequilíbrio global do indivíduo, age nos aspectos físicos, psicológicos e emocionais, melhorando a força de vontade e sintomas depressivos. Sendo assim, com o intuito de auxiliar no alívio destes sintomas será trabalhada a técnica de envio de reiki a distância, onde será composta por quatro sessões, feitas uma vez por semana, totalizando um mês de terapia. Cada sessão será feita com data e hora previamente agendadas e terão uma duração de aproximadamente 25 minutos. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. **Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).** Os riscos consistem em risco de identificação e será minimizado pelos pesquisadores criando códigos para coleta de dados, desta forma, os questionários não serão identificados. Além disso, existem riscos de cunho subjetivo, tais como psicológico, emocional ou desconforto associado à resposta dos questionários. Os pesquisadores darão todo suporte para resposta aos questionários e redução de tais riscos, no entanto, caso você apresente algum desses sintomas durante o preenchimento dos questionários, terá o direito de desistir de participar da pesquisa. Além disso, se você apresentar risco ou sintomas de depressão pós-parto será imediatamente avisada e incentivada a procurarem ajuda médica, nos serviços de saúde referência à sua localidade. Os benefícios serão no auxílio na diminuição dos sintomas depressivos junto a terapia complementar do reiki e compreender a influência da espiritualidade/religiosidade na escolha da via de parto e na redução dos níveis de cesáreas, e sua atuação nos casos de depressão pós-parto. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da

divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Luana Araújo Macedo Scalia, que se encontra no seguinte contato: (34) 999938083. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131 ou pelo e-mail **cep@propp.ufu.br**. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de..... de 202__.

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

APENDICE B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Data de nascimento: / / Idade:
Qual a idade do seu parceiro?
Escolaridade: anos
Cor auto referida: 1-() branca 2-() parda 3-() preta 4-() amarela 5-() indígena 6-() outra
Estado Civil: 1-() solteiro 2-() casado 3-() separado 4-() viúvo
Situação de emprego: 1-() Tempo integral 2-() Meio período 3-() Tempo parcial ocasional 4-() Estudante 5-() Dona de casa 6-() Outro. Qual? _____
Renda Familiar: R\$
Relacionamento com o parceiro no momento da perda: 1-() Casados 2-() Morando juntos 3-() Outro. Qual? _____
Tempo de convívio marital (tempo de casados): _____ anos e _____ meses.
Dados clínicos
Atividade Física: 1-() Não 2-() Sim Tabagismo: 1-() Não 2-() Sim Ex-tabagista: 1-() Não 2-() Sim
Consome bebidas alcoólicas? 1-() Não 2-() Sim Frequência: 1-() 1x/sem 2-() 2x/sem 3-() 3x/sem 4-() 4x/sem 5-() >5x/sem
Possui alguma doença? 1-() Não 2-() Sim Se sim, qual(is)? _____ _____ _____
Medicações em uso: _____ _____ _____

Profissional que acompanhou a gestação: 1-() Médico clínico geral 2-() Obstetra/ginecologista 3-() Enfermeira 4-() Sem acompanhamento 5-() Outro. Qual? _____
Tempo de vida (nº em semanas de gestação ou tempo de vida do bebê):
Houve gestações anteriores? 1-() Não 2-() Sim Se sim, quantas? _____
Foi/foram gestação(ões) planejada(s)? 1-() Não 2-() Sim
Houve perdas anteriores? 1-() Não 2-() Sim Se sim, quantas? _____
Parto cesárea: 1-() Não 2-() Sim
Parto vaginal: 1-() Não 2-() Sim
Espiritualidade e Religiosidade
Possui religião? 1-() Não 2-() Sim
Religião: 1-() Católica 2-() Evangélica 3-() Espírita 4-() Umbanda 5-() Candomblé 6-() Judaica 7-() Nenhuma 8-() Outra. Qual? _____
De zero a dez, o quanto a religião é importante para você?
De zero a dez, quanto a religião foi importante no processo do enfrentamento a depressão?
Faz acompanhamento psicológico? 1-() Não 2-() Sim
Faz acompanhamento psiquiátrico? 1-() Sim 2-() Não

ANEXOS

ANEXO A - P-DUREL – Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim

2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO B – ESCALA CER-Breve – 14 – (Escala de Coping Espiritual-Religioso – 14 itens)

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Escolha o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com uma situação de estresse**. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita). Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

Se você **não** tentou, **nem um pouco** dar sentido à situação através de Deus, selecione o número (1).

Se você tentou **um pouco**, selecione o número (2).

Se você tentou **mais ou menos**, selecione o número (3).

Se você tentou **bastante**, selecione o número (4).

Se você tentou **MUITÍSSIMO**, selecione o número (5).

Lembre-se: Não há opção certa ou errada! Marque só uma alternativa em cada questão.

		Nem um pouco/não se aplica	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	MUITÍSSIMO
1	Procurei uma ligação maior com Deus.	1	2	3	4	5
2	Procurei o amor e a proteção de Deus.	1	2	3	4	5
3	Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva.	1	2	3	4	5
4	Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus.	1	2	3	4	5
5	Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação.	1	2	3	4	5

6	Pedi perdão pelos meus erros ou pecados.	1	2	3	4	5
7	Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas.	1	2	3	4	5
8	Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado.	1	2	3	4	5
9	Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé.	1	2	3	4	5
10	Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar.	1	2	3	4	5
11	Questionei o amor de Deus por mim.	1	2	3	4	5
12	Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado	1	2	3	4	5
13	Cheguei à conclusão que forças do mal atuaram para isso acontecer.	1	2	3	4	5
14	Questionei o poder de Deus.	1	2	3	4	5

ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

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

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia
 - Como sempre senti
 - Talvez, menos 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 eu tenho tido dificuldade de dormir
 - Sim, na maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Não muitas vezes
- Não, de jeito nenhum

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

- Sim, quase todo o tempo
- Sim, muitas vezes
- De vez em quando
- Não, nenhuma vez

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

- Sim, muitas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez

Como fazer a pontuação

Questões 1, 2, e 4

Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.

Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.

Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.

Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.

Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.

Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.

Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.