



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

MARIANA KOPP NEVES

**A PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O APOIO PATERNO NA GESTAÇÃO E NO
PÓS-PARTO E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Pelotas

2024

MARIANA KOPP NEVES

**A PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O APOIO PATERNO NA GESTAÇÃO E NO
PÓS-PARTO E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde e
Comportamento da Universidade
Católica de Pelotas.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares
Pinheiro

Pelotas
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Neves, Mariana Köpp

A percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós-parto e a sua associação com a depressão pós-parto. / Mariana Köpp Neves. - Pelotas: UCPEL, 2024.

70 f.

Orientador: Ricardo Tavares Pinheiro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento. - Pelotas, BR-RS, 2024.

1.Gestação. 2. Apoio paterno. 3. Período pós-parto. 4. Depressão pós-parto. I.Pinheiro, Ricardo Tavares. II.Título.

Bibliotecária responsável: Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233

**A PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O APOIO PATERNO NA GESTAÇÃO E NO
PÓS-PARTO E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof(a). Dr(a). Jéssica Puchalski Trettim

Prof(a).Dr(a). Carolina Coelho Scholl

Orientador – Prof. Dr Ricardo Tavares Pinheiro

AGRADECIMENTOS

Ao PPG em Saúde e Comportamento da UCPel, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ao meu orientador, Ricardo Pinheiro, pelos ensinamentos acadêmicos e a Bárbara Rubin, a qual me auxiliou de uma maneira única e acolhedora ao longo de todo o processo.

À banca avaliadora pela disponibilidade, pelas sugestões e por contribuir com meu trabalho com tanto carinho.

À toda equipe do projeto “Gravidez cuidada, bebê saudável” e também as mulheres que se disponibilizaram a participar deste projeto com seus filhos(a)s.

À todos(a)s professores(a)s pelos preciosos ensinamentos.

Às amigas que cultivei ao longo do curso e fora dele.

Aos meus pais, meu irmão e minha família por todo apoio de sempre.

Ao meu marido, Rafael, pelos incentivos e motivações ao longo desses anos.

E por fim, ao meu filho, Arth. Te descobri a tão pouco e já mudastes tudo. Fostes a minha motivação e quem deu forças para dar continuidade nesta reta final.

RESUMO DA DISSETAÇÃO

Introdução: Ao longo da gravidez, a gestante experimenta uma variedade de mudanças, abrangendo aspectos biológicos, somáticos, sociais e psicológicos. A literatura destaca que o período gravídico-puerperal é propenso a transtornos mentais, como a depressão pós-parto (DPP). Os episódios dessa condição podem perdurar por meses, manifestando sintomas como sentimentos de inutilidade, culpa excessiva, diminuição do interesse ou prazer, irritabilidade, ansiedade, tristeza, oscilação de humor e fadiga. Quando esses sintomas atingem intensidade significativa, podem prejudicar a capacidade da mãe de desempenhar suas atividades diárias e com o bebê durante esse período. Portanto, o apoio emocional ou prático proveniente da família, amigos ou pai do bebê, manifestado através de assistência, afeto, companhia e informações, desempenha um papel crucial na promoção da saúde materna nesse momento. Esses tipos de apoio proporcionam à mãe uma sensação de amor, cuidado, valorização e segurança. A literatura sugere que a insatisfação com o apoio paterno está associada a níveis mais elevados de DPP materna. Isso evidencia que a ausência desse suporte pode agravar a saúde mental da mãe.

Objetivo: Avaliar a percepção materna sobre o apoio paterno durante a gestação e no pós-parto, bem como sua relação com a DPP. **Método:** Estudo longitudinal, aninhado a uma coorte de base populacional intitulado “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”, na qual acompanhou mulheres de até 24 semanas gestacionais, residentes em um dos 244 setores censitários da zona urbana de Pelotas/RS, sorteados na amostragem. Os dados do presente estudo se referem à primeira e à terceira avaliação, que ocorreram na gestação e aos 90 dias pós-parto, respectivamente. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi utilizada para identificar mulheres com DPP, Além disso, foi utilizado um questionário geral, contendo perguntas relacionadas ao pai do bebê e com variáveis sociodemográficas. Na avaliação da primeira etapa, as seguintes variáveis foram utilizadas: Você vive/mora com o companheiro Sim/Não; Apoio do pai na gestação Sim/Não; Escolaridade materna 0-3 anos/4-7 anos/8-10 anos/11 ou mais; e Idade materna até 23 anos/24-29 anos/30 anos ou mais. Já para a terceira etapa, foi utilizada a seguinte questão: Quais as tarefas do pai nos cuidados deste filho? Dar banho, trocar fraldas, alimentar, colocar dormir, passear, brincar, pegar no colo, todas com opções de resposta dicotômicas, Não/Sim. Os dados foram codificados e duplamente digitados no programa EpiData 3.1, a fim de obter consistência dos dados. Posteriormente, os dados

serão analisados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) através de frequência simples e relativa, teste qui-quadrado e regressão logística. Para todas as análises, foram consideradas associações significativas quando $p < 0,05$. O estudo principal recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) sob protocolo 1.174.221, e as gestantes forneceram consentimento livre e esclarecido. **Resultados esperados:** Antecipa-se que as gestantes que perceberem a falta de apoio paterno, tanto na gestação quanto no pós-parto, apresentarão uma maior prevalência de DPP em comparação aquelas que perceberam maior apoio durante esses períodos.

Palavras-chave: gestação; apoio paterno; período pós-parto; depressão pós-parto

ABSTRACT

Introduction: Throughout pregnancy, pregnant women experience a variety of changes, covering biological, somatic, social and psychological aspects. The literature highlights that the pregnancy-puerperal period is prone to mental disorders, such as postpartum depression (PPD). Episodes of this condition can last for months, manifesting symptoms such as feelings of worthlessness, excessive guilt, decreased interest or pleasure, irritability, anxiety, sadness, mood swings and fatigue. When these symptoms reach significant intensity, they can impair the mother's ability to carry out her daily activities and with her baby during this period. Therefore, emotional or practical support from family, friends or the baby's father, expressed through assistance, affection, company and information, plays a crucial role in promoting maternal health at this time. These types of support provide the mother with a feeling of love, care, appreciation and security. The literature suggests that dissatisfaction with paternal support is associated with higher levels of maternal PPD. This shows that the absence of this support can worsen the mother's mental health. **Objective:** Therefore, the objective of this study will be to evaluate maternal perception of paternal support during pregnancy and postpartum, as well as its relationship with PPD. **Method:** This will be a longitudinal study, nested within a population-based cohort entitled "Maternal neuropsychiatric disorders in the pregnancy-puerperal cycle: detection and early intervention and their consequences in the family triad", in which it followed women up to 24 gestational weeks, living in a of the 244 census sectors in the urban area of Pelotas/RS, drawn in the sample. The data in the present study refer to the first and third assessments, which occurred during pregnancy and 90 days postpartum, respectively. The Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) will be used to identify women with PPD. In addition, a general questionnaire will be used, containing questions related to the baby's father and sociodemographic variables. In the evaluation of the first stage, the following variables were used: Do you live/live with your partner Yes/No; Support from the father during pregnancy Yes/No; Maternal education 0-3 years/4-7 years/8-10 years/11 or more; and Maternal age up to 23 years/24-29 years/30 years or more. For the third stage, the following question was used: What are the father's tasks in caring for this child? (a) Bathing (0) No (1) Yes; (b) Changing diapers (0) No (1) Yes; (c) Food (0) No (1) Yes; (d) Put to sleep (0) No (1) Yes; (e) Strolling (0) No (1) Yes; (f) Play (0) No (1) Yes; (g) Holding (0) No (1) Yes. The data were coded and double-entered into the EpiData 3.1 program, in order to obtain

data consistency. Subsequently, the data will be analyzed in the Statistical Package for the Social Science (SPSS) using simple and relative frequency, chi-square test and logistic regression. For all analyses, significant associations will be considered when $p < 0.05$. The main study received approval from the Research Ethics Committee of the Catholic University of Pelotas (UCPel) under protocol 1,174,221, and pregnant women provided free and informed consent. **Expected results:** It is anticipated that pregnant women who perceive a lack of paternal support, both during pregnancy and postpartum, will present a higher prevalence of PPD compared to those who perceive greater support during these periods.

Keywords: pregnancy; paternal support; postpartum period; postpartum depression

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

PROJETO

Quadro 01- Quadro 01: Descrição das estratégias de busca no <i>Pubmed</i>	15
Quadro 02- Descrição das estratégias de busca no <i>Scielo</i>	16
Quadro 03- Descrição das estratégias de busca no <i>Google scholar</i>	17
Figura 1- Fluxograma do estudo.....	22
Quadro 04: Desfecho primário.....	23
Quadro 05: Variáveis independentes.....	23
Quadro 06- Cronograma.....	26

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1- Descrição das características sociodemográficas.....	15
Tabela 2- Variáveis de apoio paterno na gestação e apoio paterno prático no pós-parto associadas com a depressão pós-parto materna.....	00
Tabela 3- Apoio prático paterno no pós-parto e sua associação com não percepção do apoio paterno na gestação.....	00
Tabela 4- Análise ajustada.....	00

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP	Depressão pós-parto
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HUSFP	Hospital Universitário São Francisco de Paula
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 Edition</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
PARTE I: PROJETO DE PESQUISA QUALIFICADO	17
1.1 IDENTIFICAÇÃO	18
1.1 Título	18
1.2 Mestranda	18
1.3 Orientador	18
1.4 Instituição	18
1.5 Curso.....	18
1.6 Linha de pesquisa	18
1.7 Data.....	18
2. INTRODUÇÃO	19
3. OBJETIVOS	21
3.1 Geral	21
3.2 Específicos.....	21
4. HIPÓTESES	22
4.1 Geral	22
4.2 Específicos.....	22
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
5.1 Estratégias de busca.....	23
5.2 Corpo da revisão.....	26
6. MÉTODO	31
6.1 Delineamento.....	31
6.2 Participantes	31
6.2.1 Critérios de inclusão	32
6.2.2 Critérios de exclusão	32
6.2.3 Cálculo do tamanho da amostra.....	32
6.3 Procedimentos e Instrumentos.....	32
6.3.1 Quadro 04: Desfecho primário.....	33
6.3.2 Quadro 05: Variáveis independentes.....	33
6.3.3 Instrumentos	34
6.3.4 Estudo piloto.....	34
6.3.5 Logística	34
6.4 Processamento e Análise de dados	35
6.5 Aspectos éticos	35
6.5.1 Riscos	35

6.5.2 Benefícios	35
6.6 Cronograma	36
6.7 Orçamento	36
REFERÊNCIAS	37
PARTE II: ARTIGO	41
PARTE III: CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
APÊNDICES	60
APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para 18 anos ou mais.....	61
APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para menores de 18 anos	63
ANEXOS	65
ANEXO A- INSTRUMENTOS	65
ANEXO B- CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	68

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós-parto e a sua associação com a depressão pós-parto.

O volume da dissertação é constituído por: (I) projeto de pesquisa - subdividido em Introdução, Objetivos, Hipóteses, Revisão de Literatura, Método e Referências, qualificado em 20 de agosto de 2024; (II) artigo científico intitulado “A percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós-parto e a sua associação com a depressão pós-parto.” – submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública e (III) conclusões finais.

Em anexo encontram-se a carta de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (para maiores e menores de 18 anos) e os instrumentos utilizados no estudo.

PARTE I: PROJETO DE PESQUISA QUALIFICADO

1.1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: A percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós-parto e a sua associação com a depressão pós-parto

1.2 Mestranda: Mariana Kopp Neves

1.3 Orientador: Ricardo Tavares Pinheiro

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Saúde materno-infantil

1.7 Data: 20/08/2024

2. INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um período de transição, biologicamente determinado, capaz de produzir um estado temporário de instabilidade emocional em virtude das mudanças no papel social e na identidade, além das adaptações interpessoais e intrapsíquicas que a mulher precisa fazer (MALDONADO, 2013). Durante este período, ocorrem modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental materna. O puerpério, é o momento em que ocorre com maior frequência transtornos mentais nas mulheres, e entre eles está a depressão pós-parto (DPP) (GONÇALVES, 2005).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a DPP é um episódio de depressão maior, que pode ter início dentro das quatro primeiras semanas após o parto, podendo se estender até 1 ano, e inclui a presença de um humor deprimido ou perda de interesse/prazer por quase todas as atividades. E devem ser manifestados pelo menos quatro sintomas adicionais, sendo eles: alterações no apetite ou peso, no sono, na atividade psicomotora, diminuição da energia e sentimentos de desvalia ou culpa (CASTILHO et al., 2007). Quando deprimidas, as mães tendem a ficar mais reclusas e isso prejudica a sua capacidade de desempenhar atividades com o bebê, podendo acarretar em uma falta de atenção e insensibilidade à segurança, saúde, e necessidades do seu bebê (TETI; GELFAND, 1997).

De acordo com um estudo, a DPP materna está associada a diversos fatores de risco, como por exemplo: nível socioeconômico baixo, idade materna mais baixa, baixa escolaridade, ser solteira, ter muitos filhos e não ter parceiro (SEGRE et al., 2007). E entre estes fatores de risco, encontra-se a ausência de apoio social. Outro estudo apontou que o isolamento social percebido na gravidez é um fator de risco para a DPP, encontrando uma associação entre baixo apoio emocional e instrumental recebido durante a gravidez e a ocorrência de DPP (ROBERTSON et al., 2004).

Ademais, o apoio emocional ou prático advindos de uma rede de apoio como a família, amigos ou o do pai do bebê, através de assistência, afeto, companhia e informações, desempenha um papel crucial na promoção da saúde materna nesse momento (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017). Uma amostra de gestantes revelou que a insatisfação com o apoio paterno está associada a índices mais altos de DPP materna, mostrando que a ausência do suporte do pai do bebê, pode agravar a saúde mental materna (FRIZZO; PICCININI, 2005; HOSSAIN et al., 1994).

Visto isso, evidencia-se que a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós parto, influencia o curso do desenvolvimento da DPP, e conseqüentemente, isto poderá acarretar em prejuízos significativos tanto para a mãe, quanto para o desenvolvimento do seu bebê. Entretanto, também se faz necessário reconhecer as possíveis existências de discrepâncias entre as percepções das mulheres quando estão deprimidas, acerca do apoio na qual recebem, e da quantidade de apoio que ela efetivamente recebe (ROBERTSON et al., 2004).

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é avaliar a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós parto e a sua associação com a depressão pós-parto.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e o apoio prático no pós-parto e a sua associação com a depressão pós-parto.

3.2 Específicos

- A.** Verificar a associação entre a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação com o apoio prático do pai no pós-parto;
- B.** Investigar se as mulheres que vivem com o pai do bebê tem menor proporção de depressão pós-parto do que as que não vivem com o pai do bebê;
- C.** Verificar se as mulheres na qual o pai do bebê auxilia nas tarefas relacionadas com o filho no pós-parto possuem mais probabilidade de se sentirem apoiada por ele.

4. HIPÓTESES

4.1 Geral

As gestantes que não perceberem apoio paterno tanto na gestação quanto no pós-parto terão maior prevalência de depressão pós-parto.

4.2 Específicos

- A.** As mães que não percebiam o apoio do pai do bebê na gestação, tenderão a não se sentirem apoiadas também no pós parto;
- B.** As mulheres que vivem com o pai do bebê terão menor proporção de depressão pós-parto quando comparadas com as mães que não vivem com o pai do bebê;
- C.** As mulheres que percebem o apoio prático do pai do bebê nas tarefas relacionadas ao filho, se sentem mais apoiadas por ele;

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégias de busca

A revisão de literatura foi conduzida na base de dados do *National Library Of Medicine- National Institutes of Health (PubMed)* e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, nos meses de Maio a Agosto de 2024. Não foram utilizados limites de tempo e nem filtros de idioma. Foram incluídos na revisão de literatura aqueles artigos que mais se aproximavam do tema pesquisado e os critérios de exclusão foram estudos que, apesar de terem as palavras-chave, não tenham relação direta com o objeto da presente pesquisa.

Na base dados do *Pubmed*, as buscas foram feitas com os seguintes descritores (*father support and pregnancy and postpartum depression*); (*pregnancy and postpartum depression*); (*pregnancy and father support*); (*pregnancy and father support*); (*paternal involvement and postpartum depression*). Após análise dos títulos, foram selecionados 67 artigos para a leitura dos resumos. Em seguida, foram selecionados 26 artigos para a leitura do texto completo, conforme representado no quadro 1.

Na base de dados *Scielo*, as buscas foram feitas com os seguintes descritores (*pregnancy and paternal involvement*); (*pregnancy and father support*); (*postpartum period and paternal involvement*); (*pregnancy and postpartum depression*). Após análise dos títulos, foram selecionados 7 artigos para a leitura dos resumos. Em seguida, foram selecionados 2 artigos para a leitura do texto completo, conforme representado no quadro 2.

Também foi utilizada a base de dados *Google scholar*, nas quais as buscas foram feitas com os seguintes descritores (*father support and pregnancy and postpartum depression*); (*pregnancy and postpartum depression*); E após a análise dos títulos, foram selecionados 90 artigos para a leitura dos resumos. Em seguida foram selecionados 40 artigos para a leitura completa do texto, conforme representado no quadro 3. Além disso, foram utilizados alguns trabalhos que foram referenciados nos artigos encontrados.

Quadro 01: Descrição das estratégias de busca no *Pubmed*.

Combinação de descritores	Número de títulos encontrados	Número de resumos lidos	Artigos lidos	Artigos adicionados
<i>father support and pregnancy and postpartum depression</i>	240	13	2	0
<i>pregnancy and postpartum depression</i>	8.100	28	15	9
<i>pregnancy and father support</i>	4.408	26	11	5
<i>paternal involvement and postpartum depression</i>	33	0	0	0
	Total apresentado na revisão:			14

Quadro 02: Descrição das estratégias de busca no *Scielo*.

Combinação de descritores	Número de títulos encontrados	Número de resumos lidos	Artigos lidos	Número de artigos incluídos
<i>pregnancy and paternal involvement</i>	2	0	0	0
<i>pregnancy and father support</i>	5	2	0	0
<i>postpartum period and paternal involvement</i>	1	0	0	0
<i>pregnancy and postpartum depression</i>	44	5	2	1
	Total apresentado na revisão:			1

Quadro 03: Descrição das estratégias de busca no *Google scholar*.

Combinação de descritores	Número de títulos encontrados	Número de resumos lidos	Artigos lidos	Artigos adicionados
<i>father support and pregnancy and postpartum depression</i>	84.000	38	17	4
<i>pregnancy and postpartum depression</i>	367.000	52	23	6
	Total apresentado na revisão:			10

5.2 Corpo da revisão

O puerpério é um período do ciclo gravídico-puerperal em que as mudanças provocadas pela gravidez e parto na mulher, retornam ao seu estado pré-gravídico, iniciando após o parto com a expulsão da placenta e terminando na medida em que se relaciona com o processo de amamentação (GONÇALVES, 2005). Neste período, ocorrem modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, na qual podem refletir diretamente na saúde mental. E durante o puerpério é o momento em que ocorre com maior frequência transtornos mentais na mulher, e entre eles está a DPP (GONÇALVES, 2005).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 Edition* (DSM-5) define a DPP sendo um transtorno depressivo maior, que tem o início dos sintomas depressivos dentro de 4 semanas após o parto, podendo se estender até 1 ano (CASTILHO et al., 2007). A DPP é uma condição de profunda tristeza, desespero, falta de esperança, melancolia, desmotivação e ausência de forças para lidar com a rotina e com o bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Um estudo realizado na cidade de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, avaliou 410 mulheres entre a 4^a e a 6^a semana após o parto, e verificou uma prevalência de 19,1% de DPP nas puérperas (MORAES et al., 2006). E a DPP, pode fazer com que

as mães sejam menos responsivas às necessidades do bebê. Podendo também afetar negativamente o desenvolvimento intelectual e emocional, bem como o seu relacionamento conjugal (ZHANG et al., 2023).

Variáveis podem estar relacionadas à ocorrência dos sintomas de DPP, como por exemplo: não ter parceiro, fazer uso de álcool e drogas e história de aborto prévio (ALMEIDA; ARRAIS, 2016). Segre et al. (2007) encontraram, como fatores preditivos da DPP, baixa renda, idade materna mais baixa, baixa escolaridade, baixo prestígio ocupacional, ser solteira e ter muitos filhos (SEGRE et al., 2007). Outras variáveis relacionadas com a ocorrência da DPP são históricas familiares de depressão e a ausência do apoio social (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017). Um estudo com puérperas residentes em um município de médio porte no extremo Sul do Brasil, durante todo o ano de 2013, verificou que ter mais idade, maior escolaridade e residir com o companheiro, se mostraram fatores de proteção para DPP (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Quando deprimidas, as mães tendem a ficar mais reclusas, podendo ocorrer uma falta de atenção e insensibilidade à segurança, saúde, e necessidades do seu bebê (TETI; GELFAND, 1997). Radke-Yarrow e Zahn-Waxler (1990) em um estudo, compararam mães deprimidas e não deprimidas, e sugeriram que as mães deprimidas têm uma maior tendência a serem mais hostis, menos comunicativas, menos afetuosas, menos habilidosas no trato com o bebê. Bem como podem ser menos responsivas, mais negativas na interação com seus bebês e apresentariam estilos de atribuição de causalidade mais negativos (RADKE-YARROW, M.; ZAHN-WAXLER, C, 1990).

Assim como apresentado, a literatura aponta que a DPP materna pode afetar o bebê de diferentes jeitos. Eles tendem a ser mais vulneráveis ao impacto da depressão materna, visto que, dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe (CAMPBELL et al., 1992). A falta de responsividade materna nos primeiros meses de vida do bebê, parece provocar uma mudança no seu desenvolvimento e tais mudanças podem ter implicações importantes para a criança, mesmo quando há remissão da patologia materna (COHN et al., 1990).

A mulher quando apresenta DPP necessita de um apoio social maior ainda (VALLA, 1999) partindo do ponto que, isto tem uma relação direta com o aumento na capacidade de enfrentar situações difíceis (PIETRUKOWICZ, 2001). O apoio social pode ser prestado por diversas pessoas, como por exemplo: companheiro, familiares, amigos e se manifestando em diferentes tipos de apoio, sendo eles: emocional (através de

expressões de preocupação e afeto); instrumental/ engajamento (com ajuda prática em termos materiais, na realização de tarefas, brincadeiras e lazer); e informativo (fornecendo informação e aconselhamento sobre uma dada situação). Todavia, faz-se importante reconhecer as possíveis existências de discrepâncias entre as percepções das mulheres quando deprimidas, acerca do apoio que recebe, e da quantidade de apoio que ela efetivamente recebe. (ROBERTSON et al., 2004).

E neste contexto de maior fragilidade e sensibilidade materna, o envolvimento paterno como o apoio emocional e instrumental do pai do bebê, se faz muito importante. Segundo Maldonado (2000), a depressão materna parece estar associada com a percepção materna e com uma grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, com seu papel materno, com o bebê, com o apoio paterno, e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança (MALDONADO, 2000).

As percepções da mulher sobre o papel paterno, podem ter grande peso na relação pai-bebê. Juntamente com as modificações nos esquemas mentais sobre si mesma enquanto mulher, mãe, esposa, profissional e com a maternidade, também mudam as suas percepções sobre o companheiro enquanto marido, homem e pai (STERN, 1997). É comum que as mães tenham expectativas frente ao desempenho do pai do bebê nas tarefas de casa e com o bebê, desejando que ele tenha comportamentos “ideais”, que são em vários aspectos, diferentes das condições e ações “reais” do pai (DESSEN; OLIVEIRA, 2013).

Um estudo verificou a relação entre as tarefas domésticas realizadas pelo pai do bebê antes e após o parto, e observaram que a quantidade dos afazeres domésticos feitos por eles, crescia após o nascimento. Porém, as mães quando questionadas, consideravam o envolvimento paterno e a participação nas tarefas domésticas insuficientes, estando abaixo de suas expectativas (DESSEN; OLIVEIRA, 2013).

Estudos apontam que o envolvimento paterno durante a gestação tende a variar de acordo com o estágio gestacional, e é no terceiro trimestre em que a espera do bebê se torna um fato mais presente para o pai, por conta das mudanças físicas da mãe e dos preparativos para a chegada do bebê, conseguindo assim, definir-se mais como pais. Estes envolvimento com a gestação dos filhos, vão desde acompanhar a gestante durante consultas médicas e exames, tocar na barriga da mãe para sentir o bebê até se envolver nos preparativos com o enxoval do bebê (DESSEN; OLIVEIRA, 2013).

Em um estudo foi encontrado que, alguns pais se sentem profundamente envolvidos com as questões da gestação, e buscam sempre participar o máximo possível

mostrando com uma grande disponibilidade emocional para vivenciar essa experiência (SZEJER; STEWART, 1997; SOUZA, 1997). Porém, de acordo com May (1982), existem também, pais que diferem consideravelmente o modo em como passam por estes estágios, havendo pais que não conseguem se envolver com o seu filho em nenhum momento da gestação, (MAY, 1982). Ou então, não sabem como interagir, como entrar em contato com seus bebês e estabelecer com eles uma relação.

Os pais são considerados menos inclinados a relatarem suas experiências emocionais associadas à gestação do que as mães (GENESONI; TALLANDINI, 2009). E essas ligações durante a gravidez, refletirão possivelmente na relação mais próxima após o nascimento, quando de fato o pai participará das tarefas com bebê (PICCININI et al., 2004) O envolvimento paterno após o nascimento, foi definido por Lamb, Pleck, Charnov e Levine (1985) através de três dimensões do comportamento paterno: acessibilidade (se refere a disponibilidade e presença do pai para a criança), engajamento (interações diretas do pai com a criança, como brincadeiras, atividades) e responsabilidade (cuidados específicos, como levar a criança ao médico, a escola, etc.) (LAMB et al., 1985).

O apoio por parte do pai do bebê, proporciona um efeito protetor importante para o desenvolvimento do bebê, para a relação da mãe com ele, e também contra a insatisfação conjugal e o estresse da mãe durante esse período (MARTINS, D.; PIRES, A. P, 2008). Uma amostra de gestantes revelou que a insatisfação com o apoio paterno está associada a índices mais altos de DPP materna, mostrando que não ter essa percepção de suporte do pai do bebê, pode agravar a saúde mental materna (FRIZZO; PICCININI, 2005; HOSSAIN et al., 1994).

Um estudo na China, na qual avaliou 778 mulheres, dentro de 1 ano após o parto, evidenciou a associação entre o envolvimento dos pais no cuidado dos filhos e a saúde mental materna e apontaram que níveis mais altos de envolvimento paterno estavam associados a níveis mais baixos de DPP materna (ZHANG et al., 2023).

Os achados da literatura confirmam a associação entre a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós parto com a DPP. Com isso, é explícito que a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós parto, tem uma forte influência para o desenvolvimento da DPP, e conseqüentemente, isto causará prejuízos significativos para a mãe e para o desenvolvimento do seu bebê.

Como visto, evidencia-se que a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós parto, desempenha um papel importante na prevenção da DPP materna.

Por isso, se faz necessário intervenções e atuações preventivas de equipes multidisciplinares, desde o pré-natal até o acompanhamento do bebê. Focando não apenas a individualidade da mãe, mas também, as relações familiares, afim de elucidar informações sobre sintomas depressivos e a importância do apoio social, em específico o paterno, desde a gestação até o pós-parto.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento

Estudo transversal aninhado a uma coorte de gestantes da cidade de Pelotas/RS denominada "Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar".

Cabe ressaltar que a escrita do método será realizada no pretérito do passado, visto que os dados já foram coletados.

6.2 Participantes

A captação da amostra ocorreu da seguinte forma: De acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a zona urbana de Pelotas (RS) era dividida em 488 setores censitários, na qual foram sorteados 244 (50% do total). Bolsistas treinados realizaram busca ativa, de casa em casa, nestes setores sorteados, em busca de mulheres com até 24 semanas de gestação, as quais foram convidadas a participar do estudo.

O estudo de coorte conta com diversas etapas de acompanhamento. Na primeira etapa, participaram 983 gestantes, que estavam entre o primeiro e o segundo trimestre gestacional. Nesta etapa, foi feita uma entrevista através de questionários na própria residência da gestante. A segunda etapa ocorreu sessenta dias após a primeira e incluiu 840 gestantes que foram avaliadas no Hospital São Francisco de Paula (HUSFP). Já na terceira etapa, participaram 755 díades mãe-bebê aos noventa dias pós-parto, a qual ocorreu em uma sala nas dependências da UCPel. Cabe ressaltar que o estudo maior conta com sete etapas de acompanhamento, no entanto, para este estudo serão utilizados os dados coletados na primeira e na terceira etapa. Abaixo encontra-se o fluxograma das etapas do estudo.

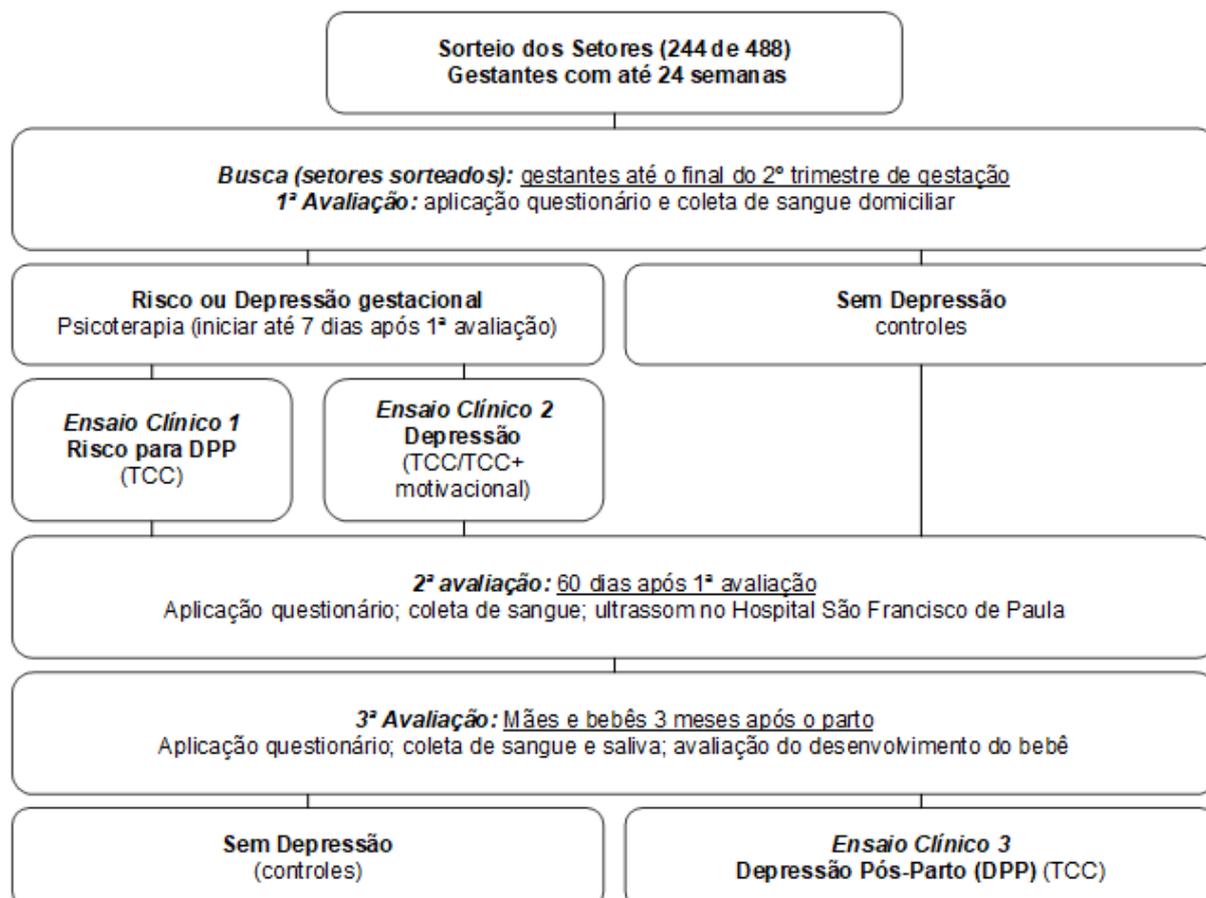


Figura 1: Fluxograma das etapas do estudo

6.2.1 Critérios de inclusão

Para iniciar a sua participação no estudo, as mulheres tinham que estar com até 24 semanas de gestação e residir em algum dos setores censitários sorteados.

6.2.2 Critérios de exclusão

Incapacidade para compreender os instrumentos utilizados.

6.2.3 Cálculo do tamanho da amostra

A coleta de dados do projeto ao qual este estudo está vinculado já foi realizada, portanto, será efetuado o cálculo do poder da amostra posteriormente junto à elaboração do artigo.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

6.3.1 Quadro 04: Desfecho primário

Variável	Categorias	Classificação	Etapa
Depressão Pós-Parto (EPDS)	Sim Não	Qualitativa dicotômica	3ª etapa

6.3.2 Quadro 05: Variáveis independentes

Variável	Categorias	Classificação	Etapa
Você vive/mora com o companheiro	Sim Não	Qualitativa dicotômica	1ª etapa
Apoio do pai na gestação	Sim Não	Qualitativa dicotômica	1ª etapa
Tarefas pai no pós-parto: Dar banho	Sim Não	Qualitativa dicotômica	3ª etapa
Tarefas pai no pós-parto: Trocar fralda	Sim Não	Qualitativa dicotômica	3ª etapa
Tarefas pai no pós-parto: Alimentar	Sim Não	Qualitativa dicotômica	3ª etapa
Tarefas pai no pós-parto: Colocar para dormir	Sim Não	Qualitativa dicotômica	3ª etapa
Tarefas pai no pós-parto: Passear	Sim Não	Qualitativa dicotômica	3ª etapa
Tarefas pai no pós-parto: Brincar	Sim Não	Qualitativa dicotômica	3ª etapa
Tarefas pai no pós-parto: Pegar no colo	Sim Não	Qualitativa dicotômica	3ª etapa

6.3.3 Instrumentos

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS): Trata-se de um instrumento de auto relato, composto por 10 questões referentes aos sintomas depressivos no período gravídico-puerperal, de fácil e rápida aplicabilidade. Os itens da escala correspondem a sintomas de depressão clínica. A avaliação geral é feita pela soma dos pontos de cada pergunta, sendo que índices mais altos indicam maior gravidade dos sintomas depressivos. O escore total varia de 0 a 30 pontos e, neste estudo, será utilizado o ponto de corte de 0-10 para a ausência de sintomas ou sintomas mínimos e 11 pontos ou mais para a presença de sintomas depressivos (I. S. Santos et al., 2007). Além disso, a EPDS foi utilizada neste estudo para avaliar depressão gestacional e no pós-parto.

Além disso, foi utilizado um questionário geral, contendo perguntas relacionadas ao pai do bebê e com variáveis sociodemográficas. Na avaliação da primeira etapa, foram utilizadas as seguintes variáveis: Você vive/mora com o companheiro Sim/Não; Apoio do pai na gestação Sim/Não; Escolaridade materna 0-3 anos/4-7 anos/8-10 anos/11 ou mais; e Idade materna até 23 anos/24-29 anos/30 anos ou mais.

Já para a terceira etapa, foi utilizada a seguinte questão: Quais as tarefas do pai nos cuidados deste filho? Dar banho, trocar fraldas, alimentar, colocar dormir, passear, brincar, pegar no colo, todas com opções de resposta dicotômicas, Não/Sim

6.3.4 Estudo piloto

Duas mães com filhos de idades semelhantes às da amostra e que não fazem parte do estudo, responderam aos questionários antes de iniciar as coletas, para que assim, pudéssemos identificar as possíveis falhas na aplicação e nas perguntas. Posteriormente, o questionário foi submetido a uma revisão e adequação para garantir uma qualidade na coleta dos dados.

6.3.5 Logística

A primeira etapa do estudo foi realizada no domicílio das gestantes, a segunda etapa no HUSFP e a terceira etapa ocorreu na UCPel em duas salas planejadas e estruturadas para as necessidades do estudo. As avaliações foram aplicadas através de questionários impressos e aplicados por bolsistas de iniciação científica treinados.

6.4 Processamento e Análise de dados

Os dados foram codificados e duplamente digitados no programa EpiData 3.1, a fim de obter consistência dos dados. Posteriormente, os dados serão analisados no *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* através de frequência simples e relativa, teste qui-quadrado e regressão logística. Para todas as análises, serão consideradas associações significativas quando $p < 0,05$.

6.5 Aspectos éticos

O estudo maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob o protocolo sob protocolo 1.174.221 (ANEXO D). Todas as participantes receberam informações sobre o objetivo do estudo e aquelas que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) e (ANEXO B). E as gestantes que eram menores de idade, um responsável assinou o termo. Aquelas gestantes que foram identificadas com sintomas de depressão gestacional e/ou as mães apresentaram sintomas de depressão pós-parto, foram encaminhadas para atendimento no local mais adequado para cada demanda, de acordo com o endereço da residência da participante.

6.5.1 Riscos

Este estudo apresenta riscos mínimos às gestantes/mães, pelos possíveis desconfortos ao responder os questionários, como mobilizações de sentimentos decorrentes das perguntas.

6.5.2 Benefícios

Para as mães que pontuaram para depressão gestacional e pós-parto, o estudo maior ofereceu tratamento psicoterapêutico de modelo breve com terapia cognitivo-comportamental de forma gratuita. Além disso, caso houvesse a identificação de outros transtornos ou demandas identificadas nas entrevistas diagnósticas, as mulheres recebiam orientação e encaminhamento para atendimento no local mais adequado para cada demanda.

6.6 Cronograma

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração do projeto	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Qualificação do projeto										x		
Análise dos resultados										x	x	
Redação do artigo											x	x
Defesa												x

* 1 refere-se a Fevereiro e Março de 2023. As etapas de Treinamento, Estudo-Piloto e Coleta de Dados não foram inseridas no cronograma, visto que já finalizaram em 2019.

6.7 Orçamento

O estudo maior conta com financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates. Todo o projeto foi contemplado com o valor total de R\$ 499.379,80 e posteriormente R\$300.000,00. Assim, este projeto não possui valores adicionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. O. Pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Psicologia*, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001382014>. Acesso em: Mai. 2024.

CASTILLO, R.; CARLAT, D.; MILLON, T.; MILLON, C.; MEAGHER, S.; GROSSMAN, S.; ASSOCIAÇÃO AP. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Washington: Imprensa da Associação Americana de Psiquiatria, 2007.

CAMPBELL, S. B.; COHN, J. F.; MEYERS, T. Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, v. 31, p. 349-357, 1992.

COHN, J. F.; CAMPBELL, S. B.; MATTIAS, R.; HOPKINS, J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology*, v. 26, p. 15-23, 1990.

DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. R. de. Envolvimento paterno durante o nascimento dos filhos: pai "real" e "ideal" na perspectiva materna. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Internet]. 2013;26(1):184-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100020>. Acesso em: 25 Out. 2023

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. M. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005.

GENESONI, L.; TALLANDINI, M. A. Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*, v. 36, n. 4, p. 305-318, 2009.

GONÇALVES, A. C. A puérpera e o recém nascido em alojamento conjunto. In: OLIVEIRA, D. L. (Org.). *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2005.

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 9, e00094016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>. Acesso em: 9 jun. 2024.

HOSSAIN, Z.; FIELD, T.; GONZALEZ, J.; MALPHURS, J.; DEL VALLE, C.; PICKENS, J. Infants of depressed mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Behavior and Development*, v. 17, n. 1, p. 1-10, 1994.

LAMB, M. E.; PLECK, J. H.; CHARNOV, E. L.; LEVINE, J. A. Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, v. 25, n. 3, p. 883-894, 1985.

MARTINS, D.; PIRES, A. P. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 106-115, jul.-dez. 2008. DOI: 10.7327/MPSS.v16i2.141. Disponível em: <<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1728/1/MPS%2016%282%29%20106-115.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2023

MAY, K. A. Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, v. 31, p. 337-342, 1982.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez*. Rio de Janeiro, RJ: Jagatirica Digital, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Depressão pós-parto: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MORAES, I. G.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; HORTA, B. L.; SOUSA, P. L.; FARIA, A. D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. *Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PICCININI, C. A.; SILVA, M. R.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S.; TUDGE, J. O. envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Internet], v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000300003>. Acesso em: fev. 2024

RADKE-YARROW, M.; ZAHN-WAXLER, C. Research on affectively ill parents: some considerations for theory and research on normal development. *Development and Psychopathology*, v. 2, p. 349-366, 1990.

ROBERTSON, E., GRACE, S., WALLINGTON T., & STEWART, D. E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295, 2004. Disponível em: [doi:10.1016/j.genhosppsy](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy). Acesso em: Nov. 2023

SEGRE, L. S.; O'HARA, M. W.; ARNDT, S.; STUART, S. The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 42, n. 4, p. 316-321, 2007.

STERN, D. N. *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SANTOS, IS; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, BF; BARROS, AJD; BOTELHO, IP; LAPOLLI, C.; e outros. Validação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) em amostra de mães do Estudo de Coorte de Nascimentos de Pelotas, 2004. *Cadernos de Saúde Pública* , [vhttps://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300003](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300003) . Acesso em 15 abr. 2024

TETI, D. M.; GELFAND, D. M. Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. In: MURRAY, L.; COOPER, P. J. (Eds.).

Postpartum depression and child development, p. 136-163. New York, NY: The Guilford Press, 1997.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 15, supl. 7-14, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600002>. Acesso em: 14 abr. 2024

ZHANG, X.; MA, P.; LI, M. The association between paternal childcare involvement and postpartum depression and anxiety among Chinese women - a path model analysis. *Arch Womens Ment Health*, v. 26, n. 1, p. 99-106, fev. 2023. DOI: 10.1007/s00737-022-01256-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01256-2>. Acesso em: 12 jun. 2024

PARTE II: ARTIGO

Título:

A PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O APOIO PATERNO NA GESTAÇÃO E NO PÓS-
PARTO E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

MATERNAL PERCEPTION OF PATERNAL SUPPORT DURING PREGNANCY
AND POSTPARTUM AND ITS ASSOCIATION WITH POSTPARTUM
DEPRESSION

PERCEPCIÓN MATERNA DEL APOYO PATERNA DURANTE EL EMBARAZO Y
EL POSPARTO Y SU ASOCIACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSPARTO

Título resumido:

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE O APOIO PATERNO NA GESTAÇÃO E NO
PÓS-PARTO E DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Mariana Kopp Neves¹, Bárbara Borges Rubin¹, Ricardo Tavares Pinheiro¹

¹Universidade Católica de Pelotas

AUTOR CORRESPONDENTE

Ricardo Tavares Pinheiro

Universidade Católica de Pelotas

R. Gonçalves Chaves, 373 - Centro, Pelotas - RS, 96015-560

ricardo.pinheiro@sou.ucpel.edu.br

*Artigo foi submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública

RESUMO

Introdução: A insatisfação com o apoio paterno parece estar associada a níveis mais elevados de depressão pós-parto materna e há indícios de que a ausência desse suporte pode agravar a saúde mental da mãe. **Objetivo:** Este estudo teve por objetivo avaliar a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e o apoio prático no pós-parto e a sua associação com a depressão pós-parto. **Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal aninhado a um estudo maior com gestantes da cidade de Pelotas/RS. Os dados do presente estudo se referem a avaliações que ocorreram na gestação e aos 90 dias pós-parto. Para identificar mulheres com depressão-pós-parto, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Além disso, foi utilizado um questionário contendo perguntas relacionadas ao pai do bebê e com variáveis sociodemográficas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas com o parecer número 1.174.221. Foi utilizada análise multivariada por regressão logística para ajuste de possíveis fatores de confusão, incluindo as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada. **Resultados:** A amostra foi composta por 755 mulheres e a prevalência de depressão pós-parto foi de 17,1%. Mulheres que não tinham o apoio prático paterno com relação a passear com o bebê apresentaram 2,2 (IC95%: 1,0; 4,6) vezes mais chance de ter depressão pós-parto quando comparadas às mulheres que tinham tal apoio. **Conclusões:** Os resultados confirmam a associação entre falta de apoio paterno no pós-parto com uma maior prevalência de depressão pós-parto, um achado importante, que permite planejar intervenções precoces para estimular o apoio paterno tanto na gestação quanto no pós-parto, afim de minimizar a prevalência de depressão pós-parto e suas consequências para a díade mãe-bebê.

Palavras-chaves: gestação; apoio paterno; período pós-parto; depressão pós-parto

ABSTRACT

Introduction: Dissatisfaction with paternal support appears to be associated with higher levels of maternal postpartum depression, and there is evidence that the absence of such support may worsen the mother's mental health. **Objective:** This study aimed to evaluate maternal perceptions of paternal support during pregnancy and practical support in the postpartum period, and their association with postpartum depression. **Methods:** This is a longitudinal study nested within a larger study with pregnant women from the city of Pelotas, RS. The data from this study refer to assessments that occurred during pregnancy and 90 days postpartum. The Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was used to identify women with postpartum depression, in addition to a questionnaire containing questions related to the baby's father and sociodemographic variables. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Catholic University of Pelotas under opinion number 1,174,221. Multivariate logistic regression analysis was used to adjust for possible confounding factors, including variables that presented $p < 0.20$ in the bivariate analysis. **Results:** The sample consisted of 755 women and the prevalence of postpartum depression was 17.1%. Women who did not have practical paternal support regarding taking their babies for walks were 2.2 (95% CI: 1.0; 4.6) times more likely to have postpartum depression when compared to women who had such support. **Conclusions:** The results confirm the association between lack of paternal support in the postpartum period and a higher prevalence of postpartum depression, an important finding that allows planning early interventions to stimulate paternal support both during pregnancy and postpartum, in order to minimize the prevalence of postpartum depression and its consequences for the mother-baby dyad.

Keywords: pregnancy; paternal support; postpartum period; postpartum depression

INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um período de transição capaz de produzir um estado temporário de instabilidade emocional, em virtude das modificações nos papéis sociais e de identidade bem como, nas adaptações interpessoais e intrapsíquicas as quais a mulher precisa fazer¹. Além disso, ocorrem alterações físicas, hormonais e psíquicas, podendo refletir diretamente na saúde mental materna. O puerpério é o momento em que ocorre com maior frequência transtornos mentais nas mulheres, e entre eles está a depressão pós-parto (DPP)¹.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V TR), a DPP é um episódio de depressão maior, que pode ter início dentro das quatro primeiras semanas após o parto, podendo se estender até 1 ano². E, quando deprimidas, as mães tendem a ficar mais reclusas, prejudicando a sua capacidade de desempenhar atividades com o bebê, podendo acarretar em uma falta de atenção e insensibilidade à segurança, saúde e necessidades do seu bebê³.

A DPP materna está associada a diversos fatores de risco, e entre estes, a ausência de apoio social. Um estudo apontou que o isolamento social percebido na gravidez é um fator de risco para a DPP, encontrando uma associação entre baixo apoio emocional e instrumental recebido durante a gravidez e a ocorrência de DPP⁴.

Ademais, o apoio emocional ou prático advindos de uma rede de apoio, como o pai do bebê, através de assistência, afeto, companhia e informações, desempenha um papel crucial na promoção da saúde materna⁵. Um estudo de gestantes revelou que a insatisfação com o apoio paterno está associada a índices mais altos de DPP materna, mostrando que a ausência do suporte do pai do bebê, pode agravar problemas de saúde mental materna^{6,7}.

Visto isso, se evidencia que a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e no pós-parto pode influenciar o curso do desenvolvimento da DPP, acarretando em prejuízos significativos tanto para a mãe, quanto para seu bebê. Porém, não foram encontrados estudos os quais especificassem nas avaliações os tipos de apoio paterno percebido, bem como subsídios em relação ao apoio prático paterno. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e o apoio prático recebido no pós-parto e a sua associação com a depressão materna pós-parto.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal aninhado a um estudo maior com gestantes da cidade de Pelotas/RS intitulado "Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar", que teve início no ano de 2016. Foram incluídas na captação inicial mulheres com até 24 semanas gestacionais residentes de metade dos setores censitários da cidade de Pelotas/RS, Brasil, previamente delimitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na malha do Censo de 2010. Foram sorteados 244 dos 488 setores censitários que compõem a zona urbana da cidade e a identificação da amostra se deu por estudantes da área da saúde através de busca ativa em todas as casas dos setores sorteados entre os anos de 2016 e 2018.

As díades mãe-filho(a) vêm sendo avaliadas no estudo maior desde a gestação e durante o desenvolvimento da criança, sendo a última etapa concluída com as crianças em torno dos 5 anos de idade. No presente artigo, foram incluídos dados coletados na gestação, em avaliação ocorrida no momento da identificação das gestantes e no período pós-parto, aos 3 meses de idade do bebê.

Para avaliar a depressão pós-parto, foi utilizada aos 90 dias pós-parto a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), a qual se trata de um instrumento de autorrelato, composto por 10 questões referentes aos sintomas depressivos no período gravídico-puerperal, de fácil e rápida aplicabilidade. Os itens da escala correspondem a sintomas de depressão clínica. A avaliação geral é feita pela soma dos pontos de cada pergunta, sendo que índices mais altos indicam maior gravidade dos sintomas depressivos. O escore total varia de 0 a 30 pontos e, neste estudo, foi considerado de 0-10 pontos para a ausência de sintomas ou sintomas mínimos e 11 pontos ou mais para a presença de sintomas depressivos⁸.

Além disso, foi utilizado um questionário contendo perguntas relacionadas ao pai do bebê e com variáveis sociodemográficas. Na avaliação da primeira etapa (durante a gestação), foram utilizadas as seguintes variáveis: Você vive/mora com o companheiro (Sim/Não); Apoio do pai do bebê na gestação (Sim/Não); Escolaridade materna (0-3 anos/4-7 anos/8-10 anos/11 ou mais); e Idade materna (até 23 anos/24-29 anos/30 anos ou mais). Ainda, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁷ para classificação econômica das participantes, gerando categorias que vão de "A" à "E", sendo "A" a classe econômica mais alta e "E"

a mais baixa. No presente estudo, as classes “A” e “B” foram agrupadas, bem como as classes “D” e “E”.

Já para avaliação pós-parto, foi utilizada a seguinte questão: Quais as tarefas do pai nos cuidados deste filho? Dar banho, trocar fraldas, alimentar, colocar pra dormir, passear, brincar, pegar no colo, todas com opções de resposta dicotômicas (Não/Sim).

Os dados foram codificados e duplamente digitados no programa EpiData 3.1, com checagem de inconsistências. Posteriormente, os dados foram analisados no *IBM SPSS Statistics 22.0* através de frequência simples e relativa e do teste qui-quadrado. Todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram levadas para a análise multivariada, realizada através de regressão logística. Para todas as análises, foram consideradas associações significativas quando $p < 0,05$.

O estudo maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob o protocolo 1.174.221. Todas as participantes receberam informações sobre o objetivo do estudo e aquelas que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com relação às gestantes menores de idade, um responsável assinou o termo. Aquelas mulheres que foram identificadas com sintomas de depressão pós-parto, foram encaminhadas para receber um protocolo de atendimento psicológico breve baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental oferecido pelo projeto de pesquisa.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 755 mulheres, as quais foram avaliadas na cidade de Pelotas/RS, entre os anos de 2016 a 2019. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas no período gestacional e de percepção de apoio paterno associadas com os sintomas de depressão dessas mulheres aos 90 dias pós-parto (DPP). (Tabela 1)

A maioria das mulheres tinha até 27 anos de idade (55,1%), 9 anos de estudo ou mais (70,6%) e pertenciam à classe econômica C (55,6%). Ainda, a maioria das mulheres vivia com o pai do bebê (86,1%), percebia o apoio paterno na gestação (94,2%) e no pós-parto (57,0%). (Tabela 1)

Na análise bivariada, apresentaram associação estatisticamente significativa com os sintomas de depressão pós-parto as variáveis viver com o pai do bebê e apoio paterno na gestação. Com relação a viver com o pai do bebê, entre as mulheres que não viviam com o pai do bebê durante a gestação a prevalência de sintomas de DPP foi de 29,8%

(n=31), enquanto as que viviam com o pai do bebê, 15,1% (n=98) apresentavam sintomas de DPP, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). (Tabela 1)

Com relação ao apoio paterno na gestação, entre mulheres que não se sentiam apoiadas a prevalência de sintomas de DPP foi de 34,1% (n=15) enquanto entre as que se sentiam apoiadas pelo pai do bebê durante a gestação, 16,1% (n=114) apresentavam tais sintomas. Sendo assim, a prevalência de sintomas de DPP foi significativamente maior entre as mulheres que não se sentiam apoiadas pelo pai do bebê na gestação ($p = 0,002$). (Tabela 1)

As variáveis idade, escolaridade, classe econômica e apoio paterno no pós-parto não demonstraram associação estatisticamente significativa com os sintomas de DPP nas mulheres ($p > 0,05$). (Tabela 1)

A tabela 2 refere-se à associação do apoio paterno prático no pós-parto com os sintomas de depressão pós-parto (DPP) nas mulheres aos 90 dias pós-parto. Em relação ao apoio prático, 52,5% (n=393) dos pais não davam banho no bebê, 34,8% (n=26) não trocavam a fralda e 29,0% (n=217) não colocavam para dormir. Ainda, 15,2% (n=114) dos pais não passeavam com a criança, 9,3% (n=70) não brincavam e 8,5% (n=64) não pegavam no colo. (Tabela 2)

Quanto à associação do apoio prático paterno com os sintomas de DPP, na análise bivariada verificou-se que a prevalência destes sintomas foi significativamente maior entre nas mulheres as quais o pai não trocava fraldas ($p = 0,032$), não passeava com o bebê ($p = 0,001$), não brincava ($p = 0,038$) e não pegava a criança no colo ($p = 0,004$). As demais variáveis de apoio prático paterno não demonstraram associação significativa com a DPP materna ($p > 0,05$). (Tabela 2)

A tabela 3 refere-se à análise de regressão logística ajustada do efeito de características sociodemográficas e de apoio paterno na presença dos sintomas de depressão em mulheres aos 90 dias pós-parto. Assim, verificou-se que permaneceram associadas à DPP as variáveis idade materna, viver com o pai do bebê na gestação e apoio prático paterno em relação a passear com a criança. (Tabela 3)

Observou-se, em relação à idade, que mulheres com 28 anos ou mais, possuíam 1,7 (IC 95% 1,1; 2,7) vezes mais chance de apresentar sintomas depressivos pós-parto, quando comparadas com mulheres de até 27 anos de idade ($p = 0,011$). (Tabela 3)

Sobre viver com o pai do bebê, mulheres as quais não viviam com o pai do bebê na gestação tiveram 1,9 (IC 95% 1,0; 3,6) vezes mais chance de apresentar sintomas

depressivos pós-parto, quando comparadas às mulheres que viviam com o pai do bebê ($p=0,040$). (Tabela 3)

No que diz respeito ao apoio prático paterno de passear com o bebê, mulheres as quais não percebiam este apoio, apresentaram 2,2 (IC 95% 1,0; 4,6) mais chance de ter sintomas depressivos pós-parto quando comparadas às mulheres que tinham este apoio ($p=0,049$). (Tabela 3)

As demais variáveis inseridas na regressão logística multivariada como possíveis fatores de confusão não apresentaram associação estatisticamente significativa, bem como os demais apoios práticos paternos no pós-parto ($p>0,05$). (Tabela 3)

DISCUSSÃO

Este artigo teve como objetivo avaliar a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação e o apoio prático recebido no pós-parto e a sua associação com a depressão pós-parto, além de descrever as tarefas do pai nos cuidados com a criança. Como principal achado, evidenciou-se que mulheres que não tinham apoio prático paterno em relação a passear com o bebê tiveram uma maior chance de apresentar depressão pós-parto.

Nosso estudo corrobora com resultados anteriores presentes na literatura sobre a importância do apoio paterno durante a gestação e o período pós-parto⁸. Porém, não foram encontrados, até o momento, estudos que avaliaram especificamente a relação do apoio prático paterno em relação a passear com o bebê, com sintomas de DPP, assim como nosso estudo mostra.

Entretanto, o envolvimento paterno referente ao engajamento, se relaciona com as interações diretas entre pai e filhos, e são referentes às brincadeiras, atividades de cuidado e lazer. Nos dias atuais, o pai tem se mostrado mais participativo, sendo ativo nas tarefas domésticas, em relação a seus filhos, levando a momentos de lazer, como por exemplo, às aulas de natação, futebol, dança, bem como a médico e escola⁹. Atividades as quais têm um propósito recreativo, sendo formas de passear. Assim, este tipo de envolvimento paterno pode ser considerado como um apoio e quando a mulher apresenta DPP, ela necessita de um apoio social maior ainda¹⁰, visto que ter mais apoio tem uma relação direta com o aumento na capacidade de enfrentar situações difíceis¹¹.

Porém, um estudo evidenciou que as mulheres têm a impressão de que o envolvimento do companheiro se daria bem mais no que diz respeito a brincadeiras e passeios, do que em relação às tarefas mais exaustivas de cuidado com o bebê¹².

Ademais, em um estudo que teve por objetivo investigar a experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê, trouxe como um auto relato de uma mãe a seguinte frase “Se eu tô sozinha com ela (filha), ela me atrasa em tudo, é um caos mesmo”¹³. Com isso, percebe-se que, mesmo que talvez o tipo de apoio paterno não seja o esperado pelas mães, como por exemplo, trocar fraldas, colocar para dormir ou dar banho, que são consideradas tarefas mais exaustivas, as mulheres acabam se contentando com o envolvimento paterno em relação a brincadeiras e passeios, pois, pelo menos durante estes momentos, as mulheres conseguem ter um tempo sozinhas para descansar ou realizar outras atividades, sem se sentirem “atrasadas”.

Em relação à associação entre a depressão pós-parto e não viver com o pai do bebê, o resultado encontrado neste estudo se mostra consistente com publicação anterior.⁵ Este fato pode ser referente a sobrecarga das responsabilidades do cuidado infantil, de afazeres e manutenção da casa, pois não ter o apoio de um parceiro contribui para níveis elevados de estresse e exaustão. Bem como, fatores relacionados às questões econômicas, já que mães que não coabitam com o pai do bebê podem enfrentar maiores dificuldades financeiras, o que pode aumentar os sintomas de DPP¹⁴. Com isso, evidencia-se que residir com o pai do bebê, se mostra um fator de proteção para DPP¹⁵.

No que se refere à idade materna, o medo, a insegurança, ansiedade, irritabilidade e a depressão, são comuns em gestantes e puérperas de todas as idades, mas, dependendo da idade, apresentam algumas distinções¹⁹. A literatura revela resultados ambíguos: alguns estudos evidenciam uma maior prevalência de DPP entre adolescentes¹⁶, no entanto, outros mostram um risco cinco vezes maior de apresentar DPP entre mulheres com mais de 30 anos, quando comparadas a mulheres mais jovens¹⁷. Bem como, outro estudo que teve por objetivo examinar o impacto de um histórico de depressão na DPP e nos fatores de risco pré e perinatais, evidenciou que entre todas as mulheres, houve um aumento estatisticamente significativo no risco de DPP para mulheres com mais de 35 anos, em comparação com mulheres de 25 a 29 anos¹⁸.

A literatura aponta que as mulheres principalmente após os 34 anos, demonstram mais preocupação com a sua saúde, como possibilidades de complicações obstétricas e perinatais, e também relacionadas aos julgamentos referentes à idade para a maternidade. Estudos os quais vão ao encontro com o nosso achado, que evidenciou que mulheres com 28 anos ou mais, tem uma maior proporção de sintomas de DPP quando comparadas às mulheres com idade até 27 anos. Desse modo, ressalta-se a necessidade de novos estudos que avaliem a associação entre a DPP e a idade materna.

Sobre as limitações do estudo, podem ser consideradas em relação aos questionários sobre as tarefas realizadas pelo pai do bebê no pós-parto, visto que, as respostas aos questionários foram a partir do relato materno e quando deprimidas, as mães podem ter discrepâncias e distorções acerca do apoio que recebem, e da quantidade de apoio que elas efetivamente recebem.⁴ Para um resultado mais fidedigno, sugere-se para que em novas pesquisas a variável de apoio paterno seja coletada de forma observada por um avaliador, considerando que, além de haver viés no relato materno sobre o apoio, também pode haver viés no relato paterno. Bem como, a impossibilidade de estabelecimento de causalidade nas variáveis medidas aos 3 meses pós-parto. Cabe ressaltar que mulheres que apresentaram depressão ou risco para depressão durante a gestação passaram por um protocolo de tratamento para os referidos sintomas oferecido pelo estudo maior, podendo a ocorrência de depressão pós-parto na amostra estar subestimada. Contudo, tal intervenção não impossibilita a avaliação da relação entre a DPP e as tarefas do pai. Como ponto forte, destacamos que o presente estudo é composto por uma amostra grande de mulheres que traz novos e atuais subsídios para a literatura referente ao apoio prático paterno no pós-parto, a importância da presença do companheiro na gestação e sobre a relação entre a idade materna de 28 anos ou mais com sintomas de DPP.

Os resultados do presente estudo apontam para implicações relevantes e evidenciam a importância de promover a participação ativa dos pais durante o período gestacional e no pós-parto, sendo uma estratégia essencial na prevenção de sintomas DPP e que promove o desenvolvimento da criança. Iniciativas como programas de orientação parental, e para casais, grupos de apoio voltados aos pais, psicoterapia em casal e campanhas educativas sobre a importância do papel paterno e sintomas de DPP materna são fundamentais. Além disso, a implementação de políticas públicas a fim de garantir mais licenças paternas, pode facilitar o envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê e no suporte às mães.

Por fim, os resultados demonstram a necessidade de abordagens personalizadas e individualizadas em relação ao cuidado à saúde mental materna, sendo importante considerar os fatores de risco contextuais, como a estrutura dinâmica familiar, apoio paterno e a idade materna para uma atuação mais específica. Ao identificar mães em maior vulnerabilidade, os profissionais de saúde podem atuar de uma maneira preventiva, oferecendo suporte psicológico e promovendo o envolvimento do pai do bebê nos

cuidados, a fim de minimizar os impactos negativos da DPP sobre a saúde materna e também em relação ao desenvolvimento infantil.

CONCLUSÕES

Este estudo revela como principais achados, que a falta do apoio prático paterno em relação a passear com seus filhos, não viver com o pai do bebê e ter 28 anos ou mais, estão associadas com a DPP materna.

Cabe ressaltar a importância do estudo para métodos de prevenção da saúde da mulher na gestação e no pós-parto, e o estímulo do apoio paterno, bem como, mais subsídios para a literatura científica. Desfechos significativos para mulheres com DPP, e também para os pais e profissionais da saúde, as quais integram o cuidado diário dessas mulheres.

Os achados no presente estudo, poderão auxiliar a identificação da DPP, visando um cuidado integrado com o intuito de estimular a aderência ao tratamento e conseqüentemente auxiliar na melhora da qualidade de vida das mulheres, bem como, estimular o apoio paterno, tanto na gestação quanto no pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves AC. A puérpera e o recém-nascido em alojamento conjunto. In: Oliveira DL, organizador. *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2005.
2. **Associação Psiquiátrica Americana.** (2022). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR*. Artmed
3. Teti DM, Gelfand DM. Cognições maternas como mediadoras de resultados infantis no contexto da depressão pós-parto. Em: Murray L, Cooper PJ, editores. *Depressão pós-parto e desenvolvimento infantil*. Nova York: The Guilford Press; 1997. p.
4. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Fatores de risco pré-natais para depressão pós-parto: uma síntese da literatura recente. *Gen Hosp Psiquiatria*. 2004;26:289–95. Disponível em: doi:10.1016/j.genhosppsy. Acesso em: novembro de 2024.
5. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2024 jun 9];33(9):e00094016 .<https://doi.org/10.1590/0102--311X000940>
6. Frizzo GB, Piccinini CAM. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Estud*. 2005;10(1):47–55.
7. Hossain Z, Field T, Gonzalez J, Malphurs J, Del Valle C, Pickens J. Bebês de mães deprimidas interagem melhor com seus pais não deprimidos. *Infant Behav Dev*. 1994;17(1):1
8. Konradt CE, Silva RA da, Jansen K, Vianna DM, Quevedo L de A, Souza LD de M, et al.. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2011;33(2):76–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>
9. Benczik EBP. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Rev Psicopedagogia*. 2011;28(85):67-75. Disponível em: <http://pepsic.bvs.bvsalud.org/pdf/psicótico/v28n85/07.pdf>.
10. VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 15, supl. 7-14, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600002>. Acesso em: 14 abr. 2024

11. PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. *Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
12. Brown S, Lumley J, Small R, Astbury J. *Missing voices: the experience of motherhood*. New York: Oxford University Press; 1994.
13. Schwengber DD de S, Piccinini CA. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estud psicol (Campinas)* [Internet]. 2005Apr;22(2):143–56. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200004>
14. Bauman BL, Ko JY, Cox S, et al. *Sinais vitais: sintomas depressivos pós-parto e discussões de provedores sobre depressão perinatal — Estados Unidos, 2018*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:575–581. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6919a2>
15. Guedes CC, Rodrigues CF, Aleixo D de S e S, Fernandes FB de A, Melo IC, Martins LT, Cardoso Júnior MS, Borges ME de A, Esteves PL de C. Depressão pós-parto em pacientes na adolescência. *REAMed* [Internet]. 25out.2024 [citado 26nov.2024];24:e17442. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/17442>
16. Lanzi RG, Bert SC, Jacobs BK. Depressão entre uma amostra de mães adolescentes e adultas pela primeira vez. *J Criança Adolescente Psiquiatra Enfermeira*. 2009;22:194-202. doi: 10.1111/j.1744-6171.2009.00199.x.
17. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Larsson H, Sandin S. Os fatores de risco para depressão pós-parto: Um estudo de base populacional. *Depress Anxiety*. 2017;34(2):178-87. doi: 10.1002/da.22597
18. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015) Critério de classificação econômica Brasil.
19. Teixeira MG, Carvalho CMS, Magalhães JM, Veras JMMF, Amorim FCM, Jacobina PKF. Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica. *J Enfermeira Saúde*. 2021;11(2).

Tabela 1: Características sociodemográficas no período gestacional e de percepção de apoio paterno associadas com os sintomas de depressão pós-parto (DPP) em mulheres aos 90 dias pós-parto na cidade de Pelotas/RS.

	Presença de sintomas de DPP (EPDS \geq 11)		p-valor
	N (%)	N (%)	
Idade			0,052
Até 27 anos	416 (55,1)	61 (14,7)	
28 anos ou mais	339 (44,9)	68 (20,1)	
Escolaridade*			0,165
Até 8 anos	206 (29,4)	40 (19,4)	
9 anos ou mais	495 (70,6)	75 (15,2)	
Classe econômica*			0,499
A+B (Classes altas)	203 (27,4)	32 (15,8)	
C (Classe média)	412 (55,6)	69 (16,8)	
D+E (Classes baixas)	126 (17,0)	26 (20,6)	
Viver com o pai do bebê na gestação			<0,001
Não	105 (13,9)	31 (29,8)	
Sim	650 (86,1)	98 (15,1)	
Apoio paterno na gestação			0,002
Não	44 (5,8)	15 (34,1)	
Sim	711 (94,2)	114 (16,1)	
Apoio paterno no pós-parto			0,101
Não	325 (43,0)	64 (19,7)	
Sim	430 (57,0)	65 (15,2)	
Total	755 (100,0)	129 (17,1)	-

*Variáveis com dados faltantes;

DPP = depressão pós-parto;

EDPS = Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Tabela 2: Associação do apoio paterno prático no pós-parto com os sintomas de depressão pós-parto (DPP) em mulheres aos 90 dias pós-parto da cidade de Pelotas/RS.

	Presença de sintomas de DPP (EPDS \geq 11)		p-valor
	N (%)	N (%)	
Apoio prático paterno: dar banho			0,179
Não	393 (52,5)	74 (18,9)	
Sim	356 (47,5)	54 (15,2)	
Apoio prático paterno: trocar fralda			0,032
Não	261 (34,8)	55 (21,2)	
Sim	488 (65,2)	73 (15,0)	
Apoio prático paterno: colocar para dormir			0,662
Não	217 (29,0)	39 (18,1)	
Sim	532 (71,0)	89 (16,7)	
Apoio prático paterno: passear			0,001
Não	114 (15,2)	32 (28,3)	
Sim	635 (84,8)	96 (15,1)	
Apoio prático paterno: brincar			0,038
Não	70 (9,3)	18 (26,1)	
Sim	679 (90,7)	110 (16,2)	
Apoio prático paterno: pegar no colo			0,004
Não	64 (8,5)	19 (30,2)	
Sim	685 (91,5)	109 (15,9)	
Total	755 (100)	129 (17,1)	

DPP = depressão pós-parto;

EDPS = Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Tabela 3: Análise de regressão logística do efeito de características sociodemográficas e de apoio paterno na presença dos sintomas de depressão em mulheres aos 90 dias pós-parto da cidade de Pelotas/RS.

	Presença de sintomas de DPP (EPDS \geq 11)	
	RC (IC 95%)	p-valor
Idade		0,011
Até 27 anos	1,0	
28 anos ou mais	1,7 (1,1; 2,7)	
Escolaridade		0,208
Até 8 anos	1,3 (0,8; 2,1)	
9 anos ou mais	1,0	
Viver com o pai do bebê		0,040
Não	1,9 (1,0; 3,6)	
Sim	1,0	
Apoio paterno na gestação		0,249
Não	1,7 (0,7; 3,9)	
Sim	1,0	
Apoio paterno no pós-parto		0,286
Não	1,3 (0,8; 1,9)	
Sim	1,0	
Apoio prático paterno: dar banho		0,767
Não	0,9 (0,6; 1,5)	
Sim	1,0	
Apoio prático paterno: trocar fralda		0,780
Não	1,1 (0,6; 1,8)	
Sim	1,0	
Apoio prático paterno: passear		0,049
Não	2,2 (1,0; 4,6)	
Sim	1,0	
Apoio prático paterno: brincar		0,053
Não	0,2 (0,0; 1,0)	
Sim	1,0	
Apoio prático paterno: pegar no colo		0,149
Não	3,2 (0,7; 15,7)	
Sim	1,0	

DPP = depressão pós-parto;

EDPS = Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

RC = Razão de Chances

IC = Intervalo de Confiança

PARTE III: CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que a falta do apoio prático paterno em relação a não passear com seus filhos, mulheres não viverem com o pai do bebê e mulheres terem 28 anos ou mais, estão associadas com a DPP. Bem como, como objetivo principal, o presente estudo evidenciou que as gestantes que não perceberam o apoio paterno tanto na gestação quanto no pós-parto tiveram uma maior prevalência de depressão pós-parto.

Os achados poderão auxiliar a identificação da DPP, visando um cuidado integrado com o intuito de estimular a aderência ao tratamento e consequentemente auxiliar na melhora da qualidade de vida das mulheres e estimular o apoio paterno, tanto na gestação quanto no pós-parto.

Foram encontrados poucos estudos com variáveis paternas. E não foram vistos em outros estudos, a análise das tarefas paternas no cuidado prático com seus filhos. Houve a identificação de uma alta prevalência de falta de apoio.

APÊNDICES

APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para 18 anos ou mais

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos:E-mail: gravidezcuidadabebesaudavel@gmail.com; Telefones (53)2128-8451

Você está sendo convidado a participar como voluntário e autorizar a participação de seu bebê, da pesquisa “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós- parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre de gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta de sangue. Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe

treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal da nossa equipe. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores irão tratar sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento.

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar deste estudo. Declaro também aceitar que meu/minha filho(a) _____, participe da avaliação.

Pelotas, ___ de _____ de 20__.

Assinatura Pesquisador

Assinatura Participante

APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para menores de 18 anos

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos: E-mail: gravidezcidadabebesaudavel@gmail.com; Telefones: (53)2128-8451

Eu, _____, na condição de _____, autorizo _____, a participação como voluntária, assim como a de seu bebê, na pesquisa “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós- parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre de gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta de sangue. Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal de nossa equipe. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO:

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores irão tratar sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento. Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que autorizo e concordo com a participação de _____, neste estudo, assim como seu/sua filho(a) _____, participem da avaliação.

Pelotas, ____ de _____ de 20__.

Assinatura Pesquisador

Assinatura do Responsável

ANEXOS

ANEXO A- INSTRUMENTOS

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS):

NOS ÚLTIMOS SETE DIAS:**140. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.**

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

141. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

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

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

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

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

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

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

- (3) Sim, muitas vezes.

- (2) Sim, algumas vezes.
- (1) Não muitas vezes.
- (0) Não, nenhuma vez.

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

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

146. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

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

147. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

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

148. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

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

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

- (3) Sim, muitas vezes, ultimamente.
- (2) Algumas vezes nos últimos dias.
- (1) Pouquíssimas vezes, ultimamente.
- (0) Nenhuma vez.

E foram feitas as seguintes perguntas para avaliar a percepção materna sobre o apoio paterno na gestação:

15. Você tem algum apoio para cuidar da criança?

15a. Pai (0) Não (1) Sim (8) NSA

15b. Mãe (0) Não (1) Sim (8) NSA

15c. Sogra (0) Não (1) Sim (8) NSA

15d. Filhos (0) Não (1) Sim (8) NSA

15e. Outros: _____

Em relação ao pai do filho que você está esperando:

23. Você vive/mora com ele? (0) Não (1) Sim

24. Tu te sentes apoiada por ele em relação a esta gestação? (0) Não (1) Sim

25. Como foi a reação dele quando soube da gravidez?

(0) Ficou contente

(1) Indiferente

(2) Não gostou

(3) Não vive com o pai do bebê

E a seguinte pergunta para avaliar a percepção materna sobre o apoio paterno no pós-parto:

39. Quais as tarefas do pai nos cuidados deste filho?

(a) **Dar banho** (0) Não (1) Sim

(b) **Trocar fraldas** (0) Não (1) Sim

(c) **Alimentar** (0) Não (1) Sim

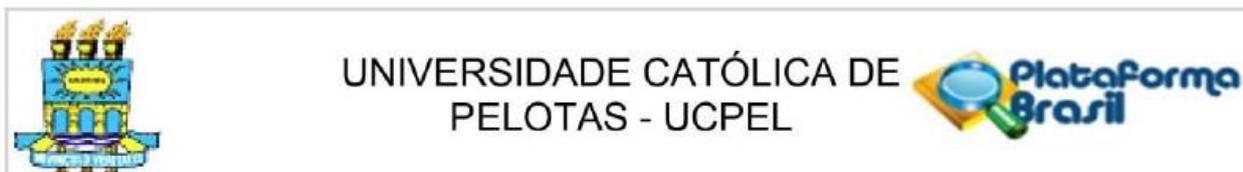
(d) **Colocar dormir** (0) Não (1) Sim

(e) **Passear** (0) Não (1) Sim

(f) **Brincar** (0) Não (1) Sim

(g) **Pegar no colo** (0) Não (1) Sim

ANEXO B- CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar

Pesquisador: RICARDO TAVARES PINHEIRO

Área Temática: Genética Humana;
(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

Versão: 2

CAAE: 47807915.4.0000.5339

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pelotas - UCPel

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.729.653

Apresentação do Projeto:

O projeto está organizado em subprojetos: (i) um estudo de coorte para ampliar a compreensão dos determinantes psicossociais na depressão gestacional e pós-parto e a abrangência da influência dos fatores psicossociais da mãe sobre o desenvolvimento neurocognitivo da criança; e (ii) dois ensaios clínicos randomizados (ECR) para avaliar a eficácia de modelos de intervenção psicossocial para prevenção do Transtorno Depressivo Maior (TDM) no pós-parto, bem como no tratamento do TDM no período gestacional e no pós-parto.

O projeto na sua proposta inicial foi aprovado pelo Comitê de Ética em agosto de 2016.

A solicitação em pauta diz respeito a inclusão nos objetivos do projeto dos quatro adendos abaixo relacionados:

1) Avaliar a prevalência do aparecimento de transformações cutâneas em mulheres no período da gestação e do pós-parto, assim como o impacto causado pelas mesmas. As transformações serão

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



Continuação do Parecer: 1.729.653

avaliadas após 60 da primeira intervenção com as gestantes e 90 dias após o parto. O questionário que será empregado está incluído na documentação do projeto presente na Plataforma Brasil;

2) Avaliar a satisfação e as atitudes das gestantes com relação a imagem corporal, especialmente no que diz respeito ao ganho de peso durante a gestação. Os dados serão coletados após 60 dias da primeira avaliação com as gestantes e 90 dias após o parto através de uma escala denominada "Escala de Atitudes em Relação ao Ganho de Peso na Gestação";

3) Avaliar o reflexo vermelho no fundo do olho dos bebês. Esta avaliação é decorrência direta da realização do "teste do olhinho", que é preconizado pelo Ministério da Saúde. O teste será realizado por estudantes de medicina devidamente treinados para esta finalidade, sob acompanhamento de médico da área;

4) Avaliar o desenvolvimento da morfologia fetal, a movimentação do concepto e avaliação do líquido amniótico através de ecografia obstétrica no segundo trimestre da gravidez. Este procedimento de rotina não agrega riscos a mãe e nem ao bebê, sendo inclusive oportuna sua realização sistemática.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e concomitantemente identificar marcadores biológicos intimamente relacionados aos transtornos psiquiátricos, visando o desenvolvimento de um conjunto de testes que crie uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional e pós-parto e da saúde da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos potenciais envolvidos tendo em vista a abordagem considerada quando da aplicação dos instrumentais previstos no projeto. Por sua vez, os benefícios são amplos, abrangendo a prevenção, diagnóstico e o tratamento da TDM de maneira mais abrangente, bem como a saúde do bebê. Todas as investigações estão acompanhadas dos respectivos procedimentos de orientação e o respectivo tratamento das pessoas envolvidas, quando necessário.

O adendo que está sendo avaliado objetiva a realização de quatro medidas que não estavam previstas no projeto. Nenhuma delas gera risco para mãe ou bebê, sendo duas delas

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



Continuação do Parecer: 1.729.653

rotineiramente preconizadas no acompanhamento pre e perinatal. O princípio da beneficência é fortalecido com a garantia de realização destas medidas preconizadas, as quais nem sempre efetivadas pelo SUS em tempo hábil.

O TCLE empregado no projeto faz parte da documentação fornecida e as quatro medidas incluídas já estão cobertas pelo caráter amplo do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se caracteriza por significativa relevância, tanto pela modernidade e importância das medidas previstas, como também pelo o objetivo de criar instrumentos mais eficazes para lidar com a TDM e a saúde do bebê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram contemplados na documentação do projeto e estão de acordo com o recomendado.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é atual, de grande significado social e com objetivos relevantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_784477 E1.pdf	30/08/2016 10:01:49		Aceito
Outros	Adendogates.pdf	30/08/2016 09:56:56	RICARDO TAVARES PINHEIRO	Aceito
Outros	cep rtp justificativa.pdf	31/07/2015 17:10:51		Aceito
Outros	MOTOR SCALE.pdf	30/07/2015 19:45:48		Aceito
Outros	MINI 500 Plus (1).pdf	30/07/2015 19:38:48		Aceito
Outros	Instrumento Gates MOCA.pdf	30/07/2015 19:34:51		Aceito
Outros	Instrumento GATES.pdf	30/07/2015 19:29:25		Aceito

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



Continuação do Parecer: 1.729.653

Outros	declar serv psiquiatria.pdf	30/07/2015 09:35:34		Aceito
Outros	Carta_de_Apresentação_Ricardo_Pinheiro.pdf	30/07/2015 09:32:12		Aceito
Folha de Rosto	Comite_de_ética_Ricardo_Pinheiro (1).pdf	30/07/2015 09:31:04		Aceito
Outros	Professores e link do lattes.pdf	30/07/2015 09:30:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Gattes CEP.pdf	29/07/2015 23:30:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Gattes.pdf	29/07/2015 23:26:42		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 15 de Setembro de 2016

Assinado por:
Sandro Schreiber de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br