



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E RELIGIOSIDADE ENTRE
GESTANTES E PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UM PROGRAMA DE
INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO
LONGITUDINAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

**DEPRESSIVE SYMPTOMS AND RELIGIOSITY AMONG
PREGNANT AND PUERPER WOMEN ASSISTED IN A
BREASTFEEDING INCENTIVE PROGRAM: A LONGITUDINAL
STUDY DURING THE COVID-19 PANDEMIC**

Piracicaba

2023

FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E RELIGIOSIDADE ENTRE GESTANTES E
PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UM PROGRAMA DE INCENTIVO AO
ALEITAMENTO MATERNO: UM ESTUDO LONGITUDINAL DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19**

**DEPRESSIVE SYMPTOMS AND RELIGIOSITY AMONG PREGNANT AND
PUERPER WOMEN ASSISTED IN A BREASTFEEDING INCENTIVE PROGRAM:
A LONGITUDINAL STUDY DURING THE COVID-19 PANDEMIC**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Odontologia, na Área de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rosana de Fátima Possobon

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA FERNANDA GABRIELE DA COSTA
RAVEN ORIENTADA PELA PROF^a. DRA.
ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

Piracicaba

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

R196s Raven, Fernanda Gabriele da Costa, 1977-
Sintomas depressivos e religiosidade entre gestantes e puérperas
atendidas em um programa de incentivo ao aleitamento materno : um estudo
longitudinal durante a pandemia de COVID-19 / Fernanda Gabriele da Costa
Raven. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Depressão pós-parto. 2. Religião. 3. COVID-19. 4. Gravidez. 5. Período
pós-parto. I. Possobon, Rosana de Fátima, 1968-. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Depressive symptoms and religiosity among pregnant and puerper women assisted in a breastfeeding incentive program : a longitudinal study during the COVID 19 pandemic

Palavras-chave em inglês:

Depression, postpartum

Religion

COVID-19 (Disease)

Pregnancy

Postpartum period

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutora em Odontologia

Banca examinadora:

Rosana de Fátima Possobon [Orientador]

Karine Laura Cortellazzi Mendes

Aline Alves Brasileiro

Vanessa Gallego Arias Pecorari

Fernando Marcio Cortelo

Data de defesa: 08-11-2023

Programa de Pós-Graduação: Odontologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-8509-551X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/2547031878352410>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 08 de novembro de 2023, considerou a candidata FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN aprovada.

PROF^a. DR^a. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

PROF^a. DR^a. ALINE ALVES BRASILEIRO

PROF^a. DR^a. VANESSA GALLEGO ARIAS PECORARI

PROF^a. DR^a. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

PROF. DR. FERNANDO MARCIO CORTELO

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais Roberto (in memoriam) e Sandra. Agradeço por todo amor e pelo apoio incondicional. À minha filha Sofia, que mesmo com pouca idade soube entender minha "distância" e torceu incansavelmente para que eu alcançasse esse título de Doutora. Ao Fagner, por estar ao meu lado em todos os momentos desse percurso, por me apoiar, incentivar, e por ter sempre as palavras certas para me manter no foco e perseverar.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Campinas, representada pelo Reitor Prof. Dr. Antônio José de Almeida Meirelles;

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, representada pelo Diretor Prof. Dr. Flávio Henrique Baggio Aguiar;

À Coordenadoria de Pós-Graduação da FOP-UNICAMP, representado pelo Prof. Dr. Valentim Adelino Ricardo Barão;

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO) da FOP-UNICAMP, representado pelo Coordenador Prof. Dr. Antônio Pedro Ricomini Filho;

Ao Chefe do departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil da FOP-UNICAMP, Prof. Dr. Luiz Francesquini Júnior;

À Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon, pela orientação, ensinamentos, incentivo, amizade durante os anos de doutorado e Cepae;

Aos professores do PPGO área de Saúde Coletiva, pelo apoio, instrução e conhecimento compartilhado.

Agradeço a todos os participantes que de forma voluntária permitiram a realização desse trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS....

À minha orientadora, Profa Dra Rosana Possobon, pela orientação, pelos ensinamentos, pelas oportunidades proporcionadas durante a pesquisa e em todos esses anos de Cepae, acima de tudo, pela paciência, confiança e por ser um modelo de pessoa e profissional. Tenho muito carinho e admiração!

Agradeço ao Cepae, todos os colegas de supervisão, alunos e em especial agradeço à Sirlei Ferezini que sempre me recebeu com um sorriso no rosto.

Agradeço também à colega Laís Renata Almeida Cezário, que me ajudou em diversos momentos na elaboração desse trabalho

Agradeço aos meus amigos Adriana Heitmann, Flávia Gambarelli e Rafael Massih pela amizade verdadeira tão rara hoje em dia.

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional.

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno psiquiátrico grave associado à redução da qualidade de vida e ao suicídio materno e considerada um problema de saúde pública mundial. O diagnóstico e o tratamento da DPP e de outros transtornos psicológicos mostraram-se de extrema importância durante o período pandêmico da COVID-19, quando houve um aumento na incidência e na prevalência de depressão materna perinatal. Com isso em mente, estudos têm investigado alguns fatores, tal como a religiosidade, que podem atuar como protetores contra a depressão, especialmente no puerpério. Este estudo longitudinal teve como objetivo investigar a prevalência de sintomas depressivos entre gestantes e puérperas participantes de duas etapas do Programa de Atenção Precoce em Saúde oferecido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae), da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP)-Unicamp, verificando a associação entre o nível de religiosidade e de sintomas de depressão na gestação e no pós-parto. Utilizou-se um questionário online, que possibilitou a coleta de dados socioeconômicos e demográficos, além dos instrumentos para verificação dos níveis de sintomas de depressão, sendo utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) durante a gestação e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS) no puerpério, e do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), para mensurar o nível de religiosidade das mulheres da amostra. Participaram do estudo 174 mulheres, numa coorte da gestação ao puerpério. Observou-se que 25,3% das gestantes apresentaram relato de depressão e 31,1% apresentaram choro sem motivo frequentemente ou às vezes. Houve associação significativa direta entre os escores de sintomas de depressão no pós-parto e os escores de sintomas de depressão na gestação (Rate ratios=1,03; IC95%: 1,02-1,05), $p<0,05$. Foi encontrada associação significativa entre o grau de depressão na gestação e no pós-parto ($p<0,05$) e uma relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional (Rate ratio=0,93; IC95%:0,87-0,99) e da religiosidade intrínseca (Rate ratio=0,94; IC95%:0,91-0,98), $p<0,05$. Conclui-se que o nível de depressão pós-parto (DPP) esteve associado à depressão durante a gestação e a religiosidade organizacional e intrínseca demonstram ser fatores de proteção para a DPP.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Religião; COVID-19, Gravidez, Período pós-parto.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is a serious psychiatric disorder associated with reduced quality of life and maternal suicide and considered a worldwide public health problem. The diagnosis and treatment of PPD and other psychological disorders proved to be extremely important during the COVID-19 pandemic period, when there was an increase in the incidence and prevalence of depression during the perinatal period. With this in mind, studies have investigated factors such as religiosity that may act as protectors against depression, especially in the postpartum period. Thus, this longitudinal study carried out in the city of Piracicaba-SP with 174 pregnant and postpartum women aimed to investigate the incidence of depressive symptoms among pregnant and postpartum women participating in two stages of the Early Health Care Program offered by Cepae-FOP-Unicamp, verifying the association with the level of religiosity and the level of depression during pregnancy and postpartum. An online questionnaire containing questions about sociodemographic data and the Beck Depression Inventory (BDI-II), Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and Duke Religiosity Index (DUREL) instruments were used. It was observed that 25.3% of the pregnant women reported depression and 31.1% often or sometimes cried for no reason. There was a direct significant relationship between postpartum depression symptom scores and pregnancy depression symptom scores (Rate ratios=1.03; 95%CI: 1.02-1.05), $p<0.05$. A significant association was found between the degree of depression during pregnancy and postpartum ($p<0.05$) and a significant inverse relationship between the scores of symptoms of postpartum depression and the scores of organizational religiosity (Rate ratio=0,93; 95%CI:0.87-0.99) and intrinsic religiosity (Rate ratio=0.94; 95%CI:0.91-0.98), $p<0.05$. It is concluded that the level of postpartum depression (PPD) was associated with depression during pregnancy and that organizational and intrinsic religiosity are protective factors for PPD.

Keywords: Depression, Postpartum; Religion; COVID-19 (Disease); Pregnancy; Postpartum period.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ARTIGO: Sintomas depressivos e religiosidade entre gestantes e puérperas atendidas num programa de incentivo ao aleitamento materno: um estudo longitudinal durante a pandemia de COVID-19	16
3 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS	31
4 REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	36
APÊNDICE 1: Inventário de Depressão de Beck	36
APÊNDICE 2: Escala de Depressão Pós Parto de Edinburgh	39
APÊNDICE 3: Escala de Religiosidade de Duke (Durel)	40
ANEXOS	41
ANEXO 1 -Relatório de verificação de originalidade e prevenção de plágio	41
ANEXO 2 - Comprovante de submissão do artigo	42
ANEXO 3 - Parecer de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa Humana	43

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental que afeta, de maneira global, milhões de pessoas e vem se tornando uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. É caracterizada por sintomas como tristeza profunda, isolamento, desesperança, perda de interesse ou prazer em atividades diárias ou com pessoas que antes gostava, pensamentos de morte ou suicídio, inquietação, insônia ou hipersonia, alterações na alimentação e peso, falta de energia, ansiedade, estresse e excesso de preocupação (WHO, 2017; Brasil, 2020). A saúde mental está intimamente relacionada ao estado emocional, psicológico e bem-estar geral de um indivíduo, especialmente, em gestantes e puérperas (O'Connor et al., 2016).

Na gestação, ocorre um aumento na produção hormônios, como o estrogênio e a progesterona que, após o parto, sofre uma queda acentuada, e pode ocasionar algumas alterações emocionais. No pós-parto, as mães além de aprenderem a lidar com seu novo papel e suas responsabilidades maternas, também passam por uma série de mudanças físicas (corporais e hormonais), nas relações familiares e até econômicas (Irwin et al., 2016; Handelzalts et al., 2020). Essas demandas emocionais, aliadas a transições hormonais, privação de sono, fadiga e necessidade de apoio social podem transformar o puerpério em um período de estresse elevado, resultando em distúrbios psicológicos como ansiedade generalizada e depressão (Irwin et al., 2016; Matthey, 2016; Theme Filha et al., 2016; Handelzalts et al., 2020).

Assim, durante o puerpério, as mães podem desenvolver desde o chamado *baby blues* (ou tristeza materna), caracterizado por sintomas depressivos mais leves (irritabilidade, crises de choro, confusão e fadiga, sem afetar a sua vida diária ou os cuidados com o bebê) e geralmente manifestado até seis semanas após o parto, até sintomas depressivos severos e incapacitantes, de maior duração, caracterizada como depressão pós-parto (DPP) (Mughal et al., 2022).

A DPP é um transtorno psiquiátrico grave associado à redução da qualidade de vida e ao suicídio materno, sendo considerada um problema de saúde pública mundial (Wisner et al., 2006; Payne e Maguire, 2019; Ceriani Cernadas, 2020; Liu et al 2021; Terada et al., 2021). Seus sintomas característicos se desenvolvem ao longo dos três primeiros meses do puerpério, porém, seu início pode ser inesperado e prolongado até o primeiro ano após o parto. Quando o

quadro não é diagnosticado e tratado, ela pode se tornar crônica (American Psychiatric Association, 2014). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA – 2014) aponta que é considerada DPP até 4 semanas após o parto. A Classificação Internacional de Doenças (CID-11), atualizado em 2022, sugere o acréscimo de duas semanas. Entretanto, estudos mostram que a DPP ocorre em períodos mais longos do que o estabelecido no DSM-V e no CID-11, e que os profissionais de saúde deveriam considerar este período maior para a realização de seus diagnósticos na prática clínica (Brum, 2017)

Os sinais e sintomas da DPP podem ser similares aos da depressão, entretanto, podem incluir preocupações excessivas, medo de ser mãe, culpa excessiva ou inadequada, choro incontrolável, alteração dos padrões de sono, distúrbios do apetite, irritabilidade, raiva, preocupações extremas com a criança ou desinteresse por ela, sensação de incapacidade de cuidar do filho ou do papel materno. O suicídio e o infanticídio estão entre as complicações mais graves (American Psychiatric Association, 2014; Shorey et al., 2018; Ceriani Cernadas, 2020).

A DPP pode interferir também na vinculação entre mãe-filho. Mulheres com quadro depressivo podem não criar laços afetivos com o filho, o que pode resultar em problemas emocionais, sociais e cognitivos nesta criança, podendo se estender até a adolescência (American Psychiatric Association, 2014; Hahn-Holbrook et al., 2014; Ministério da Saúde, 2020).

Quando não tratada, a DPP traz consigo consequências negativas para a saúde e o bem-estar das mães e dos seus bebês (Wisner, 2006; Slomian et al., 2019). No caso das mães, a DPP pode causar danos à saúde física e mental, com redução da qualidade de vida e o desenvolvimento de comportamentos de risco (tabagismo e ideias suicidas) e, ainda, problemas de relacionamento como dificuldade nas suas interações com o bebê, com o parceiro e com familiares (Slomian et al., 2019). Assim, a DPP pode influenciar negativamente e até interromper a interação e o vínculo mãe-bebê, devido à falta ou diminuição da sensibilidade, podendo afetar os cuidados maternos, e a amamentação (Pope e Mazmanian, 2016; Shorey et al., 2018; Slomian et al., 2019).

Efeitos negativos também são vistos na criança, afetando a saúde física, interferindo no sono, na antropometria e no desenvolvimento mental, motor, cognitivo, de linguagem, emocional, social e comportamental. A saúde mental infantil também pode ser afetada, observando-se deficiência de autorregulação, baixa autoestima e surgimento de problemas comportamentais, temperamento infantil mais difícil, problemas de saúde, diminuição do

desenvolvimento intelectual e motor, menor confiança na mãe, baixa autoestima e problemas comportamentais em longo prazo e que podem acompanhar a criança ao longo da vida (Wisner, 2006; Letourneau et al., 2012; Slomian et al., 2019).

A prevalência de DPP varia de acordo com o país, as normas culturais, o nível socioeconômico, o período de triagem determinado, a definição do transtorno, o tipo de instrumento utilizado no diagnóstico, presença ou ausência de estrutura de apoio, bem como percepções e ou estigma de saúde mental das mães investigadas em todo o mundo (Parsons et al., 2012; APA, 2013; Slomian et al., 2019; Payne e Maguire, 2019).

De forma global, entre 10 e 20% das mulheres são afetadas com DPP no primeiro ano pós-parto (Ceriani Cernadas, 2020) e 25% após o primeiro ano (Falana e Carrington, 2019). Essa prevalência pode chegar a 26,3% especialmente em países em desenvolvimento (Liu et al., 2021). Uma revisão sistemática apontou valores de prevalência de DPP que variaram de 1,9% a 82,1% em países desenvolvidos e de 5,2% a 74,0% em países em desenvolvimento (Slomian et al., 2019). No Brasil, estudos relatam uma incidência de DPP de aproximadamente 25% (Theme, 2016; Silva et al., 2019). No entanto, autores afirmam que essas estimativas são subestimadas visto que muitos casos de DPP são ainda subdiagnosticados (Payne & Maguire, 2019; Ceriani Cernadas, 2020).

Embora a etiologia da DPP não seja claramente reconhecida (Shorey et al., 2018), estudos apontam para alguns fatores de risco tais como a presença de depressão e de ansiedade durante a gravidez (anterior ou atual), predisposição genética para depressão, vivência de eventos estressantes durante a gravidez e/ou o puerpério precoce, baixos níveis de apoio social - especialmente por parte do parceiro e da família, sensação de sobrecarga, história de abuso físico, baixo nível socioeconômico e educacional, divórcio e gravidez indesejada (Gaillard et al., 2014; Falana e Carrington, 2019; Ceriani Cernadas, 2020; Liu et al., 2021).

A identificação dos fatores de risco à DPP contribui para que os profissionais de saúde realizem mais rapidamente o diagnóstico, o manejo e o tratamento de suas pacientes (Liu et al., 2021). Alguns pesquisadores defendem que as mulheres deveriam ser avaliadas e os sintomas de risco para DPP mapeados pelo menos uma vez no período gestacional e outra no pós-parto (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, 2015; Wu et al., 2020; Guvenc et al., 2021).

O diagnóstico e o tratamento da DPP e outros transtornos psicológicos mostraram-se de extrema importância durante o período pandêmico da COVID-19, quando houve um aumento na incidência e na prevalência de depressão durante o período perinatal (Guvenc et al., 2021; Lebel et al., 2021). Esse aumento da DPP durante a pandemia pode ter sua explicação nas mudanças do estilo de vida, decorrentes do isolamento social imposto à população em geral

(Wu et al., 2020; Guvenc et al., 2021). A dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização tanto do pré-natal quanto do acompanhamento médico pós-parto, advinda do medo da contaminação, da preocupação com o risco à própria vida e a do bebê e o aumento de tensão nos relacionamentos sociais são fatores que podem ter influenciado no número de casos de DPP (Guvenc et al., 2021; Lebel et al., 2021).

Com isso em mente, estudos têm investigado fatores que podem atuar como protetores contra a depressão, especialmente no período pós-parto (Dervic et al., 2006; Clements et al et al., 2016; Handelzalts et al, 2020). Dentre esses fatores, a religiosidade e a espiritualidade têm sido inversamente associadas à depressão maior (Miller t al., 2012) e associadas ao bem estar de puérperas que apresentaram baixos níveis de DPP e alta qualidade de vida (Dervic et al., 2006; Clements et al., 2016).

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

A religiosidade e a espiritualidade têm sido identificadas como aspectos que podem acelerar a remissão dos sintomas, prevenir recorrências e podem ser benéficas no tratamento da depressão (Santos, 2012). A participação em encontros religiosos pode levar o indivíduo a questionar pensamentos disfuncionais, enquanto a espiritualidade é vista como uma parte essencial do eu, auxiliando no desenvolvimento pessoal e na melhora dos casos (Mosqueiro, 2020). Desta forma a religiosidade e a espiritualidade têm sido associadas a índices menores de depressão, uma melhor recuperação dos casos, redução nas taxas de suicídio e abuso de substâncias, bem como à promoção da estabilidade familiar e conjugal (Chequini, 2020). Portanto, quando as questões religiosas são bem estabelecidas e lideradas com responsabilidade, tendem a promover melhores hábitos de vida.

A religiosidade está relacionada à participação em atividades religiosas organizadas com adesão a doutrinas específicas A influência da religiosidade em desfechos de saúde como a DPP tem sido investigada, visto que em algumas culturas, como no Brasil, o parto e a maternidade são associados a religião, com experiências e rituais religiosos como o batismo e

com as decisões sobre a educação religiosa dos filhos tendo grande destaque para as famílias (Cheadle et al., 2015).

Um estudo realizado num Hospital Universitário de Minas Gerais nos anos de 2021 e 2022 apontou que a abordagem integrada da saúde mental, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, pode ser fundamental para promover o bem-estar materno e melhorar os resultados de saúde nesse período tão importante da vida das mulheres (Simões, 2023).

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

A fim de verificar associações entre sintomas de depressão e de religiosidade, este estudo acompanhou mulheres da gestação ao puerpério, e resultou num artigo científico, apresentado a seguir.

2 ARTIGO: Depressão e religiosidade durante a pandemia do COVID-19: um estudo longitudinal entre mulheres da gestação ao puerpério.

Artigo submetido ao periódico Saúde e Sociedade e aguardando o processo de revisão.
O comprovante de submissão do artigo encontra-se no anexo 1.

Autores:

Nome: Fernanda Gabriele da Costa Raven.

Endereço: Av. Limeira, 901 - Areião, Piracicaba – São Paulo, Brasil. 13414-903

e-mail: fernanda.raven@gmail.com

Número ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8509-551X>

Entidade institucional: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil. Piracicaba – São Paulo

Nome: Laís Renata Almeida Cezário

Endereço: Av. Limeira, 901 - Areião, Piracicaba – São Paulo, Brasil. 13414-903

e-mail: laysrenata.almeida@gmail.com

Número ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0737-2857>

Entidade institucional: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil. Piracicaba – São Paulo

Nome: Rosana de Fátima Possobon (Autor Correspondente)

Endereço: Av. Limeira, 901 - Areião, Piracicaba – São Paulo, Brasil. 13414-903

e-mail: rosanapossobon@hotmail.com

Número ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6179-3030>

Entidade institucional: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil. Piracicaba – São Paulo

Resumo

Este estudo longitudinal verificou a prevalência de sintomas depressivos entre mulheres participantes de um Programa de Atenção Precoce em Saúde, oferecido gratuitamente por uma instituição de ensino superior, com o objetivo de investigar a associação entre religiosidade e sintomas de depressão, da gestação ao puerpério. Por meio de entrevistas feitas à distância (online), foram registradas informações socioeconômicas e demográficas e sobre a presença de sintomas de depressão e religiosidade. Foram utilizados os instrumentos Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS) e Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). A amostra final foi de 174 mulheres. Os resultados mostraram relação significativa direta entre os escores de sintomas de depressão no pós-parto e os escores de sintomas de depressão na gestação (Rate ratios=1,03; IC95%: 1,02-1,05), $p<0,05$, havendo associação significativa entre o nível de depressão na gestação e no pós-parto ($p<0,05$) e uma relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional (Rate ratio=0,93; IC95%:0,87-0,99) e da religiosidade intrínseca (Rate ratio=0,94; IC95%:0,91-0,98), $p<0,05$. Conclui-se que depressão pós-parto (DPP) esteve associada à depressão durante a gestação. A religiosidade (organizacional e intrínseca) apresentou-se como fator de proteção para a DPP.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Religião; COVID-19

Abstract

This longitudinal study verified the incidence of depressive symptoms among women participating in an Early Health Care Program offered free of charge by a higher education institution, intending to investigate the association between religiosity and symptoms of depression from pregnancy to postpartum. Through distance interviews (online), we recorded socioeconomic and demographic information and symptoms of depression and religiosity. We used the instruments Beck Depression Inventory (BDI-II), Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and Duke Religiosity Index (DUREL). The final sample was 174 women. The results showed a significant direct relationship between postpartum depression and depression symptom scores during pregnancy (Rate ratios=1.03; 95% CI: 1.02-1.05), $p<0.05$, with a significant association between the level of depression during pregnancy and postpartum ($p<0.05$) and a significant inverse relationship between postpartum depression symptom scores and organizational religiosity scores (Rate ratio=0.93; 95%CI:0.87-0.99) and intrinsic

religiosity (Rate ratio=0.94; 95%CI:0.91-0.98), $p<0.05$. We concluded that the postpartum depression (PPD) level was associated with depression during pregnancy. Religiosity (organizational and intrinsic) was presented as a protective factor for PPD.

Keywords: Depression, Postpartum; Religion; COVID-19

Introdução

A depressão entre puérperas é considerada um transtorno psiquiátrico grave, que pode estar associado à piora na qualidade de vida, sendo risco ao suicídio.¹⁻³

Estudos relatam que cerca de 25% das mulheres são acometidas pela depressão pós-parto (DPP)⁴, embora essa estimativa possa ser subestimada, pois muitos casos de DPP são subdiagnosticados.^{1,3} Devido à sua alta prevalência, a DPP tem sido considerada um problema de saúde pública mundial.¹⁻³

Puérperas diagnosticadas com DPP geralmente apresentam-se preocupadas em excesso, temem ser mães, têm alteração de humor, e perdem o interesse e o prazer em realizar atividades que lhes eram agradáveis anteriormente. Além disso, muitas mulheres afetadas podem ter alteração do peso corporal, episódios de insônia, dificuldade de concentração, perda ou aumento súbito de apetite, agitação ou retardo psicomotor, cansaço extremo, e até sentimentos de inutilidade, culpa ou inadequação, podendo evoluir para ideação suicida.^{2,5}

Todas estas alterações afetam negativamente a saúde e o bem-estar da mãe e do seu bebê.⁶ Dentre diversas consequências, pode-se destacar a dificuldade em estabelecer vínculo com o bebê, afetando ou reduzindo a amamentação.^{5,6}

Estudos apontam para alguns fatores de risco para a DPP, com destaque para a presença de depressão durante a gravidez^{2,3,7}.

Durante a pandemia da COVID-19, foi observado um aumento dos casos de depressão entre puérperas^{8,9}, provavelmente em decorrência do isolamento social^{8,10} e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde.^{8,9}

Devido à gravidade das consequências deste transtorno entre gestantes e mães, alguns pesquisadores têm investigado fatores que podem atuar como protetores contra a depressão, especialmente no período pós-parto.^{11,12} Dentre esses fatores, a religiosidade e a espiritualidade têm sido inversamente associadas à depressão maior¹³ e associadas ao bem-estar de puérperas que apresentaram baixos níveis de DPP e alta qualidade de vida.^{11,12} No entanto, fatores como a religiosidade e seu papel na depressão pós-parto ainda precisam ser estudados na população brasileira.

Assim, a fim de suprir uma lacuna da literatura com estudos longitudinais e que investiguem a associação entre depressão e fatores protetivos, o presente estudo foi desenvolvido e traz contribuições importantes para o estudo sobre a saúde mental de mulheres durante a gestação e o período pós-parto.

Objetivo

Este estudo investigou a prevalência de sintomas depressivos entre mulheres participantes de um programa de atenção precoce à saúde durante a pandemia do COVID-19, acompanhando uma coorte da gestação ao puerpério, investigando sintomas de depressão e religiosidade.

Metodologia:

Estudo longitudinal, realizado ao longo do ano de 2021, com mulheres que participavam de um programa de atenção precoce em saúde oferecido por uma instituição pública de ensino superior. Por meio desse programa, que é iniciado ainda no período gestacional, uma equipe interdisciplinar composta por nutricionistas, psicólogos, cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiros e médico otorrinolaringologista oferece aconselhamento à gestante e atendimento à puérpera e seus filhos, de zero a cinco anos de idade, com ênfase em estímulo ao aleitamento materno.

Durante o período da pandemia de COVID-19, este Programa foi integralmente reestruturado e oferecido de forma online, evitando que as gestantes, puérperas e crianças ficassem desassistidas e sem rede de apoio durante esse período tão delicado de isolamento social.

Foram convidadas a participar do estudo as 240 gestantes inscritas no Programa durante o ano de 2021. Destas, 198 (82,5%) participaram da primeira fase do estudo (durante a gestação), sendo que 174 (72,5% do total das inscritas ou 87,9% das participantes da primeira fase), participaram da segunda fase (no puerpério, ou seja, de 30 a 40 dias do pós-parto). A coleta de dados foi feita de forma online, utilizando-se questionários desenvolvidos na plataforma Google Forms.

A variável de desfecho deste estudo foi “depressão”, verificada durante a gestação e no puerpério, por meio de dois instrumentos diferentes. No período gestacional, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), desenvolvido por Beck et al (1988)¹⁴ e validado para a população brasileira por Gorenstein e Andrade (1996)¹⁵. Trata-se de uma escala de auto relato,

composta por 21 itens referentes à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação e sensação de culpa, entre outros. Cada item apresenta quatro alternativas de resposta, que indicam graus crescentes de gravidade de depressão. Os indivíduos são classificados sem sintomas (pontuação de 0 a 9), com sintomas leves (10 a 18), com sintomas moderados (19 a 29) e sintomas severos (entre 30 e 63 pontos).^{14,15}

Para a coleta desta informação no puerpério, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS), desenvolvida por Cox et al (1987)¹⁶ e validada para a população brasileira por Santos et al (2007)¹⁷. Trata-se de um instrumento autoaplicável, com dez questões que avaliam os sintomas depressivos ocorridos nos últimos sete dias, sendo que os itens avaliam desde a ausência do sintoma até a gravidade e a duração. Os itens se referem à perda da capacidade de experimentar os prazeres do dia-a-dia, sentimento de culpabilidade, presença de elementos ansiogênicos, sentimentos de incapacidade sobre os acontecimentos e tarefas diárias, sintomatologia relativa à distúrbios de sono, estado de ânimo e ideação suicida. A somatória dos pontos perfaz escore de 0 a 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 10 (sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4%)¹⁷, sendo utilizado no rastreamento e no diagnóstico de depressão pós-parto.

Além de sintomas de depressão, foram coletadas variáveis potencialmente relacionadas com a ocorrência de sintomas depressivos, tais como a ocorrência de episódios depressivos anteriores e a frequência de choro sem motivo (sim ou não) e informações para caracterizar a amostra quanto aos dados socioeconômicos e demográficos: idade, grau de instrução da mulher e do companheiro, estado civil, renda mensal familiar, número de filhos, planejamento ou não da gestação, retorno ao trabalho após o parto e o nível de religiosidade da mulher.

Para identificação do nível de religiosidade, foi utilizado o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), desenvolvida por Koenig et al. (1997)¹⁸ e validada para a população brasileira por Taunay et al. (2012).¹⁹ Este índice mensura as três principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde:

- a) Religiosidade Organizacional: frequência a encontros religiosos, tais como missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração;
- b) Religiosidade Não Organizacional: frequência de atividades religiosas privadas, que podem ser feitas na privacidade do lar, independentes da interação com outras pessoas, por exemplo, orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio, etc.;
- c) Religiosidade Intrínseca: refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados

secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos. Este item avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e, de forma geral, a vida da pessoa.

Para o cálculo do escore do instrumento, é recomendado que os três domínios não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente.^{18,19} A escala de DUREL é invertida, ou seja, quanto menor o escore mensurado por cada dimensão, maior é a religiosidade. Porém, a fim de facilitar as análises dos dados deste estudo, inverteram-se as pontuações, ou seja, quanto maior a pontuação, maior a religiosidade.

Análise estatística

Inicialmente foram realizadas análises descritivas dos dados. Para as variáveis categóricas foram utilizadas frequências absolutas e relativas e para as demais variáveis foram utilizadas médias, desvios padrão e quartis. Para analisar as relações entre os escores de sintomas de depressão e de religiosidade utilizaram-se modelos de regressão binomial negativa. Foi construído um modelo para cada dimensão de religiosidade, evitando assim multicolinearidade. Foi também ajustado um modelo de regressão binomial negativa entre os escores de depressão na gestação e no puerpério. Todos os modelos foram ajustados para a idade e nível de escolaridade das mães. A partir desses modelos foram estimados os Rate Ratios com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Foi também analisada a associação entre o grau de depressão na gestação e no pós-parto, categorizados em leves, moderados e severos. Para isso foi utilizado o teste de qui-quadrado. Todas as análises foram realizadas no programa R (2022) com nível de significância de 5%.

Resultados

A amostra foi constituída por 174 participantes acompanhadas da gestação ao puerpério. Estas mulheres tinham média de idade de 32,5 anos, variando de 16 a 49 anos. Observa-se na Tabela 1 que a maioria das participantes tinha nível superior completo (71,3%), era casada (81,6%), primípara (62,6%) e havia planejado a gravidez (69,5%). Nota-se ainda que 25,3% apresentaram relato de depressão e apenas 17,8% nunca tiveram choro sem motivo durante a gravidez. Quando questionadas sobre a volta ao trabalho, 32,2% afirmaram que iriam retornar antes do bebê completar 6 meses e 35,1 após os 6 meses.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de perfil da amostra (n=174)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Grau de instrução da mulher	Alfabetizada	1 (0,6%)
	5ª a 8ª Série completa	1 (0,6%)
	2º Grau incompleto	4 (2,3%)
	2º Grau completo	26 (14,9%)
	Superior incompleto	18 (10,3%)
	Superior completo	124 (71,3%)
Grau de instrução do companheiro	Alfabetizado	1 (0,6%)
	2º Grau incompleto	6 (3,4%)
	2º Grau completo	52 (29,9%)
	Superior incompleto	18 (10,3%)
	Superior completo	77 (44,2%)
	Sem informação	20 (11,5%)
Estado civil	Casada/ União estável	142 (81,6%)
	Solteira	20 (11,5%)
	Separada / Divorciada / Viúva	4 (2,3%)
	Sem informação	8 (4,6%)
Renda (Salário mínimo)	de 1 a 2	33 (19,0%)
	de 3 a 4	67 (38,5%)
	e 5 a 6	35 (20,1%)
	de 7 a 8	11 (6,3%)
	de 9 a 10	13 (7,5%)
	de 11 a 12	3 (1,7)
	mais de 16	5 (2,9%)
	Sem informação	7 (4,0%)
Número de filhos	0	109 (62,6%)
	1	54 (31,0%)
	2	4 (2,3%)
	Sem informação	7 (4,0%)
Gravidez planejada	Sim	121 (69,5%)
	Não	46 (26,4%)
	Sem informação	7 (4,0%)
Relato de depressão	Sim	44 (25,3%)
	Não	122 (70,1%)
	Sem informação	8 (4,6%)
Choro sem motivo	Frequentemente	9 (5,2%)
	As vezes	45 (25,9%)
	Raramente	59 (33,9%)
	Nunca	31 (17,8%)
	Sem informação	30 (17,2%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Retorno ao trabalho	Não	18 (10,3%)
	Não sei	18 (10,3%)
	Sim, antes de o bebê completar 6 meses	56 (32,2%)
	Sim, após o bebê completar 6 meses	61 (35,1%)
	Sem informação	21 (12,1%)
Variável	Média (desvio padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)
Idade da mulher (anos)	32,5 (5,6)	33,0 (16,0-49,0)
Idade do companheiro (anos)	34,3 (7,0)	33,0 (17,0-61,0)

Na Tabela 2 pode-se observar a análise descritiva dos escores de sintomas de depressão na gestação e no pós parto. Nota-se que em uma escala que pode variar de zero a 63 e quanto mais próximo de 63, mais severos são os sintomas, a mediana do escore do instrumento de sintomas de depressão usada na gestação foi de 8,5. O escore máximo observado na amostra foi de 43, mas 75% da amostra apresentou escores até 14 (terceiro quartil=14). Em uma escala que poderia variar de zero a 30, a mediana dos escores da escala de depressão no pós-parto foi de 8,0. O escore máximo observado foi de 25, sendo que 75% da amostra apresentou escores até 12 (terceiro quartil=12). Ainda na Tabela 2 é apresentada a análise descritiva dos escores de religiosidade. As medianas dos escores da religiosidade organizacional e não organizacional foram de 4,0 e 6,0, respectivamente, em uma escala que pode variar de 1 a 6. Observa-se escore máximo de 6 nas duas dimensões, sendo que 75% da amostra apresentou escore até 5 e 6, respectivamente, para religiosidade organizacional e não organizacional. A mediana dos escores de religiosidade intrínseca foi 14, em uma escala que pode variar de 3 a 15. Ainda, 75% da amostra apresentou escore de religiosidade intrínseca até 15.

Tabela 2. Análise descritiva dos escores de religiosidade e de sintomas depressivos em gestantes e no pós-parto de gestações durante a pandemia (n=174)

Variável	Valor mínimo	Primeiro quartil	Mediana	Terceiro quartil	Valor máximo	Escala	Interpretação
Escore de sintomas de depressão na	0,0	5,0	8,5	14,0	43,0	0-63	Quanto maior a pontuação, mais severos são os sintomas

Variável	Valor mínimo	Primeiro quartil	Mediana	Terceiro quartil	Valor máximo	Escala	Interpretação
gestação (BDI-II)							
Escore de sintomas de depressão pós-parto (Edinburgh (EPDS))	0,0	4,0	8,0	12,0	25,0	0-30	Quanto maior a pontuação, mais severos são os sintomas
Religiosidade Organizacional	1,0	3,0	4,0	5,0	6,0	1-6	Quanto maior a pontuação, maior é a religiosidade
Religiosidade Não Organizacional	1,0	4,0	6,0	6,0	6,0	1-6	Quanto maior a pontuação, maior é a religiosidade
Religiosidade Intrínseca	3,0	12,0	14,0	15,0	15,0	3-15	Quanto maior a pontuação, maior é a religiosidade

Na Tabela 3 são apresentados os resultados das análises de regressão binomial negativa, realizada para explorar a relação entre as variáveis. A partir dos coeficientes dos modelos, foram estimados os Rate Ratios que indicam o grau de associação entre as variáveis. Observa-se relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional (Rate ratio=0,93; IC95%:0,87-0,99) e da religiosidade intrínseca (Rate ratio=0,94; IC95%:0,91-0,98), $p<0,05$. Observa-se ainda relação significativa direta entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores de sintomas de depressão na gestação (Rate ratios=1,03; IC95%: 1,02-1,05), $p<0,05$.

Tabela 3. Resultados das análises de regressão binomial negativa para os desfechos Escore de sintomas de depressão na gestação (BDI-II) e Escore de sintomas de depressão pós-parto (Edinburgh - EPDS) com as variáveis de religiosidade, ajustados para idade e nível de instrução das mães, em gestações durante a pandemia (n=174).

Desfecho	Variável	¹ Rate Ratio (IC 95%)	p-valor
	Religiosidade Organizacional	0,96 (0,89-1,03)	0,2409

Escore de sintomas de depressão na gestação (BDI-II)	Religiosidade Não Organizacional	0,96 (0,89-1,04)	0,2929
	Religiosidade Intrínseca	0,98 (0,94-1,02)	0,3822
Escore de sintomas de depressão pós-parto (Edinburgh (EPDS))	Religiosidade Organizacional	0,93 (0,87-0,99)	0,0235
	Religiosidade Não Organizacional	0,96 (0,89-1,02)	0,2008
	Religiosidade Intrínseca	0,94 (0,91-0,98)	0,0011
	Escore de sintomas de depressão na gestação (BDI-II)	1,03 (1,02-1,05)	<0,0001

¹Ajustados para idade e nível de instrução das mães.

Discussão

O presente estudo procurou investigar a prevalência de sintomas depressivos entre gestantes e puérperas durante a pandemia e verificar a existência de associação entre o nível de religiosidade e o nível de depressão na gestação e no pós-parto. Os achados indicaram associação significativa entre o grau de depressão na gestação e no pós-parto, com a variável religiosidade sendo um fator protetor para a DPP.

A frequência de gestantes que relataram sentir-se deprimidas e com choro sem motivo frequentemente ou às vezes, foi semelhante às encontradas em outros estudos realizados durante a pandemia, que relataram que o nível de depressão foi considerado alto durante a gestação^{9,20-22} e o pós-parto.^{20,23,24}

Nesse estudo, observou-se associação significativa entre o grau de depressão na gestação e no pós-parto, o que está de acordo com estudos que apontam a história de depressão ou outros distúrbios psicológicos como ansiedade e estresse, especialmente durante a gestação, como um dos fatores de risco para a DPP.^{3,25,26}

Este achado demonstra a necessidade de que sintomas de depressão sejam investigados ainda durante a gestação, a fim de que o diagnóstico precoce de distúrbios psicológicos e seu tratamento ocorra de forma adequada, evitando a progressão e o agravamento da doença durante o pós-parto.^{3,7}

Este estudo também investigou o nível de religiosidade das participantes e sua associação com a depressão pós-parto. Por meio do Índice de Religiosidade de Duke, a religiosidade – o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião- pode ser dividida em 3 dimensões (religiosidade Organizacional Não organizacional e intrínseca).¹⁹

Os escores de religiosidade nessa população foram altos, observando-se uma relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional e da religiosidade intrínseca. Assim, quanto maior o nível de religiosidade (organizacional e intrínseca) das mães, menor seu nível de depressão, enfatizando o papel da religiosidade como um fator protetor da depressão pós-parto.

Este achado corrobora com estudos que investigaram o papel da religiosidade na depressão em mulheres latinas e identificaram a religiosidade como um fator protetor para a depressão perinatal (durante a gravidez e pós-parto) especialmente quando há falta de apoio social.^{11,27-29} No entanto, de acordo com Mann et al., (2008)²⁷, esse resultado pode ser controverso visto que pessoas deprimidas muitas vezes são menos propensas a participar de atividades religiosas e outros eventos sociais podendo influenciar essa associação.

Além disso, estes resultados demonstram que, apesar do período pandêmico e da imposição do isolamento social, com fechamento de igrejas e centros ecumênicos, as gestantes e puérperas continuaram a desenvolver sua religiosidade e suas crenças espirituais, provavelmente por meio de reuniões virtuais ou familiares, utilizando a religiosidade como uma ferramenta para enfrentar as situações estressantes causados pela pandemia.³⁰

Este estudo possui limitações. A avaliação dos níveis de depressão por meio de instrumentos de autorrelato pode subestimar os resultados, devido à ocultação dos sintomas por parte dos participantes.²¹ Além disso, a utilização e questionário online como ferramenta de coleta de dados pode ter limitado o número de respondentes. Ainda é preciso considerar que se trata de uma amostra participava de um serviço de saúde específica, devendo-se ter cuidado ao generalizar seus resultados.

No entanto, esse estudo possui como pontos fortes o acompanhamento das gestantes ao longo do tempo, apesar das dificuldades em gerenciar um acompanhamento sistemático durante meses numa condição de pandemia, e a verificação inédita da associação entre depressão gestacional e DPP e a proteção exercida pela religiosidade.

Apesar de uma relação significativa inversa, observou-se grande dispersão dos dados, indicando que existem outras variáveis, além da religiosidade, idade e nível de instrução que influenciam no escore de depressão pós-parto. Assim, sugere-se que novas pesquisas investiguem outros fatores potencialmente protetores para a DPP e que estratégias de promoção de saúde atuem no diagnóstico e intervenção imediata da depressão gestacional, diminuindo o sofrimento destas mulheres e prevenindo a instalação da DPP, evitando todas as suas consequências negativas para a saúde física e mental da mãe e do bebê.

Conclusão

A depressão pós-parto esteve associada à depressão durante a gestação, sendo a religiosidade (organizacional e intrínseca) fator de proteção para a DPP.

Referências

1. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019;52:165-180. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001
2. Ceriani Cernadas JM. Postpartum depression: Risks and early detection. *Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. Arch Argent Pediatr.* 2020;118(3):154-155. doi:10.5546/aap.2020.eng.154
3. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2022;31(19-20):2665-2677. doi:10.1111/jocn.16121
4. Silva RS, Junior RA, Sampaio VS, Rodrigues KO, Fronza M. Postpartum depression: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34(17):2801-2806. doi:10.1080/14767058.2019.1671335
5. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
6. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes [published correction appears in *Womens Health (Lond)*. 2019 Jan-Dec;15:1745506519854864]. *Womens Health (Lond)*. 2019;15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044
7. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening?. *Nurs Clin North Am.* 2019;54(4):561-567. doi:10.1016/j.cnur.2019.07.006

8. Guvenc G, Yesilcinar İ, Ozkececi F, et al. Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(3):1449-1458. doi:10.1111/ppc.12711
9. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic [published correction appears in *J Affect Disord*. 2021 Jan 15;279:377-379]. *J Affect Disord*. 2020;277:5-13. doi:10.1016/j.jad.2020.07.126
10. Wu Y, Zhang C, Liu H, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(2):240.e1-240.e9. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.009
11. Clements AD, Fletcher TR, Childress LD, Montgomery RA, Bailey BA. Social support, religious commitment, and depressive symptoms in pregnant and postpartum women. *J Reprod Infant Psychol*. 2016;34(3):247–259. doi:10.1080/02646838.2016.1152626 10.1080/02646838.2016.1152626
12. Handelzalts JE, Stringer MK, Menke RA, Muzik M. The Association of Religion and Spirituality with Postpartum Mental Health in Women with Childhood Maltreatment Histories. *J Child Fam Stud*. 2020;29(2):502-513. doi:10.1007/s10826-019-01595-2
13. Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2012;169(1):89-94. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10121823
14. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988; 8(1): 77-100
15. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996; 29(4):453-457
16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-6.
17. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, Magalhães PVS, Barbosa APPN, Barros FC. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11):2577-2588

18. Koenig HG, Meador K, Parkerson G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. *Am J Psychiatry*. 1997; 154: 885-886
19. Taunay TCD, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, Carvalho AF. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev. psiquiatr. clín.* 2012; 39(4): 130-135
20. Bo HX, Yang Y, Chen J, et al. Prevalence of Depressive Symptoms Among Pregnant and Postpartum Women in China During the COVID-19 Pandemic. *Psychosom Med*. 2021;83(4):345-350. doi:10.1097/PSY.0000000000000904
21. Pechinim I, Barbosa GAS, Werneck AL. Anxiety and depression in the COVID-19 pandemic context and the relationship with the defense mechanisms of pregnant women . *RSD [Internet]*. 2021Aug.6 [cited 2022Dec.13];10(10):e93101018489. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18489>
22. Tomfohr-Madsen LM, Racine N, Giesbrecht GF, Lebel C, Madigan S. Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2021;300:113912. doi:10.1016/j.psychres.2021.113912
23. Safi-Keykaleh M, Aliakbari F, Safarpour H, et al. Prevalence of postpartum depression in women amid the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;157(2):240-247. doi:10.1002/ijgo.14129
24. Galletta MAK, Oliveira AMDSS, Albertini JGL, et al. Postpartum depressive symptoms of Brazilian women during the COVID-19 pandemic measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord*. 2022;296:577-586. doi:10.1016/j.jad.2021.09.091
25. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
26. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*. 2020;53:102353. doi:10.1016/j.ajp.2020.102353
27. Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Religiosidade, Espiritualidade e Sintomas Depressivos em Gestantes. *O Jornal Internacional de Psiquiatria em Medicina*. 2007; 37(3):301-313. <https://doi.org/10.2190/PM.37.3.g>

28. Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms?. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(5):745-755. doi:10.1089/jwh.2007.0627
29. Lara-Cinisomo, S., Wood, J. & Fujimoto, E.M. A systematic review of cultural orientation and perinatal depression in Latina women: are acculturation, Marianismo, and religiosity risks or protective factors?. *Arch Womens Ment Health* 22, 557–567 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0920-4>
30. Lucchetti G, Góes LG, Amaral SG, et al. Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(6):672-679. doi:10.1177/0020764020970996

3 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES GERAIS

Pode-se concluir que houve associação significativa entre a presença de sintomas de depressão na gestação e no pós-parto e uma relação significativa inversa entre os escores da DPP e da religiosidade organizacional e intrínseca entre mulheres participantes de um Programa de Atenção Precoce em Saúde, durante a pandemia do COVID-19.

Nos mostra que gestantes e puérperas devem ser acolhidas levando em consideração os aspectos biopsicossociais e espirituais que são fundamentais para promover o bem-estar materno e melhorar os resultados de saúde nesse período tão importante da vida delas. Manter um ambiente acolhedor, saudável e que respeite a diversidade religiosa e espiritual das mulheres, facilita o enfrentamento da depressão e propicia o estabelecimento de vínculos saudáveis com o bebê, portanto, a religiosidade e a espiritualidade desempenharam papéis relevantes durante a pandemia no enfrentamento da depressão.

Em momentos de crise, o ser humano busca na espiritualidade e religiosidade uma maneira de enfrentar o sofrimento e dor, essas dimensões reacendem nas pessoas a busca pelo sentido à vida, solidariedade e compaixão, assim é essencial que os profissionais de saúde criem um ambiente acolhedor para as gestante e puérperas que respeite a diversidade religiosa e que eles estejam atentos e sejam capazes de abordá-las de maneira sensível e respeitosa tão logo identifiquem sintomas e sinais de depressão.

REFERÊNCIAS

Almeida MSC, Sousa- Filho LF, Rabelo PM, Santiago BM. Classificação Internacional das Doenças - 11ª revisão: da concepção à implementação. *Rev Saude Publica*. 2020;54:104.

American Psychiatric Association et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMI-V), Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Brasil, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>

Brum, EHM. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. *Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.*, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 92-100, dez. 2017.

Ceriani Cernadas, JM. Postpartum depression: Risks and early detection. *Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección*. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(3):154-155.
doi:10.5546/aap.2020.eng.154

Cheadle AC, Dunkel Schetter C, Gaines Lanzi R, Reed Vance M, Sahadeo LS, Shalowitz MU; Community and Child Health Network (CCHN). Spiritual and Religious Resources in African American Women: Protection from Depressive Symptoms Following Birth. *Clin Psychol Sci*. 2015 Mar;3(2):283-291. doi: 10.1177/2167702614531581.

Chequini, MCM. A religiosidade e a espiritualidade na prática psiquiátrica. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Clements AD, Fletcher TR, Childress LD, Montgomery RA, Bailey BA. Social support, religious commitment, and depressive symptoms in pregnant and postpartum women. *J Reprod Infant Psychol*. 2016;34(3):247–259. doi:10.1080/02646838.2016.1152626 10.1080/02646838.2016.1152626

Dervic K, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA. Protective factors against suicidal behavior in depressed adults reporting childhood abuse. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(12):971-974. doi:10.1097/01.nmd.0000243764.56192.9c

Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? *Nurs Clin North Am.* 2019;54(4):561-567. doi:10.1016/j.cnur.2019.07.006

Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res.* 2014;215(2):341-346. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.003

Guvenc G, Yesilcinar İ, Ozkececi F, et al. Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(3):1449-1458. doi:10.1111/ppc.12711

Hahn-Holbrook, J.; Cornwell-Hinrichs, T.; Anaya, I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in psychiatry*, v. 8, p. 248, 2018.

Handelzalts JE, Stringer MK, Menke RA, Muzik M. The Association of Religion and Spirituality with Postpartum Mental Health in Women with Childhood Maltreatment Histories. *J Child Fam Stud.* 2020;29(2):502-513. doi:10.1007/s10826-019-01595-2

Irwin JL, Beeghly M, Rosenblum KL, Muzik M. Positive predictors of quality of life for postpartum mothers with a history of childhood maltreatment. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(6):1041-1050. doi:10.1007/s00737-016-0653-1

Lancuna, AC, et al. Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento da Ansiedade, Estresse e Depressão. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 5441-5453, 2021.

Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic [published correction appears in *J Affect Disord.* 2021 Jan 15; 279:377-379]. *J Affect Disord.* 2020; 277:5-13. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.126

Letourneau, NL, et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in mental health nursing*, v. 33, n. 7, p. 445-457, 2012.

Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022;31(19-20):2665-2677.

doi:10.1111/jocn.16121

Matthey, S. 'Anxiety and Stress During Pregnancy and the Postpartum Period', in Amy Wenzel (ed.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*, Oxford Library of Psychology (2016; online edn, Oxford Academic, 13 Jan. 2014),

Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2012;169(1):89-94.

Mosqueiro BP. Religiosidade, espiritualidade, desfechos clínicos e marcadores biológicos na depressão. 2020. 154p. Tese - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; October 7, 2022.

O'Connor E, et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016.

Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2012;101:57-79. doi:10.1093/bmb/ldr047

Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*. 2019;52:165-180. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001

Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depress Res Treat*. 2016;2016:4765310. doi:10.1155/2016/4765310

Santos WJ et al. A religiosidade como estratégia de enfrentamento do processo de incapacidade funcional dos idosos da cidade de Bambuí, Minas Gerais. 2012. Tese de Doutorado.

Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001

Silva RS, Junior RA, Sampaio VS, Rodrigues KO, Fronza M. Postpartum depression: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34(17):2801-2806. doi:10.1080/14767058.2019.1671335

Simoes ICG. Influência de variáveis clínico-obstétricas e religiosidade na depressão pós-parto. 2023.

Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes [published correction appears in *Womens Health (Lond)*. 2019 Jan-Dec;15:1745506519854864]. *Womens Health (Lond)*. 2019;15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044

Terada S, Kinjo K, Fukuda Y. The relationship between postpartum depression and social support during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2021 Oct;47(10):3524-3531. doi: 10.1111/jog.14929.

Theme Filha MM, Ayers S, da Gama SG, Leal Mdo C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord.* 2016;194:159-167. doi:10.1016/j.jad.2016.01.020

Wisner KL, Chambers C, Sit DK. Postpartum depression: a major public health problem. *JAMA.* 2006;296(21):2616-2618. doi:10.1001/jama.296.21.2616

World Health Organization et al Depression and other common mental disorders: global health estimates 2017

Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(2):240.e1-240.e9. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.009.

APÊNDICE 1 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

BDI-II Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Se mais de uma afirmação de um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto desse grupo.

1. Tristeza

- (0) Não me sinto triste
- (1) Eu me sinto triste grande parte do tempo
- (2) Estou triste o tempo todo
- (3) Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar

2. Pessimismo

- (0) Não estou desanimada a respeito do meu futuro
- (1) Eu me sinto mais desanimada a respeito do meu futuro do que de costume
- (2) Não espero que as coisas deem certo para mim
- (3) Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar

3. Fracasso Passado

- (0) Não me sinto uma fracassada
- (1) Tenho fracassado mais do que deveria
- (2) Quando penso no passado vejo muitos fracassos
- (3) Sinto que como pessoa sou um fracasso total

4. Perda de prazer

- (0) Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto
- (1) Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir
- (2) Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar
- (3) Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava ter

5. Sentimento de culpa

- (0) Não me sinto particularmente culpada.
- (1) Eu me sinto culpada a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito
- (2) Eu me sinto culpada a maior parte do tempo
- (3) Eu me sinto culpada o tempo todo.

6. Sentimentos de punição *

- (0) Não sinto que estou sendo punida.
- (1) Sinto que posso ser punida.
- (2) Eu acho que serei punida.
- (3) Sinto que estou sendo punida.

<p>7. Autoestima</p> <p>(0) Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesma.</p> <p>(1) Perdi a confiança em mim mesma.</p> <p>(2) Estou desapontada comigo mesma.</p> <p>(3) Não gosto de mim.</p>
<p>8. Autocrítica</p> <p>(0) Não e critico nem me culpo mais do que o habitual</p> <p>(1) Estou sendo mais crítica comigo mesmo do que costumava ser</p> <p>(2) Eu me critico por todos os meus erros</p> <p>(3) Eu me culpo por tudo de ruim que acontece</p>
<p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>(0) Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>(1) Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante</p> <p>(2) Gostaria de me matar.</p> <p>(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
<p>10. Choro</p> <p>(0) Não choro mais que eu chorava antes.</p> <p>(1) Choro mais agora do que costumava chorar</p> <p>(2) Choro por qualquer coisinha</p> <p>(3) Sinto vontade de chorar, mas não consigo</p>
<p>11. Agitação</p> <p>(0) Não me sinto mais inquieta ou agitada do que me sentia antes</p> <p>(1) Eu me sinto mais inquieta ou agitada do que me sentia antes</p> <p>(2) Eu me sinto tão inquieta ou agitada que é difícil ficar parada</p> <p>(3) Estou tão inquieta ou agitada que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa</p>
<p>12. Perda de interesse</p> <p>(0) Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades</p> <p>(1) Estou menos interessada pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar</p> <p>(2) Perdi quase todo interesse por outras pessoas ou coisas</p> <p>(3) É difícil eu me interessar por alguma coisa</p>
<p>13. Indecisão</p> <p>(0) Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>(1) Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes</p> <p>(2) Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes</p> <p>(3) Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p>
<p>14. Desvalorização</p> <p>(0) Não me sinto sem valor</p> <p>(1) Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo quanto antes</p> <p>(2) Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas</p> <p>(3) Eu me sinto completamente sem valor</p>

<p>15. Falta de energia</p> <p>(0) Tenho tanta energia hoje como sempre tive</p> <p>(1) Tenho menos energia do que costumava ter</p> <p>(2) Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa</p> <p>(3) Não tenho energia suficiente para nada</p>
<p>16. Alterações no padrão de sono</p> <p>(0) Não percebi nenhuma mudança no meu sono</p> <p>(1a) Durmo um pouco mais que o habitual</p> <p>(1b) Durmo um pouco menos que o habitual</p> <p>(2a) Durmo muito mais que o habitual</p> <p>(2b) Durmo muito menos que o habitual</p> <p>(3a) Durmo a maior parte do dia</p> <p>(3b) Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir</p>
<p>17. Irritabilidade</p> <p>(0) Não estou mais irritada do que o habitual</p> <p>(1) Estou mais irritada que o habitual</p> <p>(2) Estou muito mais irritada que o habitual</p> <p>(3) Fico irritada o tempo todo</p>
<p>18. Alterações de apetite *</p> <p>(0) Não percebi nenhuma alteração no meu apetite</p> <p>(1a) Meu apetite está um pouco menor do que o habitual</p> <p>(1b) Meu apetite está um pouco maior do que o habitual</p> <p>(2a) Meu apetite está um muito menor do que antes</p> <p>(2b) Meu apetite está um muito maior do que antes</p> <p>(3a) Não tenho nenhum apetite</p> <p>(3b) Quero comer o tempo todo</p>
<p>19. Dificuldade de concentração *</p> <p>(0) Posso me concentrar tão bem quanto antes</p> <p>(1) Não posso me concentrar tão bem como habitualmente</p> <p>(2) É muito difícil para mim, manter a concentração em alguma coisa por muito tempo</p> <p>(3) Eu acho que não consigo me concentrar em nada</p>
<p>20. Cansaço ou fadiga *</p> <p>(0) Não estou mais cansada ou fadigada do que o habitual</p> <p>(1) Fico cansada ou fadigada mais facilmente do que o habitual</p> <p>(2) Eu me sinto muito mais cansada ou fadigada para fazer muitas das coisas que costumava fazer</p> <p>(3) Eu me sinto muito cansada ou fadigada para fazer a maioria das coisas que costumava fazer</p>
<p>21. Perda ou interesse por sexo *</p> <p>(0) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>(1) Estou menos interessada em sexo do que costumava estar</p> <p>(2) Estou muito menos interessada em sexo agora.</p> <p>(3) Perdi completamente o interesse por sexo.</p>

APÊNDICE 2 - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS PARTO DE EDINBURGH

Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS)

Marque a resposta que mais se aproxima dos sentimentos que você teve na última semana,
não apenas como você está se sentindo hoje.

1. 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 do que antes.
- (3) De jeito nenhum.

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

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

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

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

4. 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.

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

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

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

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

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

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

8. Tenho me sentido triste ou muito infeliz.

- (0) Sim, quase sempre.
- (1) Sim, muitas vezes.
- (2) Raramente.
- (3) Não, nunca.

9. Tenho me sentido tão infeliz que choro.

- (0) Sim, quase sempre.
- (1) Sim, muitas vezes.
- (2) De vez em quando.
- (3) Não, nunca.

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

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

APÊNDICE 3 - ESCALA DE RELIGIOSIDADE DE DUKE (DUREL)

Escala de Religiosidade de Duke (Durel)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS

ANEXO 1 - Relatório de verificação de originalidade e prevenção de plágio

Tese DR

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

11 %	13 %	8 %	0 %
ÍNDICE DE SEMELHANÇA	FONTES DA INTERNET	PUBLICAÇÕES	DOCUMENTOS DOS ALUNOS

FONTES PRIMÁRIAS

1	www.prp.unicamp.br Fonte da Internet	2 %
2	www.scielosp.org Fonte da Internet	2 %
3	www.scielo.br Fonte da Internet	2 %
4	www.repositorio.unicamp.br Fonte da Internet	1 %
5	pepsic.bvsalud.org Fonte da Internet	1 %
6	hdl.handle.net Fonte da Internet	1 %
7	repositorio.unifesp.br Fonte da Internet	1 %
8	www.arca.fiocruz.br Fonte da Internet	1 %
9	dspace.mackenzie.br Fonte da Internet	1 %

10	www.researchgate.net Fonte da Internet	1 %
-----------	---	------------

ANEXO 2 – Comprovante de submissão do artigo 1

Saúde e Sociedade - Manuscript ID SAUSOC-2023-0661

2 messages

Secretaria Saúdesoc <onbehalfof@manuscriptcentral.com>

Wed, Oct 11, 2023 at 5:45 PM

Reply-To: saudesoc@usp.br

To: rosanapossobon@hotmail.com

Cc: fernanda.raven@gmail.com, laysrenata.almeida@gmail.com, karinela@unicamp.br, rosanapossobon@hotmail.com

11-Oct-2023

Prezado(a) Dr. Possobon:

Seu artigo intitulado "Depressão e religiosidade durante a pandemia do COVID-19: um estudo longitudinal entre mulheres da gestação ao puerpério" foi enviado com sucesso e aguarda avaliação na Saúde e Sociedade.

Em conformidade com as normas editoriais, ressaltamos que, caso seu artigo tenha sido submetido em inglês ou espanhol e seja aprovado para publicação, este deverá ser OBRIGATORIAMENTE traduzido para o português. A tradução será realizada pela revista, mas os custos devem ser pagos pelos autores segundo orientações da revista.

Sua manuscript ID é SAUSOC-2023-0661.

Por favor mencione sua ID em quaisquer futuras correspondências para facilitar a identificação.

Ressaltamos que o prazo médio de avaliação é de 11 meses e que o status do seu manuscrito também pode ser verificado a qualquer momento no seu Author Center após fazer login em <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>.

Agradecemos a submissão.

Cordialmente,
Saúde e Sociedade Editorial Office

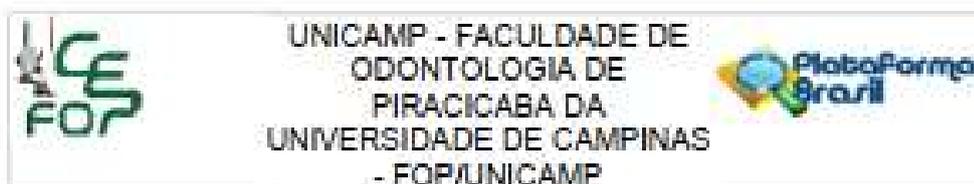
SAÚDE e SOCIEDADE

Depressão e religiosidade durante a pandemia do COVID-19: um estudo longitudinal entre mulheres da gestação ao puerpério

Journal:	Saúde e Sociedade
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Research Article
Keyword:	Depression, Postpartum, Religion, COVID-19

SCHOLARONE™
Manuscripts

ANEXO 3 - Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba para o presente projeto de pesquisa



UNICAMP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA DA
UNIVERSIDADE DE CAMPINAS
- FOP/UNICAMP

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Sintomas depressivos e religiosidade entre gestantes e puérperas atendidas num programa de incentivo ao aleitamento materno.

Pesquisador: FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 18354719.8.0000.5418

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.728.196

Apresentação do Projeto:

O parecer inicial é elaborado com base na transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo na Plataforma Brasil e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil. Os pareceres de retorno, emendas e notificações são elaborados a partir dos dados e arquivos da última versão apresentada.

Trata-se de SOLICITAÇÃO DE EMENDA (E1) ao protocolo originalmente aprovado em 01/10/2019 para alteração na forma de coleta de dados e extensão do cronograma de execução da pesquisa. A solicitação está detalhadamente descrita ao final do parecer. O texto do parecer foi ajustado conforme a documentação apresentada na solicitação.

A EQUIPE DE PESQUISA citada na capa do projeto de pesquisa inclui FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN (Cirurgiã-dentista e Doutoranda no PPG em Odontologia, Área de Saúde Coletiva da FOP-UNICAMP, Pesquisadora responsável), ALINE LOUISE NASCIMENTO MARQUES (Graduada do Curso de Odontologia da FOP- UNICAMP), PAOLA OLIVATTO ORLANDINI (Graduada do Curso de Odontologia da FOP- UNICAMP), ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON (Cirurgiã-dentista, Docente da área de Psicologia Aplicada à Odontologia da FOP-UNICAMP, Orientadora), a qual foi confirmado na declaração das pesquisadoras e na PE.

Pendências 2 (atendida em 08/09/19): Foram listados todos os pesquisadores que participarão da

Endereço: Av. Limeira 601 Caixa Postal 52
Bairro: Anália CEP: 13.414-603
UF: SP Município: PIRACICABA
Telefone: (19)2106-6340 Fax: (19)2106-6340 E-mail: cep@fop.unicamp.br



UNICAMP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA DA
UNIVERSIDADE DE CAMPINAS
- FOP/UNICAMP



Continuação do Parecer: 4.726.196

do protocolo, só têm valor simbólico e devem ser evitados. **RECOMENDAÇÃO 8-** Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP-FOP por meio da PB. **RECOMENDAÇÃO 9-** Os pesquisadores devem encaminhar os resultados da pesquisa para publicação e divulgação, com devido crédito a todos que tenham colaborado com a realização da pesquisa. **RECOMENDAÇÃO 10-** O parecer do CEP-FOP é fortemente baseado nos textos do protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter inclusive trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências por resolver (vide texto acima) em relação à solicitação de emenda. O relatório parcial de atividades está adequado.

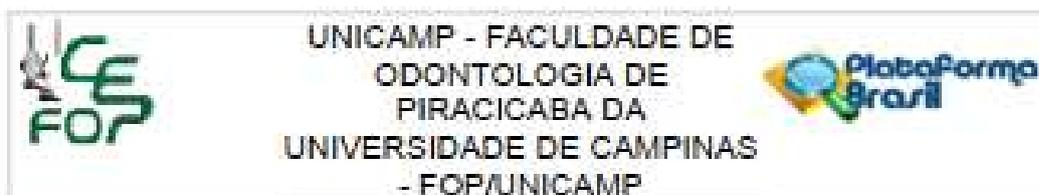
Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer de aprovação de Emenda a protocolo emido "ad referendum" conforme autorização do Colegiado na reunião de 03/02/2021. O parecer será submetido para homologação na reunião de 02/06/2021.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPendenciasCorrigido.pdf	21/05/2021 13:33:52	Jacks Jorge Junior	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_173772_2_E1.pdf	21/05/2021 09:29:45		Aceito
Outros	SolictEmenda20MAIO.pdf	20/05/2021 20:10:25	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	PROJETOEMENDA20MAIO.pdf	20/05/2021 20:10:01	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	SolictaEmendaPendenciasCorrigidas.	05/05/2021	FERNANDA	Aceito

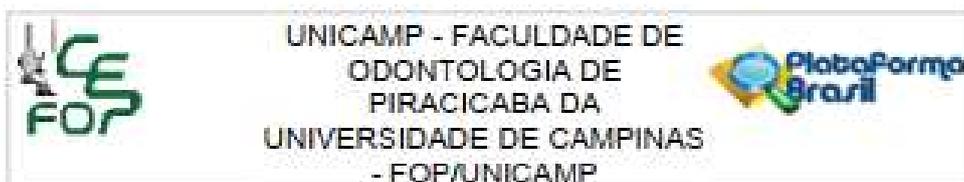
Endereço: Av. Limeira 601 Caixa Postal 52
Bairro: Areião CEP: 13.414-903
UF: SP Município: PIRACICABA
Telefone: (19)2106-5343 Fax: (19)2106-5349 E-mail: cep@fopunicamp.br



Continuação do Parecer: 4.7.26.196

Outros	pdf	23:05:48	GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	RelatFer2021.pdf	16/04/2021 14:21:25	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	TCLEEmendaFer2021.pdf	16/04/2021 14:18:03	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	ComentariosEticos.pdf	06/09/2019 01:00:45	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	06/09/2019 00:53:49	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/09/2019 00:53:35	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/09/2019 00:53:22	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	CEPcompleto.pdf	02/08/2019 17:28:40	Lery Cecília Faro Pereira	Aceito
Outros	51Anexo3.pdf	02/08/2019 07:50:23	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	51Anexo2.pdf	02/08/2019 07:49:18	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2Projeto.pdf	02/08/2019 07:48:02	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	51Anexo.pdf	02/08/2019 07:47:16	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	55Autarq.pdf	02/08/2019 06:07:33	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	54Rlntra.pdf	02/08/2019 06:06:33	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	51DedaraPesquisadores.pdf	02/08/2019 06:05:18	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Declaração de Instituição e	52DedaraInstituicao.pdf	02/08/2019 06:04:01	FERNANDA GABRIELE DA	Aceito

Endereço: Av. Limeira 901 Caixa Postal 52
 Bairro: Areião CEP: 13.414-903
 UF: SP Município: PIRACICABA
 Telefone: (16)2106-5249 Fax: (16)2106-5249 E-mail: cep@fop.unicamp.br



Continuação do Parecer: 4.738.198

Infraestrutura	52Declarainstitulcao.pdf	02/08/2019 06:04:01	COSTA RAVEN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4TA.pdf	02/08/2019 05:41:27	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Outros	3Comentarios.pdf	02/08/2019 05:25:30	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito
Folha de Rosto	FolhaddeRosto.pdf	01/07/2019 21:53:03	FERNANDA GABRIELE DA COSTA RAVEN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PIRACICABA, 21 de Maio de 2021

Assinado por:
Jaoko Jorge Junior
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Limeira 901 Caixa Postal 52
Bairro: Areião CEP: 13.414-903
UF: SP Município: PIRACICABA
Telefone: (19)2106-5349 Fax: (19)2106-5349 E-mail: cep@fop.unicamp.br