

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Daniela Marcia Rodrigues Caldeira

SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES  
NO PERÍODO PERIPARTO

Montes Claros, MG

2023

Daniela Marcia Rodrigues Caldeira

SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES  
NO PERÍODO PERIPARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

Coorientadoras: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Ramos Veloso Silva

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucinéia de Pinho

Montes Claros, MG

2023

C146s Caldeira, Daniela Marcia Rodrigues.  
Sintomas depressivos e fatores associados em mulheres no período periparto  
[manuscrito] / Daniela Marcia Rodrigues Caldeira. – Montes Claros (MG), 2023.  
141 f. : il.

Inclui bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,  
Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPs, 2023.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.

Coorientadora: Profa. Dra. Rosângela Ramos Veloso Silva.

Coorientadora: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho.

1. Gravidez. 2. Grávidas. 3. Depressão pós-parto. 4. Depressão em mulheres. 5.  
Cuidados primários de saúde. 6. Saúde mental. I. Brito, Maria Fernanda Santos  
Figueiredo. II. Silva, Rosângela Ramos Veloso. III. Pinho, Lucinéia de. IV.  
Universidade Estadual de Montes Claros. V. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Prof. Wagner de Paulo Santiago

Vice-reitor: Prof. Dalton Caldeira Rocha

Pró-reitora de Ensino: Prof.<sup>a</sup> Ivana Ferrante Rebello

Pró-reitora de Pesquisa: Prof.<sup>a</sup> Maria das Dores Magalhães Veloso

Pró-reitora Adjunta de Pesquisa: Prof.<sup>a</sup> Beatriz Rezende Marinho da Silveira

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Prof. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof.<sup>a</sup> Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof.<sup>a</sup> Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Marlon Cristian Toledo Pereira

Pró-reitoria Adjunta de Pós-graduação: Prof. Daniel Coelho de Oliveira

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Prof. Diego Dias de Araújo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenadora: Prof.<sup>a</sup> Josiane Santos Brant Rocha

Coordenador Adjunto: Prof. Antônio Prates Caldeira



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Universidade Estadual de Montes Claros**

**Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde**

Universidade Estadual de Montes Claros

Aprovação - UNIMONTES/PRPG/PPGCPS - 2023

Montes Claros, 17 de abril de 2023.

**CANDIDATA: DANIELA MARCIA RODRIGUES CALDEIRA**

**DATA:** 27/04/2023

**HORÁRIO:** 14:00

**TÍTULO DO TRABALHO: "SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES NO PERÍODO PERIPARTO"**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:** SAÚDE COLETIVA

**LINHA DE PESQUISA:** EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**BANCA (TITULARES)**

PROFª. DRª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO (ORIENTADORA)

PROFª. DRª LUCINÉIA DE PINHO (COORIENTADORA)

PROFª. DRª ROSÂNGELA RAMOS VELOSO SILVA (COORIENTADORA)

PROFª. DRª. TATIANA CARVALHO REIS MARTINS

PROF. DR. DIEGO DIAS DE ARAÚJO

**BANCA (SUPLENTES)**

PROFª. DRª. JOSIANE SANTOS BRANT ROCHA

PROFª. DRª. ROSÂNGELA LOPES MIRANDA RODRIGUES

**APROVADO**

**REPROVADO**



Documento assinado eletronicamente por **Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Professora de Educação Superior**, em 08/05/2023, às 09:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lucinéia de Pinho, Professor(a)**, em 15/05/2023, às 16:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Diego Dias de Araujo, Professor(a)**, em 15/05/2023, às 22:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosângela Ramos Veloso Silva, Professor(a)**, em 16/05/2023, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana Carvalho Reis Martins, Usuário Externo**, em 22/05/2023, às 09:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **ROSANGELA LOPES MIRANDA RODRIGUES, Usuário Externo**, em 06/06/2023, às 05:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Josiane Santos Brant Rocha, Coordenadora**, em 12/06/2023, às 12:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.mg.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **64301361** e o código CRC **DA6E7BBC**.

*Dedico esse trabalho aos meus filhos que aceitaram a minha ausência, em inúmeros momentos, para que eu construísse a possibilidade do meu crescimento profissional e pessoal.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu querido Deus que está sempre ao meu lado, por vezes, carregando-me em seu colo, agradeço a graça de conquistar mais um sonho e com o conhecimento adquirido através dessa pesquisa iniciar um novo ciclo em minha vida. Em todos os momentos difíceis senti a Sua proteção e foi a força necessária para que eu pudesse continuar meu caminho.

À minha querida orientadora Dra Maria Fernanda que com todo o seu profissionalismo compartilhou comigo seu admirável conhecimento, segurou a minha mão e me fez prosseguir, fazendo-me acreditar que seria possível. A minha admiração e gratidão são imensuráveis.

Às Dras Rosângela Ramos, Lucinéia de Pinho e Marise Silveira pelo saber compartilhado de forma leve e cuidadosa, por estarem sempre dispostas a me oferecerem a possibilidade de crescimento nesta jornada profissional.

Ao meu parceiro de caminhada Rafael, que eu escolhi para estar ao meu lado e dividir momentos felizes como esse. Obrigada por se fazer presente em cada detalhe: cuidando dos nossos filhos, entendendo o meu silêncio e a minha ausência em inúmeros momentos e me auxiliando com o seu saber operacional tão importante nesse processo.

Aos meus filhos, minhas razões de sempre querer ser uma pessoa e profissional melhor. Acreditem, é por vocês o meu esforço! Eu espero que no futuro vocês leiam essa dissertação e acreditem na educação como possibilidade de crescimento e percebam que nossa dedicação pode nos levar mais longe do que imaginamos. Nunca deixem de acreditar que é possível realizar sonhos!

À minha mãe querida que sempre foi meu exemplo de humildade, resiliência e fé e ao meu pai que me ensinou a ser forte e a não desistir, seus conselhos e exemplos foram fundamentais na construção da pessoa e profissional que sou hoje.

À Didi por cuidar com tanto carinho e dedicação dos meus bens mais preciosos, meus filhos, quando as noites eram insones em busca de mais conhecimento.

À Norma que esteve me auxiliando nesse processo em várias noites cuidando dos sobrinhos de forma afetuosa e prestativa.

À minha amiga Viviane que me possibilitou iniciar esse processo e com toda a sua luz foi me auxiliando docemente nesse caminho. A você, Vivi, a minha eterna gratidão e amizade.

Aos mestres do Programa de Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) que foram essenciais para a construção do conhecimento que adquiri nesse processo.

Aos colegas da pós-graduação pela convivência agradável durante todo esse tempo, pelo apoio em tantas atividades em que dividimos conhecimentos, experiências e expectativas. Ao colega Cássio que se fez presente em vários momentos me auxiliando na construção dessa pesquisa.

Às gestantes que participaram deste estudo e que, mesmo em meio aos desafios do período gestacional, dispuseram-se a contribuir. Vocês foram fundamentais.

Para chegar até aqui muitos se fizeram presentes, em especial, meus irmãos e irmãs porque mesmo distante eu sempre sinto vocês ao meu lado e, nesse momento, eu agradeço e compartilho com cada um essa alegria da conquista.

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado profissional aborda a temática da depressão periparto por meio de um estudo transversal sobre a presença de sintomas depressivos em mulheres assistidas na atenção primária à saúde na cidade de Montes Claros – Minas Gerais e de uma revisão de literatura acerca da incidência e fatores associados aos sintomas depressivos no pós-parto.

A minha formação profissional, médica ginecologista e obstetra, permitiu-me uma aproximação às gestantes e puérperas ao longo da prática clínica. E durante a atuação profissional, por inúmeras vezes, percebi a necessidade de avaliação de uma forma mais consciente da saúde mental da mulher em seu ciclo gravídico puerperal. Após o término da pós-graduação médica fui convidada para a docência no ensino superior no curso de medicina e no desejo de aprimorar meus conhecimentos científicos e exercer a docência de uma forma mais cuidadosa e profissional resolvi dar continuidade aos estudos e ingressei no Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde – PPGCPS – UNIMONTES em 2019, inicialmente, cursando matérias isoladas.

Já envolvida nos estudos científicos, em 2020, fui convidada a participar de um grupo de pesquisa que tinha como objetivo avaliar as condições de saúde das gestantes de Montes Claros, o estudo ALGE estava sendo delineado. Com a execução inicial do trabalho, a aplicação dos questionários, fui desenvolvendo meu projeto que tinha como proposta avaliar a qualidade de vida das gestantes e com ele ingressei no programa de pós-graduação. Ao pesquisar sobre qualidade de vida percebi a importância da saúde mental e ao discutir vários pontos dessa temática com minha orientadora optamos por iniciar uma pesquisa com o estudo transversal sobre a presença de sintomas depressivos em gestantes de Montes Claros. Como um conhecimento subsidia outro, realizar uma revisão de literatura sobre os sintomas depressivos no pós-parto foi a oportunidade de estudar e abordar de forma mais completa a saúde mental no ciclo gravídico puerperal.

Com a execução desse trabalho vislumbramos mais conhecimento sobre a importância da avaliação da saúde mental na assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde, local que exerce papel fundamental no acompanhamento das gestantes. Idealizamos, no futuro, intervenções na condição de saúde das mulheres grávidas dessa região, tanto na assistência

dos profissionais de saúde no pré-natal quanto na elaboração de políticas públicas e protocolos assistenciais que recomendem e incentivem a investigação da saúde mental da mulher no período periparto. Em continuidade a esse trabalho existe, portanto, a possibilidade de realização de mais estudos sobre essa temática em nossa região, explorando as condições sociodemográficas e culturais do norte de Minas Gerais.

Esta dissertação está formatada segundo as normas do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde.

*“Não é por as coisas serem difíceis que nós não ousamos, é por nós não ousarmos que elas são difíceis.”*

*(Sêneca)*

## RESUMO

No ciclo gravídico puerperal os desafios de gestar e proporcionar desenvolvimento a um ser são ações que podem resultar em conflitos e sofrimentos. A depressão periparto é um subtipo de transtorno depressivo maior prevalente nessa fase. Objetivou-se identificar a prevalência dos sintomas depressivos e fatores associados em gestantes assistidas pela Atenção Primária à Saúde e a incidência e fatores de risco relacionados no pós-parto. O primeiro estudo é epidemiológico, transversal, analítico, realizado em uma cidade do norte de Minas Gerais, Brasil. A população foi constituída por gestantes cadastradas nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), da zona urbana, em 2018 e a coleta de dados realizada entre outubro de 2018 a novembro de 2019, por meio de questionário. A variável dependente foi sintomas depressivos em gestantes e as variáveis independentes: características sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda familiar), apoio social, características obstétricas (trimestre gestacional, paridade), sexualidade e condições de saúde (patologias autorreferidas, estresse percebido). As sociodemográficas foram avaliadas por questões elaboradas pelos pesquisadores e para as demais utilizaram-se os instrumentos: Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D), *Medical Outcome Studies* (MOS), Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ) e *Perceived Stress Scale* (PSS-14). Realizou-se análise descritiva utilizando as distribuições de frequência para descrever as variáveis categóricas e estimou-se as prevalências, com intervalo de 95% de confiança, para as categorias da variável sintoma depressivo: sem sintomas, sintomas moderados e sintomas graves. Foram conduzidas análises bivariadas por meio do teste de qui-quadrado e variáveis com nível descritivo inferior a 0,20 selecionadas para a análise múltipla. Utilizou-se o modelo de regressão logística multinomial e estimaram-se as razões de chances (OR), com intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 0,05. Participaram do estudo 1279 gestantes. As prevalências de sintomas depressivos moderados e graves foram 16,2% e 25,2%, respectivamente. As seguintes variáveis estiveram associadas à presença de sintomas depressivos moderados e graves: baixo apoio social, baixo desempenho sexual, alto estresse percebido e o primeiro trimestre gestacional esteve associado à presença de sintomas graves. As gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde apresentam prevalências consideráveis de sintomas depressivos. O segundo estudo objetivou analisar as incidências e fatores associados aos sintomas depressivos no pós-parto, por meio de uma revisão narrativa de literatura. A busca bibliográfica foi realizada na BVS, nas bases LILACS e MEDLINE. Foram elegíveis estudos observacionais, longitudinais, que utilizavam a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo, com texto completo, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola e publicados entre 2019 e 2020. Foram incluídos 17 artigos. Os sintomas depressivos pós-parto estão presentes em uma parcela expressiva das puérperas com incidência de 0,18% a 27,87%. Os fatores de risco associados foram história prévia de depressão, nível de estresse, baixo suporte social, presença de ansiedade ou outros transtornos psiquiátricos e experiência negativa do parto. A sintomatologia depressiva pós-parto se mantém como um problema de saúde pública, estudos no cenário nacional podem identificar outros fatores associados à condição.

Palavras-chave: Gravidez. Depressão. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Depressão Pós-parto.

## ABSTRACT

During the gravid-puerperal cycle, the challenges of conceiving and providing development to a being are actions that can result in conflicts and suffering. Peripartum depression is a subtype of major depressive disorder prevalent in this phase. The objective was to identify the prevalence of depressive symptoms and associated factors in pregnant women assisted by Primary Health Care, as well as the incidence and related risk factors in the postpartum period. The first study is an epidemiological, cross-sectional, analytical study conducted in a city in the northern region of Minas Gerais, Brazil. The population consisted of pregnant women registered in the Family Health Strategy (FHS) teams in the urban area in 2018, and data collection took place between October 2018 and November 2019 through a questionnaire. The dependent variable was depressive symptoms in pregnant women, and the independent variables included sociodemographic characteristics (age, marital status, education, family income), social support, obstetric characteristics (gestational trimester, parity), sexuality, and health conditions (self-reported pathologies, perceived stress). Sociodemographic variables were assessed using questions elaborated by the researchers, while instruments such as the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Medical Outcome Studies (MOS), Female Sexual Quotient (QS-F), Body Attitudes Questionnaire (BAQ), and Perceived Stress Scale (PSS-14) were used for the other variables. Descriptive analysis was performed using frequency distributions to describe categorical variables, and prevalence estimates were calculated with a 95% confidence interval for the categories of the depressive symptom variable: no symptoms, moderate symptoms, and severe symptoms. Bivariate analyses were conducted using the chi-square test, and variables with a descriptive level below 0.20 were selected for multiple analysis. The multinomial logistic regression model was used, and odds ratios (ORs) were estimated with a 95% confidence interval and a significance level of 0.05. The study included 1279 pregnant women. The prevalence of moderate and severe depressive symptoms was 16.2% and 25.2%, respectively. The following variables were associated with the presence of moderate and severe depressive symptoms: low social support, low sexual performance, high perceived stress, and the first trimester of pregnancy was associated with the presence of severe symptoms. Pregnant women assisted by Primary Health Care present considerable prevalences of depressive symptoms. The second study aimed to analyze the incidence and associated factors of postpartum depressive symptoms through a narrative literature review. The bibliographic search was conducted in the Virtual Health Library (BVS), specifically the LILACS and MEDLINE databases. Eligible studies were observational and longitudinal, using the Edinburgh Postnatal Depression Scale, with full-text articles published in English, Portuguese, or Spanish between 2019 and 2020. Seventeen articles were included. Postpartum depressive symptoms are present in a significant proportion of postpartum women, with an incidence ranging from 0.18% to 27.87%. The associated risk factors were a previous history of depression, stress level, low social support, presence of anxiety or other psychiatric disorders, and negative birth experience. Postpartum depressive symptomatology remains a public health problem, and studies in the national context can identify other factors associated with this condition.

**Keywords:** Pregnancy. Depression. Mental Health. Primary Health Care. Postpartum Depression.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA .....	16
1.1	Ciclo gravídico puerperal .....	16
1.2	Depressão periparto: contextualização histórica, definição, diagnóstico e repercussões .....	17
1.3	Aspectos epidemiológicos da depressão periparto .....	20
1.4	O papel da Atenção Primária à Saúde na assistência à depressão periparto .....	22
2	OBJETIVOS .....	25
2.1	Objetivo geral .....	25
2.2	Objetivos específicos .....	25
3	METODOLOGIA .....	26
3.1	Estudo I .....	26
3.1.1	Caracterização do estudo .....	26
3.1.2	Delineamento do estudo e caracterização do cenário .....	26
3.1.3	População e plano amostral .....	27
3.1.4	Coleta de dados .....	27
3.1.5	Análise de dados .....	31
3.1.6	Considerações éticas .....	31
3.2	Estudo II .....	32
3.2.1	Revisão de literatura .....	32
3.2.2	Estratégias de busca .....	32
3.2.3	Crítérios de elegibilidade .....	33
3.2.4	Procedimento de revisão .....	33
3.2.5	Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos .....	34
4	PRODUTOS CIENTÍFICOS E TÉCNICOS .....	34
4.1	Produtos científicos .....	35
4.1.1	Artigo 1: Sintomas depressivos e fatores associados em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde. ....	35
4.1.2	Artigo 2: Incidência e fatores associados à Depressão Pós-Parto: evidências científicas com base em uma revisão de literatura .....	35
4.1.3	Resumos expandidos .....	35

4.2	Produtos técnicos .....	36
4.2.1	Minicurso .....	36
4.2.2	Entrevista .....	36
5	CONCLUSÕES .....	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	86
	REFERÊNCIAS .....	87
	PRODUTOS REALIZADOS DURANTE A PÓS-GRADUAÇÃO.....	96
	ANEXOS .....	115
	APÊNDICES .....	123

# 1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

## 1.1 Ciclo gravídico puerperal

O ciclo gravídico puerperal é o período da vida da mulher que envolve o período gestacional e se estende até o pós-parto. Durante a gravidez, o organismo da mulher sofre mudanças anatômicas e funcionais - molecular, bioquímica, hormonal, celular e tecidual - para reorganizar a função de todos os órgãos e aparelhos de forma harmônica, o que a torna capaz de redefinir um novo equilíbrio adaptativo para a presença do feto em desenvolvimento. O parto acontece e o puerpério tem início após a dequitação da placenta e se estende até a sexta semana após o parto. Geralmente, nesse tempo os diversos órgãos maternos já retornaram ao seu estado pré-gravídico, entretanto, pelo fato de nem todos os sistemas maternos retornarem à condição primitiva até a sexta semana, alguns estudos postergam o final do puerpério para até 12 meses após o parto (ZUGAIB *et al.*, 2020).

As vivências desencadeadas desde a concepção até os meses subsequentes ao parto revestem-se de intensos e contraditórios afetos sustentados por crenças pessoais, familiares, sociais e culturais (ARRAIS *et al.*, 2016). Além disso, a maternidade se insere em um contexto no qual a mulher contemporânea exerce múltiplos papéis, com as funções de esposa, dos afazeres domésticos e da inserção no mercado de trabalho (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014). Ao desafio humano de gerar e auxiliar no desenvolvimento de um novo ser se sobrepõem conflitos e sofrimentos, uma vez mais naturalizados por limitações psicossociais (ARRAIS *et al.*, 2016).

Dessa forma, esse período, caracteriza-se por apresentar um conjunto de alterações fisiológicas, psíquicas, hormonais e sociais que permeiam um aumento no risco para o sofrimento emocional de vida da mulher (LIMA *et al.*, 2017). Além disso, após altos níveis de progesterona e estrogênio durante a gravidez, a queda fisiológica desses hormônios no pós-parto pode ter uma influência nos transtornos de humor (LIU *et al.*, 2022).

## 1.2 Depressão periparto: contextualização histórica, definição, diagnóstico e repercussões

As publicações médicas espanholas dos séculos XVI e XVII identificavam a doença melancólica por dois de seus principais sintomas, o medo e a tristeza e os teólogos a apontavam como uma doença da alma instado, segundo alguns, pelo maligno para o qual exigia remédios espirituais (USUNÁRIZ, 2022). Assim a melancolia é o "ilustre ancestral da [nossa] depressão contemporânea" (BARTRA, 2001, p. 12).

A doença mental perinatal é reconhecida desde a época de Hipócrates e comentada ao longo dos séculos. No século XIX, o interesse médico em doenças mentais perinatais acelerou, juntamente com um interesse mais geral em doenças mentais graves (O'HARA; WISNER, 2014). A gravidez como um período de proteção materna para patologias mentais, associada a um estado ideal de bem-estar emocional, foi questionada em meados do século XVIII pela psiquiatra britânica Gisela B. Oppenheim (JADRESIC, 2010). Isso deu origem ao início de estudos sobre a prevalência de transtornos psiquiátricos tanto em gestantes quanto em puérperas (USUNÁRIZ, 2022).

Ao longo do século XX, relatos clínicos e pesquisas sobre prevalência, fatores de risco, consequências para a mãe, feto e bebê se expandiram dramaticamente. O aumento da atenção clínica e profissional e os recursos financeiros direcionados à doença mental perinatal são justificados pelo efeito significativo desses transtornos psiquiátricos na vida das mulheres, seus filhos e suas famílias. Os estudos sobre saúde mental perinatal foram influenciados por conceitos emergentes nas últimas duas décadas relacionados à centralidade do meio fetal na formação da saúde ao longo da vida do indivíduo (O'HARA; WISNER, 2014).

A depressão periparto é classificada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais quinta edição (DSM-V) como um subtipo de transtorno depressivo maior (TDM) durante a gravidez e/ou dentro de 4 semanas após o parto. Apesar desses critérios do DSM-V, a maioria dos especialistas na área continua a definir a depressão pós-parto como ocorrendo a qualquer momento no primeiro ano pós-parto, independentemente do momento de início (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014; STUART-PARRIGON; STUART, 2014). A classificação do transtorno como periparto é uma mudança em relação à quarta edição do manual onde o transtorno era denominado depressão pós-parto. A mudança

na nomenclatura reflete o aumento do reconhecimento de que os sintomas podem começar durante a gravidez (KIEWA *et al.*, 2022).

A depressão pré-natal é um episódio depressivo que começa na gravidez e é frequentemente um preditor de depressão pós-parto (HARVEY; PUN, 2007). Os sintomas da depressão pré-natal incluem tristeza durante a maior parte do dia, desesperança, falta de interesse e fadiga, problemas para dormir e comer, juntamente com extrema irritabilidade e incapacidade de sentir felicidade ou alegria (HUMAYUN *et al.*, 2013).

A depressão pós-parto é um transtorno psiquiátrico, caracterizado pelo predomínio de humor deprimido, associado a distúrbios do sono, sentimentos de inutilidade e culpa, preocupação excessiva, dificuldade de concentração, alterações de peso, entre outros sintomas (PAIZ *et al.*, 2022). Em casos extremos podem levar a mulher a pensamentos suicidas (HOWARD *et al.*, 2011).

Para a classificação e compreensão dos critérios diagnósticos com base na manifestação sintomática dos transtornos depressivos utiliza-se, atualmente, a Classificação Internacional de Doenças em sua 11ª Edição (CID-11) (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2019). O CID-11 menciona os transtornos mentais ou comportamentais associados à gravidez, parto ou puerpério, separando-os entre a presença ou ausência de sintomas psicóticos associados e os não especificados (WHO, 2019). E o DSM-V fornece o embasamento para o diagnóstico do transtorno depressivo maior (APA, 2014).

Para o diagnóstico da depressão periparto utilizam-se os critérios do DSM-V que caracteriza o episódio depressivo maior como episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior), envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos (APA, 2014).

Os critérios diagnósticos devem incluir a presença de cinco (ou mais) dos seguintes sintomas: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento

do apetite quase todos os dias; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar ou indecisão quase todos os dias; pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (APA, 2014).

Os sintomas devem estar presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (APA, 2014).

Decorrente de uma crença popular em que a mulher estaria protegida de qualquer problema de ordem psíquica durante a gravidez, os estudos da depressão e do comportamento suicida na gestação foram negligenciados e a atenção foi toda voltada para a avaliação no período pós-parto (BENUTE *et al.*, 2011). Se não diagnosticada e não tratada, a depressão entre as mulheres grávidas está associada à má qualidade de vida da mãe, da criança e da família, e aumenta os riscos de suicídio materno, infanticídio e transtorno depressivo crônico (AMARASINGHE; AGAMPODI, 2022; STEIN *et al.*, 2014).

Altos níveis de estresse e doenças mentais associadas afetam os resultados maternos e fetais e a saúde da prole a longo prazo até a idade adulta. Na medida em que as exposições biopsicossociais negativas podem ser diminuídas, eliminadas ou substituídas por fatores positivos, os resultados da gravidez e a saúde subsequente da mãe e do filho podem ser melhorados (O'HARA; WISNER, 2014).

Estudos são consistentes em evidenciar que a depressão periparto tem efeitos negativos a longo prazo no desenvolvimento socioemocional e comportamental de bebês e crianças (CENTS *et al.*, 2013; GIALLO *et al.*, 2015; KINGSTON *et al.*, 2018, LUBOTZKY-GETE *et al.*, 2021; PARK *et al.*, 2018; VAN DER WAERDEN *et al.*, 2015). Como consequência materna é relatado que as chances de risco de suicídio pós-parto foram 6,50 (IC95%: 2,73-

15,48) maiores em mães com depressão periparto do que aquelas que não sofriam de nenhum transtorno de humor (QUEVEDO *et al.*, 2021).

Acrescenta-se que existe um valor intrínseco à saúde mental intimamente relacionado a benefícios pessoais, sociais e econômicos e sabe-se que os custos com o tratamento da depressão são inferiores aos custos sociais e econômicos por ela gerados. A identificação da sintomatologia depressiva na gestação ou no puerpério e a oferta de uma abordagem adequada às gestantes ou puérperas teria custos econômicos e pessoais menores se considerarmos os custos reais com o tratamento de um quadro depressivo na gestação e em continuidade no puerpério (RAZZOUK, 2016).

A depressão afeta negativamente a cognição, atenção e motivação, o que leva a uma menor produtividade e limitações de trabalho e pode dificultar a educação e a obtenção de habilidades (NASIR; BLOCH, 2021). Protocolos assistenciais que direcionem a possível integração entre serviços de saúde mental e serviços de saúde materna fazem-se necessários para que o rastreamento da sintomatologia depressiva ocorra e para que a assistência possa ser pensada de forma abrangente e eficaz (ARRAIS *et al.*, 2016; LEOVIC *et al.*, 2018).

### 1.3 Aspectos epidemiológicos da depressão periparto

Em todo o mundo, aproximadamente uma em cada cinco mulheres experimentará um episódio de depressão durante a gravidez e/ou no período pós-natal (O'HARA; WISNER, 2014). Uma revisão sistemática evidenciou que 11,9% das mulheres em todo o mundo sofrem de depressão periparto e a prevalência foi significativamente maior em mulheres de países de baixa e média renda em comparação a mulheres de países de alta renda (WOODY *et al.*, 2017).

As taxas de prevalência de possível depressão na gestação são bastante variáveis. Um estudo realizado na China evidenciou uma prevalência de 9,8% (HU *et al.*, 2022) enquanto em outro realizado na Índia esteve em 35,2% (RANSING *et al.*, 2020). Estudo conduzido no Brasil demonstrou a presença de sintomas depressivos em 25,4% das gestantes atendidas na atenção primária da cidade de Botucatu - São Paulo (BONATTI *et al.*, 2021). Outro estudo realizado

em um centro de saúde pública no Rio de Janeiro evidenciou que a prevalência de sintomas depressivos foi de 20,1%, 14,7% e 7,8% no primeiro, segundo e terceiro trimestres da gestação respectivamente (FIGUEIREDO *et al.*, 2017). A análise de uma amostra de 1264 gestantes assistidas pelo sistema público de saúde na cidade de Pelotas - Rio Grande do Sul, demonstrou a prevalência de sintomas depressivos em 21,1% (SILVA *et al.*, 2010). Em Minas Gerais, estudo epidemiológico, transversal, conduzido na Atenção Primária à Saúde, que avaliou 209 gestantes, demonstrou uma prevalência de depressão na gestação de 14,8% (SILVA *et al.*, 2016). Outro estudo descritivo, exploratório, de abordagem quanti-qualitativo com 67 gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde evidenciou que 33% apresentavam quadros depressivos (SILVA *et al.*, 2020a).

Quanto à prevalência da depressão pós-parto, uma meta-análise a estimou em 17,22% da população mundial. Taxas de prevalência variadas foram observadas em diferentes regiões geográficas com a taxa mais alta encontrada na África Austral 39,96% e uma taxa menor em países desenvolvidos da Oceania 11,11% e a análise de 31 estudos brasileiros evidenciou uma prevalência de 20,51% (WANG *et al.*, 2021). A pesquisa “Nascer no Brasil”, um estudo nacional com 23.894 puérperas entre 6 e 18 meses pós-parto, estimou a prevalência de depressão em 26,3% (THEME FILHA *et al.*, 2016). A prevalência de risco de depressão pós-parto foi estimada em 23,68% em um estudo realizado com gestantes no terceiro trimestre, que estiveram internadas no setor de alto risco de uma maternidade pública de Brasília – Distrito Federal (ARRAIS *et al.*, 2019). Outro estudo realizado com 330 usuárias de uma maternidade pública de Cariacica - Espírito Santo demonstrou uma prevalência de 36,7% de sintomas depressivos pós-parto (SANTOS *et al.*, 2021). Em Minas Gerais, pesquisas realizadas na Atenção Primária à Saúde demonstraram uma prevalência de depressão entre 19,5% (MOLL *et al.*, 2023) e 26,9% (FIGUEIRA *et al.*, 2011) das puérperas.

Há que se ponderar que as diferenças entre as prevalências de sintomas depressivos periparto encontradas na literatura se devem a diversos fatores culturais, étnicos, socioeconômicos e biológicos que parecem contribuir tanto para a gênese como para a manutenção dos quadros de depressão periparto em uma dada população (LOBATO *et al.*, 2011). Há que se considerar as diferentes estratégias metodológicas utilizadas, os diversos instrumentos para o rastreamento ou diagnóstico desta condição. Além disso, a frequência e a severidade destes quadros podem diferir entre estudos de base populacional e pesquisas realizadas em serviços de saúde (LOBATO *et al.*, 2011).

Estudos tem mostrado alguns fatores que podem estar associados a depressão periparto como o trimestre gestacional, a presença de preocupações e o medo sobre o parto, o histórico de doenças físicas, o diagnóstico prévio de depressão, os problemas financeiros e a violência por parceiro íntimo (BAWAHAB; ALAHMADI; IBRAHIM, 2017; NYAMUKOHO *et al.*, 2019; HU *et al.*, 2022), história de doença psiquiátrica, estresse de vida e dificuldades em relacionamentos sociais entre outros (O'HARA; WISNER, 2014). Estes fatores podem ser identificados durante a assistência à mulher pelo profissional de saúde (O'HARA; WISNER, 2014), o que denota a necessidade de rastreamento desta condição durante o acompanhamento de pré-natal e no puerpério, a fim de estabelecer o diagnóstico precoce e implementar medidas de prevenção, monitoramento e tratamento (PHUKUTA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020a; SILVA *et al.*, 2020b; MOLL *et al.*, 2023).

#### 1.4 O papel da Atenção Primária à Saúde na assistência à depressão periparto

A assistência à saúde pública no Brasil se estabelece na Atenção Primária à Saúde (APS) que tem nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) a responsabilidade da longitudinalidade da assistência aos seus usuários. Nesse modelo, a regularidade do cuidado que se estabelece entre profissionais da saúde e seus usuários permite a construção de um vínculo de confiança interpessoal e profissional. Assim, a promoção da saúde através da integralidade da atenção equilibrada entre prevenção, promoção da saúde e cuidado clínico culmina na capacidade de resolução de problemas e a consequente satisfação dos usuários (BARATIERI *et al.*, 2022; FACCHINI *et al.*, 2018; BRASIL, 2017).

Esse cuidado ofertado à mulher no ciclo gravídico puerperal amplia seus conhecimentos sobre as mudanças inerentes ao período vivenciado e sobre seus direitos com a participação, discussão e aprendizado em grupos educativos. Permite uma assistência multiprofissional, com a possibilidade do pré-natal odontológico e fornece subsídios para maior adesão às consultas desde a gestação até o puerpério com a identificação precoce de intercorrências. Essas práticas reestruturadoras das ações de saúde permitem uma assistência humanizada que beneficiam a mulher e o conceito (BARATIERI *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2019; POHLMANN *et al.*, 2016).

O acolhimento no pré-natal, muitas vezes, representa o primeiro contato da gestante com o serviço de saúde, e deve ser sistematizado de forma a atender as reais necessidades da mulher, por meio de conhecimentos técnico-científicos e de recursos adequados (SILVA *et al.*, 2020b). No entanto, muitas ações na assistência às gestantes e puérperas privilegiam a dimensão biológica, perpetuando um modelo tradicional de atendimento, em que aspectos psicossociais não são suficientemente tratados (ARRAIS *et al.*, 2016). É necessário que os profissionais de saúde da APS tenham uma visão mais ampliada acerca dos transtornos de saúde mental, identificando precocemente possíveis alterações e abordando por meio da equipe multidisciplinar, possíveis estratégias de enfrentamento individual (SILVA *et al.*, 2020b).

O rastreio de depressão no período gravídico-puerperal é necessário para a sua prevenção, detecção e tratamento precoces. As escalas validadas são ferramentas confiáveis para rastrear os sinais de depressão periparto, que podem ser utilizadas pelo profissional de saúde durante a assistência à gestante (SILVA *et al.*, 2020a). Neste contexto, grupos de educação em saúde e uma escuta qualificada pelo profissional assistente podem propiciar um momento de troca de experiências, saberes e vivências que possibilite a construção de um pensar crítico e reflexivo sobre a condução da sua saúde (POHLMANN *et al.*, 2016; SANTOS; PENNA, 2009).

O contato direto entre usuária e Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade essenciais para a criação de vínculo na complexidade das ações e práticas em saúde da mulher (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; BARATIERI *et al.*, 2022). Estratégias para capacitar famílias e profissionais de saúde de base para ajudar as mães a identificar e buscar tratamento para doenças mentais também precisam ser priorizadas (AMARASINGHE; AGAMPODI, 2022).

Estudos sugerem que não receber ajuda adequada é o principal fator de risco para desfechos adversos à saúde como depressão e ideação suicida em gestantes ou puérperas (HOWARD *et al.*, 2011; OATES, 2003; ORSOLINI *et al.*, 2016). Desta forma, programas sistemáticos de acompanhamento durante a gestação e o puerpério são essenciais para consolidação e aprimoramento das políticas públicas de saúde. As intervenções precisam ser difundidas e compartilhadas no território nacional para análise, avaliação e adaptações às exigências locais e temporais (ARRAIS *et al.*, 2016).

Todavia, os problemas de saúde têm sido estudados majoritariamente em países de alta renda, onde concentram-se a maior parte dos investimentos em pesquisa e somente uma pequena parcela, em países de média e baixa renda (RALAIDOVY; ADAM; BOUCHER, 2020). Pesquisas contínuas sobre a etiologia, a prevenção e o tratamento são fundamentais no esforço para diminuir os efeitos da doença mental perinatal nas mulheres, em suas famílias e na sociedade (O'HARA; WISNER, 2014).

Considerando os impactos tão severos que a depressão periparto gera ao binômio mãe e filho, faz-se necessário incluir no cuidado à mulher a identificação de fatores de risco para a depressão perinatal, intervenções para fatores de risco modificáveis, caracterização do estado atual da doença, orientação antecipada para o impacto da gravidez na doença, quando já presente, e conclusão de aconselhamento para permitir que a paciente tome decisões informadas sobre seus cuidados (LEOVIC *et al.*, 2018).

É importante, reconhecer que a mulher exerce a maternidade vinculada às suas relações conjugais, sociais e laborativas (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014) e trazer o estudo sobre a saúde mental da mulher no período periparto, nas condições em que ela está inserida para a discussão científica, é dar protagonismo à mulher no seu dia a dia. A APS, através do cuidado exercido por sua equipe multidisciplinar, propicia a possibilidade de um cuidado longitudinal que, no contexto dessa pesquisa, refere-se à assistência a mulher desde o período pré gravídico passando pela gestação e estendendo-se ao período puerperal. Essa assistência cuidadosa contribui para o questionamento e reconhecimento de fatores predisponentes do adoecimento mental, questão ainda negligenciada em uma assistência voltada para as mudanças físicas desse período (ARRAIS *et al.*, 2016; BARATIERI *et al.*, 2022).

Diante da importância da saúde mental para a mulher no ciclo gravídico puerperal e da escassez de pesquisas que exploram essa temática na região norte do estado de Minas Gerais – Brasil, torna-se importante a realização desse estudo. Por meio dessa pesquisa vislumbra-se avaliar a prevalência de sintomas depressivos em gestantes atendidas na APS e os fatores associados a esse desfecho, caracterizando a população estudada quanto aos fatores sociodemográficos, características obstétricas, sexualidade e condições de saúde, e promover uma revisão de literatura a fim de analisar as incidências dos sintomas depressivos e os fatores associados no pós-parto.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

- Identificar a prevalência dos sintomas depressivos e fatores associados em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde e analisar a literatura científica acerca das incidências dos sintomas depressivos no pós-parto e os fatores de risco para este desfecho.

### 2.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de sintomas depressivos moderados e graves em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde.
- Identificar a associação entre sintomas depressivos moderados e graves e as características sociodemográficas, apoio social, características obstétricas, sexualidade e condições de saúde em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde.
- Analisar as incidências de sintomas depressivos pós-parto e os fatores associados por meio de uma revisão de literatura.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Estudo I

##### 3.1.1 Caracterização do estudo

A presente investigação, um estudo transversal, faz parte da pesquisa intitulada “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal”.

##### 3.1.2 Delineamento do estudo e caracterização do cenário

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico, realizado na cidade de Montes Claros, município da região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. Montes Claros possui uma população estimada de 417.478 habitantes. É o sexto maior município do estado de Minas Gerais em população residente, sendo considerado polo de desenvolvimento da região norte do estado, exercendo notória influência sobre as demais cidades da região e do sudoeste da Bahia, desempenha um importante papel como centro urbano comercial, industrial e de prestação de serviços e destaca-se na prestação de serviços de saúde. Em relação à Atenção Primária à Saúde, o modelo de saúde da família é a principal forma de organização da atenção básica local com 141 equipes da Estratégia Saúde da Família e a cobertura populacional total, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde. Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, de Residência Multiprofissional em Saúde de Família, de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e de Enfermagem Obstétrica estão vinculados à APS com atuação nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2022; IBGE, 2021).

### 3.1.3 População e plano amostral

A população desta pesquisa foi constituída por gestantes cadastradas nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), da zona urbana do município de Montes Claros, no ano de 2018. O tamanho amostral foi estabelecido, visando estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto contemplar diversos eventos), nível de 95% de confiança (IC 95%) e nível de precisão de 2,0%. Realizou-se correção para população finita ( $N=1.661$  gestantes) e um acréscimo de 20% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Demonstrou-se por meio dos cálculos realizados a necessidade de participação de, no mínimo, 1.180 gestantes. Os polos da ESF do município, que totalizavam 15 no período desta pesquisa, foram considerados para a seleção da amostra. O número de gestantes amostradas em cada polo foi proporcional à sua representatividade em relação à população total de gestantes cadastradas.

### 3.1.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados, inicialmente, fez-se contato com os gestores da coordenação da APS do município, com o objetivo de detalhar e explicar sobre o propósito da pesquisa. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e o consentimento da coordenação, as equipes de saúde da família foram visitadas pelos pesquisadores para as devidas explicações e esclarecimentos sobre o estudo. Os profissionais das equipes das ESF responsáveis pelo pré-natal auxiliaram no processo de conhecimento e contato com as gestantes de sua área de abrangência. No seguimento, um membro da equipe de entrevistadores realizou um contato telefônico inicial com as mulheres, para abordagem e sensibilização sobre a pesquisa, convidando-as para participarem do estudo, para que em seguida fosse agendada e realizada a coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2018 a novembro de 2019, nas unidades de saúde da ESF ou nos domicílios das participantes conforme a possibilidade de cada uma. As entrevistas ocorreram face a face sendo aplicada por um membro, que compôs o estudo, da equipe multiprofissional formada por profissionais da área da saúde e por acadêmicos de

iniciação científica. Foram incluídas as gestantes que estavam cadastradas em uma equipe de saúde da família da APS, em qualquer idade gestacional. Não foram incluídas as mulheres que apresentavam comprometimento cognitivo, conforme informação do familiar e/ou da equipe da ESF, e as grávidas de gemelares. Ponderaram-se as possíveis dificuldades que elas poderiam apresentar para responder ao questionário e para as gestantes de gemelares o maior risco gestacional e desconfortos físicos advindos de uma gravidez múltipla.

Os entrevistadores foram capacitados previamente à coleta de dados. Com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa foi realizado um estudo piloto com gestantes cadastradas em uma unidade da ESF. Esses questionários foram excluídos das análises do estudo. No sentido de não gerar constrangimentos às gestantes, na entrevista, as questões referentes à sexualidade eram respondidas exclusivamente pela gestante sem a presença do entrevistador.

Utilizou-se um questionário que contemplava a variável dependente: sintomas depressivos em gestantes e as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda familiar), apoio social, características obstétricas (trimestre gestacional, paridade), sexualidade (sexualidade) e condições de saúde (patologias autorreferidas, estresse percebido).

Os sintomas depressivos em gestantes foram avaliados por meio da Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D) (ANEXO A), criada por Radloff (1977), validada no Brasil por Silveira Filho e Jorge (1998). A escala tem sensibilidade de 95,1% e especificidade de 85% (WADA *et al.*, 2007). Composta por 20 itens, que avaliam a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista, utilizando a seguinte graduação para os sinais e sintomas apresentados: 0 = nunca ou raramente presente (sintomas presentes durante muito pouco tempo, em menos de 1 dia), 1 = presente durante pouco tempo (sintomas presentes em 1 ou 2 dias), 2 = presente durante um tempo moderado (sintomas presentes durante um tempo moderado de 3 a 4 dias), 3 = presente a maior parte do tempo (sintomas presentes de 5 a 7 dias). O escore final varia de 0 a 60 pontos, sendo que os itens 4, 8, 12 e 16 são pontuados em ordem decrescente pois os questionamentos sinalizam um estado de bem-estar. Originalmente, o ponto de corte da escala CES-D para identificar presença de sintomas depressivos é de  $\geq 16$  pontos (RADLOFF, 1977). Neste estudo, os sintomas depressivos foram categorizados da seguinte forma: sem sintomas depressivos (CES-D <16), sintomas

depressivos moderados ( $\text{CES-D} \geq 16$  ou  $\leq 21$ ) e sintomas depressivos graves  $\text{CES-D} \geq 22$  (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007; FERNANDES; ROZENTHAL, 2008; HELLER; DRAISMA; HONIG, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2019; WADA *et al.*, 2007).

As variáveis sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal, escolaridade e renda) (APÊNDICE A), obstétricas (trimestre gestacional, paridade) (APÊNDICE B) e condições de saúde (patologias autorreferidas) (APÊNDICE C) foram avaliadas por meio de questões elaboradas pelos pesquisadores e colhidas por meio de autorrelato.

As variáveis sociodemográficas foram categorizadas da seguinte forma: a idade foi investigada em anos e categorizada em faixas etárias: até 19 anos, de 20-35 anos, acima de 35 anos. A situação conjugal em sem companheiro e com companheiro. Para escolaridade utilizou-se o maior nível relatado pela entrevistada e depois categorizou-se em superior, ensino médio, ensino fundamental. A renda familiar foi avaliada em salários mínimos e categorizada em: acima de 2 salários mínimos, de 1 a 2 salários mínimos e abaixo de 1 salário mínimo (APÊNDICE A).

Para as características obstétricas o trimestre gestacional, calculado através da data da última menstruação ou do primeiro exame de ultrassom conforme dados do cartão de pré-natal, foi categorizado segundo a idade gestacional em primeiro trimestre (até 13 semanas e 6 dias), segundo trimestre (de 14 semanas a 27 semanas e 6 dias) e terceiro trimestre (acima de 28 semanas) (BRASIL, 2000), a paridade em primípara para mulheres que se encontravam na primeira gestação e múltípara para aquelas que estavam na segunda gestação ou mais (APÊNDICE B).

Para a condição de saúde patologias autorreferidas a gestante foi arguida sobre a presença de algumas possíveis patologias (infecção urinária, diabetes gestacional, diabetes mellitus, anemia, hemorragias, cardiopatias, hipertensão arterial crônica, doença hipertensiva específica da gestação, tromboembolismo, sífilis, toxoplasmose, HIV/AIDS, câncer, enxaqueca) e no final havia a possibilidade de mencionar outras doenças e a categorização em sim (para as respostas antes da gravidez e durante a gravidez) e não (para a resposta não tenho) (APÊNDICE C).

Para investigar a variável sociodemográfica apoio social foi utilizada a escala *Medical Outcome Studies* (MOS) (ANEXO B), que mede a percepção do indivíduo sobre o apoio social como presente ou ausente. O questionário é composto por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação) norteados pela seguinte pergunta: “Com que frequência você conta com alguém se precisar?”. Para cada item, a gestante indicava com que frequência considerava cada tipo de apoio por uma escala tipo Likert: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5) (GRIEP *et al.*, 2005). Foi calculado o escore total das 19 variáveis a partir da soma dos seus itens e considerado como alto apoio social resultados com valores  $> 66$  e baixo apoio social valores  $\leq 66$  (ROCHA *et al.*, 2016).

A variável sexualidade foi avaliada utilizando o instrumento Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) (ABDO *et al.*, 2009) (ANEXO C). O instrumento é composto de 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por 2, o que resulta num escore total que varia de 0 a 100. A sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão (ABDO *et al.*, 2009). A somatória dos pontos deve ser realizada, de acordo com o seguinte algoritmo:  $2x(Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5-Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$ , sendo (Q = questão) (ABDO *et al.*, 2009). Foi estabelecido um ponto de corte em 60 pontos para categorizar a função sexual feminina em alto desempenho sexual ( $\geq 60$  pontos) e baixo desempenho sexual ( $< 60$  pontos) (ABDO *et al.*, 2006).

O nível de estresse percebido foi averiguado pela Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*) (PSS-14) (ANEXO D), um instrumento validado para a população brasileira (LUFT *et al.*, 2007). É composto por 14 itens que relacionam acontecimentos e situações ocorridos nos últimos 30 dias, com opções de respostas que variam de zero a quatro (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre; 4 = sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero (sem sintomas de estresse) a 56 (sintomas de estresse extremo) (LUFTS *et al.*, 2007). A escala PSS-14 foi dicotomizada em  $< 28$  e  $\geq 28$ . As gestantes com escores  $< 28$  foram classificadas com baixo nível de estresse e aquelas com escores  $\geq 28$  com nível de estresse elevado (BRAHMBHATT *et al.*, 2013; WALVEKAR; AMBEKAR; DEVARANAVADAGI, 2015).

### 3.1.5 Análise de dados

No tratamento estatístico dos dados foram conduzidas análises descritiva, bivariada e múltipla. Na análise descritiva, utilizaram-se as distribuições de frequências para descrever as variáveis categóricas. Foram estimadas as prevalências, com intervalo de 95% de confiança, para as categorias da variável sintoma depressivo: sem sintomas, sintomas moderados e sintomas graves.

Foram conduzidas análises bivariadas para identificar as variáveis associadas ao desfecho. Nessa etapa, as prevalências de “sem sintomas depressivos”, “sintomas depressivos moderados” e “sintomas depressivos graves” foram comparadas, segundo categorias das variáveis independentes, utilizando-se o Teste Qui-quadrado. As variáveis que nessa etapa apresentaram nível descritivo (valor-p) até 0,20 foram selecionadas para a análise múltipla.

Na análise múltipla, utilizou-se o modelo de Regressão Logística Multinomial e estimaram-se as razões de chances (OR) ajustadas, com respectivos intervalos de 95% de confiança. Nessa etapa foi adotado o nível de significância de 0,05. A qualidade de ajuste do modelo foi avaliada o teste de *Deviance* e o Pseudo-R<sup>2</sup> de Nagelkerke. Todas as análises foram realizadas por meio do software IBM SPSS versão 23.0.

### 3.1.6 Considerações éticas

Esta pesquisa foi conduzida em consonância com as normas para estudos envolvendo seres humanos, determinadas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013). O projeto de pesquisa foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio dos pareceres consubstanciados nº. 2.483.623/2018 e 3.724.531/2019 (ANEXO E).

O aceite do Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa e Ofício, assinado pela Coordenação da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros concedeu a permissão para a realização da pesquisa nas equipes de ESF (APÊNDICE D).

As participantes do estudo foram orientadas sobre a natureza da pesquisa, o objetivo, a metodologia e os procedimentos, os benefícios, os riscos, os desconfortos e as precauções. O anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas foram garantidos, além da utilização exclusiva para fins científicos. As gestantes puderam optar em participar ou não da pesquisa, bem como desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de ônus. As participantes com idade a partir de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E). As com idade inferior a 18 anos e o seu responsável assinaram, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE F) e o TCLE.

## 3.2 Estudo II

### 3.2.1 Revisão de literatura

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, descrita conforme a declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009). O processo de elaboração desta revisão foi iniciado com a formulação da seguinte questão: “Qual é a incidência e os fatores associados ao desenvolvimento dos sintomas da depressão pós-parto?”

### 3.2.2 Estratégias de busca

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo selecionadas as bases de dados “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)” e “*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE)”. Estas bases foram escolhidas pelos autores por incluírem periódicos conceituados na área de saúde e apresentarem literatura diversa na temática proposta.

As buscas e leitura dos artigos científicos ocorreram entre os meses de maio a julho de 2021 e foram realizadas por três autores, para que as informações colhidas fossem conferidas mais de uma vez, com maior precisão em todas as etapas. Para a estratégia de busca foi utilizada a

combinação de descritores listados nos Descritores de Ciências em Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) “Depressão Pós-Parto *OR Depression, Postpartum*” e “Período Pós-Parto *OR Postpartum Period*” utilizando como operador booleano o termo “AND”. Adicionalmente, foram examinadas as listas de referências bibliográficas dos estudos relevantes a fim de identificar aqueles potencialmente elegíveis.

### 3.2.3 Critérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis os estudos do tipo observacional com delineamento longitudinal e que avaliaram a incidência dos sintomas da depressão pós-parto e os fatores associados. Foram incluídos os artigos que utilizavam a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) como ferramenta padronizada para avaliação da sintomatologia depressiva pós-parto, disponíveis em texto completo, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, e publicados nos anos de 2019 e 2020. Foram excluídos artigos que após a leitura não se enquadravam ao objeto de estudo, as revisões de literatura, relatos de caso ou de experiência, resenhas, teses, editoriais e cartas ao editor.

### 3.2.4 Procedimento de revisão

A seleção dos artigos foi realizada de forma independente por três pesquisadores, em duas etapas, avaliando o título e resumo e, posteriormente, pela leitura do texto completo. Em seguida, uma avaliação conjunta foi realizada a fim de avaliar a concordância de seleção entre os autores. As discordâncias foram resolvidas mediante discussão e consenso.

Para a extração dos dados dos artigos elegíveis para esse estudo, elaborou-se uma planilha eletrônica na qual foram registradas informações sobre: autores, título, periódico, população, cenário, objetivos, intervalo de aplicação da EPDS, análise estatística, incidência e fatores associados aos sintomas da depressão pós-parto. Inicialmente foram identificados 122 artigos e após a seleção a amostra final resultou em 17 artigos.

### 3.2.5 Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos

Com o objetivo de conferir maior sistematização, foi realizada uma análise da qualidade dos artigos incluídos nessa revisão. Essa análise seguiu os princípios propostos pelo *Checklist for Measuring Quality* (DOWNS; BLACK, 1998). Do instrumento original excluíram-se nove questões, por não se aplicarem a estudos longitudinais, e outras duas foram adaptadas permitindo um melhor uso do instrumento. Os 18 critérios incluídos foram: 1) A hipótese e/ou objetivos do estudo estão claramente descritos? 2) Os desfechos a serem medidos estão claramente descritos na introdução ou na seção de métodos? 3) As características dos sujeitos do estudo estão claramente descritas? 4) Os temas de interesse estão claramente descritos? 5) A distribuição dos principais fatores de confusão em cada grupo está claramente descrita? 6) Os principais achados do estudo são claramente descritos? 7) O estudo proporciona estimativas da variabilidade aleatória dos dados dos principais achados? 8) As características dos sujeitos perdidos foram descritas? 9) Os intervalos de confiança de 95% e/ou valores de p foram relatados para os principais desfechos, exceto quando o valor de p foi menor que 0,001? 10) Os sujeitos chamados para participar do estudo foram representativos de toda a população de onde foram recrutados? 11) Os sujeitos que foram preparados para participar são representativos da população inteira de onde foram recrutados? 12) As análises se ajustam para diferentes tempos de acompanhamento? 13) Os testes estatísticos utilizados para avaliar os principais desfechos foram apropriados? 14) As medidas dos principais desfechos foram acuradas (válidas e confiáveis)? 15) Os sujeitos em diferentes grupos de intervenção (ensaios e estudos de coorte) ou em casos-controle foram recrutados no mesmo período? 16) Houve um ajuste adequado dos fatores de confusão nas análises a partir das quais os principais achados foram tirados? 17) As perdas dos sujeitos no andamento foram consideradas? 18) O estudo apresenta os parâmetros para cálculo de amostra e tem poder para detectar o efeito esperado? Esses critérios foram capazes de avaliar a validade externa, a validade interna, a presença de vieses e o poder do estudo, com pontuação de 0 a 1. Isso indica que os estudos que alcançaram escores mais próximos ao valor 18 apresentavam melhor qualidade na publicação (DOWNS; BLACK, 1998)

## 4 PRODUTOS CIENTÍFICOS E TÉCNICOS

### 4.1 Produtos científicos

#### 4.1.1 Artigo 1

Sintomas depressivos e fatores associados em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde.

Formatado de acordo com as normas da Texto & Contexto Enfermagem – Qualis A3

#### 4.1.2 Artigo 2

Incidência e fatores associados aos sintomas depressivos pós-parto: uma revisão de literatura.

Formatado de acordo com as normas da Revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria – Qualis B3

#### 4.1.3 Resumos expandidos

“Humor Deprimido em Gestantes”. 16º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG), 2022. UNIMONTES - Montes Claros – MG (APÊNDICE G).

“Crises de Choro em Gestantes”. 16º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG), 2022. UNIMONTES - Montes Claros – MG (APÊNDICE H).

## 4.2 Produtos técnicos

### 4.2.1 Minicurso

“Alimentação, Imagem Corporal e Aspectos Emocionais de Gestantes: Uma Abordagem Educativa”. XVI MOSTRA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM – UNIMONTES. 2022. Montes Claros- MG (APÊNDICE I).

### 4.2.3 Entrevista

PODCAST: Saberparanascercast. Episódio 04: “Saúde mental na gestação e pós-parto: precisamos falar sobre isso!”- PROJETO SABER PARA NASCER – UNIMONTES. 2021. Montes Claros – MG (APÊNDICE J).

## 4.1.1 Artigo 1

Artigo original

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM GESTANTES ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE****Daniela Marcia Rodrigues Caldeira<sup>1</sup>**<https://orcid.org/0000-0002-4661-4708>**Cássio de Almeida Lima<sup>2</sup>**<https://orcid.org/0000-0002-4261-8226>**Rafael Ataíde Monção<sup>3</sup>**<https://orcid.org/0000-0002-1410-8122>**Viviane Maia Santos<sup>4</sup>**<https://orcid.org/0000-0002-2549-4612>**Lucineia de Pinho<sup>1</sup>**<https://orcid.org/0000-0002-2947-5806>**Rosângela Ramos Veloso Silva<sup>1</sup>**<https://orcid.org/0000-0003-3329-8133>**Marise Fagundes Silveira<sup>2</sup>**<https://orcid.org/0000-0002-8821-3160>**Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito<sup>1</sup>**<https://orcid.org/0000-0001-5395-9491>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Montes Claros, Graduando do curso de Medicina. Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>4</sup> Centro Universitário UNIFIPMoc, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, MG, Brasil.

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde.

**Método:** Estudo epidemiológico, transversal e analítico, realizado em uma cidade do norte do estado de Minas Gerais – Brasil. Os dados: características sociodemográficas, apoio social, características obstétricas, sexualidade, condições de saúde e a variável dependente – sintomas depressivos – foram coletados por meio de questionário e escalas validadas, entre outubro de 2018 a novembro de

2019. Foram conduzidas análises descritivas, bivariada com Teste Qui-quadrado e múltipla mediante Regressão Logística Multinomial.

**Resultados:** Participaram do estudo 1279 gestantes. As prevalências estimadas de sintomas depressivos moderados e graves foram de 16,2% e 25,2% respectivamente. Após ajuste na análise múltipla a variável primeiro trimestre gestacional ( $p=0,006$ ) permaneceu associado à presença de sintomas depressivos graves e o baixo apoio social ( $p<0,001$  e  $p<0,001$ ), baixo desempenho sexual ( $p=0,002$  e  $p<0,001$ ) e elevado nível de estresse percebido ( $p<0,001$  e  $p<0,001$ ) permaneceram associados à presença de sintomas depressivos moderados e graves na gestação.

**Conclusão:** As prevalências de sintomas depressivos moderados e graves em gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde foram consideráveis. Fatores relativos ao apoio social, ao trimestre gestacional (primeiro trimestre), à sexualidade e ao estresse percebido apresentaram associação a esses sintomas. Neste cenário, o cuidado ampliado às gestantes e a promoção da saúde mental fazem-se necessários.

**DESCRITORES:** Gravidez. Depressão. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Saúde Comunitária. Inquéritos Epidemiológicos.

## INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase importante na vida da mulher e agrega diversas experiências desde a concepção até a chegada do recém-nascido. As transformações físicas, hormonais, emocionais e psicossociais, advindas desse período, podem repercutir em sua saúde mental.<sup>1,2</sup>

A ocorrência de sintomas depressivos na gestação é reconhecida como um problema de saúde pública, com um impacto negativo na saúde das mulheres e no desenvolvimento das crianças.<sup>1,3</sup> A depressão maior no período gestacional, é caracterizada por sintomas como humor deprimido, diminuição do interesse por atividades diárias, alterações no peso, na qualidade do sono, nas atividades psicomotoras, fadiga e sentimentos de inutilidade ou culpa.<sup>4</sup> Os sintomas de depressão gestacional são condições com elevadas e variáveis prevalências em todo o mundo.<sup>5</sup>

O cuidado com a saúde mental requer zelo durante a assistência pré-natal,

especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), onde os referidos sintomas podem ser rastreados nas consultas iniciais não postergando assim, para a fase puerperal a avaliação do bem-estar materno.<sup>6</sup>

As gestantes assistidas em serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) podem estar propensas a situações sociais e concernentes à saúde mental que propiciam desenvolvimento de sintomas depressivos. Tal situação demanda que aspectos socioafetivos e psíquicos também sejam abordados pelos profissionais das equipes da ESF, de modo a construir um cuidado humanizado e integral que ultrapasse a dimensão biologicista.<sup>7</sup> Neste contexto a investigação de possíveis fatores associados à depressão na gestação devem ser considerada.<sup>8-10</sup>

Há que se salientar os impactos para a saúde do binômio materno-fetal e as possíveis repercussões futuras na saúde da mulher, do recém-nascido e da criança,<sup>5</sup> assim como as evidências de que os sintomas depressivos constituem um fator de risco para a depressão pós-parto.<sup>11</sup> Logo, há a necessidade de ampliar a investigação científica acerca da temática para a identificação desses fatores de risco em gestantes na APS, a fim de contribuir para o delineamento de políticas e estratégias de prevenção, rastreamento, monitoramento e promoção da saúde mental.<sup>12</sup> Estudos sobre a temática, por meio de inquéritos epidemiológicos especialmente no contexto comunitário, podem ser pertinentes face às diferenças regionais presentes no Brasil e às lacunas de evidências em cenários como o norte do estado de Minas Gerais.

Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados aos sintomas depressivos em gestantes da Atenção Primária à Saúde.

## **MÉTODO**

Trata-se de um inquérito epidemiológico observacional de base populacional, transversal e analítico. Teve como cenário o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil, que possui uma população estimada de 417.478 habitantes<sup>13</sup> e tem no modelo da ESF a principal forma de organização da APS local, com cobertura total populacional.<sup>14</sup>

As gestantes cadastradas nas equipes da ESF, da zona urbana do município de Montes Claros, no ano de 2018, constituíram a população desta pesquisa. O tamanho amostral foi estabelecido visando a estimar parâmetros populacionais com

prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto contemplar diversos eventos), intervalo de 95% de confiança (IC 95%), e nível de precisão de 2,0%. Realizou-se correção para população finita (N=1.661 gestantes) e um acréscimo de 20% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Os cálculos evidenciaram a necessidade de participação de, no mínimo, 1.180 gestantes. Os polos da ESF do município, que totalizavam 15 no período desta pesquisa, foram considerados para a seleção da amostra. O número de gestantes amostradas em cada polo foi proporcional à representação dessa amostra em relação à população total de gestantes cadastradas.

Para a coleta de dados, foi solicitado o consentimento dos gestores da coordenação da APS do município. Após o consentimento da coordenação os profissionais das equipes responsáveis pelo pré-natal forneceram uma listagem das gestantes de sua área de abrangência e um membro da equipe de entrevistadores realizou contato inicial com a gestante para explicar e conscientizar sobre o estudo, realizar o convite para a participação e agendar a coleta de dados.

Os dados foram coletados entre outubro de 2018 a novembro de 2019, nas unidades básicas de saúde das equipes de saúde da família ou nos domicílios das participantes, por profissionais da área da saúde e por acadêmicos de iniciação científica (cursos de Enfermagem, Medicina e Educação Física). A capacitação dos entrevistadores ocorreu previamente à coleta de dados, e um estudo piloto com gestantes cadastradas em uma unidade da ESF (que não foram incluídas nas análises do estudo) foi realizado, com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa.

Foram incluídas as gestantes que estavam cadastradas em uma equipe de saúde da família da APS, em qualquer idade gestacional. Não foram incluídas as mulheres que estavam grávidas de gemelares e as que apresentavam comprometimento cognitivo, conforme informação do familiar e/ou do profissional da equipe de saúde da família.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado e de escalas validadas que contemplavam as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda familiar), apoio social, características obstétricas (trimestre gestacional, paridade), sexualidade, condições de saúde (patologias autorreferidas, estresse percebido) e a variável dependente - sintomas depressivos. No sentido de não gerar

constrangimentos às gestantes, na entrevista sobre sexualidade essa parte do questionário era respondida exclusivamente pela gestante sem a presença do entrevistador.

A variável dependente, sintomas depressivos em gestantes, foi avaliada por meio da Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D), criada por Radlof<sup>15</sup> e validada no Brasil por Silveira Filho.<sup>16</sup> A CES-D é composta por 20 itens, que avaliam a frequência de sintomas depressivos vivenciados na semana anterior à entrevista, utilizando a seguinte graduação para os sinais e sintomas apresentados: 0 = nunca ou raramente (sintomas presentes durante muito pouco tempo, em menos de 1 dia), 1 = durante pouco tempo (sintomas presentes em 1 ou 2 dias), 2 = durante um tempo moderado (sintomas presentes durante um tempo de 3 a 4 dias), 3 = a maior parte do tempo (sintomas presentes de 5 a 7 dias). O escore final varia de 0 a 60 pontos, sendo que os itens 4, 8, 12 e 16 são pontuados em ordem decrescente pois os questionamentos sinalizam um estado de bem-estar. Originalmente, o ponto de corte da escala CES-D para identificar presença de sintomas depressivos é de  $\geq 16$  pontos.<sup>15</sup> Os sintomas depressivos foram categorizados da seguinte forma: sem sintomas depressivos (CES-D < 16), sintomas depressivos moderados (CES-D  $\geq 16$  ou  $\leq 21$ ) e sintomas depressivos graves CES-D  $\geq 22$ .<sup>16</sup>

As variáveis sociodemográficas foram categorizadas da seguinte forma, idade em até 19 anos, de 20-35 anos, acima de 35 anos; situação conjugal em sem companheiro e com companheiro; escolaridade em ensino superior, médio e fundamental; renda familiar em acima de 2 salários mínimos, de 1 a 2 salários mínimos e abaixo de 1 salário mínimo.

Para investigar a variável apoio social foi utilizada a versão brasileira da Escala de Apoio Social, do *Medical Outcome Studies* (MOS), que mede a percepção do indivíduo sobre o apoio social recebido como presente ou ausente. O instrumento é composto por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social (material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação) norteados pela seguinte pergunta: “Com que frequência você conta com alguém se precisar?”. Para cada item, a gestante indicava com que frequência considerava cada tipo de apoio, por meio de uma escala tipo Likert: de nunca (1), a sempre (5).<sup>17</sup> Foi calculado o escore total das 19 variáveis a partir da soma dos seus itens e considerado como alto apoio social resultados com valores  $> 66$  e baixo apoio social valores  $\leq 66$ .<sup>17</sup>

Para as características obstétricas o trimestre gestacional, calculado através da data da última menstruação ou do primeiro exame de ultrassom conforme dados do cartão de pré-natal, foi categorizado segundo a idade gestacional em primeiro trimestre (até 13 semanas e 6 dias), segundo trimestre (de 14 semanas a 27 semanas e 6 dias) e terceiro trimestre (acima de 28 semanas), a paridade em primípara para mulheres que se encontravam na primeira gestação e múltipara para aquelas que estavam na segunda gestação ou mais.

A variável sexualidade foi avaliada por meio do questionário validado Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). O instrumento é composto de 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por 2, o que resulta num escore total que varia de 0 a 100. A sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão. A somatória dos pontos foi efetuada conforme o seguinte algoritmo:  $2x(Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5 - Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$ , sendo (Q = questão). Foi estabelecido um ponto de corte em 60 pontos para categorizar a função sexual feminina em alto desempenho sexual (>60 pontos) e baixo desempenho sexual ( $\leq 60$  pontos).<sup>18</sup>

Para a condição de saúde patologias autorreferidas a gestante foi arguida sobre a presença de algumas possíveis patologias e no final havia a possibilidade de mencionar espontaneamente outras doenças. Foi categorizada em sim (se a gestante referia alguma doença antes ou durante a gravidez) e não (para a resposta não tenho).

O nível de estresse percebido foi averiguado pela Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale - PSS-14*), instrumento validado para a população brasileira.<sup>19</sup> É composto por 14 itens que relacionam acontecimentos e situações ocorridos nos últimos 30 dias, com opções de respostas que variam de zero a quatro (0 = nunca; 4 = sempre). As questões com conotação positiva têm sua pontuação somada invertida. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero (sem sintomas de estresse) a 56 (sintomas de estresse extremo).<sup>19</sup> A escala PSS-14 foi dicotomizada em  $< 28$  e  $\geq 28$ . As gestantes com escores  $< 28$  foram classificadas com baixo nível de estresse e aquelas com escores  $\geq 28$  com nível de estresse elevado.<sup>20</sup>

No tratamento estatístico dos dados foram conduzidas análises descritiva, bivariada e múltipla. Na análise descritiva, utilizaram-se as distribuições de frequências para descrever as variáveis categóricas. Foram estimadas as prevalências, com IC 95%, para as categorias da variável sintomas depressivos: sem sintomas, sintomas moderados e sintomas graves. A variável sintomas depressivos foi considerada o desfecho deste estudo e as variáveis sociodemográficas e apoio social, características obstétricas, sexualidade e condições de saúde foram tratadas como variáveis independentes.

Foram processadas análises bivariadas para identificar as variáveis associadas ao desfecho. Nessa etapa, as prevalências de “sem sintomas depressivos”, “sintomas depressivos moderados” e “sintomas depressivos graves” foram comparadas, segundo as categorias das variáveis independentes, utilizando-se o Teste Qui-quadrado. As variáveis que nessa etapa apresentaram nível descritivo (valor-p) até 0,20 foram selecionadas para a análise múltipla. Na análise múltipla, optou-se pelo modelo de Regressão Logística Multinomial e estimaram-se as razões de chances (OR) ajustadas, com respectivos IC 95%. Nessa etapa, foi adotado o nível de significância de 0,05. A qualidade de ajuste do modelo foi avaliada por meio do teste de *Deviance* e o Pseudo-R<sup>2</sup> de *Nagelkerke*. Todas as análises foram realizadas utilizando o *software* IBM SPSS versão 23.0.

Esta pesquisa foi conduzida em consonância com as normas para estudos envolvendo seres humanos determinadas pelo Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 1279 gestantes, cuja idade variou de 14 a 46 anos, com média igual a 26,6 anos, sendo que 72,4% se encontrava na faixa etária de 20 a 35 anos e maioria das mulheres recebiam algum tipo de apoio social (78,4%), encontrava-se no segundo trimestre de gestação (40,3%) e relataram ter alto desempenho sexual (72,6%). A maior parte das mulheres não relatou patologias durante a gestação (69,2%) e apresentou baixo estresse percebido (75,8%). As demais variáveis avaliadas encontram-se descritas na tabela 1 (Tabela 1).

**Tabela 1 - Características sociodemográficas, apoio social, características obstétricas, sexualidade e condições de saúde das gestantes assistidas nas unidades básicas de saúde de Montes Claros, MG, Brasil, 2018/2019. (n=1279)**

Variáveis	n*	%
<b>Características sociodemográficas e Apoio social</b>		
Faixa etária		
Até 19 anos	194	16,1
20-35 anos	873	72,4
Acima de 35 anos	138	11,5
Situação conjugal		
Sem companheiro	297	23,3
Com companheiro	979	76,7
Escolaridade		
Superior	254	19,9
Ensino médio	829	64,9
Ensino fundamental	194	15,2
Renda familiar (salários mínimos)		
Acima de 2 S.M <sup>†</sup>	431	35,2
1 a 2 S.M	479	39,1
Abaixo de 1 S.M	316	25,7
Apoio social		
Baixo apoio social	272	21,6
Alto apoio social	989	78,4
<b>Características obstétricas</b>		
Trimestre gestacional		
Primeiro trimestre	341	26,7
Segundo trimestre	515	40,3
Terceiro trimestre	422	33,0
Paridade		
Primípara	607	48,6
Múltipara	641	51,4
<b>Sexualidade</b>		
Sexualidade		
Baixo desempenho sexual	343	27,4
Alto desempenho sexual	907	72,6
<b>Condições de saúde</b>		
Patologias autorreferidas		
Sim	387	30,8
Não	869	69,2
Estresse percebido		
Baixo estresse percebido	954	75,8
Alto estresse percebido	304	24,2

\*Os totais variam devido às perdas de informações (*missing*); <sup>†</sup> S.M: salário mínimo (R\$ 954,00).

A distribuição dos escores de sintomas depressivos nas gestantes pesquisadas apresentou as seguintes medidas descritivas estimadas: média =15,8;

desvio-padrão=10,3; valor mínimo=0,0; valor máximo = 57; percentil 25 = 8,0; percentil 50 =13,0 e percentil 75 = 22,0. As prevalências estimadas de sintomas depressivos moderados e graves foram, respectivamente, iguais a 16,2% IC95% (14,2-18,3) e 25,2% IC 95% (22,9-27,7).

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados da análise bivariada, que comparou as prevalências das categorias dos sintomas depressivos (sem sintomas, sintomas moderados e sintomas graves), segundo variáveis independentes. Constatou-se que as seguintes variáveis foram associadas aos sintomas depressivos, considerando nível de significância de 0,20: faixa etária, renda, escolaridade, situação conjugal, apoio social, trimestre gestacional, paridade, sexualidade e estresse percebido. Essas variáveis foram selecionadas para o modelo múltiplo.

**Tabela 2 - Sintomas depressivos segundo características sociodemográficas, obstétricas, sexualidade e condições de saúde das gestantes assistidas nas unidades básicas de saúde de Montes Claros, MG, Brasil, 2018/2019. (n= 1.279)**

Variáveis	Sintomas depressivos			Valor p*
	Sem sintomas n(%)	Sintomas moderados n(%)	Sintomas graves n(%)	
<b>Características sociodemográficas e Apoio social</b>				
Faixa etária				0,115
Até 19 anos	102 (53,1)	34 (17,7)	56 (29,2)	
20-35 anos	519 (61,1)	136 (16,0)	195 (22,9)	
Acima de 35 anos	79 (58,5)	16 (11,9)	40 (29,6)	
Renda familiar (salários mínimos)				0,003
Acima de 2 S.M†	275 (65,5)	60 (14,3)	85 (20,2)	
1 a 2 S.M	274 (59,6)	72 (15,6)	114 (24,8)	
Abaixo de 1 S.M	159 (51,0)	57 (18,3)	96 (30,7)	
Escolaridade				0,004
Superior	159 (64,4)	29 (11,7)	59 (23,9)	
Ensino médio	478 (59,4)	135 (16,7)	193 (23,9)	
Ensino fundamental	89 (47,3)	37 (19,7)	62 (33,0)	
Situação conjugal				0,021
Sem companheiro	148 (52,3)	59 (20,8)	76 (26,9)	
Com companheiro	578 (60,4)	142 (14,8)	237 (24,8)	
Apoio social				< 0,001
Baixo apoio social	78 (29,4)	57 (21,5)	130 (49,1)	
Alto apoio social	645 (66,5)	141 (14,6)	183 (18,9)	
<b>Características obstétricas</b>				
Trimestre gestacional				0,022
Primeiro trimestre	167 (50,9)	59 (18,0)	102 (31,1)	

Segundo trimestre	304 (60,6)	79 (15,8)	118 (23,6)	
Terceiro trimestre	256 (62,0)	63 (15,3)	94 (22,7)	
Paridade				0,019
Primípara	364 (61,8)	89 (15,1)	136 (23,1)	
Múltipara	351 (56,0)	110 (17,5)	166 (26,5)	
<b>Sexualidade</b>				
Sexualidade				< 0,001
Baixo desempenho sexual	144 (42,9)	66 (19,6)	126 (37,5)	
Alto desempenho sexual	568 (64,2)	134 (15,1)	183 (20,7)	
<b>Condições de saúde</b>				
Patologias autorreferidas				0,206
Sim	218 (57,7)	61 (16,1)	99 (26,2)	
Não	502 (59,2)	137 (16,2)	208 (24,6)	
Estresse percebido				< 0,001
Baixo estresse percebido	660 (70,5)	139 (14,8)	138 (14,7)	
Alto estresse percebido	63 (21,2)	60 (20,2)	174 (58,6)	

\*Teste de Qui Quadrado; †S.M: salário mínimo (R\$ 954,00).

No modelo final foram identificados os seguintes fatores associados aos sintomas depressivos moderados: baixo apoio social (OR= 2,60; [IC 95% (1,74 - 3,90)]), baixo desempenho sexual (OR=1,77; [IC 95% (1,24 - 2,54)]), alto nível de estresse percebido (OR= 3,80; [IC 95% (2,52 - 5,73)]). Quanto aos sintomas depressivos graves, baixo apoio social (OR= 3,89; [IC 95% (2,69 - 5,62)]), baixo desempenho sexual (OR=1,97; [IC 95% (1,39 - 2,79)]), alto nível de estresse percebido (OR= 10,27; [IC 95% (7,17 - 14,71)]) mantiveram-se associados e o primeiro trimestre gravídico, quando comparado ao terceiro trimestre, também esteve associado (OR=1,77; [IC 95% (1,18 - 2,65)]) (Tabela 3).

**Tabela 3 - Sintomas depressivos segundo características sociodemográficas, obstétricas, sexualidade e condições de saúde das gestantes assistidas nas unidades básicas de saúde de Montes Claros, MG, Brasil, 2018/2019. (n= 1.176)**

Variável	Sintomas depressivos*			
	Moderado		Grave	
	OR <sub>a</sub> [IC95%]	Valor-p <sup>†</sup>	OR <sub>a</sub> [IC95%]	Valor-p <sup>†</sup>
<b>Características sociodemográficas e Apoio social</b>				
Apoio social				
Alto apoio social	1,00	<	1,00	<
Baixo apoio social	2,60 [1,74-3,90]	0,001	3,89 [2,69-5,62]	0,001
<b>Características obstétricas</b>				
Trimestre gestacional				
Terceiro trimestre	1,00		1,00	
Segundo trimestre	1,05 [0,72-1,55]	0,801	1,07 [0,74-1,56]	0,709

Primeiro trimestre	1,39 [0,91-2,13]	0,128	1,77 [1,18-2,65]	0,006
<b>Sexualidade</b>				
<b>Sexualidade</b>				
Alto desempenho sexual	1,00	0,002	1,00	<
Baixo desempenho sexual	1,77 [1,24-2,54]		1,97 [1,39-2,79]	0,001
<b>Condições de saúde</b>				
<b>Estresse percebido</b>				
Baixo estresse percebido	1,00	<	1,00	<
Alto estresse percebido	3,80 [2,52-5,73]	0,001	10,27 [7,17-14,71]	0,001

\*Categoria de referência: sem sintomas depressivos; †Teste de *Deviance*:  $\chi^2 (82)=87,4$ ; *valor-p*=0,322 e *Pseudo R<sup>2</sup> de Nagelkerke*=0,302; *OR: IC95% e p* ≤ 0,05.

## DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou consideráveis prevalências de sintomas depressivos moderados e graves entre gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde.

As prevalências variáveis dos sintomas depressivos moderados e graves evidenciadas neste estudo encontram-se em acordo com uma investigação que analisou 10 revisões sistemáticas e demonstrou que globalmente a prevalência de depressão gestacional pode variar de 15 a 65%.<sup>5</sup> Em estudo conduzido na APS no Brasil, 14,8% das 209 gestantes de uma cidade do interior de Minas Gerais apresentaram sintomas depressivos.<sup>21</sup> Outra pesquisa realizada com 1264 gestantes de Pelotas - RS demonstrou uma prevalência de 21,1% de sintomas depressivos entre gestantes assistidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS.<sup>22</sup> As grandes variações nas taxas de prevalência podem ser atribuídas a critérios metodológicos diversos como cenário do estudo, instrumento utilizado para rastreamento e população estudada.

Apesar das altas prevalências, historicamente, há pouco esforço preventivo em lidar com a depressão e seus fatores de risco durante o período gestacional, mesmo sendo uma condição que se associa a diversas complicações como risco aumentado de distúrbios psicológicos, comportamentais e do desenvolvimento em crianças.<sup>5</sup> Somado a isso, a depressão pré-natal é um fator de risco consistente para a depressão pós-parto que, por sua vez, aumenta significativamente a probabilidade de suicídio no puerpério.<sup>11,23,24</sup> A depressão perinatal não diagnosticada e não tratada acarreta consequências materno-fetais, por isso, identificar e tratar mulheres

grávidas com sintomas de depressão pode levar a melhores resultados para a saúde da mulher e da criança.<sup>12</sup>

O baixo apoio social, o primeiro trimestre gravídico, o baixo desempenho sexual e o elevado nível de estresse percebido foram identificados como os fatores associados à condição avaliada.

Baixo apoio social teve associação positiva com maiores chances de desenvolvimento de sintomas depressivos moderados e graves nas gestantes pesquisadas. Resultados semelhantes foram evidenciados em estudo conduzido com grávidas chinesas<sup>25</sup> e em revisão sistemática com uma amostra de 64.449 gestantes confirmando a relação entre o baixo apoio social e sintomas depressivos na gestação.<sup>26</sup> Não ter apoio social, familiar e conjugal pode resultar em um sentimento de isolamento à gestante e a impossibilidade de externar anseios, frustrações e medos com conseqüente impacto psicológico.<sup>8,25,26</sup>

O apoio social propicia uma rede de amparo à gestante, fornecendo-lhe auxílio emocional e social diante das mudanças que abarcam o período gestacional, podendo ser oferecido pelo serviço de saúde, mas, principalmente, por seus parceiros, familiares e amigos, sendo fator protetor para a saúde mental.<sup>23</sup> É uma importante estratégia de enfrentamento das conseqüências da doença mental na gestação, ajudando a prevenir e/ou reduzir o risco de resultados adversos na gravidez e no parto.<sup>8,26</sup>

Esta pesquisa verificou a associação entre sintomas depressivos graves e o primeiro trimestre gestacional quando comparado ao terceiro trimestre. Estudo chinês realizado com 5780 gestantes também verificou ser o primeiro trimestre o período de maior prevalência de depressão entre gestantes.<sup>27</sup> Uma coorte prospectiva realizada em Soweto na África do Sul com 946 gestantes no primeiro trimestre evidenciou prevalência de depressão de 27%.<sup>8</sup> O primeiro trimestre é considerado um momento de forte vulnerabilidade psicológica secundária a fatores hormonais, físicos, psicológicos e emocionais próprios da gravidez.<sup>2</sup>

Uma possível explicação pode estar relacionada ao fato de que o início da gestação pode provocar receios pelo pensamento de um futuro incerto na condução de uma nova vida, muitas vezes, advindo desse processo sofrimento emocional e físico maternos.<sup>2,8</sup> Especula-se que sintomas somáticos associados ao início da gravidez, como náuseas, vômitos, poliúria, fadiga e constipação também podem ser responsáveis pela maior prevalência de depressão no primeiro trimestre.<sup>27</sup>

No presente estudo, constatou-se que as chances de desenvolvimento de sintomas depressivos moderados e graves são maiores entre as gestantes que relataram ter baixo desempenho sexual, quando comparadas àquelas que relataram alto desempenho. Resultado semelhante foi observado em investigação realizada em grávidas iranianas que demonstrou correlação positiva entre disfunção sexual e gravidade de sintomas depressivos.<sup>9</sup>

A sexualidade e o funcionamento sexual da mulher fazem parte do seu bem-estar psicossocial. Compreender as suas influências durante a gravidez e pós-natal é um aspecto importante durante o manejo clínico da paciente.<sup>28</sup> O baixo desempenho sexual na gravidez pode ser decorrente da gravidade dos sintomas depressivos apresentados e de possíveis estigmas envolvendo a aparência física advindos das mudanças fisiológicas ocorridas no período gestacional.<sup>2,9</sup>

Este estudo verificou associação entre sintomas depressivos moderados e graves em gestantes com altos níveis de estresse percebido. Estudos prévios afirmam que, se a mulher vivencia um evento estressante durante a gravidez, está sujeita a problemas de saúde mental, especialmente sintomas depressivos pré-natais.<sup>2,8,25</sup> Preocupações com o futuro da criança e os processos advindos dessa mudança da mulher após a maternidade, muitas vezes, são gatilhos para ansiedade e sofrimento emocional com conseqüente adoecimento psíquico para a gestante.<sup>2</sup>

As alterações físicas e psíquicas vivenciadas pela mulher na gestação influenciam o seu comportamento para o novo papel de criar os filhos, mas esse processo de mudanças pode torná-las mais vulneráveis ao estresse e conseqüentemente ao surgimento de sintomas depressivos na gestação.<sup>2,25</sup>

Reconhecer a depressão gestacional como uma morbidade prevalente e os fatores associados a essa condição é primordial para o diagnóstico. A utilização de instrumentos de rastreio dos sintomas depressivos na gestação, que envolve a atuação da equipe multiprofissional na assistência, pode ser uma forma eficaz de prevenção e promoção da saúde materno fetal.<sup>6,29</sup> A APS exerce papel fundamental nesse contexto, uma vez que os profissionais têm a oportunidade de avaliar a gestante inserida em suas relações social, familiar e conjugal, o que contribui para o reconhecimento de fatores predisponentes e para o questionamento sobre sua saúde mental, ainda negligenciada em uma assistência voltada para as mudanças físicas do período gravídico.<sup>7,23</sup>

A pesquisa sobre a depressão gestacional, um dos distúrbios menos investigados e subtratados na gestação, fomenta a discussão sobre a importância do fortalecimento de políticas públicas que valorizem a saúde mental da mulher durante o ciclo gravídico puerperal e sobre estratégias de prevenção e controle dessa morbidade, não satisfatoriamente definidas, no contexto da APS.<sup>11,26,30</sup>

Déficit de recursos humanos, estigma, lacuna de conhecimento e restrições financeiras podem ser fatores que contribuem para a não prestação de cuidados primários de saúde mental. Fortalecer as políticas públicas para a prestação de serviços de qualidade e criação de redes de atenção à gestante é possibilitar a saúde integral ao binômio mãe-feto e conseqüente redução dos impactos negativos da depressão materna na saúde da mulher e no desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança.<sup>26,29,30</sup>

Este estudo teve como limitação o uso de informações autorrelatadas, que podem ser influenciadas por viés de memória. Todavia, essa condição foi minimizada ao se fazer uso de instrumentos validados. Esta investigação, apesar de não incluir as gestantes assistidas exclusivamente no setor privado, foi realizada com uma amostra representativa da população de gestantes cobertas pela APS local, essa característica aliada à análise de Regressão Logística Multinomial efetuada fortaleceu os resultados e as associações encontradas, conferindo maior robustez ao estudo. Devido ao seu delineamento transversal, não foi possível estabelecer uma relação de causalidade. Sugere-se a realização de futuras pesquisas com desenho longitudinal, que poderão melhor elucidar os fatores preditivos encontrados neste trabalho, investigar outros possíveis fatores associados como depressão prévia, perdas gestacionais, gestação não desejada e apontar possíveis relações causais com o evento averiguado.

O presente estudo evidencia que a presença de sintomas depressivos moderados e graves permanecem como uma realidade entre as gestantes assistidas na APS. Frente a esses dados faz-se necessário que os profissionais da assistência estejam preparados para identificar e conduzir os processos que envolvem a saúde mental das gestantes. Utilizar instrumentos validados de rastreio de sintomas depressivos e promover assistência humanizada às gestantes propiciam ações efetivas e diagnósticos assertivos na condução do pré-natal com impacto positivo na saúde da mulher, do neonato e da criança. Dessa forma, essa pesquisa contribui para a reflexão acerca da assistência materno fetal e almeja fomentar a discussão

de políticas públicas que visem uma assistência de qualidade à saúde mental das gestantes e à sua prole, por consequência.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa revelou prevalência alta de sintomas depressivos moderados e graves em gestantes assistidas por equipes da ESF. As variáveis identificadas como fatores associados ao desfecho analisado foram baixo apoio social, primeiro trimestre gravídico, baixo desempenho sexual e elevado nível de estresse percebido. Fica evidente a necessidade de atenção ampliada, humanizada e integral às gestantes durante o cuidado pré-natal no contexto da saúde da família, incluindo a promoção da saúde mental e a prevenção de sintomas depressivos.

## REFERÊNCIAS

1. Bonatti AT, Roberto APDSC, Oliveira T, Jamas MT, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Do depressive symptoms among pregnant women assisted in Primary Health Care services increase the risk of prematurity and low birth weight? *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [acesso 2022 ago 14];29:e3480. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4932.3480>
2. Míguez MC, Vázquez MB. Prevalence of depression during pregnancy in Spanish women: trajectory and risk factors in each trimester. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 ago 15];18(13):6789. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136789>
3. Duko B, Ayano G, Bedaso A. Depression among pregnant women and associated factors in Hawassa city, Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. *Reprod Health* [Internet]. 2019 [acesso 2022 ago 16];16(1):25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0685-x>
4. Associação Americana de Psiquiatria (APA). Força-Tarefa DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Internet]. Arlington, VA: Associação Americana de Psiquiatria; Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 2014 [acesso 2022 jun 20]. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>
5. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health* [Internet]; 2020 [acesso 2022 nov 03];20(1):173. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>
6. Dell'Osbel RS, Ri, Grecoletto MLO, Cremonese C. Depressive symptoms in primary care pregnant women: prevalence and associated factors. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2019

[acesso 2022 out 24];44(3):187-194. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i3.1241>

7. Lima CA, Brito MFSF, Pinho L, Leão GMMS, Ruas SJS, Silveira MF. Abbreviated version of the Maternal-Fetal Attachment Scale: evidence of validity and reliability. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2022 [acesso 2023 jan 30];32:e3233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3233>.
8. Redinger S, Norris S, Pearson R, Richter L, Rochat, T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa *J Dev Orig Health Dis* [Internet]. 2018; 9(1):30-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S204017441700071X>
9. Keramat A, Malary M, Moosazadeh M, Bagherian N, Rajabi-Shakib MR. Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women: the role of sexual distress and genital self-image. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [acesso 2022 ago 25];21(1):87. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03575-1>
10. Chan CY, Lee AM, Koh YW, Lam SK, Lee CP, Leung KY et al. Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 [acesso 2022 out 24];263:582-592. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.032>
11. Wake GE, Fitie GW, Ashenafi B, Tadese M, Tessema SD. Magnitude and Determinant Factors of Postpartum Depression Among Mothers Attending Their Postnatal and Vaccination Services at Public Health Institutions of Addis Ababa, Ethiopia. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [acesso 2022 dez 15];10:882205. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.882205>
12. Silva BAB, Rosa WAG, Oliveira ISB, Rosa MG, Lenza NFB, Silva VLQ. Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2020 [acesso 2022 set 15];25: e69308. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.69308>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidade e Estados. Montes Claros [Internet]. Rio de Janeiro, RJ(BR): IBGE; 2021 [acesso 2022 ago 21]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/montes-claros.html>
14. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e gestão da Atenção Básica. E- gestor AB [Internet]. Brasília, DF(BR): MS; 2022 [acesso 2022 jun 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
15. Radlof LS. The CES-D Scale: A selfreport depressive scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* [Internet]. 1977 [acesso 2022 out 30];1(3):385-401. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
16. Silveira Filho DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiq Clin* [Internet]. 1988 [acesso 2022 set 25];25(5):251-261. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-228052>
17. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso 2022 maio 14];21(3):703-714. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>

18. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento* [Internet]. 2009 [acesso 2022 ago 30];14(2):89-1. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>
19. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2007 [acesso 2022 nov 30];41(4):606-615. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>
20. Walvekar SS, Ambekar JG, Devaranavadi BB. Study on Serum Cortisol and Perceived Stress Scale in the Police Constables. *J Clin of Diagn Res* [Internet]. 2015 [acesso 2022 nov 13];9(2):BC10-BC14. Disponível em: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12015.5576>
21. Silva MMJ, Leite EPRC, Nogueira DA, Clapis MJ. Depressão na gravidez. Prevalência e fatores associados. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2022 nov 30];34(2):342-350. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14>
22. Silva RA, Jansen K, Souza LDM, Moraes IGS, Tomasi E, Silva GDG et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health system. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2010 [acesso 2022 nov 30];32(2):139-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000200008>
23. Amarasinghe GS, Agampodi SB. Help-seeking intention for depression and suicidal ideation during pregnancy and postpartum in rural Sri Lanka, a cross-sectional study. *Rural Remote Health* [Internet]. 2022 [acesso 2022 dez 21];22(3):7273. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH7273>
24. Quevedo LA, Scholl CC, Matos MB, Silva RA, Coelho FMC, Pinheiro KAT et al. Suicide Risk and Mood Disorders in Women in the Postpartum Period: a Longitudinal Study. *Psychiatr Q* [Internet]. 2021 [acesso 2022 ago 12];92(2):513-522. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09823-5>
25. Li P, Wang H, Feng J, Chen G, Zhou Z, Gou X et al. Association Between Perceived Stress and Prenatal Depressive Symptoms: Moderating Effect of Social Support. *J Multidiscip Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 ago 16];14:3195-3204. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S341090>
26. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 dez 21];18(1):162. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
27. Guo J, Zheng A, He J, Ai M, Gan Y, Zhang Q et al. The prevalence of and factors associated with antenatal depression among all pregnant women first attending antenatal care: a cross-sectional study in a comprehensive teaching hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [acesso 2022 out 24];21(1):713. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04090-z>
28. Galbally M, Watson S, Permezel M, Lewis A. Depression across pregnancy and postpartum, antidepressant use and the association with female sexual function. *Psychol Med* [Internet]. 2019 [acesso 2022 ago 15];49(9):1490-1499. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291718002040>

29. Phoosuwan N, Eriksson L, Lundberg P. N. Antenatal depressive symptoms during late pregnancy among women in a north-eastern province of Thailand: prevalence and associated factors. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2018 [acesso 2022 jul 30];36:102-107. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.012>
30. Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin EB. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022 [acesso 2022 nov 24];38(3): e00103221. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>

#### 4.1.2 Artigo 2

Incidência e fatores associados aos sintomas depressivos pós-parto: uma revisão de literatura.

Incidence and factors associated with postpartum depressive symptoms: a literature review.

Fatores associados aos sintomas depressivos pós-parto.

Factors associated with postpartum depressive symptoms.

Contagem total de palavras: 3408

- Daniela Marcia Rodrigues Caldeira. <https://orcid.org/0000-0002-4661-4708>. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde - Universidade Estadual de Montes Claros. Faculdades Unidas do Norte de Minas. Montes Claros – MG. Brasil. [dmrdaniela@hotmail.com](mailto:dmrdaniela@hotmail.com)
- Rafael Ataíde Monção. <https://orcid.org/0000-0002-1410-8122>. Universidade Estadual de Montes Claros. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Montes Claros – MG. Brasil. [rafael.ataidem01@gmail.com](mailto:rafael.ataidem01@gmail.com)
- Paulo Eduardo Guimarães Cordeiro. <https://orcid.org/0000-0003-4691-7714>. Universidade Estadual de Montes Claros. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Montes Claros – MG. Brasil. [pegcmg@outlook.com](mailto:pegcmg@outlook.com)
- Viviane Maia Santos. <https://orcid.org/0000-0002-2549-4612>. Universidade Estadual de Montes Claros. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Montes Claros – MG. Brasil. [viviane.mestrado.2017@gmail.com](mailto:viviane.mestrado.2017@gmail.com)
- Lucineia de Pinho. <https://orcid.org/0000-0002-2947-5806>. Universidade Estadual de Montes Claros. Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros – MG. Brasil. [lucineiapinho@hotmail.com](mailto:lucineiapinho@hotmail.com)
- Rosângela Ramos Veloso Silva. <https://orcid.org/0000-0003-3329-8133>. Universidade Estadual de Montes Claros. Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros – MG. Brasil. [rosangela.veloso@unimontes.br](mailto:rosangela.veloso@unimontes.br)
- Marise Fagundes Silveira. <https://orcid.org/0000-0002-8821-3160>. Universidade Estadual de Montes Claros. Departamento de Ciências Exatas. Montes Claros – MG. Brasil. [marise.silveira@unimontes.br](mailto:marise.silveira@unimontes.br)
- Rafael Silveira Freire. <https://orcid.org/0000-0002-3560-2082>. Faculdades Unidas do Norte de Minas. Universidade Estadual de Montes Claros. Centro de Ciências da Saúde. Montes Claros – MG. Brasil. [rafasfreire@yahoo.com.br](mailto:rafasfreire@yahoo.com.br)

- Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito. <https://orcid.org/0000-0001-5395-9491>. Universidade Estadual de Montes Claros. Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros – MG. Brasil. [maria.brito@unimontes.br](mailto:maria.brito@unimontes.br)

## Resumo

**Objetivos:** Este estudo objetivou identificar na literatura científica as incidências dos sintomas depressivos pós-parto e os fatores associados. **Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura descrita conforme a declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A busca bibliográfica foi realizada na BVS, nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Foram considerados elegíveis os estudos do tipo observacional com delineamento longitudinal, que utilizavam a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) como ferramenta, disponíveis em texto completo, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, e publicados nos anos de 2019 e 2020. **Resultados:** Foram incluídos 17 artigos nessa revisão e realizada uma análise da qualidade. A incidência de sintomatologia depressiva pós-parto variou de 0,18% a 27,87%. Os principais fatores de risco associados aos sintomas depressivos no pós parto foram história prévia de depressão (durante a gravidez ou não), nível de estresse e relação estressante familiar, baixo suporte social, presença de ansiedade ou outros transtornos psiquiátricos como comorbidade e experiência negativa ou complicações durante o parto. **Conclusões:** A sintomatologia depressiva pós-parto atinge uma parcela expressiva das puérperas e se mantém como um problema de saúde pública na assistência materno fetal. Sugere-se a continuidade dos estudos que se relacionam com a temática no cenário nacional, a fim de identificar outros fatores que se associam a essa condição.

**Palavras-chave:** Sintomas Depressivos Pós-parto, Período Pós-parto, Depressão, Puerpério.

## Abstract

**Objectives:** This study aimed to determine the scientific evidence on the incidences of postpartum depressive symptoms and the factors associated with this outcome. **Methods:** This is a narrative literature review carried out according of the PRISMA declaration. The bibliographic search was performed in the VHL, in the LILACS and MEDLINE databases. Observational studies with a longitudinal design were considered eligible, using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) as a tool, available in full text, in English,

Portuguese or Spanish, and published in the years 2019 and 2020 Results: 17 articles were included in this review and a quality analysis was performed. The incidence of postpartum depressive symptoms ranged from 0.18% to 27.87%. The main risk factors associated with postpartum depressive symptoms were a previous history of depression (during pregnancy or not), level of stress and stressful family relationship, low social support, presence of anxiety or other psychiatric disorders such as comorbidity and negative experience or complications during the childbirth. Conclusions: The postpartum depressive symptoms affect a significant portion of postpartum women and remains a public health problem in maternal-fetal care. It is suggested to continue studies that relate to the issue in the national scenario, to identify other factors that are associated with this condition.

Keywords: Postpartum Depressive Symptoms, Postpartum Period, Depression, Postpartum Period.

### **Introdução**

O período que envolve a gravidez, o parto e o puerpério é marcado por alterações físicas, hormonais e psicológicas na mulher, que podem impactar a sua experiência de vida. No período puerperal, a mulher tem o desafio de adaptar-se aos novos papéis como mãe e cuidadora, bem como gerenciar as mudanças físicas e psicológicas em seu corpo após o parto<sup>1</sup>. Tais mudanças podem contribuir para a ocorrência de transtornos mentais<sup>2</sup>.

Nos últimos dez anos, a depressão pós-parto tornou-se um dos graves problemas de saúde pública mundial<sup>3</sup>. A prevalência da depressão pós-parto é estimada em 17,22% (IC 95%, 16,00 –18,51) da população mundial.<sup>4</sup> Pesquisas evidenciam incidências variáveis de sintomas depressivos pós-parto. Estudo realizado no EUA com 5.034 mães demonstrou que 11% das mulheres apresentavam sintomas depressivos moderados aos 4 meses pós-parto e 8% aos 12 meses<sup>5</sup>. Outra pesquisa observou sintomas depressivos moderados em um terço da amostra de 151 mulheres suíças desde o terceiro trimestre da gravidez até 12 semanas pós-parto, enquanto 4% das mulheres apresentaram sintomas depressivos graves nesse período<sup>6</sup>. Diferentes taxas de ocorrência de sintomas depressivos pós-parto podem estar relacionadas a características diversas das populações estudadas além de critérios metodológicos variáveis utilizados nas pesquisas<sup>7,8,9</sup>.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais quinta edição (DSM -5) e a Classificação Internacional de Doenças em sua 11ª Edição (CID 11) são funcionalmente equivalentes ao definirem o período de até 6 semanas após parto para o início do transtorno<sup>10</sup>.

Os critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior exigem que os pacientes tenham pelo menos 5 sintomas, incluindo humor deprimido ou diminuição do interesse em atividades, e que estejam experimentando sofrimento significativo ou comprometimento funcional quase todos os dias por pelo menos 2 semanas. Os sintomas podem incluir alteração significativa de peso ou apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa, concentração reduzida ou indecisão e pensamentos de morte ou ideação suicida<sup>11</sup>.

A depressão pós-parto materna tem consequências negativas tanto para as mães que sofrem desta patologia como para os seus filhos com impactos importantes principalmente na saúde psicológica das mães, na qualidade de vida e nas interações com seu bebê, parceiro e familiares<sup>12,13</sup>. As mulheres deprimidas encontram-se em um círculo vicioso em que se tornam mais tristes e irritadiças e têm uma percepção cada vez mais baixa da sua competência. Além disso, a depressão pós-parto materna tem muitos efeitos negativos diretos e indiretos no desenvolvimento de uma criança, incluindo menor qualidade do ambiente doméstico e diminuição da sensibilidade e cuidados maternos. Esses dados mostram que a saúde de bebês e crianças está intimamente associada à saúde de suas mães<sup>14</sup>.

Diante das repercussões da depressão pós-parto para o binômio mãe e filho, família e sociedade, e o conhecimento da ocorrência deste problema de saúde pública é importante para o planejamento de medidas que visem a sua prevenção, o seu rastreamento, a sua vigilância, e o seu controle, a partir de ações estratégicas específicas. Como a sua incidência pode ser influenciada por fatores que incluem os aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais passíveis de intervenção, é importante o conhecimento atualizado para a elaboração de políticas públicas eficazes. O objetivo deste estudo foi identificar na literatura científica as incidências de sintomas depressivos pós-parto e os fatores associados a este desfecho.

## **Métodos**

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura descrita conforme a declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>15</sup>. O processo de elaboração desta revisão foi iniciado com a formulação da seguinte questão: “Qual é a incidência e os fatores associados ao desenvolvimento dos sintomas da depressão pós-parto?”

### *Estratégias de busca*

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo selecionadas as bases de dados “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)” e “*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*”. Estas bases foram escolhidas pelos autores por incluírem periódicos conceituados na área de saúde e apresentarem literatura diversa na temática proposta.

As buscas e leitura dos artigos científicos ocorreram entre os meses de maio a julho de 2021 e foram realizadas por três autores, para que as informações colhidas fossem conferidas mais de uma vez, com maior precisão em todas as etapas.

Para a estratégia de busca foi utilizada a combinação de descritores listados nos Descritores de Ciências em Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)* “Depressão Pós-Parto *OR Depression, Postpartum*” e “Período Pós-Parto *OR Postpartum Period*” utilizando como operador booleano o termo “*AND*”.

Adicionalmente, foram examinadas as listas de referências bibliográficas dos estudos relevantes a fim de identificar aqueles potencialmente elegíveis.

### *Crítérios de Elegibilidade*

Foram considerados elegíveis os estudos do tipo observacional com delineamento longitudinal e que avaliaram a incidência dos sintomas depressivos pós-parto e os fatores associados. Foram incluídos os artigos que utilizavam a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) como ferramenta padronizada para avaliação dos sintomas depressivos pós-parto, disponíveis em texto completo, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, e publicados nos anos de 2019 e 2020. Foram excluídos artigos que após a leitura não se enquadravam ao objeto de estudo, as revisões de literatura, relatos de caso ou de experiência, resenhas, teses, editoriais e cartas ao editor.

### *Procedimento de revisão*

A seleção dos artigos foi realizada de forma independente por três pesquisadores, em duas etapas, avaliando o título e resumo e, posteriormente, pela leitura do texto completo. Em seguida, uma avaliação conjunta foi realizada a fim de avaliar a concordância de seleção entre os autores. As discordâncias foram resolvidas mediante discussão e consenso.

Para a extração dos dados dos artigos elegíveis para esse estudo, elaborou-se uma planilha eletrônica na qual foram registradas informações sobre: autores, título, periódico, população, cenário, objetivos, intervalo de aplicação da EPDS, análise estatística, incidência e fatores associados aos sintomas depressivos pós-parto. Inicialmente foram identificados 122 artigos e após a seleção 17 artigos compuseram a planilha no *Excel*.

#### *Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos*

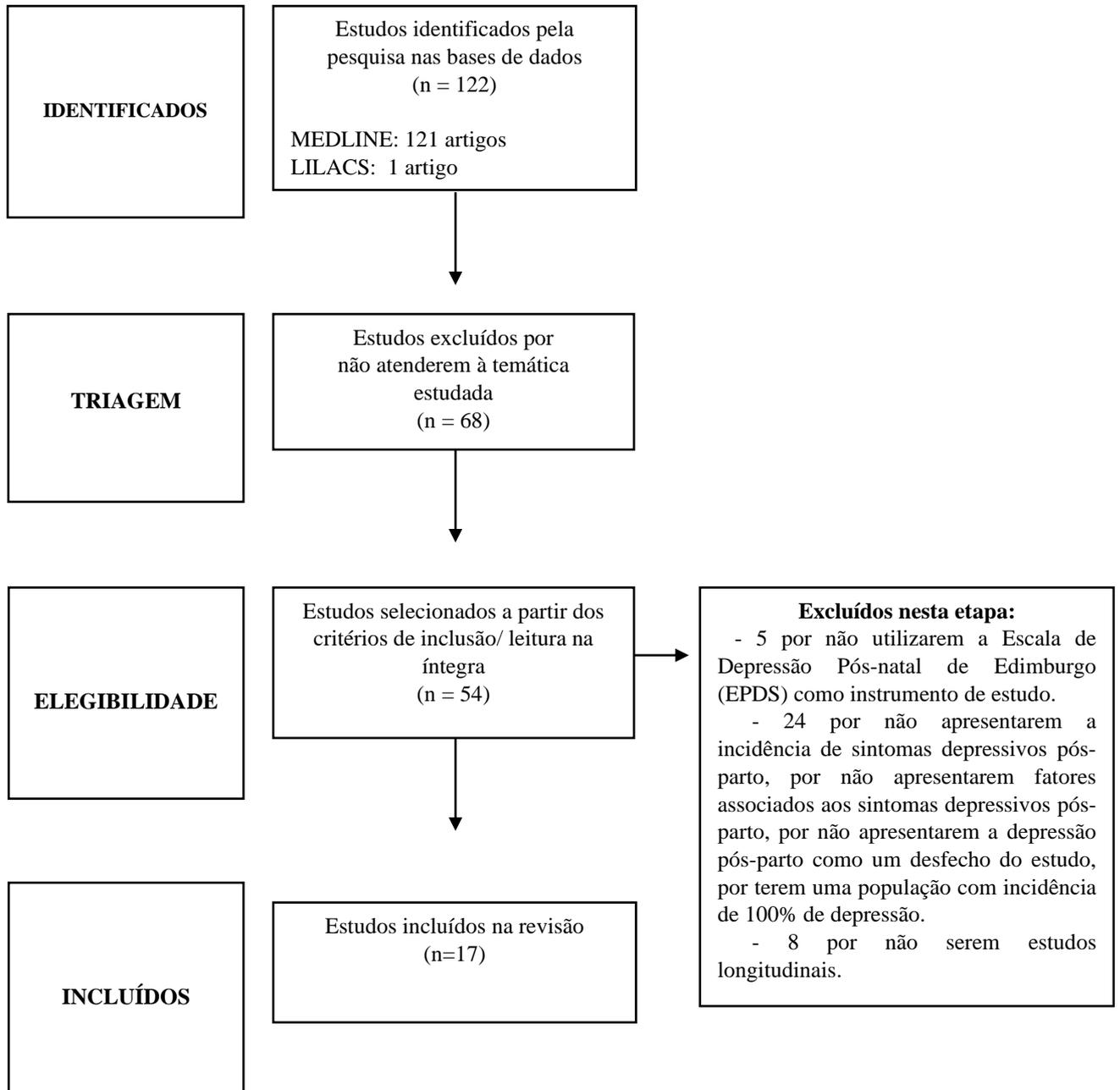
Com o objetivo de conferir maior sistematização, foi realizada uma análise da qualidade dos artigos incluídos nessa revisão. Essa análise seguiu os princípios propostos pelo *Checklist for Measuring Quality*<sup>16</sup>. Do instrumento original excluíram-se nove questões, por não se aplicarem a estudos longitudinais, e outras duas foram adaptadas permitindo um melhor uso do instrumento. Os 18 critérios incluídos foram: 1) A hipótese e/ou objetivos do estudo estão claramente descritos? 2) Os desfechos a serem medidos estão claramente descritos na introdução ou na seção de métodos? 3) As características dos sujeitos do estudo estão claramente descritas? 4) Os temas de interesse estão claramente descritos? 5) A distribuição dos principais fatores de confusão em cada grupo está claramente descrita? 6) Os principais achados do estudo são claramente descritos? 7) O estudo proporciona estimativas da variabilidade aleatória dos dados dos principais achados? 8) As características dos sujeitos perdidos foram descritas? 9) Os intervalos de confiança de 95% e/ou valores de p foram relatados para os principais desfechos, exceto quando o valor de p foi menor que 0,001? 10) Os sujeitos chamados para participar do estudo foram representativos de toda a população de onde foram recrutados? 11) Os sujeitos que foram preparados para participar são representativos da população inteira de onde foram recrutados? 12) As análises se ajustam para diferentes tempos de acompanhamento? 13) Os testes estatísticos utilizados para avaliar os principais desfechos foram apropriados? 14) As medidas dos principais desfechos foram acuradas (válidas e confiáveis)? 15) Os sujeitos em diferentes grupos de intervenção (ensaios e estudos de coorte) ou em casos-controle foram recrutados no mesmo período? 16) Houve um ajuste adequado dos fatores de confusão nas análises a partir das quais os principais achados foram tirados? 17) As perdas dos sujeitos no andamento foram consideradas? 18) O estudo apresenta os parâmetros para cálculo de amostra e tem poder para detectar o efeito esperado? Esses critérios foram capazes de avaliar a validade externa, a validade interna, a presença de vieses e o poder do estudo, com pontuação de 0 a 1. Isso indica que os estudos

que alcançaram escores mais próximos ao valor 18 apresentavam melhor qualidade na publicação<sup>16</sup>.

## **Resultados**

Foram identificados 122 artigos na base de dados com a concordância dos três autores, após a leitura dos títulos e resumos. Foram excluídos 55,7% (n=68) por não atenderem ao objeto de estudo. Os 54 artigos que preenchiam os critérios de inclusão foram lidos integralmente pelos autores, sendo excluídos oito por não apresentarem delineamento de estudos longitudinais, 24 por não apresentarem fatores associados aos sintomas depressivos pós-parto, por não trazerem a incidência de sintomas depressivos pós-parto, por não apresentarem a presença de sintomas depressivos pós-parto como um desfecho do estudo, por terem uma população com 100% de incidência de depressão e cinco por não utilizarem a EPDS. Um total de 17 artigos foram selecionados (Figura 1). Esses artigos foram relidos e organizados em uma planilha.

**Figura 1.** Representação esquemática das etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão de trabalhos na revisão, elaborada a partir da recomendação do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta- Analyses* (PRISMA). Montes Claros, MG, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado e adaptado do diagrama de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*<sup>15</sup>

Desses 17 artigos, sete estudos foram publicados em 2020. A análise da qualidade evidenciou escores que variaram de 14 a 18 pontos, demonstrando que os artigos apresentam qualidade quanto aos aspectos validade externa, a validade interna e poder do estudo. As principais limitações, decisivas para esse espectro de pontuação foram: falha no ajuste adequado dos fatores de confusão nas análises a partir das quais os principais achados foram tirados, falha na descrição clara da distribuição dos principais fatores de confusão e falha em descrever se os sujeitos preparados para participar do estudo foram representativos de toda a população de onde foram recrutados. Essas limitações estavam presentes em 12 artigos.

O quadro 1 apresenta as características dos artigos relevantes para essa revisão: autores, título, periódico, população do estudo, cenário, objetivos, intervalo de aplicação da EPDS, análise estatística empregada, incidência e fatores associados ao desfecho presença de sintomas depressivos pós-parto.

Verificou-se que sete estudos têm origem chinesa, com a incidência de DPP, variando de 6,19% a 27,87%, seis foram realizados em países da Europa com a incidência variando de 0,18% a 25,9%, dois foram realizados em cidades dos EUA com maior prevalência de 12,1%, um na Austrália com maior prevalência de 17,2% e um no Canadá com 6%. A menor incidência 0,18% ocorreu entre mulheres holandesas assistidas em unidades de saúde locais e a maior incidência 27,87% entre mulheres chinesas que não permaneceram em instituições de cuidado após o parto, um local de apoio às puérperas presente na cultura chinesa.

Nota-se que os fatores associados à presença de sintomas depressivos pós-parto mais presentes nos estudos (n=3) que compõem essa revisão foram história prévia de depressão (durante a gravidez ou não)<sup>9,20,28</sup>, nível de estresse e relação estressante familiar<sup>17,23,24</sup>, baixo apoio social<sup>2,9,17</sup>, presença de ansiedade ou outros transtornos psiquiátricos como comorbidade<sup>8,20,24</sup> e experiência negativa ou complicações durante o parto<sup>8,22,28</sup>.

**Quadro 1.** Síntese descritiva dos estudos incluídos na amostra final da presente revisão (n = 17). Montes Claros, MG, Brasil, 2021.

AUTORES/ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	PERIÓDICO	POPULAÇÃO	CENÁRIO	OBJETIVOS	INTERVALO DE APLICAÇÃO/ ANÁLISE ESTATÍSTICA	INCIDÊNCIA	FATORES ASSOCIADOS
1)Chen & Chien (2020) <sup>9</sup>	<b>A comparative study of domestic decision-making power and social support as predictors of postpartum depressive and physical symptoms between immigrant and native-born women.</b>	Plos One	Mulheres imigrantes e nativas grávidas atendidas em instituições de saúde locais.	Taiwan, China	Examinar o efeito do poder de decisão doméstica e apoio social durante a gravidez na previsão de sintomas físicos e depressivos pós-parto, entre mães imigrantes e nativas em Taiwan.	Segundo ou terceiro trimestre da gravidez e no terceiro mês pós-parto.  Realizada regressão linear para examinar a relação entre “Poder de decisão doméstica e apoio social durante a gravidez” e “sintomas depressivos e físicos 3 meses após o parto”.	Sintomas depressivos durante a gravidez: Imigrantes: (0,6%); Nativas: (4,8%).  Média de sintomas depressivos pós-parto de 6,19 para mulheres imigrantes e de 7,71 para mulheres nativas no escore utilizado.	Emprego em tempo integral  Presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez  Menor nível de suporte social  Nível mais baixo de poder de decisão doméstica durante a gravidez  Ser mulher nativa  Renda familiar insuficiente  História de depressão
2) Leonard <i>et al.</i> , (2020) <sup>17</sup>	<b>Postpartum Perceived Stress Explains the Association between Perceived Social Support and Depressive Symptoms.</b>	Womens Health Issues	Mães entre 18 e 35 anos, nulíparas, capazes de ler e escrever inglês ou espanhol.	Pensilvânia, EUA.	Testar se o estresse percebido pelas mães possui associação entre o suporte social percebido e os sintomas depressivos de 1 a 24 meses	Em 1, 6, 12, 18 e 24 meses e após o parto.  As análises examinaram as mudanças nos fatores psicossociais (análise de variância de medidas repetidas)	EPDS ≥ 10: 1 mês (9,5%), 6 meses (8,3%), 12 meses (10,2%), 18 meses (10,1%), 24 meses (12,1%).	Tempo de 24 meses pós-parto  Baixo suporte social  Estresse percebido

					após o parto. Examinar se esses fatores mudaram de 1 a 24 meses após o parto e previram os sintomas depressivos.	e até que ponto o apoio social percebido e o estresse percebido previram sintomas depressivos e mediação apoiada (regressão linear).		
3) Yu <i>et al.</i> , (2020) <sup>18</sup>	<b>Coping Styles in Pregnancy, Their Demographic and Psychological Influences, and Their Association with Postpartum Depression: A Longitudinal Study of Women in China.</b>	International Journal of Environmental Research in Public Health	Mulheres grávidas com idade superior a 18 anos com menos de 13 semanas de gestação atendidas em hospitais locais.	Hunan, China.	Investigar os estilos de enfrentamento de mulheres grávidas chinesas, os fatores associados ao enfrentamento e explorar ainda mais o efeito do enfrentamento durante a gravidez na depressão pós-parto.	No primeiro, segundo e terceiro trimestres de gravidez até 6 semanas pós-parto;  Análises de regressão linear foram utilizadas para identificar os possíveis fatores de enfrentamento e sua associação com a depressão pós-parto.	6 semanas pós-parto (26,34% ).	Nível mais alto de enfrentamento negativo
4) Solomonova <i>et al.</i> , (2020) <sup>19</sup>	<b>Disordered sleep is related to delusional ideation and depression during the perinatal period.</b>	Sleep Health	Mulheres com 18 anos ou mais, grávidas de um único filho, e capazes de responder questionários em inglês ou francês em instituições de	Montreal, Canadá.	Investigar as associações entre distúrbios do sono, ideação delirante (DI) e sintomatologia depressiva durante o	No segundo trimestre de gravidez, terceiro trimestre e dois meses pós-parto.  Correlações de Pearson foram usadas para descrever a relação	Durante a gravidez 10% das mulheres; durante o pós-parto 6%.	Ideação delirante no final da gravidez  Efeito indireto significativo de distúrbios do sono no início da gravidez sobre os sintomas depressivos pós-parto por meio de ideação delirante na gravidez tardia

			saúde locais.		período perinatal.	entre cada variável e cada fase da pesquisa.		
5) Pataky & Ehlert (2020) <sup>20</sup>	Longitudinal assessment of symptoms of postpartum mood disorder in women with and without a history of depression.	Arch Womens Ment Health	Mulheres saudáveis com ou sem histórico de depressão, a partir das 32 semanas de gestação.	Países da Europa Central (Suíça, Alemanha, Áustria)	Relatar a incidência, recorrência, prevalência e evolução dos sintomas depressivos durante a transição do final da gravidez para o pós-parto em mulheres saudáveis com e sem história de depressão. Examinar o valor preditivo de uma história de síndrome pré-menstrual (SPM) / transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) para sintomas depressivos periparto.	Entre 32 e 42 semanas de gestação (T1), 1 a 2 semanas após o parto (T2), e 4 a 6 semanas após o parto (T3).  Análises de regressão logística foram usadas para investigar se a história de depressão e sintomas prévios de SPM e TDPM aumentam a probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos peri e pós-parto.	Durante o final da gravidez 18,3%; 4 a 6 semanas pós-parto 18,5%.	Histórico de depressão  Sintomas de SPM / TDPM antes da gravidez atual

<p>6) Gross, Kroll-Desrosiers &amp; Mattocks. (2020)<sup>21</sup></p>	<p>A Longitudinal Investigation of Military Sexual Trauma and Perinatal Depression.</p>	<p>Journal of Womens Health (Larchmt)</p>	<p>Mulheres veteranas do exército, avaliadas em centros de saúde.</p>	<p>Cidades dos EUA.</p>	<p>Investigar a hipótese de que o trauma sexual militar (MST) estaria associado a uma maior probabilidade de doenças mentais, diagnósticos de saúde (em qualquer momento durante a vida), e preveria depressão pré e pós-natal e intenção suicida (SI) pré e pós-natal. Investigar a hipótese de que a depressão pré-natal seria capaz de mediar a associação entre MST (assédio e agressão) e depressão pós-parto.</p>	<p>Na gravidez (média de 20 semanas) e no pós-parto (média de 12 semanas).  Modelos de mediação de Hayes foram empregados para examinar se a depressão pré-natal mediava a associação entre MST e depressão pós-parto.</p>	<p>A média do escore na EPDS pós-natal foi de 5.06 (<i>SD</i>=5.58).</p>	<p>Assédio  Agressão  Trauma sexual militar</p>
---	---	---	---	-------------------------	---	--	--	---

<p>7) Huang <i>et al.</i>, (2020)<sup>2</sup></p>	<p><b>Effect of stay in a postpartum care institution on postpartum depression in women</b></p>	<p>Midwifery</p>	<p>Mulheres que permaneceram ou não em instituições de assistência pós-parto</p>	<p>Taiwan, China</p>	<p>Investigar o efeito das instituições de assistência pós-parto na depressão pós-parto em mulheres.</p>	<p>No primeiro segundo e terceiro trimestre de gestação, e 6 meses pós-parto.</p> <p>A análise incluiu o teste <i>t de Student</i>, o teste do qui-quadrado e a análise da diferença nas diferenças. A análise de regressão linear foi usada para determinar a independência dos fatores relacionados à depressão pós-parto.</p>	<p>(14,6%) com escore <math>\geq 10</math> na EPDS entre o grupo que permaneceu em instituições de cuidado pós-parto.</p> <p>(27.8%) com escore <math>\geq 10</math> na EPDS entre o grupo que não permaneceu em instituições de cuidado pós-parto.</p>	<p>Permanecer em instituição de assistência pós-parto correlacionou com diminuição da pontuação da EPDS</p>
<p>8) Liu <i>et al.</i>, (2019)<sup>22</sup></p>	<p><b>Neuraxial labour analgesia is associated with a reduced risk of maternal depression at 2 years after childbirth: A multicentre, prospective, longitudinal study</b></p>	<p>European Journal of Anaesthesiology</p>	<p>Nulíparas com gravidez de feto único, com apresentação cefálica, preparando para o parto vaginal nos hospitais da pesquisa</p>	<p>Pequim, China.</p>	<p>Investigar se a analgesia neuro axial durante o trabalho de parto estaria associada a um menor risco de depressão pós-parto até dois anos.</p>	<p>Aos 6 meses e aos 2 anos pós-parto</p> <p>As variáveis contínuas com distribuição normal foram analisadas por meio do teste <i>t</i> de amostras independentes. As variáveis contínuas com distribuição não normal foram analisadas pelo teste <i>U</i> de Mann-Whitney. As variáveis</p>	<p>(9.1%) das nulíparas sofriram de depressão após dois anos do parto;</p> <p>(2.8%) das nulíparas sofreram depressão aos 6 meses e 2 anos após o parto.</p>	<p>Utilização de analgesia neuro axial durante trabalho de parto correlacionou com a diminuição da porcentagem de depressão pós-parto em 6 semanas.</p> <p>Utilização de analgesia neuro axial durante trabalho de parto causou diminuição da pontuação da EPDS 2 anos após o parto.</p>

						<p>categóricas foram analisadas pelo teste do <math>\chi^2</math> ou teste exato de Fisher. Análises de regressão logística univariada foram realizadas para rastrear variáveis que podem estar associadas à ocorrência de depressão de 2 anos.</p>		
<p>9) Aris-Meijer <i>et al.</i>, (2019)<sup>23</sup></p>	<p><b>What If Pregnancy Is Not Seventh Heaven? The Influence of Specific Life Events during Pregnancy and Delivery on the Transition of Antenatal into Postpartum Anxiety and Depression.</b></p>	<p>International journal of environmental research and public health</p>	<p>Mulheres que foram atendidas em instituições de saúde locais.</p>	<p>Holanda, Europa.</p>	<p>Investigar em que medida eventos de vida específicos durante a gravidez, complicações no parto, desfechos obstétricos desfavoráveis e níveis pré-natais de sintomas de ansiedade ou depressão foram independentemente associados aos níveis pós-parto de</p>	<p>No final do primeiro trimestre, terceiro trimestre e cinco meses após o parto.</p> <p>Análises de regressão linear foram realizadas para quantificar as associações.</p>	<p>(0,18%).</p>	<p>Eventos de vida relacionados à saúde e doença de si mesmo ou de entes queridos</p> <p>Relação com o parceiro ou conflitos com entes queridos</p> <p>Problemas de trabalho, finanças ou habitação</p>

					sintomas de ansiedade e depressão.			
<b>10) Lin <i>et al.</i>, (2019)<sup>24</sup></b>	<b>Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan.</b>	Journal of the Formosan Medical Association	Gestantes sem transtornos depressivos prévios ou em curso, atendidas em um hospital da cidade.	Taiwan, China.	Investigar a incidência e prevalência de eventos depressivos relevantes em diferentes momentos da gestação e pós-parto, assim como os fatores de risco associados.	Com 16 e 28 semanas de gestação e 4 semanas pós-parto.  Testes t independentes, qui-quadrado e testes exatos de Fisher foram utilizados.	No pré-natal foi de 8,1% (3,8–12,4). No pós-parto foi 9,4% (5,1–13,7).	Estresse no vínculo familiar  Transtornos de ansiedade  Indisponibilidade de assistência para o recém-nascido
<b>11) Dekel <i>et al.</i>, (2019)<sup>8</sup></b>	<b>The dynamic course of peripartum depression across pregnancy and childbirth.</b>	Journal of psychiatric research	Mulheres grávidas atendidas em um hospital do Condado.	Finlândia, Europa.	Explorar os vários padrões de sintomas depressivos ao longo da gestação até o período pós-parto e suas características discretas associadas.	No primeiro trimestre (T1), terceiro trimestre (T2) e com oito semanas (T3) pós-parto.  Análise de regressão logística foi utilizada para análise da trajetória da DPP e a medida dos fatores preditores.	(4,9%) no primeiro trimestre; (10,1%) no terceiro trimestre; (12,4%) com 8 semanas pós-parto.	Complicações do parto  História de transtornos mentais

<p>12) Navodani <i>et al.</i>, (2019)<sup>25</sup></p>	<p><b>Common maternal health problems among Australian-born and migrant women: A prospective cohort study.</b></p>	<p>PLoS One</p>	<p>Mulheres que agendaram parto em maternidades públicas de Melbourne.</p>	<p>Austrália, Oceania.</p>	<p>Avaliar a prevalência de problemas de saúde físicos e psicossociais comuns durante a gravidez e até 18 meses após o parto entre mulheres migrantes que não falam inglês em comparação com mulheres nascidas na Austrália.</p>	<p>Nas 30-32 semanas de gravidez, aos 3, 6, 9, 12 e 18 meses após o parto.</p> <p>A regressão logística multivariável foi usada para elucidar as diferenças na saúde física e mental dos grupos de mulheres.</p>	<p>Na gravidez, 3,6,12,18 meses pós-parto: Mulheres nascidas na Austrália: (8,5%); (7%); (8,9%); (7,1%); (8,8%), respectivamente.</p> <p>Mulheres Imigrantes (11,7%); (9,1%); (13,1%); (12,8%); (17,2%), respectivamente.</p>	<p>Ser migrante aos 12 meses e 18 meses após o parto</p>
<p>13) Skalkidou <i>et al.</i>, (2019)<sup>26</sup></p>	<p><b>Stress-related genetic polymorphisms in association with peripartum depression symptoms and stress hormones: A longitudinal population-based study.</b></p>	<p>Psychoneuroendocrinology</p>	<p>Mulheres acima de 18 anos grávidas acompanhadas no hospital universitário.</p>	<p>Suécia, Europa</p>	<p>Investigar a associação entre sintomas depressivos periparto e a marcação de haplótipos e polimorfismos de nucleotídeos únicos (SNPs) nos principais genes do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, controlando para fatores</p>	<p>Com 17 e 32 semanas de gestação, 6 semanas e 6 meses pós-parto.</p> <p>Test -t independente ou teste do Qui Quadrado foram usados para estabelecer diferenças entre mulheres com e sem DPP.</p> <p>Análise de regressão variada foi utilizada para</p>	<p>(4,5%) com 17 semanas de gestação;</p> <p>(5,6%) com 32 semanas de gestação;</p> <p>(4,7%) com 6 semanas pós-parto;</p> <p>(3,5%) com 6 meses pós-parto.</p>	<p>Polimorfismo de nucleotídeo único no gene da hidroxisteróide 11-beta desidrogenase 1 (HSD11B1)</p> <p>Polimorfismo de nucleotídeo único no gene do membro da família A da serpina 6 (SERPINA6)</p>

					psicossociais e demográficos bem conhecidos e a relação entre os hormônios do eixo HHA durante o período periparto e SNPs nos principais genes do eixo HHA.	avaliar outros fatores.		
<b>14) Mak <i>et al.</i>, (2019)<sup>27</sup></b>	<b>Gestational diabetes and postnatal depressive symptoms: A prospective cohort study in Western China.</b>	Women and Birth	Mulheres atendidas na capital da província de Sichuan	Chengdu, China	Determinar a associação prospectiva entre diabetes gestacional e sintomas depressivos pós-parto	Com 32-37 semanas de gestação e com um e três meses pós-parto.  Modelo de regressão linear foi utilizado para avaliar a relação entre diabetes gestacional e o escore na EPDS.	Ponto de corte na EPDS $\geq 9$ : (14,7%);  EPDS $\geq 13$ : (1%) em um mês pós-parto.	Ser portadora de DMG em 1 mês e 3 meses pós-parto  Níveis elevados de glicemia de jejum, e de glicose no sangue de 1 hora e 2 horas durante a gravidez
<b>15) Takács <i>et al.</i>, (2019)<sup>28</sup></b>	<b>The effects of intrapartum synthetic oxytocin on maternal postpartum mood: findings from a prospective observational</b>	Archives of	Mulheres atendidas em maternidades locais.	República	Examinar a associação entre ocitocina sintética intraparto e humor materno pós-parto.	No último trimestre da gravidez, 1 a 7 dias, 6 semanas e 9 meses após o parto.  A regressão de riscos proporcionais de Cox foi utilizada para examinar o efeito da ocitocina	Das pacientes que receberam SynOT (ocitocina sintética) intraparto: (11,2%) receberam tratamento antidepressivo	História de depressão  Experiência negativa de parto

	<b>study.</b>	women's mental health		Tcheca, Europa.		no distúrbio do humor pós-parto (blues / DPP).	<p>anterior ou apresentaram pontuação &gt; 12 na EPDS na gravidez;</p> <p>(20%) com pontuação na EPDS &gt; 12 após seis semanas pós-parto; (7,2%) apresentaram pontuação na EPDS &gt; 12 nove meses após o parto.</p> <p>Das pacientes que não receberam SynOT (ocitocina sintética) intraparto: (12,5%) receberam tratamento antidepressivo anterior ou apresentaram pontuação &gt; 12 na EPDS na gravidez;</p> <p>(25,9%) apresentaram pontuação na EPDS &gt; 12 seis semanas pós-parto;</p> <p>(18,3%) apresentaram pontuação na EPDS &gt; 12 nove meses após o parto;</p>	
--	---------------	-----------------------------	--	--------------------	--	--	---	--

<p><b>16) Riquin <i>et al.</i>, (2019)<sup>29</sup></b></p>	<p><b>A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction.</b></p>	<p>Journal of affective disorders</p>	<p>Mulheres atendidas em uma maternidade local.</p>	<p>França, Europa</p>	<p>Testar se a avaliação da insatisfação corporal por imagens pode ser uma ferramenta interessante para detectar depressão perinatal no início da gravidez, questionando as pacientes sobre sua imagem corporal em vez de seus sintomas de depressão.</p>	<p>No 4º e 8º meses de gravidez e entre 6 e 8 semanas pós-parto.</p> <p>Regressões logísticas foram utilizadas para calcular a chance de a depressão estar associada a insatisfação corporal (PBIS) e sintomas de desordens alimentares (EDE-Q).</p>	<p>(20,2%) em pelo menos um momento durante a gravidez ou o pós-natal.</p>	<p>Insatisfação com sua imagem corporal</p>
<p><b>17) Song <i>et al.</i>, (2019)<sup>30</sup></b></p>	<p><b>Passive smoking and postpartum depression among Chinese women: A prospective cohort study in Tianjin, China.</b></p>	<p>Women &amp; Health</p>	<p>Mulheres grávidas registradas em um hospital de cuidado primário.</p>	<p>Tianjin, China.</p>	<p>Investigar a associação entre fumo passivo pelas gestantes e a ocorrência de depressão pós-parto.</p>	<p>3 semanas pós-parto.</p> <p>Regressão logística binária foi utilizada para verificar a associação do tabagismo com DPP.</p>	<p>(8,5%).</p>	<p>Mulheres passivamente expostas à fumaça antes da gravidez e durante a gravidez</p>

Fonte: Autoria própria (2022)

## Discussão

A revisão dos estudos longitudinais apontou uma variação considerável na incidência de sintomas depressivos pós-parto, sendo 0,18% na Holanda até 27,87% em Taiwan na China, mas na maioria dos estudos esteve abaixo de 20%, sendo os fatores mais comumente associados história prévia de depressão (durante a gravidez ou não)<sup>9,20,28</sup>, nível de estresse e relação familiar estressante<sup>17,23,24</sup> baixo apoio social<sup>2,9,17</sup>, presença de ansiedade ou outros transtornos psiquiátricos como comorbidade<sup>8,20,24</sup> e experiência negativa ou complicações durante o parto<sup>8,22,28</sup>.

Há que se ponderar que diferenças na incidência de sintomas de depressão pós-parto em diferentes populações podem ser atribuídas às especificidades relacionadas à etnia, à cultura, a fatores sociais e econômicos, à variação demográfica e a diferentes critérios metodológicos utilizados no rastreamento desta condição. Para minimizar as questões relacionadas às diferenças metodológicas, a escolha da ferramenta EPDS como principal ferramenta para rastreio dos sintomas depressivos pós-parto se deu por ser um questionário de autorrelato para uso em pesquisas, composto por dez itens que facilita a detecção da depressão perinatal, por ser um instrumento traduzido para mais de sessenta idiomas, sendo atualmente utilizado em várias regiões do mundo; por ser uma escala validada e que tem no ponto de corte, valores de sensibilidade e especificidades ideais para rastreio de depressão maior e menor<sup>31</sup>.

Uma metanálise, com 565 estudos de 80 países ou regiões diferentes, evidenciou ao realizar uma análise de meta regressão sobre a prevalência global de depressão em puérperas que a heterogeneidade nas taxas de prevalência se deve ao tamanho do estudo, ao desenvolvimento e à renda do país ou região<sup>4</sup>. Esta pesquisa incluiu estudos longitudinais e a heterogeneidade nesses critérios também pode ser observada. Nesta revisão tem-se um número expressivo de estudos realizados em países desenvolvidos, corroborando a necessidade de se realizar mais estudos sobre depressão pós-parto em países em desenvolvimento, justamente onde evidenciam-se as maiores prevalências dessa comorbidade<sup>4</sup>.

Estudos têm mostrado que o rastreio positivo para depressão no primeiro trimestre gestacional manteve tendência no segundo e terceiro trimestres e no pós-parto, sendo assim, programas sistemáticos de acompanhamento durante a gestação e o puerpério são essenciais para consolidação e aprimoramento das políticas de saúde no setor que contribuam para a

assistência de qualidade ao binômio mãe-feto, durante o acompanhamento pré-natal, a fim de prevenir a DPP e suas repercussões no período puerperal<sup>8,26,32,33</sup>.

A história prévia de depressão foi identificada como um fator de risco para a depressão pós-parto nesta revisão<sup>9,20,28</sup> e em estudos prévios, tal fato pode ser explicado a partir da possível continuidade da depressão pós-parto, a partir de episódios depressivos passados<sup>34</sup>. Mesmo quando tratada, a recidiva da depressão é comum principalmente seis meses após a melhora clínica, considerado o período gravídico e puerperal de grande mudança na vida pessoal da mulher, torna-se um período sensível para recidivas<sup>36</sup>. A depressão pós-parto precisa ser investigada na atenção primária em saúde, que deve valorizar os aspectos sociodemográficos e individuais para estabelecer um plano de cuidados integrais desde o pré-natal, com vistas à prevenção desse frequente transtorno do puerpério<sup>37</sup>.

O estresse familiar e percebido constituiu-se como preditor de depressão pós-parto<sup>17,23,24</sup> resultado corroborado em outro estudo<sup>38</sup>. O menor poder de decisão doméstica de mulheres imigrantes (28,72 vs. 30,73;  $p = 0,003$ ) esteve associado a depressão pós-parto<sup>9</sup> e a relação conflituosa com o parceiro também apresenta essa associação<sup>19</sup>. Entretanto, em outro estudo destaca-se a satisfação no casamento com determinante da depressão pós-parto<sup>35</sup>.

Os estressores vivenciados em âmbito familiar, também se mostram como risco principalmente por desestabilizarem emocionalmente a mulher. O estresse pode estar diretamente relacionado à falta de apoio familiar e instabilidade na relação afetiva, fator esse que afeta diretamente a intimidade conjugal, responsável direta pela qualidade de vida materna durante o período pós-parto<sup>9,39</sup>. O trabalho da equipe de saúde da família inclui a identificação de fatores de risco, intervenções para fatores de risco modificáveis, caracterização do estado atual da doença, orientação antecipada para o impacto da gravidez na doença e conclusão de aconselhamento para permitir que a mulher tome decisões informadas sobre seus cuidados<sup>40</sup>.

O menor nível de suporte social aparece como fator preditor da depressão pós-parto<sup>2,9,17</sup>. Em contrapartida, mulheres que relataram moderado apoio social durante a gravidez foram significativamente menos propensas a relatar sintomas depressivos<sup>41</sup>. Um estudo australiano em que as mulheres relataram um declínio no apoio social recebido durante a gravidez e o pós-parto, mostrou ser esse um preditor importante da saúde mental pós-parto, com evidência de ser um fator protetor somente se for mantido durante o pós-parto<sup>42</sup>. O suporte social se refere ao apoio afetivo, aos recursos financeiros e práticos e às informações que recebe de outra pessoa na tomada de decisão<sup>43</sup>. Uma relação conflituosa com o parceiro ou entes queridos assim como problemas financeiros são preditores altamente importantes

para a saúde mental pós-parto e associados a níveis mais altos de DPP<sup>23</sup>. Há que se entender que a relação entre o suporte social e distúrbios psiquiátricos é mútua, já que a presença da depressão pode levar a uma diminuição da percepção do suporte social da gestante, assim como um baixo suporte social pode contribuir com o desenvolvimento de distúrbios mentais<sup>43</sup>.

As comorbidades psiquiátricas e dentre elas a ansiedade têm um papel importante na incidência de DPP demonstrando o transtorno de ansiedade como fator associado<sup>24</sup> e história de transtornos mentais<sup>8,20</sup>. Transtornos psiquiátricos encontrados durante o período gestacional, como a ansiedade, são muitas vezes investigados de forma associada à depressão. É necessário considerar que a sobreposição de sintomas depressivos e ansiosos durante o período gestacional pode levar ao subdiagnóstico de ambas as condições<sup>45</sup>.

Outro fator de risco associado a DPP a se considerar é a experiência negativa do parto. Neste estudo a experiência negativa de parto e parto operatório estiveram incluídos neste cenário<sup>8,22,28</sup>. Experiências negativas ou complicações durante o parto surgem como mais um evento causador de sofrimento emocional e estressor vivenciado pela gestante, estando fortemente associado ao surgimento da DPP<sup>36</sup>. Cesáreas de emergência, presença de mecônio, prolapso do cordão umbilical, parto pré-termo e prematuridade são todos fatores de emergência obstétrica relacionados ao desenvolvimento de DPP<sup>46</sup>. A interação mãe e filho nos primeiros momentos pós-parto e a amamentação durante a primeira hora após o parto, que podem não ocorrer por complicações obstétricas, são considerados fatores protetivos no desenvolvimento de sintomas mentais na mãe<sup>47</sup>.

A prevenção precoce, ainda na gestação, da DPP é medida essencial para um bom prognóstico materno. É necessário que profissionais da saúde dentro da atenção primária realizem intervenções multiprofissionais tais como: busca ativa, conhecimento dos indicadores sociais da área de atuação, consulta de pré-natal precoce, escuta ativa e atenciosa para reconhecimento dos preditores pessoais, familiares e sociais; que visem identificar os fatores de risco da DPP. Essas medidas permitem a atuação sobre os preditores mutáveis a fim de minimizar a sua influência no desencadeamento desta condição<sup>37,40,48</sup>.

A equipe de saúde deve fornecer auxílio à gestante, e às pessoas que formam seu ciclo familiar, permitindo um planejamento apropriado de estratégias para a nova realidade iniciada com a gestação. Além disso, é importante a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal, realização de boas práticas e segurança durante o parto e nascimento, e a atenção às crianças até os 24 meses com alto grau de resolutividade<sup>49</sup>.

Os resultados analisados nessa revisão reiteram as recomendações de que a assistência integral, para a saúde do binômio mãe-feto, inicia-se na atenção primária, local do primeiro acesso da mulher ainda na fase do desejo da maternidade e também local onde a gestante será acompanhada em intervalos regulares com o estabelecimento de um vínculo que, inúmeras vezes perpassa a assistência física e da lugar a queixas emocionais e de convívio social que delineiam o ambiente, favorável ou não, para a saúde mental materna. Idealmente tendo uma rede que permita uma assistência multidisciplinar, com referências em serviços secundários e terciários, quando se fizerem necessários.

## **Conclusão**

Os sintomas depressivos pós-parto tem incidência elevada em grande parte das puérperas e se mantêm como um problema de saúde pública na assistência materno fetal.

Ente os principais fatores de risco associados à presença de sintomas depressivos no pós-parto estão a história prévia de depressão (durante a gravidez ou não), nível de estresse, relação estressante familiar, baixo suporte social, presença de ansiedade ou outros transtornos psiquiátricos como comorbidade e experiência negativa ou complicações durante o parto.

Sugere-se a continuidade dos estudos que se relacionam com a temática sintomatologia depressiva no pós-parto no cenário nacional, a fim de identificar outros fatores que se associam a essa condição.

## **Contribuições individuais**

Daniela Marcia Rodrigues Caldeira, Rafael Ataíde Monção, Paulo Eduardo Guimarães Cordeiro, Viviane Maia Santos contribuíram na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados; na elaboração do artigo. Rosângela Ramos Veloso Silva, Lucineia de Pinho, Marise Fagundes Silveira, Rafael Silveira Freire, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito contribuíram na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados e na revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

## **Conflito de interesses**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## Agradecimentos

Aos colegas, mestres e doutores que se fizeram presentes em cada etapa deste trabalho científico.

## Referências

1. Christenson A, Johansson E, Reynisdottir S, Torgerson J, Hemmingsson E. Women's perceived reasons for their excessive postpartum weight retention: A qualitative interview study. *PLoS One*. 2016;11(12): e0167731.
2. Huang LH, Lee TH, Huang JY, Ng SC, Lee MS, Lee SH. Effect of stay in a postpartum care institution on postpartum depression in women. *Midwifery*. 2020;82:102600.
3. Radzi WM, Jenatabadi HS, Samsudin N. Postpartum depression symptoms in survey-based research: a structural equation analysis. *BMC Public Health*. 2021;21(1)27.
4. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*. 2021;11(1):1-13.
5. Putnick DL, Sundaram R, Bell EM, Ghassabian A, Goldstein RB, Robinson SL, Vafai Y, Gilman SE, Yeung E. Trajectories of Maternal Postpartum Depressive Symptoms. *Pediatrics*. 2020;146(5): e20200857.
6. Johann A, Dukic J, Rothacher Y, Ehlert U. Trajectories of reproductive transition phase mood disorder from pregnancy to postpartum: A Swiss longitudinal study. *Womens Health (Lond)*. 2023; 19:17455057221147391.
7. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011;11(4):369-379.

8. Dekel S, Ein-Dor T, Ruohomäki A, Lampi J, Voutilainen S, Tuomainen TP, et al. The dynamic course of peripartum depression across pregnancy and childbirth. *J Psychiatr Res.* 2019; 113:72-78.
9. Chen HH, Chien LY. A comparative study of domestic decisionmaking power and social support as predictors of postpartum depressive and physical symptoms between immigrant and native-born women. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231340.
10. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB, et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry.* 2021;20(1):34-51.
11. American Psychiatry Association. *DSM-V-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* 5a. Ed. Rev. 2013.
12. Lubotzky-Gete S, Ornoy A, Grotto I, Calderon-Margalit R. Postpartum depression and infant development up to 24 months: A nationwide population-based study. *Journal of Affective Disorders, [s. l.],* v. 285, p. 136-143, 2021.
13. Park M, Brain U, Grunau RE, Diamond A, Oberlander TF. Trajectories of maternal depression from pregnancy to 3 years postpartum are associated with child behavior and executive functions at 3 and 6 years. *Archives of Women's Mental Health, [s. l.],* v. 21, n. 3, p. 353-363, 2018.
14. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health.* 2019; 15:1745506519844044.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine* 6(7):e1000097.

16. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(6):377-84.
17. Leonard KS, Evans MB, Kjerulff KH, Symons Downs D. Postpartum Perceived Stress Explains the Association between Perceived Social Support and Depressive Symptoms. *Womens Health Issues*. 2020;30(4):231-239.
18. Yu M, Gong W, Taylor B, Cai Y, Xu DR. Coping Styles in Pregnancy, Their Demographic and Psychological Influences, and Their Association with Postpartum Depression: A Longitudinal Study of Women in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3654.
19. Solomonova E, MacKinnon AL, Gold I, Robins S, Wunderlich S, Feeley N, et al. Disordered sleep is related to delusional ideation and depression during the perinatal period. *Sleep Heal*. 2020;6(2):179-184.
20. Pataky EA, Ehlert U. Longitudinal assessment of symptoms of postpartum mood disorder in women with and without a history of depression. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(3):391-399.
21. Gross GM, Kroll-Desrosiers A, Mattocks K. A Longitudinal Investigation of Military Sexual Trauma and Perinatal Depression. *J Women's Heal*. 2020;29(1):38-45.
22. Liu ZH, He ST, Deng CM, Ding T, Xu MJ, Wang L, et al. Neuraxial labour analgesia is associated with a reduced risk of maternal depression at 2 years after childbirth: A multicentre, prospective, longitudinal study. *Eur J Anaesthesiol*. 2019;36(10):45-754.
23. Aris-Meijer J, Bockting C, Stolk R, Verbeek T, Beijers C, van Pampus M, et al. What if pregnancy is not seventh heaven? The influence of specific life events during pregnancy and delivery on the transition of antenatal into postpartum anxiety and depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(16):2851.

24. Lin PY, Chiu TH, Ho M, Pei-Chen Chang J, Hui-Chih Chang C, et al. Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2019;118(11):1551-1559.
25. Navodani T, Gartland D, Brown SJ, Riggs E, Yelland J. Common maternal health problems among Australian-born and migrant women: A prospective cohort study. *PLoS One.* 2019;14(2): e0211685.
26. Skalkidou A, Poromaa IS, Iliadis SI, Huizink AC, Hellgren C, Freyhult E, et al. Stress-related genetic polymorphisms in association with peripartum depression symptoms and stress hormones: A longitudinal population-based study. *Psychoneuroendocrinology.* 2019; 103:296–305.
27. Mak JKL, Lee AH, Pham NM, Tang L, Pan XF, Binns CW. Gestational diabetes and postnatal depressive symptoms: A prospective cohort study in Western China. *Women Birth.* 2019 Jun;32(3): e427-e431.
28. Takács L, Seidlerová JM, Štěrbová Z, Čepický P, Havlíček J. The effects of intrapartum synthetic oxytocin on maternal postpartum mood: findings from a prospective observational study. *Arch Womens Ment Health.* 2019;22(4):485-491.
29. Riquin E, Lamas C, Nicolas I, Dugre Lebigre C, Curt F, Cohen H, et al. A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *J Affect Disord.* 2019;15(245):340-347
30. Song C, Li W, Leng J, Wang L, Li W, Shi F, et al. Passive smoking and postpartum depression among Chinese women: A prospective cohort study in Tianjin, China. *Women Heal.* 2019;59(3):281-293.
31. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry.* 1993; 163:27-31.
32. Yang YH, Huang X, Sun MY, Yang L, Zheng RM. [Analysis on depression state outcomes and influencing factors of persistent depression in pregnant and perinatal women in China]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2022;43(1):58-64.

33. Arrais A da R, De Araujo TC, Ferreira C. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. *Rev da Soc Brasileira Psicologia Hosp.* 2016;19(1)103-116.
34. O'Hara MW, Mc Cabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2013; 9:379-407.
35. Wake GE, Fitie GW, Ashenafi B, Tadese M, Tessema SD. Magnitude and Determinant Factors of Postpartum Depression Among Mothers Attending Their Postnatal and Vaccination Services at Public Health Institutions of Addis Ababa, Ethiopia. *Front Public Health.* 2022; 10:882205.
36. Ramos A, Martins A, Pessoa D, Machado M, Noronha F. Fatores Associados à Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa. *Enciclopédia Biosf.* 2018;15(27):4.
37. Moll MF, Matos A, Rodrigues T de A, Martins T da S, Pires FC, Pires NA da S. Rastreamento a depressão pós-parto em mulheres jovens TT - Tracking postpartum depression in young women. *Rev enferm UFPE line.* 2019;13(5):1338-1344.
38. Ahmed GK, Elbeh K, Shams RM, Malek MAA, Ibrahim AK. Prevalence and predictors of postpartum depression in Upper Egypt: A multicenter primary health care study. *J Affect Disord.* 2021;290:211-218.
39. Jeong YJ, Nho JH, Kim HY, Kim JY. Factors influencing quality of life in early postpartum women. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6):2988.
40. Leovic MP, Robbins HN, Starikov RS, Foley MR. Multidisciplinary obstetric critical care delivery: The concept of the "virtual" intensive care unit. *Semin Perinatol.* 2018;42(1):3-8.
41. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive disorders in pregnancy: evidence from rural southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013;135.

42. Seymour-Smith M, Cruwys T, Haslam SA. More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression. *Aust N Z J Public Health*. 2021;45(4):338-343.
43. Airosa S, Silva I. Associação Entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stresse E Suporte Social Na Maternidade. *Psicol Saúde e Doenças*. 2013;14(1):64-77.
44. Lin PY, Chiu TH, Ho M, Pei-Chen Chang J, Hui-Chih Chang C, et al. Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2019;118(11):1551-1559.
45. Araujo NG, Santos EC. Depressão, ansiedade e suporte social na gestação: um estudo exploratório pré-intervenção. *Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2021;9(3).
46. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W, May K. Postpartum Depression (Nursing). *StatPearls*. 2022.
47. Almeida LWS de, Nascimento CIS do, Santos LA, Souza LR de, Barreto MNL, Oliveira YN de, et al. Boas práticas na sala de parto e ansiedade em puérperas: o que pode influenciar? *Res Soc Dev*. 2021;10(11):e444101119778.
48. Silva BAB da, Rosa WDAG, Oliveira ISB, Rosa MG, Lenza NDFB, Silva VLQ. Depressão em Gestantes Atendidas na Atenção Primária à Saúde. *Cogitare Enferm*. 2020;25: e69308.
49. Pereira DM, Araújo LMB. Depressão pós-parto: Uma revisão de literatura. *Brazilian J Heal Rev*. 2020;3(4):8307-8319.

## 5 CONCLUSÕES

Este estudo evidenciou, com base em uma pesquisa transversal e uma revisão de literatura, que os sintomas depressivos estão consideravelmente presentes entre as gestantes assistidas na atenção primária à saúde e possuem uma elevada incidência no pós-parto 27,87%, de acordo com as evidências científicas, mantendo-se como problema de saúde pública na assistência materno fetal. O primeiro trimestre gestacional esteve associado aos sintomas depressivos graves e os fatores falta de apoio social, baixo desempenho sexual e estresse percebido aos sintomas depressivos moderados e graves na gestação. Os fatores de risco associados aos sintomas depressivos no pós-parto foram: história prévia de depressão (durante a gravidez ou não), nível de estresse, relação estressante familiar, baixo suporte social, presença de ansiedade ou outros transtornos psiquiátricos como comorbidade e experiência negativa ou complicações durante o parto.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre a depressão periparto ampliou consideravelmente o meu conhecimento acerca do ciclo gravídico puerperal e suas comorbidades. A relevância em se abordar a saúde mental nessa fase de vida da mulher se mostrou clara e necessária, reafirmando o meu anseio em contribuir para uma assistência pré-natal e puerperal que possibilite um olhar atento às questões físicas e emocionais vivenciadas pela mulher nesse período. Tornar a assistência obstétrica em todas as suas etapas mais humanizada configura-se essencial para a boa prática em saúde materno fetal. Dessa forma, a continuidade dos estudos que se relacionam à temática da depressão periparto é atual, objetivando identificar possíveis fatores que possam estar associados a essa condição e disseminar conhecimentos validados a todos os profissionais que assistem à mulher em sua fase reprodutiva.

## REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagnóstico e Tratamento*, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 89-91, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>. Acesso em: 30 out. 2022.
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 52, p. 14, 2018. Doi: [10.11606/S1518-8787.2018052000395](https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395)
- AMARASINGHE, G. S.; AGAMPODI, S. B. Help-seeking intention for depression and suicidal ideation during pregnancy and postpartum in rural Sri Lanka, a cross-sectional study. *Rural and Remote Health*, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 7273, 2022. Doi: [10.22605/RRH7273](https://doi.org/10.22605/RRH7273)
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Força-Tarefa DSM-5. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Arlington, VA: Associação Americana de Psiquiatria, 2014.
- ARRAIS, A. D. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019. Doi: [10.20435/pssa.v0i0.706](https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706)
- ARRAIS, A. R. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Pré-Natal. Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 103-116, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007). Acesso em: 30 mar. 2020.
- BARATIERI, T.; LENTSCK, M. H.; FALAVINA, L. P.; SOARES, L. G.; PREZOTTO, K. H.; PITILIN, É. B. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 38, n. 3, e00103221, 2022. Doi: [10.1590/0102-311X00103221](https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221)
- BARTRA, R. *Cultura e melancolia*. Doenças da alma na Espanha da Idade de Ouro. Barcelona: Anagrama, 2001.
- BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 41, n. 4, p. 598-605, 2007. Doi: [10.1590/S0034-89102007000400014](https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014)

BAWAHAB, J. A.; ALAHMADI, J. R.; IBRAHIM, A. M. Prevalence and determinants of antenatal depression among women attending primary health care centers in Western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, [s. l.], v. 38, n. 12, p. 1237-1242, 2017. Doi: [10.15537/smj.2017.12.21262](https://doi.org/10.15537/smj.2017.12.21262)

BENUTE, G. R.; NOMURA, R. M.; JORGE, V. M. F.; NONNENMACHER, D.; FRÁGUAS JUNIOR, R.; LUCIA, M. C. S.; ZUGAIB, M. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [s. l.], v. 57, n. 5, p. 583-587, 2011. Doi: [10.1590/S0104-42302011000500019](https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000500019)

BONATTI, A. T.; ROBERTO, A. P. S. C.; OLIVEIRA, T.; JAMAS, M. T.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Do depressive symptoms among pregnant women assisted in Primary Health Care services increase the risk of prematurity and low birth weight? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s. l.], v. 29, e3480, 2021. Doi: [10.1590/1518-8345.4932.3480](https://doi.org/10.1590/1518-8345.4932.3480)

BRAHMBHATT, K.; NADEERA, V. P.; PRASANNA, K. S.; JAYRAM, S. Perceived stress and sources of stress among medical undergraduates in a private Medical College in Mangalore, Indiavance Research. *International Journal of Biomedical and Advance Research*, [s. l.], v. 4, n. 2, 2013. Doi: [10.7439/IJBAR.V4I2.299](https://doi.org/10.7439/IJBAR.V4I2.299)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Pré-Natal. *Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf). Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Publicada resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html). Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e gestão da Atenção Básica. *E- gestor AB*. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

CENTS, R.; DIAMANTOPOULOU, S.; HUDZIAK, J.; JADDOE, V.; HOFMAN, A.; VERHULST, F. et al. Trajectories of maternal depressive symptoms predict child problem behavior: the Generation study. *Psychological Medicine*, [s. l.], v. 43, n. 1, p. 13-25, 2013. Doi: [10.1017/S0033291712000657](https://doi.org/10.1017/S0033291712000657)

CHEN, H. H.; CHIEN, L. Y. A comparative study of domestic decision-making power and social support as predictors of postpartum depressive and physical symptoms between immigrant and native-born women. *Plos One*, [s. l.], v. 15, n. 4, e0231340, 2020. Doi: [10.1371/journal.pone.0231340](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231340)

DEKEL, S.; EIN-DOR, T.; RUOHOMAKI, A.; LAMPI, J.; VOUTILAINEN, S.; TUOMAINEN, T. P. et al. The dynamic course of peripartum depression across pregnancy and childbirth. *Journal of Psychiatric Research*, [s. l.], v. 113, p. 72-78, 2019. Doi: [10.1016/j.jpsychires.2019.03.016](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.03.016)

DOWNS, S. H.; BLACK, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, [s. l.], v. 52, n. 6, p. 377-384, 1998. Doi: [10.1136/jech.52.6.377](https://doi.org/10.1136/jech.52.6.377)

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, esp. 1, p. 208-223, 2018. Doi: [10.1590/0103-11042018S114](https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114)

FERNANDES, R. C. L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 192-200, 2008. Doi: [10.1590/S0101-81082008000400008](https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400008)

FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L. M.; SILVA FILHO, H. C. Demographic and psychosocial characteristics associated with postpartum depression in a sample from Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011. Doi: [10.1590/S0101-81082011005000009](https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000009)

FIGUEIREDO, A. C. C.; TRUJILLO, J.; FREITAS-VILELA, A. A.; FRANCO-SENA, A. B.; REBELO, F.; CUNHA, G. M. et al. Association between plasma concentrations of vitamin D metabolites and depressive symptoms during pregnancy in a prospective cohort of Brazilian women. *Journal of Psychiatric Research*, [s. l.], v. 95, p. 1-8, 2017. Doi: [10.1016/j.jpsychires.2017.07.009](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.009)

GIALLO, R.; WOOLHOUSE, H.; GARTLAND, D.; HISCOCK, H.; BROWN, S. The emotional-behavioral functioning of children exposed to maternal depressive symptoms during pregnancy and early childhood: a prospective Australian pregnancy cohort study. *European Child Adolescent Psychiatry*, [s. l.], v. 24, n. 10, p. 1233-44, 2015. Doi: [10.1007/s00787-014-0672-2](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0672-2)

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005. Doi: [10.1590/S0102-311X2005000300004](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004)

- HARVEY, S. T.; PUN, P. K. Analysis of positive referrals from the Edinburgh Depression Scale to a psychiatric liaison service over a two-year period. *International Journal of Mental Health Nursing*, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 161-167, 2007. Doi: [10.1111/j.1447-0349.2007.00463.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00463.x)
- HELLER, H. M.; DRAISMA, S.; HONIG, A. Construct Validity and Responsiveness of Instruments Measuring Depression and Anxiety in Pregnancy: A Comparison of EPDS, HADS-A and CES-D. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [s. l.], v. 19, n. 13, p. 7563, 2022. Doi: [10.3390/ijerph19137563](https://doi.org/10.3390/ijerph19137563)
- HOWARD, L. M.; FLACH, C.; MEHAY, A.; SHARP, D.; TYLEE, A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in puerperal women in primary care: findings from the RESPOND study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [s. l.], v. 11, p. 57, 2011. Doi: [10.1186/1471-2393-11-57](https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-57)
- HU, M.; ZHOU, Y.; XUE, M.; REN, Y.; LI, S. WANG, R. The prevalence and correlates of peripartum depression in different stages of pregnancy during COVID-19 pandemic in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 114, 2022. Doi: [10.1186/s12884-022-04428-1](https://doi.org/10.1186/s12884-022-04428-1)
- HUMAYUN, A.; HAIDER, I. I.; IMRAN, N.; IQBAL, H.; HUMAYUN, N. Antenatal depression and its predictors in Lahore, Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 327-332. 2013. Disponível em: [https://applications.emro.who.int/emhj/v19/04/EMHJ\\_2013\\_19\\_4\\_327\\_332.pdf](https://applications.emro.who.int/emhj/v19/04/EMHJ_2013_19_4_327_332.pdf). Acesso em: 24 dez. 2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades. *Montes Claros*. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=Montes+Claros>. Acesso em: 27 ago. 2022.
- JADRESIC, E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, Santiago, v. 48, n. 4, p. 269-278, 2010. Doi: [10.4067/S0717-92272010000500003](https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003)
- KIEWA, J.; MELTZER-BRODY, S.; MILGROM, J.; BENNETT, E.; MACKLE, T. et al. Lifetime prevalence and correlates of perinatal depression in a case-cohort study of depression. *BMJ Open*, [s. l.], v. 12, n. 8, e059300, 2022. Doi: [10.1136/bmjopen-2021-059300](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059300)
- KINGSTON, D.; KEHLER, H.; AUSTIN, M. P.; MUGHAL, M. K.; WAJID, A.; VERMEYDEN, L. et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *Plos One*, [s. l.], v. 13, n. 4, e0195365, 2018. Doi: [10.1371/journal.pone.0195365](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195365)
- LEOVIC, M. P.; ROBBINS, H. N.; STARIKOV, R. S.; FOLEY, M. R. Multidisciplinary obstetric critical care delivery: The concept of the "virtual" intensive care unit. *Seminars in Perinatology*, [s. l.], v. 42, n. 1, p. 3-8, 2018. Doi: [10.1053/j.semperi.2017.11.002](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.11.002)

LIMA, M. O. P.; TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I. C.; MURATA, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 39-46, 2017. Doi: [10.1590/1982-0194201700007](https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007)

LIU, Z. F.; SYLIVRIS, A.; GORDON, M.; SUNDRAM, S. The association between tryptophan levels and postpartum mood disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatric*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 539, 2022. Doi: [10.1186/s12888-022-04178-6](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04178-6)

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011. Doi: [10.1590/S1519-38292011000400003](https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400003)

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 917-928, 2014. Doi: [10.9788/TP2014.4-18](https://doi.org/10.9788/TP2014.4-18)

LUBOTZKY-GETE, S.; ORNOY, A.; GROTTTO, I.; CALDERON-MARGALIT, R. Postpartum depression and infant development up to 24 months: A nationwide population-based study. *Journal of Affective Disorders*, [s. l.], v. 285, p. 136-143, 2021. Doi: [10.1016/j.jad.2021.02.042](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.042)

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007. Doi: [10.1590/S0034-89102007000400015](https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015)

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Doi: [10.1590/S0104-07072008000400018](https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018)

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G.; GROUP, THE PRISMA. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, [s. l.], v. 6, n. 7, e1000097, 2009. Doi: [10.1136/bmj.b2535](https://doi.org/10.1136/bmj.b2535)

MOLL, M. F.; MATOS, A.; BORGES, G. B.; VENTURA, C. A. A.; PIRES, F. C. B. MARTINS, T. S. Ocurrência y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enfermería Global*, [s. l.], v. 22, n. 69, p. 134-144, 2023. Doi: [10.6018/eglobal.525191](https://doi.org/10.6018/eglobal.525191)

NASIR, M.; BLOCH, M. H. Editorial: Money cannot buy happiness - but can it prevent depression? A commentary on Su et al. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, [s. l.], v. 62, n. 9, p. 1047-1049, 2021. Doi: [10.1111/jcpp.13507](https://doi.org/10.1111/jcpp.13507)

NYAMUKOHO, E.; MANGEZI, W.; MARIMBE, B.; VERHEY, R.; CHIBANDA, D. Depression among HIV-positive pregnant women in Zimbabwe: a primary health care-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [s. l.], v. 19, n. 53, 2019. Doi: [10.1186/s12884-019-2193-y](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2193-y)

OATES, M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin*, [s. l.], v. 67, p. 219-229, 2003. Doi: [10.1093/bmb/ldg011](https://doi.org/10.1093/bmb/ldg011)

O'HARA, M. W.; WISNER, K. L. Perinatal mental illness: Definition, description and etiology. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 3–12, 2014. Doi: [10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002)

ORSOLINI, L.; VALCHERA, A.; VECCHIOTTI, R.; TOMASETTI, C.; IASEVOLI, F.; FORNARO, M. et al. Suicide in the perinatal period: epidemiology, risk factors and clinical correlates. *Frontiers in Psychiatry*, [s. l.], v. 7, p. 138, 2016. Doi: [10.3389/fpsy.2016.00138](https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00138)

PAIZ, J. C.; CASTRO, S. M. J.; GIUGLIANI, E. R. J.; AHNE, S. M. S.; DALL' AQUA, C. B.; GIUGLIANI C. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 664, 2022. Doi: [10.1186/s12884-022-04978-4](https://doi.org/10.1186/s12884-022-04978-4)

PARK, M.; BRAIN, U.; GRUNAU, R. E.; DIAMOND, A.; OBERLANDER, T. F. Trajectories of maternal depression from pregnancy to 3 years postpartum are associated with child behavior and executive functions at 3 and 6 years. *Archives of Women's Mental Health*, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 353-363, 2018. Doi: [10.1007/s00737-017-0803-0](https://doi.org/10.1007/s00737-017-0803-0)

PATAKY, E. A.; EHLERT, U. Longitudinal assessment of symptoms of postpartum mood disorder in women with and without a history of depression. *Archives Women's Mental Health*, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 391-399, 2020. Doi: [10.1007/s00737-019-00990-4](https://doi.org/10.1007/s00737-019-00990-4)

PEREIRA, R. M.; FERREIRA, S. M. S. P.; SILVA, R. V.; SILVA, J. F.; SANTOS, I. C. B. Saberes e práticas de médicos e enfermeiros relativos ao pré-natal odontológico. *Journal of Management & Primary Health Care*, [s. l.], v. 10, e7, 2019. Doi: [10.14295/jmphc.v10i0.564](https://doi.org/10.14295/jmphc.v10i0.564)

PHUKUTA, N. S. J.; OMOLE, O. B. Prevalence and risk factors associated with postnatal depression in a South African primary care facility. *African Journal of Primary Health care & Family Medicine*, [s. l.], v. 12, n. 1, p. e1-e6, 2020. Doi: [10.4102/phcfm.v12i1.2538](https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2538)

POHLMANN, F. C.; KERBER, N. P. C.; PELZER, M. T.; DOMINGUEZ, C. C.; MINASI, J. M. CARVALHO, V. F. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 1, e3680013, 2016. Doi: [10.1590/0104-0707201600003680013](https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003680013)

QUEVEDO, L. A.; SCHOLL, C. C.; MATOS, M. B.; SILVA, R. A.; COELHO, F. M. C.; PINHEIRO, K. A. T. et al. Suicide Risk and Mood Disorders in Women in the Postpartum

Period: a Longitudinal Study. *The Psychiatric Quartely*, [s. l.], v. 92, n. 2, p. 513-522, 2021. Doi: [10.1007/s11126-020-09823-5](https://doi.org/10.1007/s11126-020-09823-5)

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 385-340, 1977. Doi: [10.1177/014662167700100306](https://doi.org/10.1177/014662167700100306)

RALAI DOVY, A. H.; ADAM, T.; BOUCHER, P. Resource allocation for biomedical research: analysis of investments by major funders. *Health Research Policy and Systems*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 20, 2020. Doi: [10.1186/s12961-020-0532-0](https://doi.org/10.1186/s12961-020-0532-0)

RANSING, R.; DESHPANDE, S. N.; SHETE, S. R.; PATIL, I.; KUKRETI, P. et al. Assessing antenatal depression in primary care with the PHQ-2 and PHQ-9: Can It Be carried Out by auxiliary nurse midwife (ANM)? *Asian Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 53, p. 102109, 2020. Doi: [10.1016/j.ajp.2020.102109](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102109)

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. 4, p. 845-848, 2016. Doi: [10.5123/S1679-49742016000400018](https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400018)

RIBEIRO, S. V. O.; BATISTA, R. F. L.; RIBEIRO, M. R. C.; PESSOA, K. C.; SIMÕES, V. M. F.; FIGUEIREDO, F. P. et al. Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 19, n. 1, p. 173-184, 2019. Doi: [10.1590/1806-93042019000100010](https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100010)

ROCHA, P. C.; ALVES, M. T. S. S. B.; CHAGAS, D. C.; SILVA, A. A. M.; BATISTA, R. F. L.; SILVA, R. A. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e00192714, 2016. Doi: [10.1590/0102-311X00192714](https://doi.org/10.1590/0102-311X00192714)

SANTOS, D. F.; SILVA, R. P.; TAVARES, F. L.; PRIMO, C. C.; MACIEL, P. M. A.; SOUZA, R. S. et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 30, n. 4, e20201064, 2021. Doi: [10.1590/S1679-49742021000400002](https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400002)

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 652-660, 2009. Doi: [10.1590/S0104-07072009000400006](https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400006)

SILVA, B. A. B.; ROSA, W. A. G.; OLIVEIRA, I. S. B.; ROSA, M. G.; LENZA, N. F. B.; SILVA, V. L. W. Q. Depression in pregnant women cared for in primary health care. *Cogitare Enfermagem*, [s. l.], v. 25, e69308, 2020. Doi: [10.5380/ce.v25i0.69308](https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.69308)

SILVA, G. F. P.; SANTOS, S. V.; NASCIMENTO, J. W. A.; SANTANA, F. S.; MEDEIROS, J. S.; JESUS, S. B. Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária. *Nursing*, São Paulo, v. 23, n. 271, p. 4961–4970, 2020. Doi: [10.36489/nursing.2020v23i271p4961-4970](https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p4961-4970)

SILVA, M. M. J.; LEITE, E. P. R. C.; NOGUEIRA, D. A.; CLAPIS, M. J. Depressão na gravidez. Prevalência e fatores associados. *Investigación y Educación em Enfermería*, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 342-350, 2016. Doi: [10.17533/udea.iee.v34n2a14](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14)

SILVA, R. A.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.; MORAES, I. G. S.; TOMASI, E.; SILVA, G. D. G. et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health system. *Brazilian Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 139-144, 2010. Doi: [10.1590/S1516-44462010000200008](https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000200008)

SILVEIRA FILHO, D. X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 251-261, 1998. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255c.htm>. Acesso em: 15 nov. 2022.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M. et al. Efeitos dos transtornos mentais perinatais sobre o feto e a criança. *The Lancet*, [s. l.], v. 384, n. 9956, p. 1800-1819. Doi: [10.1016/s0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61277-0)

STUART-PARRIGON, K.; STUART, S. Perinatal depression: an update and overview. *Current Psychiatry Reports*, [s. l.], v. 16, n. 9, p. 468, 2014. Doi: [10.1007/s11920-014-0468-6](https://doi.org/10.1007/s11920-014-0468-6)

TAKÁCS, L.; SEIDLEROVÁ, J.M.; STERBOVÁ, Z.; CEPICKY, P.; HAVLICEK, J. The effects of intrapartum synthetic oxytocin on maternal postpartum mood: findings from a prospective observational study. *Archives Women's Mental Health*, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 485-491, 2019. Doi: [10.1007/s00737-018-0913-3](https://doi.org/10.1007/s00737-018-0913-3)

THEME FILHA, M. M.; AYERS, S.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. D. C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, [s. l.], v. 194, p. 159-67, 2016. Doi: [10.1016/j.jad.2016.01.020](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020)

USUNÁRIZ, J. M. De la melancolía a la locura: embarazo, parto y posparto (España y el mundo hispánico, siglos XVI-XVII). *Asclepio*, [s. l.], v. 74, n. 1, p. 1-11, 2022. Doi: [10.3989/asclepius.2022.10](https://doi.org/10.3989/asclepius.2022.10)

VAN DER WAERDEN, J.; GALÉRA, C.; LARROQUE, B.; SAUREL-CUBIZOLLES, M. J.; SUTTER-DALLAY, A. L.; MELCHIOR, M. et al. Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years. *The Journal of Pediatrics*, [s. l.], v. 166, n. 6, p. 1440-1448, 2015. Doi: [10.1016/j.jpeds.2015.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.03.002)

WADA, K.; TANAKA, K.; THERIAULT, G.; SATOH, T.; MIMURA, M.; MIYAOKA, H. et al. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder among Japanese Workers. *American Journal of Industrial Medicine*, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 8-12, 2007. Doi: [10.1002/ajim.20403](https://doi.org/10.1002/ajim.20403)

WALVEKAR, S. S.; AMBEKAR, J. G.; DEVARANAVADAGI, B. B. Study on Serum Cortisol and Perceived Stress Scale in the Police Constables. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, [s. l.], v. 9, n. 2, BC10-BC14, 2015. Doi: [10.7860/JCDR/2015/12015.5576](https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12015.5576)

WANG, Z.; LIU, J.; SHUAI, H.; CAI, Z.; FU, X.; LIU, Y. et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1-13, 2021. Doi: [10.1038/s41398-021-01692-1](https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1)

WOODY, C. A.; FERRARI, A. J.; SISKIND, D. J.; WHITEFORD, H. A.; HARRIS, M. G. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, [s. l.], v. 219, p. 86-92, 2017. Doi: [10.1016/j.jad.2017.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Classification of Diseases 11<sup>th</sup> Revision CID -11*. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 25 out. 2021.

ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. 4. ed. Barueri: Manole, 2020.

## PRODUTOS REALIZADOS DURANTE A PÓS-GRADUAÇÃO

### PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS

#### *Resumos expandidos em anais de congressos*

“Queixas do aparelho respiratório em gestantes de montes claros: resultados preliminares do estudo ALGE”. 13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG). 2019. Montes Claros – MG.



ISSN: 1806-549X



## CERTIFICADO

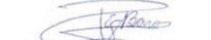
Certificamos que o trabalho **QUEIXAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO EM GESTANTES DE MONTES CLAROS: RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO ALGE**, com autoria de **DANIELA MARCIA RODRIGUES CALDEIRA, VANESSA TEIXEIRA DUQUE DE OLIVEIRA, ELIANA MARIA GUIMARÃES COSTA MAIA, LUCIANA BARBOSA PEREIRA, AMANDA TEIXEIRA DUQUE DE OLIVEIRA, JOÃO VITOR COSTA MAIA E MARIA HELENA GONÇALVES CARDOSO**, foi submetido e apresentado no formato de pôster no 13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG) promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes entre os dias 5 a 8 de novembro de 2019.

Montes Claros/MG, 8 de novembro de 2019

Código: 558c5c3d-a512-49bd-ac8e-39ca9f0cc22  
Verificação: <http://www.fepeg2019.unimontes.br/certificales/558c5c3d-a512-49bd-ac8e-39ca9f0cc22>

  
Prof. Antonio Alvimar Souza  
REITOR DA UNIMONTES

  
Prof. Iva Russ de Abreu  
VICE-REITORA DA UNIMONTES

  
Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros  
PRO-REITOR DE EXTENSÃO  
E PRESIDENTE DO XIII FEPEG

Realização:  


 MINAS GERAIS  
GOVERNO GERENTE  
ESTADO DE MINAS GERAIS

 PIBID  
Unimontes

Residência:  
 Residência  
Paulista - 300  
Montes Claros

Apoio:  
 FADENOR

*Coautorias em resumos expandidos em anais de congressos*

“Orientações sobre alimentação saudável entre gestantes assistidas pela estratégia de saúde da família e fatores associados”. Rafael Ataíde Monção, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Daniela Marcia Rodrigues Caldeira, Paulo Eduardo Guimarães Cordeiro e Maria Fernanda de Souza Jardim. I CONGRESO EUROAMERICANO DE PROCESOS Y PRODUCTOS ALIMENTARIOS – on-line. 2021. Brasil.



*Coautorias em resumos expandidos em anais de congressos*

“Prevalência de gestantes que realizaram o exame de prevenção do câncer de colo uterino durante a gestação: dados parciais da coorte ALGE”. Selen Jaqueline Souza Ruas, Viviane Maia Santos, Maria Suzana Marques, Juliana Souza Andrade, Erica Leite Avelino Pereira, Daniela Marcia Rodrigues Cadeira, Evandro Pereira Barbosa dos Anjos. 13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG). 2019. Montes Claros – MG.



ISSN: 1806-549X



## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **PREVALÊNCIA DE GESTANTES QUE REALIZARAM O EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO DURANTE A GESTAÇÃO: DADOS PARCIAIS DA COORTE ALGE** com autoria de **SÉLEN JAQUELINE SOUZA RUAS, VIVIANE MAIA SANTOS, MARIA SUZANA MARQUES, JULIANA SOUZA ANDRADE, ERICA LEITE AVELINO PEREIRA, DANIELA MARCIA RODRIGUES CALDEIRA e EVANDRO BARBOSA DOS ANJOS**, foi submetido e apresentado no formato de pôster no **13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG)** promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes entre os dias 5 a 8 de novembro de 2019.

Montes Claros/MG, 8 de novembro de 2019

Código: 40b98f3b-0c25-4be6-9a70-df088063d82f  
Verificação: <http://www.fepesq2019.unimontes.br/certificates/40b98f3b-0c25-4be6-9a70-df088063d82f>

  
Prof. Antonio Alvimar Souza  
REITOR DA UNIMONTES

  
Prof. Iliana Ruas de Abreu  
VICE-REITORA DA UNIMONTES

  
Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros  
PRO-REITOR DE EXTENSÃO  
E PRESIDENTE DO XIII FEPEG



*Coautorias em resumos expandidos em anais de congressos*

“Prevalência do cloasma e estrias em gestantes atendidas na estratégia saúde da família de Montes Claros/ MG”. Meriele Santos Souza, Luciana Barbosa Pereira, Eliana Maria Guimarães Costa Maia, Daniela Marcia Rodrigues Caldeira, Cláudia Moreira Gomes, Priscila Vieira Borges, Cristiano Leonardo de Oliveira Dias. 13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG). 2019. Montes Claros – MG.



ISSN: 1806-549X



## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **PREVALÊNCIA DO CLOASMA E ESTRIAS EM GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MONTES CLAROS/ MG** com autoria de **MERIELE SANTOS SOUZA, LUCIANA BARBOSA PEREIRA, ELIANA MARIA GUIMARÃES COSTA MAIA, DANIELA MÁRCIA RODRIGUES CALDEIRA, CLÁUDIA MOREIRA GOMES, PRISCILA VIEIRA BORGES E CRISTIANO LEONARDO DE OLIVEIRA DIAS**, foi submetido e apresentado no formato de pôster no 13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG) promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes entre os dias 5 a 8 de novembro de 2019.

Montes Claros/MG, 8 de novembro de 2019

Código: b7197a0d-a7b6-414b-8bce-d68f59e5cbf6

Verificação: <https://www.fepeg2019.unimontes.br/certificates/b7197a0d-a7b6-414b-8bce-d68f59e5cbf6>

  
Prof. Antonio Alvimar Souza  
REITOR DA UNIMONTES

  
Prof. Ilva Ruas de Abreu  
VICE-REITORA DA UNIMONTES

  
Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros  
PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO  
E PRESIDENTE DO XIII FEPEG

Realização:

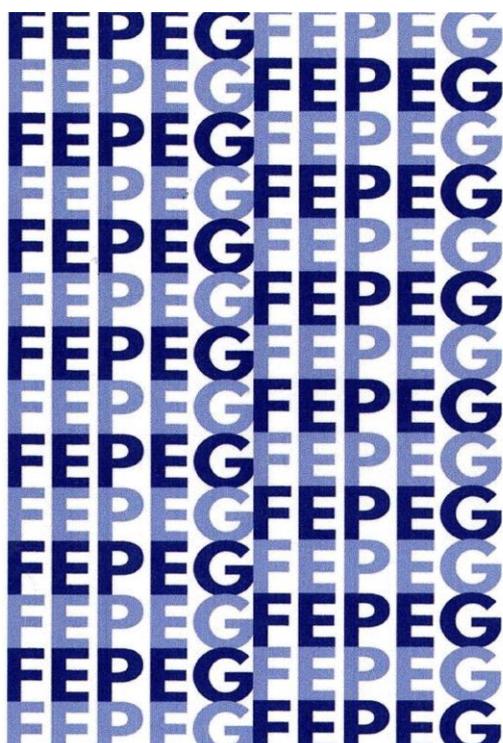


Apoio:



*Coautorias em resumos expandidos em anais de congressos*

“Queixas cardiovasculares entre gestantes atendidas na estratégia saúde da família: resultados preliminares do estudo ALGE”. Eliana Maria Guimarães Costa Maia, Luciana Barbosa Pereira, Meriele Santos Souza, Vanessa Teixeira Duque de Oliveira, Daniela Marcia Rodrigues Caldeira, João Vítor Costa Maia, Amanda Teixeira Duque de Oliveira. 13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG). 2019. Montes Claros – MG.



ISSN: 1806-549X



## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **QUEIXAS CARDIOVASCULARES ENTRE GESTANTES ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO ALGE** com autoria de **ELIANA MARIA GUIMARÃES COSTA MAIA, LUCIANA BARBOSA PEREIRA, MERIELE SANTOS SOUZA, VANESSA TEIXEIRA DUQUE DE OLIVEIRA, DANIELA MARCIA RODRIGUES CALDEIRA, JOÃO VÍTOR COSTA MAIA E AMANDA TEIXEIRA DUQUE DE OLIVEIRA**, foi submetido e apresentado no formato de pôster no **13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG)** promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes entre os dias 5 a 8 de novembro de 2019.

Montes Claros/MG, 8 de novembro de 2019

Código: fe6c89ef-ac96-4548-bb6e-bd2aa516e0e4  
Verificação: <http://www.fepeg2019.unimontes.br/certificates/fe6c89ef-ac96-4548-bb6e-bd2aa516e0e4>

Prof. Antonio Alvimar Souza  
REITOR DA UNIMONTES

Profª. Iva Russ de Abreu  
VICE-REITORA DA UNIMONTES

Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros  
PRÓ-REITOR DE EXTENSÃO  
E PRESIDENTE DO XIII FEPEG



*Coautorias em resumos expandidos em anais de congressos*

“Avaliação dos registros de informações nos cartões das gestantes: um relato de experiência.”  
 Karinne Lima Serrat, Guilherme Henrique Azevedo dos Reis, Jéssica Fagundes Correia, Tatielle Mendes Vitor, Brunna Jesulianne da Silva Pereira, Cristina Gusmão Santiago, Daniela Marcia Rodrigues Caldeira, Jaqueline D’ Paula Ribeiro Tavares Torres. 1º SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM DA UNIMONTES. 2019. Montes Claros – MG.

24/11/2020

Certificado

Verifique o código de autenticidade 1888326.8211674.804159.8.88832682116748041598 em <https://www.even3.com.br/documentos>

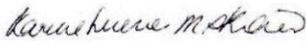


«Enfermagem no Futuro:»  
Tendências e Desafios

## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho intitulado **Avaliação dos registros de informações nos cartões das gestantes: um relato de experiência** de autoria de Karinne Lima Serrat, Guilherme Henrique Azevedo dos Reis, JÉSSICA FAGUNDES CORREIA, Tatielle Mendes Vitor, Brunna Jesulianne Da Silva Pereira, Cristina Gusmão Santiago, Daniela Marcia Rodrigues Caldeira e JAQUELINE D PAULA RIBEIRO VIEIRA TORRES, foi apresentado pelo primeiro autor no 1º Simpósio de Enfermagem da Unimontes, realizado nos dias 05 e 06 de junho de 2019.

Montes Claros, 06 de junho de 2019.

 <b>Professora Karine Suene M. A. Ribeiro</b> Coordenadora do 1º Simpósio de Enfermagem da UNIMONTES	 <b>Professor Diego Dias de Araújo</b> Chefe do Departamento de Enfermagem da UNIMONTES	 <b>Professora Luciana Barbosa Pereira</b> Coordenadora Curso de enfermagem da UNIMONTES
---	--	---

<https://www.even3.com.br/documentos/mprimi?l=1888326.8211674.804159.8.88832682116748041598&cc=1F7562F7-9752-4548-8520-BE7377D59E38>

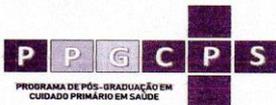
*Palestras*

“Trote solidário no combate à pobreza menstrual”. Federação Internacional das Associações dos Estudantes de Medicina do Brasil. IFMSA Brazil FUNORTE. 2022. Montes Claros- MG.



## Palestras

“Fortalecimento da Unidade de Atenção Primária à Saúde: aplicação de ferramentas para reflexão sobre o melhoramento no ambiente de trabalho”. UBS/APS. 2021. Taiobeiras – MG.

 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES	
<b>DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO OU TECNOLÓGICO</b> Ano: 2021	
Título do Trabalho/ Produto	Fortalecimento da Unidade de Atenção Primária à Saúde: aplicação de ferramentas para reflexão sobre o melhoramento no ambiente de trabalho
Autores/desenvolvedores do produto	Carolina Amaral Oliveira Rodrigues; Daniel Vinícius Alves Silva; Daniela Márcia Rodrigues Caldeira; Samara Frantheisca Almeida Barbosa; Lucineia de Pinho; Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito; Diego Dias de Araújo; Fernanda Marques da Costa; Patrícia Helena Costa Mendes; Rosângela Ramos Veioso Silva.
Declarante	Edmar Rocha Almeida
Cargo/Função	Coordenador da Atenção Primária – Taiobeiras/MG
Entidade/Instituição	Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
Descrição resumida do objeto	<p><b>JUSTIFICATIVA:</b> O trabalho justifica-se na importância de dar ênfase à comunicação e ao trabalho em equipe que é considerado, no conjunto das características das Estratégias Saúde da Família (ESF), um dos pressupostos na organização do processo de trabalho, com foco na abordagem integral e resolutive.</p> <p><b>OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular reflexão sobre o ambiente de trabalho bem como metas e visão para o futuro.</li> <li>• Promover atividade para mapear forças, oportunidades, fraquezas e ameaças da unidade a fim de desenvolver plano de ação buscando melhorias.</li> <li>• Estimular a participação da equipe, ressaltando que cada um contribui de forma diferente tendo em vista a individualidade.</li> <li>• Demonstrar como a comunicação em equipe é importante, auxiliando no processo de trabalho e na continuidade da assistência.</li> </ul> <p><b>METODOLOGIA:</b> O estudo será realizado com profissionais de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) do município de Taiobeiras - Minas Gerais.</p> <p>A UAPS selecionada para a realização do estudo foi visitada previamente por um dos autores do trabalho para sensibilização e esclarecimento aos profissionais de saúde sobre o estudo. Após as devidas apresentações, foi realizado o agendamento para seu desenvolvimento.</p> <p>Construção do trabalho:</p> <p><b>Etapa 1:</b> Verificar com os Coordenadores se eles têm visão de futuro, metas de médio prazo e metas de avanço. Ressaltando o olhar para organização ideal e sem obstáculos.</p>

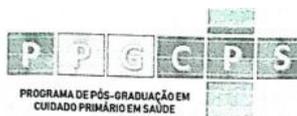
(Para uso do Programa): Pode ser classificado como Produto: ( ) Técnico ( ) Tecnológico.

Edmar Rocha Almeida  
COORDENADOR DE  
ATENÇÃO À SAÚDE  
TAIOBEIRAS

 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES	
	<p><b>Etapa 2:</b></p> <p>Reunião com todos os membros da equipe.</p> <p>Os mediadores da reunião aplicarão a matriz SWOT/FOFA, discutindo abertamente sobre a condição atual da organização, olhando no âmbito interno e externo. Um mediador anota no quadro branco enquanto as pessoas forem falando.</p> <p>Após isso, o grupo deve refletir: "Quais são as ações que temos que tomar para fortalecer nossas forças e oportunidades e quais as que devemos tomar para mitigar as fraquezas e ameaças?". Assim, criar um plano de ação de 5 a 8 ações a serem alcançadas até o fim desse ano.</p> <p>Com o plano de ação pronto, resalta-se que pessoas são a engrenagem do plano e por isso temos que mapear os responsáveis baseados nos perfis. Apresentar em linhas gerais os perfis do DISC e estabelecer os responsáveis por cada ação. O DISC é um teste psicológico baseado no modelo de comportamento humano, que agrupa 4 padrões comportamentais comuns encontrados universalmente em todas as pessoas, sendo estes: Dominância, Influência, Estabilidade, Conformidade.</p> <p>Ao final, os mediadores promoverão a reflexão: "como sabemos que o plano está funcionando?". Assim, estimular o acompanhamento nas reuniões de equipe.</p> <p>Os mediadores orientarão os coordenadores das ESF da UAPS a conduzirem as reuniões de governança sempre com o foco o que funcionou e não funcionou no último mês; o que os funcionários aprenderam; o que podem fazer diferente.</p> <p>4) Carga Horária</p> <p>30 minutos: Reunião com coordenadores das equipes 60 minutos: Reunião com toda a equipe 15 minutos: Fechamento com coordenadores das equipes</p> <p>O estudo será realizado após a autorização institucional pelo setor responsável na Secretaria Municipal de Saúde de Taiobeiras-MG.</p> <p><b>RESULTADOS ESPERADOS:</b> Espera-se que este trabalho promova uma reflexão dos profissionais acerca de ações de melhoria para o ambiente de trabalho e facilitar o trabalho em equipe através uma boa comunicação.</p>
	<p>Declaramos que o produto descrito acima, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde (Curso de Mestrado Profissional), da Universidade Estadual de Montes Claros, possui caráter de relevância e aplicabilidade concreta na melhoria dos processos internos relacionados ao mesmo na Atenção Primária à Saúde do município de Taiobeiras, Minas Gerais, Brasil, sob nossa responsabilidade e gestão.</p> <p>Montes Claros, 30 de junho de 2021</p> <p>Edmar Rocha Almeida COORDENADOR DE ATENÇÃO À SAÚDE TAIOBEIRAS</p> <p>Assinatura do Declarante</p>
	<p>(Para uso do Programa): Pode ser classificado como Produto: ( ) Técnico ( ) Tecnológico.</p>

## Palestras

“Outubro Rosa: o autocuidado da mulher”. UBS Vila Campos/APS. 2021. Montes Claros-MG.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

### DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO OU TECNOLÓGICO

Ano:

Título do Trabalho/ Produto	Outubro Rosa: o autocuidado da mulher
Autor/desenvolvedor do produto	Daniela Marcia Rodrigues Caldeira
Co-autor(es)	Dra Maria Fernanda Figueiredo Brito, Dra Lucinéia de Pinho, Dra Rosângela Ramos Veloso Silva
Declarante	Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Cargo/Função	Coordenadora da Atenção Primária de Montes Claros – MG.
Entidade/Instituição	Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Campos
Descrição resumida do objeto	A palestra teve como objetivo inspirar e encorajar as mulheres para o cuidado físico e emocional, buscando resgatar a sua autoestima no exercício dos múltiplos papéis femininos. O convite às mulheres assistidas na UBS Vila Campos foi realizado pelos agentes comunitários de saúde. No dia 05/10/2021 às 15:00h foi realizada uma "roda de conversa" que se iniciou com uma dinâmica que consistiu na visualização da própria imagem da mulher em um espelho dentro de uma caixa. Para iniciar a dinâmica a seguinte frase foi dita a essas mulheres: "Agora você verá a pessoa mais importante na sua vida". Posteriormente iniciou-se uma palestra em que foram abordados os seguintes itens: a necessidade do cuidado físico e emocional da mulher, as múltiplas formas de violência doméstica, a necessidade e possibilidade do cuidado através de métodos de rastreamento do câncer de colo uterino e do câncer de mama. Em continuidade, uma moradora da área fez um relato sobre sua experiência de vida, autoestima e independência financeira através da reciclagem. Ao final abriu-se um espaço para questionamentos, relatos espontâneos e conversa entre os participantes com grande interesse do público.

Declaramos que o produto descrito acima, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde (Curso de Mestrado Profissional), da Universidade Estadual de Montes Claros, possui caráter de relevância e aplicabilidade concreta na melhoria dos processos internos relacionados ao mesmo na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, sob nossa responsabilidade e gestão.

Montes Claros, 05 de outubro de 2021.

*Daniella*  
 DANIELLA C. M. DIAS VELOSO  
 Coordenadora Atenção Primária  
 UBS Vila Campos - Montes Claros - MG

Assinatura do Declarante

(Para uso do Programa): Pode ser classificado como Produto: ( ) Técnico ( ) Tecnológico

*Minicursos e Seminários*

MINICURSO: “Cuidados com as gestantes e puérperas em tempos de pandemia covid 19”. 1º ENCONTRO DE PROJETOS DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS- ONLINE. 2020. Montes Claros – MG.



*Minicursos e Seminários*

“Elaboração e apresentação em formato pôster”. SEMINÁRIOS DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA (ON-LINE). PPGCPS/PPGCS. 2021. Montes Claros – MG.



## Seminários da Iniciação Científica

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde  
Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde

---

CERTIFICADO

Certificamos que **Daniela Marcia Rodrigues Caldeira** ministrou o seminário

**“Elaboração e apresentação em formato Pôster”** da série de Seminários da Iniciação Científica

(On-line) realizado em 30 de setembro de 2021, com carga horária de 2 (duas) horas.

  
**Rosângela R. Veloso Silva**  
Professora do PPGCPS  
Coordenadora do Projeto

  
**Desirée Sant'Ana Haikal**  
Professora do PPGCS

  
**Lucinéia de Pinho**  
Professora do PPGCPS

  
**Maria Fernanda S. F. Brito**  
Professora do PPGCPS

  
**Marise Fagundes Silveira**  
Professora do PPGCS

Realização:



Apoio:



*Minicursos e Seminários*

“Elaboração e apresentação em formato pôster”. SEMINÁRIOS DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA (ON-LINE). PPGCPS/PPGCS. 2022. Montes Claros – MG.



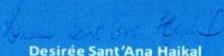
## Seminários da Iniciação Científica

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde  
Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde

# CERTIFICADO

Certificamos que **DANIELA MARCIA RODRIGUES CALDEIRA** ministrou o seminário “**Elaboração e apresentação de trabalho científico em formato Pôster**” da série de Seminários da Iniciação Científica (On-line) realizado em 24 de agosto de 2022, com carga horária de 2 (duas) horas.

  
Rosângela R. Veloso Silva  
Professora do PPGCPS  
Coordenadora do Projeto

  
Desirée Sant'Ana Haikal  
Professora do PPGCS

  
Lucinéia de Pinho  
Professora do PPGCPS

  
Maria Fernanda S. F. Brito  
Professora do PPGCPS

  
Marise Fagundes Silveira  
Professora do PPGCS

Realização:



Apoio:



*Coautoria em artigos científicos publicados*

“Symptoms of anxiety and depression in climacteric women and associated factors mental health and health conditions”. Viviane Maia Santos, Ronilson Ferreira Freitas, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Lucinéia de Pinho et al. *International Journal of Development Research*, 12, (06), 56930-56937.



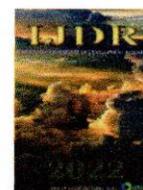
ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

**IJDR**

*International Journal of Development Research*  
Vol. 12, Issue, 06, pp. 56930-56937, June, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.24585.06.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CLIMACTERIC WOMEN AND ASSOCIATED FACTORS MENTAL HEALTH AND HEALTH CONDITIONS

Viviane Maia Santos<sup>1</sup>, Ronilson Ferreira Freitas<sup>2</sup>, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito<sup>3</sup>, Lucinéia de Pinho<sup>4</sup>, Hugo Emanuel Santos Pimenta<sup>5</sup>, Daniela Marcia Rodrigues Caldeira<sup>6</sup>, Wiviane da Costa Pimenta<sup>7</sup>, Luiza Augusta Rosa Rossi- Basborsa<sup>8</sup>, Antônio Prates Caldeira and Josiane Santos Brant Rocha<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Master in Primary Health Care from the State University of Montes Claros and professor at the UNIFIP Moc University Center, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>2</sup>PhD in Health Sciences from the State University of Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil and Adjunct Professor at the Federal University of Amazonas, Manaus, Amazonas, Brazil. <sup>3</sup>PhD in Health Sciences from the State University of Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil and professor at the State University of Montes Claros and the UNIFIP Moc University Center, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>4</sup>PhD in Health Sciences from the State University of Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil and professor at the State University of Montes Claros, the UNIFIP Moc University Center and the Funorte University Center, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>5</sup>Graduate in Nursing from Faculdade Santo Agostinho, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>6</sup>Master's Student in Primary Health Care from the State University of Montes Claros and professor at the Funorte University Center, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>7</sup>Master in Primary Health Care from the State University of Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>8</sup>PhD in Health Sciences from the State University of Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil and professor at the State University of Montes Claros and the Funorte University Center, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>9</sup>PhD in Sports Sciences from the University of Trás-os-Montes and Alto Douro, Vila Real, Portugal and professor at the State University of Montes Claros and the UNIFIP Moc University Center, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>10</sup>PhD in Health Sciences from the Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil and professor at the State University of Montes Claros and the UNIFIP Moc University Center, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 17<sup>th</sup> March, 2022  
Received in revised form  
20<sup>th</sup> April, 2022  
Accepted 19<sup>th</sup> May, 2022  
Published online 28<sup>th</sup> June, 2022

#### Key Words:

Climacterium, Anxiety,  
Depression, Prevalence,  
Primary Attention.

#### \*Corresponding author:

Viviane Maia Santos

### ABSTRACT

This study aimed to estimate prevalence of anxiety and depression symptoms and associated factors in climacteric women assisted in Primary Health Care. Epidemiological study, analytical, performed with climacteric women assisted in Primary Health Care of Montes Claros and the coverage period was selected from August 2014 to August 2015. Sociodemographic questionnaires, lifestyle, health conditions, obstetric characteristics and climatic profile were used. Anxiety was investigated by Beck Anxiety Inventory as well as depression by Beck Depression Inventory. A hierarchical Poisson regression model was used. Participated in the study 867 women aged 51.03 (±7.19) years. Prevalence of anxiety symptoms 57.3% and 39.1% depression symptoms. The variables associated with anxiety were having attended middle school (PR= 1,271) e elementary school (PR= 1,307), practicing activity irregular (PR= 0,808) and being sedentary (PR= 0,841), being a smoker (PR= 1,298), having sleep disorders (PR= 1,640), having heart problems (PR=1,279) and back problems (PR= 1,292), symptoms of moderate climacteric (PR= 1,714) and symptoms of intense climacteric (PR=1,882). With regard to depression remained associated having attended middle school (PR=1,350) and elementary school (PR=1,708), being a smoker (PR= 1,530), having sleep disorders (PR= 2,645) and anxiety (PR= 2,766), symptoms of moderate climacteric (PR= 1,715) and symptoms of intense climacteric (PR= 2,285). Sociodemographic factors, lifestyle and climate profile were associated with depression and anxiety. Anxiety symptoms were associated with depression.

Copyright © 2022, Viviane Maia Santos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Viviane Maia Santos, Ronilson Ferreira Freitas, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Lucinéia de Pinho et al. "Symptoms of anxiety and depression in climacteric women and associated factors mental health and health conditions", *International Journal of Development Research*, 12, (06), 56930-56937.

## Coautoria em artigos científicos publicados

“Prevalence and factors associated with frailty in longevous elderly: na sitematic review.”  
Tahiana Ferreira Freitas, Fernanda Marques da Costa, Ronilson Ferreira Freitas, Ilana Carla Mendes Gonçalves et al, *International Journal of Development Research*, 12, (07), 57682-57686.

[Browse Topics](#)

### RESEARCH ARTICLE

#### Abdominal obesity and association with sociodemographic, behavioral and clinical data in climacteric women assisted in primary care

Wiviane da Costa Pimenta, Josiane Santos Brant Rocha, Antônio Prates Caldeira, Daniela Araújo Veloso Popoff, Viviane Maia Santos, Joyce Elen Murça de Souza, Maria Suzana Marques, Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira, Daniela Marcia Rodrigues Caldeira, Geraldo Edson Souza Guerra Júnior, Ronilson Ferreira Freitas, Yaroslav Wladimir Lopes Popoff, Gustavo Veloso Rabelo, Mirna Rossi Barbosa-Medeiros, Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa [ [view less](#) ]

#### Abstract

This study aims to investigate the prevalence and factors associated with abdominal obesity in climacteric women assisted at Family Health Strategy units of the city of Montes Claros, State of Minas Gerais, Brazil. It is a cross-sectional analytical study. The women were selected by probabilistic sampling from August 2014 to August 2015. A questionnaire containing information referring to sociodemographic and economic characteristics, behavioral characteristics and clinical data was used. To estimate abdominal obesity, the measure of circumference  $\geq 88$  cm was considered. To analyze the association between abdominal obesity and the independent variables, a bivariate analysis was performed by means of Pearson's chi-square test ( $p \leq 0.25$ ). Subsequently, a multiple Poisson regression analysis with robust variance was performed, through which prevalence ratios with level of significance of 5% ( $p < 0.05$ ) were obtained. A total of 805 women were evaluated, aged 40 to 65 years, and the prevalence of women with abdominal obesity was 62.4%. The mean and median of abdominal circumference were 93.0 cm. The associated variables were being sedentary (PR = 1.44) or irregularly active (PR = 1.39), presenting altered total cholesterol (PR = 1.21), and being hypertensive (PR = 1.31). The abdominal obesity in climacteric women was associated with physical inactivity, total cholesterol and arterial hypertension. The measurement of abdominal circumference must be valued and adopted in the routine of professionals who work in Primary Care.

**Citation:** da Costa Pimenta W, Santos Brant Rocha J, Prates Caldeira A, Araújo Veloso Popoff D, Maia Santos V, Murça de Souza JE, et al. (2020) Abdominal obesity and association with

sociodemographic, behavioral and clinical data in climacteric women assisted in primary care. *PLoS ONE* 15(8): e0237336. doi:10.1371/journal.pone.0237336

**Editor:** Frank T. Spradley, University of Mississippi Medical Center, UNITED STATES

**Received:** February 17, 2020; **Accepted:** July 23, 2020; **Published:** August 13, 2020

**Copyright:** © 2020 da Costa Pimenta et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability:** All relevant data are within the manuscript and its Supporting Information files.

**Funding:** The author(s) received no specific funding for this work.

**Competing interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

‡ These authors also contributed equally to this work.

#### Introduction

#### Methods

#### Results

#### Discussion

#### Conclusion

#### Supporting information

#### References

## Coautoria em artigos científicos publicados

“Abdominal obesity and association with sociodemographic, behavioral and clinical data in climateric women assisted in primary care”. da Costa Pimenta W, Santos Brant Rocha J, Prates Caldeira A, Araújo Veloso Popoff D, Maia Santos V, Murça de Souza JE, et al. (2020). PLoS ONE 15(8): e 0237336. doi:10.1371/journal.pone.0237336.



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 07, pp. 57682-57686, July, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25005.07.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

### PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH FRAILTY IN LONGEVIOUS ELDERLY: AN SYSTEMATIC REVIEW

Tahiana Ferreira Freitas<sup>1,\*</sup>, Fernanda Marques da Costa<sup>2</sup>, Ronilson Ferreira Freitas<sup>3</sup>, Ilana Carla Mendes Gonçalves<sup>4</sup>, Daniela Márcia Rodrigues Caldeira<sup>5</sup>, Eryka Jovânia Pereira<sup>6</sup>, Luciane Balieiro de Carvalho<sup>7</sup>, Walker Henrique Viana Caixeta<sup>8</sup> and Jair Almeida Carneiro<sup>9</sup>

<sup>1</sup>MSc student in Primary Health Care at the State University of Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>2</sup>PhD in Health Sciences from the State University of Montes Claros, Teacher of the Graduate Program in Primary Health Care at the State University of Montes Claros and Teacher of Medicine Course at the FIPMoc/Afya University Center – UNIFIPMoc/Afya and participate in the Science Afycionados Program, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>3</sup>PhD in Health Sciences from the State University of Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil and Adjunct Teacher, Department of Collective Health, School of Medicine, Federal University of Amazonas, Manaus, Amazonas, Brazil. <sup>4</sup>MSc degree in Health, Society and Environment, Federal University of the Valleys of Jequitinhonha and Mucuri, Diamantina, Minas Gerais, Brazil. <sup>5</sup>MSc student in Primary Health Care, State University of Montes Claros, Montes Claros - Minas Gerais, Brazil. <sup>6</sup>MSc degree in Health, Society and Environment, Federal University of the Valleys of Jequitinhonha and Mucuri, Diamantina, Minas Gerais, Brazil. <sup>7</sup>Graduation in progress in Medicine from the State University of Montes Claros and Scientific Initiation Scholarship from the State University of Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>8</sup>Graduation in progress in Medicine at the FIPMoc/Afya University Center and participant of the Science Afycionados Program, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. <sup>9</sup>PhD in Health Sciences from the State University of Montes Claros, Teacher of the Graduate Program in Primary Health Care at the State University of Montes Claros and Teacher of Medicine Course at the FIPMoc/Afya University Center – UNIFIPMoc/Afya and participate in the Science Afycionados Program, Montes Claros, Minas Gerais, Brazil.

#### ARTICLE INFO

##### Article History:

Received 17<sup>th</sup> April, 2022  
Received in revised form  
08<sup>th</sup> May, 2022  
Accepted 15<sup>th</sup> June, 2022  
Published online 30<sup>th</sup> July, 2022

##### Key Words:

Longeuous Elderly,  
Elderly health, Frailty, Prevalence.

#### ABSTRACT

Frailty is a biological syndrome characterized by a number of age-related clinical conditions. The prevalence of specific frailty among the longeuous population remains poorly investigated. In this context, the present study aimed to identify, through a systematic literature review, the prevalence and factors associated with frailty in longeuous elderly. This is a bibliographic study, systematic literature review type, of studies published in Portuguese, English and Spanish, through the PICO strategy, in four databases, MEDLINE/PUBMED, Scielo, Ebsco and Science Direct conducted from April to May 2022. The selection resulted in three studies, two cross-sectional studies and one prospective cohort study. The prevalence of frailty among the longeuous elderly ranged from 12.4% to 64.7%. As for associated factors, the studies showed associations between frailty and gender, increasing age, hospitalization in the past 12 months, residence in a long-stay institution, chronic conditions, dyslipidemias, metabolic diseases, depression, dementia, visual and hearing impairments, disability for  $\geq 2$  activities of daily living, and falls.

##### \*Corresponding author:

Tahiana Ferreira Freitas

Copyright © 2022, Tahiana Ferreira Freitas et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Tahiana Ferreira Freitas, Fernanda Marques da Costa, Ronilson Ferreira Freitas, Ilana Carla Mendes Gonçalves et al. "Prevalence and factors associated with frailty in longeuous elderly: an systematic review", *International Journal of Development Research*, 12, (07), 57682-57686.

## Coautoria em artigos científicos publicados

“Prevalence of suicidal ideation factors in climacteric women”. João Pedro B. Rocha, Maria Clara B. Rocha, Lucineia Pinho, Thalita Bahia Ferreira, Mariane Silva Barbosa, Marcelo S. Rocha, Daniela Rodrigues, Dorothea Schimidt França, Carolina Ananias Meira Trovão, Josiane B. Rocha, Maria Fernanda S. Brito. The Journal Of The North American Menopause Society- Nams/Menopause. P-58. Volume 26, issue 12. 2019. ISSN 1072-3714.



## Menopause

The Journal of The North American Menopause Society

VOLUME 26, ISSUE 12 2019

SDC Supplemental Digital Content is available.

## CONTENTS

## Editorials

1355  
Rebecca C. Thurston, PhD  
2019-2020 NAMS President1357  
New Guidelines for Review Articles  
Isaac Schiff, CM, MD1361  
Does estrogen provide “neuroprotection” for postmenopausal women?  
James H. Liu, MD, NCMF1363  
Do you have a “moment” to text? Symptom evaluation using ecological momentary assessment and text messaging in women with HIV  
Sara E. Looby, PhD, ANP-BC, FAAN

## Original Articles

1366  
Lifetime estrogen exposure and cognition in late life: the Cache County Study  
Joshua M. Mayni, MS, Gail B. Rattinger, PharmD, PhD, Sarah Schwartz, PhD, Mona Bahusi, MD, PhD, and JoAnn T. Schatz, PhD  
*This study found that longer endogenous and exogenous (hormone therapy) estrogen exposure was associated with higher cognitive status in late life. This longitudinal cohort study has several strengths, including a large number of participants, high participation rate, and long duration of follow-up, providing evidence toward the controversial topic of the effects of hormone therapy use.*1375  
Ecological momentary assessment of HIV versus reproductive health symptoms in women of differing reproductive stages living with HIV  
Rebecca Schnall, PhD, MPH, RN-BC, FAAN, Jianfang Liu, PhD, and Nancy Reame, PhD, MSN, RN, FAAN  
*Using an ecological momentary assessment, women distinguished between HIV and reproductive health symptoms. HIV-related symptoms were consistent across menopause status but reproductive health symptoms differed by menopause status.*

(continued)

Menopause: The Journal of The North American Menopause Society (ISSN 1072-3714) is published monthly by The North American Menopause Society, 19103, All rights reserved. Copyright © 2019 by The North American Menopause Society.

POSTMASTER: Send address changes to Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, P.O. Box 1610, Hagerstown, MD 21740.

## P-56. PREVALENCE OF SELF-REPORTED DIABETES AND ASSOCIATED FACTORS IN CLIMACTERIC WOMEN

João Pedro B. Rocha<sup>1</sup>, Maria Clara B. Rocha<sup>2</sup>, Maria Fernanda S. Brito<sup>3</sup>, Lucineia Pinho<sup>4</sup>, Marcello S. Rocha<sup>5</sup>, Selen Jacqueline Souza<sup>6</sup>, Fernanda Piana<sup>7</sup>, Josiane B. Rocha<sup>8</sup>, Nathalia Magalhães<sup>9</sup>, UFMG, Belo Horizonte, Brazil; <sup>1</sup>Medicina, Faculdade Ciências Médicas, Montes Claros, Brazil; <sup>2</sup>Mediatria, Unidade Primária, Unimontes, Montes Claros, Brazil; <sup>3</sup>Medicina, Unimontes, Montes Claros, Brazil; <sup>4</sup>Medicina, Unifpmoc, Montes Claros, Brazil

**Objective:** To identify the prevalence of self-reported diabetes and associated factors in climacteric women assisted in Primary Health Care. **Design:** This is a cross-sectional, analytical study conducted in 2014 and 2015 in the Family Health Strategies of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. We adopted a probabilistic sample by conglomerates in two stages, consisting of 867 women aged 40 to 65 years. Data were collected through questionnaires (sociodemographic, behavioral, reproductive, gynecological and clinical), anthropometric evaluation and blood collection. The dependent variable was the presence of self-reported diabetes. For statistical analysis, the absolute and relative frequency was estimated. The association between the variables was analyzed by the chi-square test and the associated variables up to the level of 20% were analyzed together by means of Logistic Regression, with only the associated variables up to the 5% level being assumed in the final model. **Results:** The prevalence of diabetes was 14.9% in the analyzed group. Among the climacteric women, diabetes was associated with comorbidities: hypertension (OR = 4.333, p = 0.001), hypercholesterolemia (OR = 3.005, p = 0.001) and nephropathy (OR = 1.604, p = 0.047), as well as with altered abdominal circumference (OR = 1.695, p = 0.041). **Conclusion:** The prevalence of diabetes was high and associated with other health conditions in climacteric women, which may contribute as risk factors for further complications in the future, increasing morbidity and mortality in this group. It is necessary to invest in educational actions to prevent this disease and to control the risk factors and their complications in the context of Primary Health Care.

**Sources of Funding:** No

**Bivariate and adjusted analysis of self-reported diabetes and associated factors in climacteric women.**

Age group	n (%)	Self-reported diabetes Mellitus n (%)	PR Adjusted	p-value
40 to 43 years	21 (11.9)	2 (9.1)		
44 to 47 years	27 (22.3)	3 (11.1)		
48 to 51 years	31 (46.3)	5 (16.1)		
52 to 65 years	23 (19.8)	4 (17.0)		
Education				
High school/College	24 (19.8)	3 (12.5)		
Elementary I	60 (49.6)	10 (16.7)		
Elementary II	21 (9.8)	2 (9.5)		
Smoker				
Yes	16 (13.2)	2 (12.5)		
No	102 (86.7)	10 (9.8)		
Alcoholic				
Yes	13 (11.1)	1 (7.7)		
No	217 (44)	14 (6.4)		
Hypertension				
Yes	217 (44)	14 (6.4)	1	<0.001
No	109 (82.9)	10 (9.1)		
High cholesterol				
Yes	85 (76.2)	10 (11.8)	1	<0.001
No	83 (73.8)	10 (12.0)		
Kidney problem				
Yes	93 (79.3)	10 (10.8)	1.690	
No	29 (25.1)	4 (13.8)		
Cardiovascular disease				
Yes	21 (22.3)	2 (9.5)		
No	109 (80.7)	12 (10.9)		
Metabolic syndrome				
Absence	50 (41.5)	5 (10.0)		
Presence	71 (58.5)	9 (12.7)		
Nutritional status				
Eutrophic	103 (87.4)	10 (9.7)		
Overweight	102 (86.4)	10 (9.8)		
Obesity	24 (20.0)	4 (16.7)	1	0.001
Abnormal	24 (20.0)	4 (16.7)		
Menopause Classification				
Perimenopausal	40 (33.3)	4 (10.0)		
Postmenopausal	65 (53.7)	10 (15.4)		
Chromatin Syndrome				
Light	61 (59.4)	10 (16.4)		
Moderate	40 (33.3)	4 (10.0)		
Intense	20 (16.5)	2 (10.0)		

## P-57. Prevalence and associated factors of abdominal obesity in climacteric women

Josiane B. Rocha<sup>1</sup>, Maria Clara B. Rocha<sup>2</sup>, João Pedro B. Rocha<sup>3</sup>, Marcello S. Rocha<sup>4</sup>, Viviane Costa Pimenta<sup>5</sup>, Maria Fernanda S. Brito<sup>6</sup>, Dorothea Schimidt França<sup>7</sup>, Fernanda Piana<sup>8</sup>, Daniela Velloso<sup>9</sup>, Lúcia Augusta Rossi-Barbosa<sup>9</sup>, "Instituto Cuidado Primário, Unimontes, Montes Claros, Brazil; <sup>1</sup>Medicina, Faculdade Ciências Médicas, Belo Horizonte, Brazil; <sup>2</sup>Medicina, UFMG, Belo Horizonte, Brazil; <sup>3</sup>Ufmg/MOC, Montes Claros, Brazil

**Objective:** To evaluate the association between abdominal obesity, measured through waist circumference, and sociodemographic, behavioral and clinical data. **Design:** an analytical, cross-sectional, population-based study was carried out in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Probabilistic sampling was performed in two stages. Firstly, Family Health Strategy (FHS) units were selected by a single draw. Next, the participants were randomly selected from each FHS unit, respecting the proportionality of stratification according to climacteric stage (pre, peri and post-menopause). The sample size was calculated based on a confidence level of 95%, a margin of error of 5% and an estimated prevalence of this event of 50%. A final sample of 817 women

was selected. The dependent variable was abdominal obesity calculated by measuring waist circumference, performed with a flexible, non-elastic tape measure and evaluated in an orthostatic position, with the arms alongside the body, a relaxed abdomen and the individual looking at a fixed point in front of them. Abdominal obesity was considered as waist circumference  $\geq 88$  cm. The independent variables were age, marital status, schooling, work, family income, religion, eating habits (consumption of fatty meat, chicken skin, salt, soda, fruit), smoking, alcohol consumption, level of physical activity, climacteric stages, climacteric symptoms, depression, anxiety, sleep quality, glycemia, triglycerides, HDL, cholesterol, blood pressure, body mass index. The associated data were tabulated using the Predictiv Analytics Software 18.0 package. Bivariate analysis using the Pearson chi-squared test was applied to analyze the association between waist circumference and the independent variables. Those associated up to a level of 25% ( $p \leq 0.25$ ) were selected for Poisson multiple regression analysis with robust variance, from which the prevalence ratios were obtained. A significance level of 5% ( $p \leq 0.05$ ) was adopted for the final model. The participants signed a Free and Informed Consent Form and the project was approved under approval 817.166. **Results:** a total of 817 women, aged 38-73 years, with a mean age of 51.1 years (SD = 7.25) and a median age of 50 years were evaluated. The prevalence of women with abdominal obesity was 62.5%. Bivariate analysis identified the variables age, marital status, schooling, work, family income, level of physical activity, fat intake, climacteric stage, intensity of climacteric symptoms, Body Mass Index, triglycerides and arterial hypertension as associated with abdominal obesity, and they were selected for Poisson regression analysis with robust variance. The variables sedentarianism (PR=1.49), overweight/obesity (PR=3.39), arterial hypertension (PR=1.31) and changes in triglyceride levels (PR=1.10) remained associated with abdominal obesity in the final model. One limitation of the present study was its cross-sectional design, which did not allow conclusions to be drawn in terms of causality. The study remains relevant, however, as it features a representative sample of the population and allows the inference that waist circumference measurement is a good indicator for climacteric women, as it was associated with four markers of cardiovascular diseases. **Conclusion:** waist circumference measurement should not be overlooked by FHS professionals, and physical exercises should be encouraged.

**Sources of Funding:** None

## P-58. Prevalence of suicidal ideation and associated factors in climacteric women

Josiane B. Rocha<sup>1</sup>, Maria Clara B. Rocha<sup>2</sup>, Lucineia Pinho<sup>3</sup>, Thalita Bahia Ferreira<sup>4</sup>, Mariane Silveira Barbosa<sup>5</sup>, Marcelo S. Rocha<sup>6</sup>, Daniela Rodrigues<sup>7</sup>, Dorothea Schimidt França<sup>8</sup>, Carolina Ananias Meira Trovão<sup>9</sup>, Josiane B. Rocha<sup>10</sup>, Maria Fernanda S. Brito<sup>11</sup>, UFMG, Belo Horizonte, Brazil; <sup>1</sup>Medicina, Faculdade Ciências Médicas, Montes Claros, Brazil; <sup>2</sup>Mediatria, Unidade Primária, Unimontes, Montes Claros, Brazil; <sup>3</sup>Medicina, Unifpmoc, Montes Claros, Brazil; <sup>4</sup>Medicina, Unimontes, Montes Claros, Brazil; <sup>5</sup>Medicina, Unimontes, Montes Claros, Brazil; <sup>6</sup>Medicina, Unifpmoc, Montes Claros, Brazil; <sup>7</sup>Medicina, Unifpmoc, Montes Claros, Brazil; <sup>8</sup>Medicina, Unifpmoc, Montes Claros, Brazil; <sup>9</sup>Medicina, Unifpmoc, Montes Claros, Brazil; <sup>10</sup>Medicina, Unifpmoc, Montes Claros, Brazil; <sup>11</sup>Medicina, Unifpmoc, Montes Claros, Brazil

**Objective:** To identify the prevalence of suicidal ideation and associated factors in climacteric women. **Design:** This is a cross-sectional, analytical, population-based study conducted in 2014 and 2015, with a sample of 836 climacteric women registered in 73 Primary Care Teams in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Sampling was of the probabilistic type. Data were collected through questionnaires (sociodemographic, behavioral, reproductive, gynecological and clinical), anthropometric evaluation and blood collection. Its dependent variable is suicidal ideation and independent variables: sociodemographic characteristics, lifestyle, health conditions, climacteric profile and obstetric characteristics. For statistical analysis, the absolute and relative frequency was estimated. The association between the variables was analyzed by the chi-square test and the associated variables up to the 5% level. **Results:** A total of 836 climacteric women participated in the study. The prevalence of suicidal ideation was 10.5% in the analyzed group. Among those with suicidal thoughts, 42.5% are between 52 and 65 years old; 86.9% do not currently smoke; 72.0% do not consume alcoholic beverages; 51.8% do not have mood disorders; 41.7% have finished Elementary School I; 42.8% do not have financial compensation; 41.4% have mild climacteric symptoms; 54% have a low risk for cardiovascular diseases; 50.9% are postmenopausal; 88.9% have sleep disorders; 59.3% have a partner; 63.1% had the first childbirth with more than 18 years. Among these variables, a statistically significant association between mood disorder (p = 0.001), symptoms of climacteric (p = 0.000), sleep (p = 0.000) and age at first birth (p = 0.021) with suicidal ideation was identified. **Conclusion:** There was a high prevalence of suicidal ideation among climacteric women. Suicidal ideation is associated with mood disorder, climacteric symptoms, age of first birth, and sleep disturbances. Early assessment and identification favor adequate behavior and a better prognosis for climacteric women.

**Sources of Funding:** No

*E-book*

“Atividade física e gestação (recurso eletrônico).” Marcela Oliveira Nepomuceno, Rosângela Ramos Veloso Silva, Marise Silveira Fagundes. **CAPÍTULO 2: AVALIAÇÃO CLÍNICA DAS GESTANTES PARA ATIVIDADE FÍSICA: CONTRAINDICAÇÕES E SINAIS DE ALARME.** Daniela Marcia Rodrigues Caldeira, Diego Dias de Araújo. Montes Claros: Editora Unimontes, 2021. 147p.;21cm. Modo de acesso: world wide web: <http://www.editoraunimontes.br/index.php/e-book/ebook-livros>. ISBN 978-65-86467-24-6.



© - EDITORA UNIMONTES - 2021  
Universidade Estadual de Montes Claros  
**REITOR**  
Prof. Antônio Abibair Souza  
**VICE-REITORA**  
Prof. Dra. Raiz de Alencar  
**EDITORA UNIMONTES**  
**EDITOR GERAL**  
Prof. Antônio Dênis Cardoso  
**REVISÃO LINGÜÍSTICA**  
**DIAGRAMAÇÃO/CAAPA**  
Rosângela Silva

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
Associação Brasileira das Editoras Universitárias (ABEU)

---

N441a Nepomuceno, Marcela Oliveira  
Atividade Física e Gestação [recurso eletrônico] / Marcela Oliveira Nepomuceno, Rosângela Ramos Veloso Silva e Marise Silveira Fagundes. - Montes Claros : Editora Unimontes, 2021.  
147 p.; 21 cm.  
Modo de acesso: world wide web  
<http://www.editoraunimontes.br/index.php/e-book/ebook-livros>  
ISBN: 978-65-86467-24-6

1. Atividade Física. 2. Saúde da Gestante. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Silva, Rosângela Ramos Veloso. II. Fagundes, Marise Silveira. IV. Título.

---

CDU : 618.2

Elaborado por Nêde Maria J. Zanetti - CRB-9/ 884

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização escrita da Editora.

EDITORA UNIMONTES  
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro  
Montes Claros - Minas Gerais - Brasil  
CEP: 35.401-009 - CAIXA POSTAL: 126  
[www.unimontes.br](http://www.unimontes.br)  
[editora@unimontes.br](mailto:editora@unimontes.br)  
Fórmula

**ABEU**  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

## E-book

“Aspectos gerais da pandemia de covid 19: reflexões a meio caminho”. Organizadora Isabelle Cerqueira Sousa. **CAPÍTULO 4: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A COMPLICAÇÕES DA COVID 19 EM GESTANTES: UMA REVISÃO NARRATIVA.** Priscila Antunes de Oliveira, Simone Ferreira Lima Prates, Leonice Somavila, Janaína Marques de Almeida, Nélia Cristiane Almeida Caldeira, Mônica Thaís Soares Macedo, Carolina Amaral Oliveira Rodrigues, Daniela Marcia Rodrigues Caldeira, Juliana Andrade Pereira. Ponta Grossa – PR: Atena, 2022. Modo de acesso: world wide web: <http://doi.org/10.22533/at.ed.643221602> e <http://doi.org/10.22533/at.ed.6432216024>. ISBN 978-65-5983-964-3.



Aspectos gerais da pandemia de COVID-19: reflexões a meio caminho

**Diagramação:** Dayhyne Fajonara  
**Correção:** Václav Práša Martinec  
**Tradução:** Amanda Brady da Costa Vinga  
**Revisão:** Da autoria  
**Organizadora:** Isabelle Cerqueira Sousa

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
 Atena Aspectos gerais da pandemia de COVID-19: reflexões a meio caminho / Organizadora Isabelle Cerqueira Sousa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.  
 Formato: PDF  
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
 Modo de acesso: World Wide Web  
 ISBN 978-65-5983-964-3  
 DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.643221602>  
 1. Pandemia - COVID-19. I. Sousa, Isabelle Cerqueira (Organizadora). II. Título. CDD-614.3  
 Elaborado por **IBRACHARLE JARINA RAMOS - CRB 4/020**

**Atena Editora**  
 Ponta Grossa - Paraná - Brasil  
 Telefone: +55 41 3324-0493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



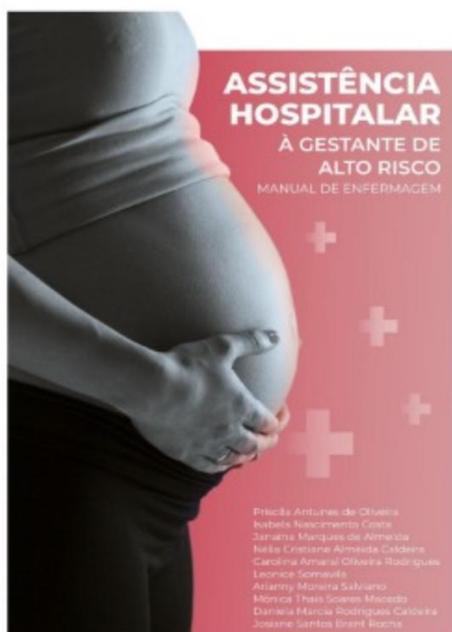
## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	1
COMPARATIVO EVOLUTIVO DO COVID-19 NO BRASIL: PRIMEIRO QUADRIMESTRE DE 2020	
Los Michelle Pereira de Castro Daylene Fernandes de Silva Mariana Liz Cunha de Oliveira	
<a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6432216021">https://doi.org/10.22533/at.ed.6432216021</a>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	15
COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS ATÉ A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 44	
Julia Schubert Siqueira de Sousa Mariana da Rosa Castanheira Nathália Neves Duarte Paula Wischer Victor Guan Rodrigues Daniella Hilsholm Ana Luísa Curi Helal	
<a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6432216022">https://doi.org/10.22533/at.ed.6432216022</a>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	25
A REALIDADE DO TRABALHO FEMININO NOS TEMPOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL	
Verônica Almeida Wander Bastos Priscila Nogueira Vieira de Araújo	
<a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6432216023">https://doi.org/10.22533/at.ed.6432216023</a>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	36
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A COMPLICAÇÕES DA COVID-19 EM GESTANTES: UMA REVISÃO NARRATIVA	
Priscila Antunes de Oliveira Simone Ferreira Lima Prates Leonice Somavila Janaína Marques de Almeida Nélia Cristiane Almeida Caldeira Mônica Thaís Soares Macedo Carolina Amaral Oliveira Rodrigues Daniela Marcia Rodrigues Caldeira Juliana Andrade Pereira	
<a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.6432216024">https://doi.org/10.22533/at.ed.6432216024</a>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	45
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO ÂMBITO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO IMPACTO DA COVID-19 NA INFÂNCIA	
Josiane Santos Brand Focher	

SUMÁRIO

*E-book*

“Assistência hospitalar à gestante de alto risco - manual de enfermagem”. Priscila Antunes de Oliveira et al. Organizado por Josiane Santos Brant Rocha, Carolina Amaral Oliveira Rodrigues, Daniela Marcia Rodrigues Cadira, Priscila Antunes de Oliveira. Recife: Even3 Publicações, 2022. DOI 10.29327/576626. ISBN 978-65-5941-878-7.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Even3 Publicações, PE, Brasil)

A846 Assistência Hospitalar à Gestante de Alto Risco - Manual de Enfermagem / Priscila Antunes de Oliveira. [et al.]; organizado por Josiane Santos Brant Rocha. [et al.] -- Recife: Even3 Publicações, 2022.

DOI 10.29327/576626  
ISBN 978-65-5941-878-7

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Enfermagem obstétrica.  
3. Gravidez de alto risco.

CDD 610

CRB-4/1241

**Daniela Márcia Rodrigues Caldeira**, Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Barbacena (2005). Residência Médica na especialidade de Obstetrícia - Ginecologia no Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais / IPSEMG, Hospital Governador Israel Pinheiro. Docente na FUNORTE /Faculdades Integradas do Norte de Minas, mestranda em Cuidados Primários da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros UNIMONTES, Montes Claros, Minas Gerais. <http://lattes.cnpq.br/510271855504003>

**Josiane Santos Brant Rocha**, Doutora em Ciência do Desporto pela Universidade Três-és-Montes e Alto Douro; Coordenadora de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros UNIMONTES; Professora do Centro Universitário FIPMoc - UNIFIPMoc, Montes Claros, Minas Gerais. <http://lattes.cnpq.br/4584779170732234>

**ORGANIZADORES**

Josiane Santos Brant Rocha  
Carolina Amaral Oliveira Rodrigues  
Daniela Márcia Rodrigues Caldeira  
Priscila Antunes de Oliveira

## ANEXOS

## ANEXO A – Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D)

ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO CES-D					
DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:		Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
317	Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
318	Não tive vontade de comer; tive pouco apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
319	Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com a ajuda de familiares e amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
320	Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
321	Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
322	Senti-me deprimida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
323	Senti que tive que fazer esforço para dar conta de minhas tarefas habituais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
324	Senti-me otimista com relação ao futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
325	Considereei que minha vida tinha sido um fracasso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
326	Senti-me amedrontada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
327	Meu sono não foi repousante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
328	Estive feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
329	Falei menos que o habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
330	Senti-me sozinha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
331	As pessoas não foram amistosas comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
332	Aproveitei minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
333	Tive crises de choro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
334	Senti-me triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
335	Senti que as pessoas não gostavam de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
336	Não consegui levar adiante minhas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO B - *Medical Outcome Studies* (MOS)

ASPECTOS EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL									
ESCALA DE APOIO SOCIAL									
COM FREQUÊNCIA VOCÊ CONTA COM ALGUÉM SE PRECISAR					Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
263	Que a ajude se ficar de cama.	<input type="checkbox"/>							
264	Para lhe ouvir quando você precisar falar.	<input type="checkbox"/>							
265	Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.	<input type="checkbox"/>							
266	Para levá-la ao médico.	<input type="checkbox"/>							
267	Que demonstre amor e afeto por você.	<input type="checkbox"/>							
268	Para se divertir junto.	<input type="checkbox"/>							
269	Para lhe dar informações que a ajude a compreender uma determinada situação.	<input type="checkbox"/>							
270	Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas.	<input type="checkbox"/>							
271	Que lhe dê um abraço.	<input type="checkbox"/>							
ASPECTOS EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL									
ESCALA DE APOIO SOCIAL									
COM FREQUÊNCIA VOCÊ CONTA COM ALGUÉM SE PRECISAR					Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
272	Com quem relaxar.	<input type="checkbox"/>							
273	Para preparar refeições, se você não puder prepará-las.	<input type="checkbox"/>							
274	De quem você realmente quer conselhos.	<input type="checkbox"/>							
275	Com quem distrair a cabeça.	<input type="checkbox"/>							
276	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente.	<input type="checkbox"/>							
277	Para compartilhar preocupações e medos mais íntimos.	<input type="checkbox"/>							
278	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.	<input type="checkbox"/>							
279	Com quem fazer coisas agradáveis.	<input type="checkbox"/>							
280	Que compreenda seus problemas.	<input type="checkbox"/>							
281	Que você ame e que faça você se sentir querida.	<input type="checkbox"/>							

## ANEXO C - Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

SEXUALIDADE		Nunca	Raramente	Às vezes	Aproximadamente 50% das vezes	A maioria das vezes	Sempre
Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:							
362	Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra-se de sexo ou se imagina fazendo sexo?	0	1	2	3	4	5
363	O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	0	1	2	3	4	5
364	As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	0	1	2	3	4	5
365	Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	0	1	2	3	4	5
366	Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	0	1	2	3	4	5
367	Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	0	1	2	3	4	5
368	Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	0	1	2	3	4	5
369	Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?	0	1	2	3	4	5
370	Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	0	1	2	3	4	5
371	O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	0	1	2	3	4	5
372	Questionamentos ou orientações de ordem sexual foram feitos pelo(s) profissional(is) de saúde que acompanha(m) seu pré-natal?	0	1	2	3	4	5

ANEXO D - *Perceived Stress Scale (PSS-14)*

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO						
Para cada pergunta a seguir, escolha uma das seguintes alternativas:						
Neste último mês, com que frequência:		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
348	Você tem ficado triste por algo que aconteceu inesperadamente?	1	2	3	4	5
349	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?	1	2	3	4	5
350	Você tem se sentido nervosa e "estressada"?	1	2	3	4	5
351	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da sua vida?	1	2	3	4	5
352	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	1	2	3	4	5
353	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	1	2	3	4	5
354	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade?	1	2	3	4	5
355	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	1	2	3	4	5
356	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	1	2	3	4	5
357	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	1	2	3	4	5
358	Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	1	2	3	4	5
359	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	1	2	3	4	5
360	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	1	2	3	4	5
361	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	1	2	3	4	5

## ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE MONTES CLAROS-MG: ESTUDO LONGITUDINAL.

**Pesquisador:** JANETTE CALDEIRA FONSECA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80957817.5.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.483.623

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo epidemiológico, de abordagem quantitativa e com delineamento longitudinal.

O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana do referido município. Os questionários serão aplicados após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em variáveis: características socioeconômicas e demográficas; caracterização ginecológica e obstétrica; condições gerais de saúde; exames laboratoriais; imunização; suplementação de ferro e ácido fólico; alimentação e nutrição; aspectos odontológicos; absenteísmo às consultas e ao trabalho; alterações no sono; atividade física; qualidade de vida; aspectos emocionais e de saúde mental; sexualidade; violência. Além da aplicação dos questionários, serão aferidas a pressão arterial e as medidas antropométricas. Será utilizado o esfigmomanômetro, estetoscópio, balança digital e fita métrica.

**Endereço:** Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib

**Bairro:** Vila Mauricéla **CEP:** 39.401-089

**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS

**Telefone:** (38)3229-8180

**Fax:** (38)3229-8103

**E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.483.623

**Objetivo da Pesquisa:**

Avallar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações

coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**Benefícios:**

O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Proposta da pesquisa é relevante e atual visto que as violências sofridas nesse contexto torna-se necessário para garantir que a parturiente seja bem assistida durante o pré-parto, atribuindo a promoção dos seus direitos nas ações de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos necessários.

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib

Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089

UF: MG Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 2.483.623

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1046272.pdf	07/12/2017 20:19:11		Acelto
Outros	ESTEQUESTIONARIOCOMINSTRUMENTOS.pdf	07/12/2017 20:17:48	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINALESTEPROJETOGESTANTES.pdf	07/12/2017 20:17:01	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Folha de Rosto	GFOLHADEROSTO.pdf	07/12/2017 20:16:39	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Outros	TERMOINSTITUICAOGESTANTES.pdf	05/12/2017 20:11:35	JANETTE CALDEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOGestantes.pdf	05/12/2017 20:10:40	JANETTE CALDEIRA FONSECA	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Ribeiro  
 Bairro: Vila Mauricéa CEP: 39.401-089  
 UF: MG Município: MONTES CLAROS  
 Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smeiocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.483.623

MONTES CLAROS, 02 de Fevereiro de 2018

---

Assinado por:  
**SIMONE DE MELO COSTA**  
(Coordenador)

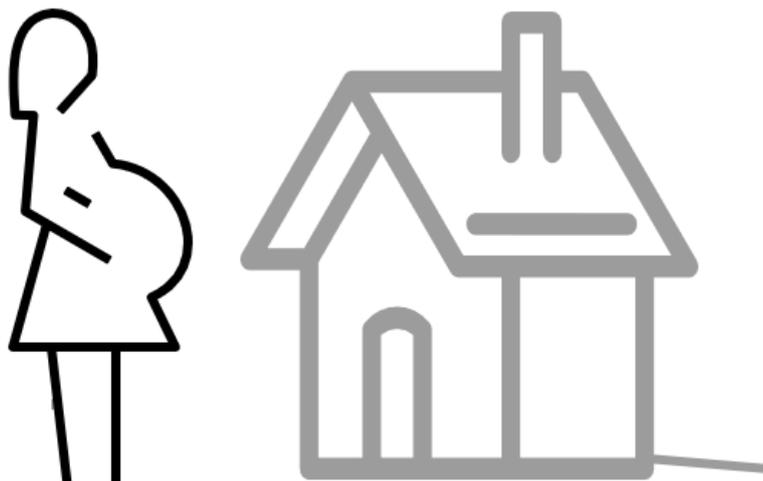
Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib  
Bairro: Vila Mauricélia CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico



ESTUDO ALGE  
AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE MONTES  
CLAROS-MG



1º trimestre gestacional     2º trimestre gestacional     3º trimestre gestacional

Data agendada para retorno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_     Não se aplica

Montes Claros - MG

<b>ORIENTAÇÃO AOS ENTREVISTADORES</b>
Iniciar a conversa com uma postura de acolhida e agradecimento. O texto a seguir poderá ajudá-lo:
<p><i>Prezada gestante,</i></p> <p><i>Este questionário faz parte de uma pesquisa para avaliar as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Montes Claros - MG.</i></p> <p><i>Sua participação é muito importante e contamos com a sua valiosa colaboração respondendo as perguntas ou no preenchimento das questões a seguir.</i></p> <p><i>Todas as suas respostas são totalmente confidenciais, serão usadas somente para fins científicos e apenas a equipe desta pesquisa terá acesso a este questionário.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Muito obrigado(a)!</i></p>
Algumas questões que abordam temas mais pessoais você poderá entregar o questionário e solicitar que a própria gestante responda sozinha.
Entregar as duas vias do termo de consentimento.
Pegar uma via assinada pela gestante e anexar no caderno e orientá-la que a outra via a pertence.
*Sinalizar o trimestre gestacional na capa do questionário.
Iniciar a entrevista.
Ao finalizar, fazer a revisão de todas as respostas criteriosamente.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE	
1	Nome da Equipe de Estratégia Saúde da Família
2	Entrevistador
3	Data da aplicação do questionário: ____ / ____ / ____
IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE	
4	Nome da gestante:
5	Endereço: Rua/Avenida: _____ _____ Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
6	Telefone:
7	E-mail:
8	Nome e número de celular do Agente Comunitário de Saúde que acompanha a gestante: Nome: _____ Celular: _____
DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	
9	Idade em anos:
10	Cor: 1. <input type="checkbox"/> Parda 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Branca 4. <input type="checkbox"/> Amarela
11	Qual a sua maior escolaridade? 1. <input type="checkbox"/> Nenhuma 2. <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto 3. <input type="checkbox"/> Fundamental completo 4. <input type="checkbox"/> Médio incompleto 5. <input type="checkbox"/> Médio completo 6. <input type="checkbox"/> Superior incompleto 7. <input type="checkbox"/> Superior completo 8. <input type="checkbox"/> Pós graduação
12	Você estava estudando quando ficou grávida nesta gestação? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
13	Você parou de estudar porque ficou grávida? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não estava estudando
14	Qual a situação conjugal? 1. <input type="checkbox"/> Casada 2. <input type="checkbox"/> União consensual (mora junto) 3. <input type="checkbox"/> Solteira 4. <input type="checkbox"/> Separada/desquitada/divorciada 5. <input type="checkbox"/> Viúva

DADOS SOCIO ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	
Qual a maior escolaridade do seu companheiro?	
1. <input type="checkbox"/> Nenhum	
2. <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto	
3. <input type="checkbox"/> Fundamental completo	
4. <input type="checkbox"/> Médio incompleto	
5. <input type="checkbox"/> Médio completo	
6. <input type="checkbox"/> Superior incompleto	
7. <input type="checkbox"/> Superior completo	
8. <input type="checkbox"/> Pós graduação	
9. <input type="checkbox"/> Não sei	
Quantas pessoas vivem atualmente na casa? _____ (considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses)	
Você tem quantos filhos? _____	
Você mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?	
1. <input type="checkbox"/> Sim	
2. <input type="checkbox"/> Não    Quantos filhos _____	
Qual a sua ocupação?	
1. <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria	
2. <input type="checkbox"/> Assalariado ou empregado	
3. <input type="checkbox"/> Dona de casa	
4. <input type="checkbox"/> Faz bico	
5. <input type="checkbox"/> Nenhuma	
Qual a renda da família? (Soma da renda de todos os membros da família. Caso não saiba, colocar valor aproximado) R\$: _____	

## APÊNDICE B – Questionário para características obstétricas

CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS	
417	DUM: ____ / ____ / ____
418	Número de gestações anteriores: ____ Número de partos anteriores: ____ Número de abortos anteriores: ____
419	Esta gravidez foi planejada? 1. <input type="checkbox"/> Sim    2. <input type="checkbox"/> Não
420	Com quantas semanas iniciou o pré-natal? _____
421	Até agora fez quantas consultas de pré-natal com o médico/enfermeiro? _____
422	Você está esperando mais de um filho? 1. <input type="checkbox"/> Sim    2. <input type="checkbox"/> Não    3. <input type="checkbox"/> Não sabe
423	Você realizou o exame de Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU) durante a gestação? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não, porque o meu exame estava dentro do prazo recomendado

## APÊNDICE C – Questionário para condições de saúde

PATOLOGIAS AUTORREFERIDAS	
154	Você teve algum problema de saúde durante a gestação? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não



PATOLOGIAS AUTORREFERIDAS				
Quais problemas de saúde você tem ou teve:		Não tenho	Antes da gravidez	Durante a gravidez
155	Infecção urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156	Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
157	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
158	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
159	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160	Cardiopatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161	Hipertensão arterial crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
162	Doença hipertensiva específica da gestação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
163	Tromboembolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
164	Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
165	Toxoplasmose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
166	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
167	Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
168	Enxaqueca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
169	Outras. Quais (descreva): _____			

## APÊNDICE D - Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
 Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde



### TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

**Instituição onde será realizada a pesquisa:** Universidade Estadual de Montes Claros.

**Pesquisador responsável:** Professora Janette Caldeira Fonseca

**Endereço e telefone:** Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG. Telefone: (038) 9 9941 9895.

**Atenção:** Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1-Objetivo:** Avaliar as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

**2-Metodologia/procedimentos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 761 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 432 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde que forem sorteadas na amostragem por conglomerados, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação. Os dados coletados serão organizados e analisados no software IBM SPSS Statistics versão 22.0 para Windows®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**3-Justificativa:** A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

**4-Benefícios:** O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

**5-Desconfortos e riscos:** De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**6-Danos:** Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

**7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.

**8-Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**9-Compensação/indenização:** Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, a instituição poderá solicitar a interrupção da pesquisa a qualquer momento.

**10-Outras informações pertinentes:** Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

**11-Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este

formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Daniella Cristina Martins Dias Veloso  
 Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde  
 Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Daniella  
 Daniella D. M. Dias Veloso  
 COREN-MG 140034 - ESI

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

05/12/17  
 Data

Janette Caldeira Fonseca - MASP 09512161  
 Pesquisador/Coordenador da Pesquisa  
 Professora Janette Caldeira Fonseca

Janette Caldeira Fonseca  
 Assinatura

05/12/17  
 Data

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação e pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

**Título da pesquisa:** Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

**Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros.

**Patrocinador:** Não se aplica.

**Coordenador(a):** Professora Janette Caldeira Fonseca.

**Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1. Objetivo:** Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes e puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

**2. Metodologia/procedimentos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 1.500 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 500 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias

unidades de saúde, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação e ao puerpério. Os dados coletados serão organizados e analisados no *software* IBM SPSS *Statistics* versão 22.0 para *Windows*®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**3. Justificativa:** A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes e puérperas que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

**4. Benefícios:** O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

**5. Desconfortos e riscos:** De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade da paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das participantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as participantes, em ambientes reservados e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**6. Danos:** Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral. Todavia, há a possibilidade dos riscos e desconfortos descritos no item anterior.

**7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.

**8. Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**9. Compensação/indenização:** Todos os recursos são de responsabilidade dos pesquisadores deste estudo, não sendo previsto nenhum tipo de despesa para as participantes desta pesquisa. Porém, é garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Não será exigida da participante, sob qualquer argumento, a renúncia ao direito à indenização por algum dano. As participantes que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm

direito à indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

**10. Outras informações pertinentes:** Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

**11. Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
____Janette Caldeira Fonseca____	_____	____/____/____
Coordenadora da pesquisa	Assinatura da coordenadora	Data

**ENDEREÇO DO PESQUISADOR:** Prof<sup>a</sup>. Janette Caldeira Fonseca Avenida. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N - Vila Mauricéia, Montes Claros - MG, 39401-089 Sala 14B, segundo andar, prédio 3, Montes Claros/MG.

**TELEFONE:** (38) 99104 8011.

APÊNDICE F – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TACLE) para participação e  
pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde



**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO  
EM PESQUISA**

**Título da pesquisa:** Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

**Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros.

**Coordenador(a):** Professora Janette Caldeira Fonseca.

**Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1. Objetivo:** Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes e puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

**2. Metodologia/procedimentos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 1.500 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 500 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absentismo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três

trimestres da gestação e ao puerpério. Os dados coletados serão organizados e analisados no *software* IBM SPSS *Statistics* versão 22.0 para *Windows*®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**3. Justificativa:** A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes e puérperas que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

**4. Benefícios:** O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

**5. Desconfortos e riscos:** De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade da paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das participantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as participantes, em ambientes reservados e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

**6. Danos:** Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral. Todavia, há a possibilidade dos riscos e desconfortos descritos no item anterior.

**7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.

**8. Confidencialidade das informações:** As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

**9. Compensação/indenização:** Todos os recursos são de responsabilidade dos pesquisadores deste estudo, não sendo previsto nenhum tipo de despesa para as participantes desta pesquisa. Porém, é garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Não será exigida da participante, sob qualquer argumento, a renúncia ao direito à indenização por algum dano. As participantes que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

**10. Outras informações pertinentes:** Não se aplica.

**Assentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste assentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
____Janette Caldeira Fonseca____	_____	____/____/____
Coordenadora da pesquisa	Assinatura da coordenadora	Data

**ENDEREÇO DO PESQUISADOR:** Prof<sup>a</sup>. Janette Caldeira Fonseca Avenida. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N - Vila Mauricéia, Montes Claros - MG, 39401-089 Sala 14B, segundo andar, prédio 3, Montes Claros/MG.

**TELEFONE:** (38) 99104 8011.

## APÊNDICE G – Produtos Científicos e Técnicos: Coautoria em Resumo Expandido



## APÊNDICE H – Produtos Científicos e Técnicos: Coautoria em Resumo Expandido



## APÊNDICE I – Produtos Científicos: Minicurso



## APÊNDICE J – Produtos Científicos e Técnicos: Entrevista

**Saber para nascer**  
.cast

PPGCPS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS EM SAÚDE

ALGE

Unimontes  
Universidade Estadual de Montes Claros



**#04 - Saúde mental na gestação e pós-parto: precisamos falar sobre isso!**

**Saber para nascer**  
.cast

SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO  
E PÓS-PARTO: PRECISAMOS  
FALAR SOBRE ISSO!



Carolina Amaral  
Enfermeira e Mestranda  
PPGCPS

Daniela Rodrigues  
Médica Ginecologista e Obstétrica  
Mestranda PPGCPS

PPGCPS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS EM SAÚDE

ALGE

Unimontes  
Universidade Estadual de Montes Claros