

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Bárbara Cerqueira Santos Lopes

**ESTRESSE PERCEBIDO EM GESTANTES ASSISTIDAS POR  
EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: estudo transversal  
aninhado a uma coorte de base populacional**

Montes Claros – Minas Gerais

2022

Bárbara Cerqueira Santos Lopes

ESTRESSE PERCEBIDO EM GESTANTES ASSISTIDAS POR EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: estudo transversal aninhado a uma coorte de base  
populacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva

**Orientadora:** Profa. Dra. Marise Fagundes Silveira

**Coorientadoras:** Profa. Dra. Lucineia de Pinho  
Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito



- L864e      Lopes, Bárbara Cerqueira Santos.  
Estresse percebido em gestantes assistidas por equipes da Estratégia Saúde da Família [manuscrito] : estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional / Bárbara Cerqueira Santos Lopes. – Montes Claros, 2022.  
95 f. : il.
- Inclui Bibliografia.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2022.
- Orientadora: Profa. Dra. Marise Fagundes Silveira.  
Coorientadora: Profa. Dra. Lucineia de Pinho.  
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Figueiredo Brito.
1. Gravidez. 2. Gestantes. 3. Estresse psicológico. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Inquéritos epidemiológicos. I. Silveira, Marise Fagundes. II. Pinho, Lucinéia de. III. Brito, Maria Fernanda Figueiredo. IV. Universidade Estadual de Montes Claros. V. Título. VI. Título: Estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor Antônio Alvimar Souza

Vice-Reitora: Professora Ilva Ruas de Abreu

Pró-Reitora de Pesquisa: Professora Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Professor Virgílio Mesquita  
Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professor Marcelo Perim Baldo

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professora Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Professor André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-Graduação *Lato Sensu*: Professor Allysson Steve Mota Lacerda

Coordenadoria de Pós-Graduação *Stricto Sensu*: Professor Marcos Flávio Silveira  
Vasconcelos D'Ângelo

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora: Professora Cristina Andrade Sampaio

Coordenador Adjunto: Professor Renato Sobral Monteiro Junior



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Universidade Estadual de Montes Claros**

**Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde**

**Anexo nº FA Bárbara/UNIMONTES/PRPG/PPGCS/2022**

**PROCESSO Nº 2310.01.0010197/2022-32**

**Data:** 06/06/2022

**NOME DO(A) DISCENTE:** BÁRBARA CERQUEIRA SANTOS LOPES

( x ) Mestrado Acadêmico em Ciência Da Saúde

( ) Doutorado Acadêmico em Ciências Da Saúde

**TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC):**

"ESTRESSE PERCEBIDO EM GESTANTES ASSISTIDAS POR EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO TRANSVERSAL ANINHADO A UMA COORTE DE BASE POPULACIONAL"

**Área de Concentração:** Saúde coletiva

**Linha de Pesquisa:** Epidemiologia Populacional e Molecular

**BANCA (TITULARES)**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Marise Fagundes Silveira ORIENTADORA - participação à distância por videoconferência

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Lucineia de Pinho COORIENTADORA - participação à distância por videoconferência

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito COORIENTADORA - participação à distância por videoconferência

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Carla Silvana de Oliveira Silva - participação à distância por video conferência

PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup> Orlene Veloso Dias - participação à distância por video conferência

**BANCA (SUPLENTES)**

Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Prof. Dr. Diego Dias de Araújo

A análise realizada pelos membros examinadores da presente defesa pública de TCC teve como resultado parecerde:

APROVAÇÃO

REPROVAÇÃO



Documento assinado eletronicamente por **Marise Fagundes Silveira, Professora de Educação Superior**, em 07/06/2022, às 14:44, 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, Professora de Educação Superior**, em 07/06/2022, às 15:16, 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 **Carla Silvana de Oliveira e Silva, Professor(a)**, em 07/06/2022, às 16:56, 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 **Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Professora de Educação Superior**, em 09/06/2022, às 09:10, 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 **Orlene Veloso Dias, Professora de Educação Superior**, em 19/06/2022, às 21:39, 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 **47328877** e o código CRC **6D12987D**.

## Dedicatória

*Eu dedico este trabalho a minha família, que é a base de tudo.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu criador e salvador, que me fez à imagem e semelhança Dele, que se faz presente em todas as áreas de minha vida, me fortalecendo e me mostrando sempre o melhor caminho a ser seguido.

À minha família, meu esposo Denis, por ser meu apoio, meu maior incentivador e por não medir esforços para me ver bem e feliz, aos meus filhos, Isadora, Heloísa e Theo, minha fonte inesgotável de amor, meu desafio diário, a minha melhor parte. Aos meus pais, Mauro e Vanusa, que são meu suporte, que sempre me direcionaram no caminho da honestidade, da verdade e do amor, ao meu irmão Fernando, à Nadiny e Alice, que mesmo longe, sempre se fazem tão presentes.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), que me propiciou a oportunidade de aprimoramento profissional e pessoal, enquanto mulher, mãe, Enfermeira, docente e pesquisadora.

Minha profunda admiração e gratidão à minha Orientadora Dra. Marise Fagundes Silveira, uma pessoa excepcional e uma profissional brilhante, que caminhou comigo durante esses anos e tão gentilmente me acolheu nas minhas dificuldades, esclareceu minhas dúvidas sendo fundamental para a conclusão deste trabalho.

Às minhas Coorientadoras, Dra. Lucineia de Pinho e Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, por compartilharem seu tempo e seu conhecimento comigo, por serem tão comprometidas com essa pesquisa e com o “Estudo ALGE – Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil: estudo longitudinal” como um todo, por meio do qual pude concretizar o sonho do mestrado, agradeço por me ampararem quando me senti limitada diante dos desafios da pesquisa.

Meus agradecimentos se estendem à equipe de pesquisadores e entrevistadores do Estudo ALGE, que possibilitaram a condução dessa pesquisa que tem gerado frutos tão importantes para a saúde das gestantes de Montes Claros.

Às gestantes que participaram deste estudo, pois com a sua valiosa colaboração ele se tornou realidade.

Agradecimentos especiais aos meus colegas de jornada, Tatiane, Agda, Paula, Vitor, Elaine, Aurelina, e especialmente ao Cássio tão solícito, que muitas vezes me amparou com seu conhecimento tão aprofundado no campo da pesquisa.

Aos docentes que gentilmente cederam seu tempo e sua expertise para a avaliação desta dissertação: Profa. Dra. Carla Silvana de Oliveira e Silva, Profa. Dra. Orlene Veloso Dias, Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira e Prof. Dr. Diego Dias de Araújo.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta importante etapa, o meu sincero agradecimento.

*“O medo é a distância que a gente tem daquilo que nascemos pra fazer”.*  
*(Antimedo)*

## RESUMO

O período gestacional é permeado por mudanças físicas, emocionais e sociais próprias dessa fase, que podem levar ao estresse nas mulheres. Seu alto nível pode gerar uma variedade de desfechos adversos à saúde materno-infantil. Inquéritos epidemiológicos robustos são relevantes, pois podem revelar informações para a compreensão do assunto e o cuidado à saúde da gestante no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O conhecimento acerca da prevalência e dos fatores associados ao estresse pode contribuir para o planejamento de políticas e estratégias específicas de promoção da saúde durante a assistência pré-natal. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de estresse percebido e verificar os fatores associados em gestantes assistidas por equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil. Foi realizado um estudo epidemiológico de delineamento transversal e analítico, aninhado a uma coorte de base populacional, cujo cenário foi as unidades de Saúde da Família da zona urbana de Montes Claros. Avaliaram-se características sociodemográficas, obstétricas, condições de saúde física e mental. O nível de estresse foi estimado pela Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*, PSS-14). Para o tratamento estatístico dos dados foram conduzidas análises descritiva e bivariada, seguidas de análise múltipla utilizando-se o modelo de Regressão de *Poisson*, com variância robusta, para identificar os fatores associados ao estresse percebido. Foram estimadas as Razões de Prevalência (RP) bruta e ajustada, com respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). As normas éticas internacionais e brasileiras para pesquisas com seres humanos foram seguidas, sendo o projeto aprovado mediante o Parecer Consubstanciado n°. 2.483.623/2018 e também pela Secretaria Municipal de Saúde. Participaram desta investigação 1.279 gestantes. A prevalência do nível de estresse elevado foi de 23,5% (IC 95%=20,8%-26,2%). O modelo ajustado apontou que o desfecho averiguado foi mais prevalente entre as gestantes com idade acima dos 35 anos (RP=1,38; IC 95%=1,09-1,74) e menor ou igual a 19 anos (RP=1,41; IC 95%=1,13-1,77); sem companheiro (RP=1,33; IC 95%=1,09-1,62); com baixo apoio social (RP=1,42; IC 95%=1,18-1,70); multíparas (RP=1,30; IC95%=1,02-1,66); com gravidez atual não planejada (RP=1,23; IC 95%=1,00-1,52); com infecção urinária (RP=1,35; IC 95%=1,12-1,62); com alto nível de sintomas de ansiedade (RP=1,42; IC 95%=1,18-1,71); com sintomas graves (RP=4,74; IC 95%=3,60-6,26) e moderados (RP=3,19; IC 95%=2,31-4,39) de depressão; e com queixas neurológicas (RP=1,77; IC 95%=1,27-2,47). Este estudo evidenciou expressiva prevalência estresse percebido entre as gestantes assistidas na Atenção Primária à Saúde. Tal desfecho foi

associado aos fatores sociodemográficos, clínicos, obstétricos e às condições emocionais. Constatou-se que o estresse na gestação possui natureza multideterminante, o que demonstra a necessidade de atenção ampliada e integral à saúde da mulher no período gravídico.

Palavras-chave: Gravidez; Gestantes; Estresse Psicológico; Atenção Primária à Saúde; Inquéritos Epidemiológicos.

## ABSTRACT

The gestational period is full of physical, emotional and social changes that may cause stress in women. Its high levels might create a variety of adversal maternal-infant health outcomes. Epidemiological surveys are very relevant, since these can reveal information that help us understand the topic and the health care of the pregnant woman in the sphere of the Primary Health Care. The knowledge around the prevalence and aspects associated with stress might contribute with the planning of specific policies and strategies in order to promote health during prenatal care. This study aims to evaluate the prevalence of stress and check its aspects on pregnant woman assisted by the teams working in Family Health Strategy in the city of Montes Claros, Minas Gerais - Brazil. A cross-sectional and analytical epidemiologic study was carried out, nested in a population based cohort, in which the scenario were the Family Health Units in the urban area of Montes Claros. Sociodemographic, obstetric, physical and mental health conditions were evaluated. The stress level was estimated through the Perceived Stress Scale, PPS-14. For the statistical treatment of data, descriptive and bivariate analysis were conducted, followed by the Poisson Regression model with robust variance to identify the factors associated with perceived stress. Crude and adjusted Prevalence Ratios (PR) were estimated, with respective 95% confidence intervals (CI 95%). International and Brazilian ethical standards for research with human beings were considered, and the project was approved by means of Opinion Embodied No. 2.483.623/2018 and also by the Municipal Health Department. 1,279 pregnant women participated in the investigation. The prevalence of high stress levels was 23,5%; CI 95%=20,8%-26,2%. As determined in the adjusted model, the investigated outcome was more predominant among pregnant women aged over 35 years old (PR=1,38; CI 95%=1,09-1,74) and less than or equal to 19 (PR=1,41; CI 95%=1,13-1,77); pregnant women with no partner (PR =1,41; CI 95%=1,13-1,77); pregnant women with low social support (PR =1,42; CI 95%=1,18-1,70); multiparous pregnant women (PR =1,30; CI 95%=1,02-1,66); women with a current unplanned pregnancy (PR =1,23; CI 95%=1,00-1,52); pregnant women with urinary tract infection (PR =1,35; CI 95%=1,12-1,62); with high levels of anxiety symptoms (PR =1,42; CI 95%=1,18-1,71); with severe (PR =4,74; CI 95%=3,60-6,26) and moderate (PR =3,19; CI 95%=2,31-4,39) depression symptoms; and pregnant women with neurological complaints (PR =1,77; CI 95%=1,27-2,47). This study evidenced a significant prevalence of high perceived stress among pregnant women assisted by Primary Health Care. Such result was associated to sociodemographic, clinic and obstetric aspects and

to emotional conditions. It was found that stress in pregnancy has a multideterminant nature which proves the need for extended and full time care to women's health during pregnancy.

**Keywords:** Pregnancy; Pregnant Women; Stress, Psychological; Primary Health Care; Health Surveys.

## SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	15
1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Estresse.....	17
1.2	Estresse na Gestação.....	17
1.3	Epidemiologia do Estresse na Gestação: prevalência e fatores associados.....	20
1.4	Rastreamento do Estresse.....	25
2	OBJETIVOS.....	27
2.1	Objetivo Geral.....	27
2.2	Objetivos Específicos.....	27
3	METODOLOGIA.....	28
3.1	Apresentação do Estudo.....	28
3.2	Delineamento do Estudo.....	28
3.3	Caracterização do Local do Estudo.....	28
3.4	População e Plano Amostral.....	28
3.5	Procedimentos e Instrumentos .....	29
3.6	Análises de Dados.....	32
3.7	Aspectos Éticos.....	33
4	PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	34
4.1	Artigo 1: Estresse percebido e fatores associados em gestantes: estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional.....	34
4.2	Demais produtos.....	34
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	60
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICES.....	67
	ANEXOS.....	79

## APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma dissertação de mestrado acadêmico, que aborda a temática do estresse percebido e os fatores relacionados em gestantes assistidas nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), da cidade de Montes Claros – Minas Gerais (Brasil).

Desde os tempos de acadêmica do curso de enfermagem, a saúde da mulher como um todo, sempre foi alvo do meu interesse, tendo em vista a capacidade da mulher de se desdobrar em diferentes atribuições e ao mesmo tempo carecer de um cuidado profundo em sua saúde. Após a conclusão da faculdade, tive a oportunidade de ingressar no programa de residência em saúde da mulher do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, e através das atividades voltadas para a saúde da mulher, especialmente para as gestantes, percebi o quanto o período gestacional é delicado, e o quanto saber lidar com a saúde mental da gestante é imprescindível para que a gestação seja vivenciada de forma tranquila e saudável. Enquanto mulher vivenciei três gestações, sendo uma delas, enquanto desenvolvia esse trabalho de mestrado, experimentei algumas das questões expostas e discutidas neste trabalho, o que me fez ter ainda mais o desejo de estudar e contribuir para a qualidade da assistência à gestante, também no aspecto emocional e psicológico.

O Estudo Alge, chegou até mim através de uma grande amiga e professora, Dra Maria Fernanda, com sua dedicação e experiência na área da pesquisa científica, me despertou o interesse de aprofundar meu conhecimento acerca da saúde das gestantes, e mais especificamente, mergulhei no universo da saúde mental, trabalhando o estresse como um fator desencadeador de outras doenças na gestação.

O contato com tantos pesquisadores experientes me trouxe a clara convicção de que o estudo seria ainda, uma possibilidade ímpar de aprimorar minha prática docente, e expandir o conhecimento acerca da temática do estresse, que requer tanto aprofundamento. O estudo ainda implica em uma melhor assistência a gestante, considerando que vários fatores vivenciados por elas interferem diretamente na forma como as mesmas lidam com o estresse,

considerando ainda que o profissional que presta a assistência a mulher deve fazê-la de forma holística, não se atentando meramente a condições clínicas apresentadas.

Esta dissertação está formatada segundo as normas do PPGCS. Sendo assim, foi estruturada nas seguintes seções: Introdução, Objetivos, Métodos, Produtos Científicos – em que é apresentado o manuscrito resultante submetido a um periódico científico. Por fim, constam as Conclusões, Referências, Apêndices e Anexos.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Estresse

O estresse é definido como o resultado de eventos que superam a capacidade de resistência do indivíduo e alteram a homeostase do organismo. Possui duas macroclassificações, o eustresse ou bom estresse, e o distresse que se refere ao seu lado negativo (PEREIRA; ZILLE, 2010). O eustresse representa as repercussões emocionais positivas do estresse, gerando sentimentos como motivação e satisfação, já o distresse é resultado de um desgaste do sistema adaptativo, que embora mobilizando uma série de recursos do organismo, não conseguiu atingir à adaptação (DRAPEAU, MARCHAND, & BEAULIEU-PRÉVOST; 2012). Este processo quando experimentado por tempo prolongado libera hormônios prejudiciais à saúde, que inibem a ação do sistema imunológico, tornando o organismo susceptível a doenças (SOARES; ALVES, 2006).

O termo estresse foi citado primeiramente no século XIV. Entre os séculos XIV e XIX houve uma evolução conceitual, com o entendimento do estresse como uma relação existente entre a exposição a um fator e a capacidade de resistência. A partir do século XIX, foi concebido baseado nos conceitos da física, como a razão entre uma ação e reação provocada por uma força atuante em determinada superfície (SELYE, 1936). A partir do século XX, passou a ser explicado por três diferentes perspectivas, baseado na resposta, no estímulo e na cognição (LAZARUS, FOLKMAN, 1984).

A perspectiva baseada na resposta, predominante entre as décadas de 40 a 70, direcionou para as repercussões dos estressores no funcionamento orgânico. Demonstrou que o organismo apresenta um padrão de respostas diante de situações que altere seu estado de homeostase. A perspectiva baseada no estímulo, surgida em meados da década de 70, passou a analisar como a sobrecarga ambiental e o excesso de estímulos desencadeiam o estresse. O foco da atenção está na singularidade dos fatores estressores. A proposta baseada na cognição, iniciada na década de 80, considera que são desencadeadas respostas ligadas ao estresse, somente quando um evento é percebido pelo indivíduo como um fator de ameaça, de dano ou de desafio (LAZARUS; LAUNIER, 1978; LAZARUS, FOLKMAN, 1984).

A relação entre o estresse, o funcionamento orgânico e a sua repercussão na saúde, foi proposta por Selye (1936). Ele denominou o conjunto de respostas não específicas ao estresse como a Síndrome Geral de Adaptação (SGA) ou mecanismo de resposta adaptativa ao estresse ou auto regulação, dividida em três fases. A primeira fase é denominada alerta, em que ocorre liberação de hormônios na corrente sanguínea, que desencadeiam alterações fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, fazendo com que o indivíduo tenha uma reação de enfrentamento ou fuga. Na segunda fase, chamada de resistência ou adaptação, o indivíduo reúne forças para combater o agente estressor (*coping*) e retornar ao estado homeostático, gerando um aumento da sensação de cansaço. Quando a homeostase não é alcançada, o indivíduo entra na terceira fase denominada exaustão. Nessa fase, os estímulos estressores continuam ativos e há uma sobrecarga fisiológica, levando a um esgotamento e ao enfraquecimento do organismo, tornando-o susceptível a doenças (SELYE, 1936).

Uma nova fase foi acrescentada por Lipp e Guevara (1994) chamada de quase exaustão. Esta fase é intermediária entre a resistência e a exaustão, sendo caracterizada pelo surgimento de patologias que se aproveitam do enfraquecimento e da falta de resistência do organismo para se desenvolverem, como herpes simples, psoríase, aumento dos níveis glicêmicos e da pressão arterial.

O estresse, quando persistente, pode modificar o comportamento social, emocional e espiritual do indivíduo, alterar seu intelecto, gerar sofrimento e tornar a comunicação menos efetiva (SANTOS; et al., 2015). A importância do estudo do estresse e suas adaptações orgânicas físicas e psicológicas, tem despertado o interesse sobre essa temática (FARO, 2015), especialmente no contexto da gestação, tendo em vista que esse período compreende a fase de maior ocorrência de transtornos psíquicos na mulher, sendo necessária uma atenção especial ao binômio mãe e bebê (LUCCI, OTTA, DAVID, & CHELINI, 2016).

## 1.2 Estresse na gestação

O período gestacional é marcado por mudanças físicas, emocionais e sociais das mulheres, que podem impactar significativamente na sua saúde mental. Durante esse ciclo, se faz necessário um processo adaptativo, de redescoberta dos papéis sociais, bem como de organização emocional (RIBEIRO, HONRADO, LEAL; 2004 HUINZINK, *et al*; 2002).

Na gestação ainda acontece intensas alterações hormonais, o que influencia diretamente a resposta dessa gestante ao estresse. Hormônios como estrógeno e progesterona, aumentam durante a gestação influenciando na regulação da resposta ao estresse, que acontece no eixo hipófise-pituitária adrenal (HPA) (BRUNTON; RUSSEL, 2008). Existe ainda um aumento da função tireóidea, podendo simular um quadro de hipotireodismo trazendo palpitações, taquicardia, transpiração excessiva e oscilações de humor, favorecendo uma resposta desfavorável ao estresse (SMALLRIDGE; 2002).

As mudanças observadas no organismo materno durante as situações de estresse incluem um aumento na liberação de hormônios como a noradrenalina e o cortisol. Estes hormônios influenciam no seu estado emocional e alteram a composição química placentária, bem como o ambiente fetal, o que pode prejudicar a saúde da mãe e do bebê (BETTIOL et al., 2010; GLOVER et al., 2010). Observa-se também alterações físicas, como o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, e psicológicas, como medo, ansiedade, insônia, raiva excessiva e diminuição da cognição (YOKOKURA, 2017).

Os altos níveis de estresse podem predispor a riscos à saúde materna como as doenças hipertensivas próprias da gestação (ZHANG et al., 2013) e a desfechos obstétricos desfavoráveis como a ocorrência de abortos espontâneos (GREENBERG, 2002; MULDER et al., 2002), o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascer (MIRABZADEH, 2013). De forma indireta pode estimular os padrões comportamentais inadequados como uso de cigarros, de álcool, de cafeína e de outras substâncias químicas, abandono do pré-natal, além de ser um forte indicativo para depressão pós parto (TARABULSY et al., 2014). Durante a lactação, os altos níveis de cortisol, influenciam na produção da oxitocina e prolactina, comprometendo a produção e ejeção do leite materno (ALMEIDA, 1999).

Quanto às repercussões para o bebê, o estresse pode afetar o seu desenvolvimento intraútero, devido à imaturidade dos sistemas nervoso, cardiovascular, endócrino, dentre outros órgãos principais (HODYL et al., 2007). O efeito do estresse gestacional pode levar à ansiedade infantil (VAN DEN BERGH; MARCOEN, 2004), ao surgimento de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade (RODRIGUEZ; BOHLIN, 2005; VAN DEN BERGH; MARCOEN, 2004) e até mesmo alterações cognitivas (HUIZINK et al., 2002) e de linguagem (LAPLANTE et al., 2004).

Durante a gestação, diversos fatores podem ser responsáveis por desencadear o estresse como a gravidez não planejada, os enjoos frequentes, o medo do ganho excessivo de peso e do

parto. Os fatores sociais e familiares como dificuldades financeiras, violência doméstica, uso de drogas podem ser desencadeadores e, ainda, os fatores clínicos como as complicações obstétricas (SEGATO, 2009; WOODS 2010), que representam uma importante causa de morbidade e mortalidade materna e fetal (CARDWELL, 2013).

### 1.3 Epidemiologia do estresse na gestação: prevalência e fatores associados

A literatura tem evidenciado uma elevada prevalência de estresse durante o período gestacional, atingindo cerca de 93% das gestantes (SEGATO, *et al*; 2009), o que tem sido associado a fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais durante a gestação. O Quadro 1 apresenta um resumo de estudos identificados na literatura entre os anos de 2018 a 2021, referentes a prevalência e os fatores que influenciam o estresse em gestantes.

Quadro 01- Fatores associados ao estresse em gestantes identificados na literatura.

Autores/ Revista (Ano)	Título/ Tipo de estudo	Local do estudo/ Tamanho amostral	Instrumento para avaliação estresse na gestação	Fatores associados
Tang Xian et al. Journal of Affective Disorders (2019)	Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. Estudo de coorte	Chongqing, China  1220 gestantes	Pregnancy Pressure Scale (Zhanghui, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situação de trabalho</li> <li>- Ansiedade pré-natal</li> <li>- Interferência de familiares sobre modalidade do de parto</li> <li>- Suporte social baixo ou moderado</li> <li>- Fumante</li> <li>- Prática de exercícios físicos</li> </ul>
Eichler J. et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2019)	Gestational weight gain, physical activity, sleep problems, substance use, and food intake as proximal risk factors of stress and depressive symptoms during pregnancy. Estudo transversal	Leipzig, Alemanha  463 gestantes	German version of the Patient Health (Gräfe K,2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Período Gestacional</li> <li>- IMC pré-gravídico</li> <li>- Ingestão de lanches</li> <li>- Problemas no sono</li> <li>- Gravidez planejada</li> </ul>

Engidaw NA et al. BMC Research Notes (2019)	Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale zone Hospitals, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. Estudo transversal	Bale, Etiópia  396 gestantes	Perceived Stress Scale (PSS)-10 (Cohen,1994)	- Ter 2-5 gestações anteriores - Idade gestacional menor que 12 semanas
Waqas A et al. BMC research notes (2020)	Psychosocial predictors of antenatal stress in Pakistan: perspectives from a developing country. Estudo transversal	Paquistão  516 gestantes	Perceived Stress Scale (PSS)-14 (Cohen,1983)	- Baixa renda familiar - Gravidez não planejada - Aumento do número de filhos - Menor autonomia na tomada de decisões, problemas conjugais - Assédio - Não ter preferência de gênero - Histórico de intercorrências no parto atendidas por parteiras
Asselmann E et al. Plos One (2020)	Maternal personality, social support, and changes in depressive, anxiety, and stress symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. Estudo de coorte	Dresden, Alemanha 306 gestantes	Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) (Lovinbond S. 1995)	- Níveis de estresse diminuem com o progredir da gravidez - Mulheres mais conscientes - Extrovertidas - Emocionalmente estáveis e com maior suporte social percebido
Thongsomboon W et al. Psychology Research and Behavior	Perceived Stress and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care	Bangkok, Tailândia 403 gestantes	Thai version of the PSS-10 (T-PSS-10) / (Wongpakaran, 2010)	- Estado civil - Trauma físico ou psicológico da família - Conflito conjugal e conflito

Management (2020)	in Urban Thailand. Estudo transversal			familiar
Reza Jafari Nodoushan et al. Coleção Nature Public Health Emergency (2020)	Spiritual Health and Stress in Pregnant Women During the Covid-19 Pandemic. Estudo transversal	Isfahan, Irã  560 gestantes	Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) (Lovinbond S. 1995)	- Escolaridade - Emprego
Ceulemans M et al. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, (2021).	Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic—A multinational cross- sectional study Estudo transversal	Irlanda, Noruega, Suíça, Holanda e Reino Unido  3907 grávidas	Perceived Stress Scale (PSS)-14 (Cohen,1983)	- Presença doença mental crônica - Possuir uma doença crônica somática - Fumar na gravidez - Gravidez não planejada - Maior idade.
Nwafor JI. et al. Medical Journal (2021)	Prevalence and predictors of depression, anxiety, and stress symptoms among pregnant women during COVID-19-related lockdown in Abakaliki, Nigeria Estudo transversal	Abakaliki, Nigéria  456 gestantes	Stress Scale (DASS- 21) (Lovinbond S. 1995)	- Maior paridade ( $\geq 5$ ) -Residência urbana -Estar no terceiro trimestre de gestação
Gokoel AR et al. Reproductive Health (2021)	Influence of perceived stress on prenatal depression in Surinamese women enrolled in the CCREOH study. Estudo de coorte	Caribe 1143 gestantes	Perceived Stress Scale (PSS)-10 (Cohen,1983)	- Mulheres de 16-19 anos afrodescendentes - Renda familiar mais baixa - Mulheres com menor escolaridade - Viver em áreas urbanas
Keramat A et al. BMC Pregnancy and	Factors influencing stress, anxiety, and depression	Irã	Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-	- Idade mais avançada -Maiores escores de angustia sexual -

Childbirth (2021)	among Iranian pregnant women: the role of sexual distress and genital self-image. Estudo transversal	295 gestantes	21)(Lovibond, 1995).	Complicação em gravidez anterior -Idade gestacional - Gravidez planejada
-------------------	---	---------------	----------------------	--

#### 1.4 Rastreamento do estresse

Os diversos efeitos negativos que o estresse pode causar à gestante e ao feto e a sua elevada prevalência denotam a necessidade de sua identificação de forma precoce durante o cuidado pré-natal, com vistas a minimizar os impactos para a gestante, para a família e os serviços de saúde. Para tanto, faz-se necessária, medidas de rastreamento do estresse gestacional, a fim de que sejam instituídas medidas de prevenção, diagnóstico, monitoramento, controle e tratamento, a partir de instrumentos que o mensurem de forma precisa e fidedigna (RIZZINI; SANTOS; SILVA, 2018).

Existe na literatura uma diversidade de instrumentos validados para rastrear o estresse em determinadas populações e em diferentes contextos. (Quadro 2). No entanto, para avaliação do estresse em gestantes notou-se uma escassez de estudos. Foram identificados estudos prévios de validação de dois instrumentos de rastreamento do estresse nesta população: Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE) (LOPES, FAERSTEIN; 2001) e a Escala de Estresse percebido (PSS) (COHEN, KAMARCK E MEMELSTEIN; 1983).

Quadro 2. Estudos de validação de instrumentos desenvolvidos para o rastreamento de estresse em diferentes populações.

<b>Autor/Ano</b>	<b>Instrumento</b>	<b>População</b>
Ferreira, 2015	Escala de Avaliação de Estressores Psicossociais	Trabalhadores
Rainho, 2015	Escala De Stress Profissional (EADS)	Enfermeiros
Dias, 2015	Escala de Estresse Percebido (PSS 14)	Estudantes Universitárias
Lagunas, 2015	Escala de Estresse Percebido (PSS 14)	Puérperas com ou sem pré eclampsia
Faro, 2015	Escala de Estresse Percebido (PSS 14)	População geral
Mozumder, 2017	Escala de Estresse Percebido (PSS 14)	População LGBT
Rizzini, 2017	Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE)	Gestantes
Yokokura, 2017	Escala de Estresse percebido (PSS)	Gestantes

A Escala de Stress Percebido (PSS) destaca-se por ser, atualmente, a mais utilizada para mensurar o estresse cognitivo (COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012). Consiste na avaliação

das situações cotidianas como estressantes, conforme a percepção do indivíduo. A PSS foi criada e validada por Cohen, Kamarck e Memelstein, em 1983 e validada no Brasil por Luft et al (2007) em estudo com idosos.

Os itens da PSS foram desenvolvidos com a intenção de investigar a imprevisibilidade, a sobrecarga e a falta de controle sobre as situações da vida como componentes principais para a avaliação do estresse. A escala avalia a interação do ser humano com o contexto em que ele está inserido e se o produto dessa interação se torna uma ameaça quando comparado às estratégias de enfrentamento (*coping*) (LIPP, 2003).

A PSS 14 possui 14 itens, distribuídos em duas dimensões, sendo sete na dimensão positiva e sete na dimensão negativa (Quadro 2), com opções de resposta em uma escala de *likert* que varia de zero a quatro (0= nunca, 1= quase nunca, 2= as vezes, 3= quase sempre e 4= sempre). Para obtenção do grau de estresse, somam-se as questões, sendo que as de conotação positiva devem ser somadas de forma invertida. A somatória dos itens gera um score de 0 a 56 pontos, e quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse (COHEN, KAMARCK E MEMELSTEIN; 1983).

O estresse na gestação é um construto subjetivo e multidimensional, por isso deve ser rastreado por instrumentos validados para a sua identificação durante o ciclo gravídico. Estudar a presença da ocorrência de estresse em gestante é fundamental diante da evidência das diferentes prevalências desse agravo nos cenários internacional e nacional.

Há que se considerar que o acompanhamento da saúde mental na gravidez é essencial, tendo em vista seu impacto na saúde materno infantil. A presença de transtornos mentais leva a pior qualidade de vida, prejuízo no desenvolvimento cognitivo e físico. Ressalta-se ainda, que são poucos estudos sobre essa temática nessa população, e a região Norte de Minas Gerais. Assim, a investigação nesta região agregará um conhecimento epidemiológico sobre o estresse na gestação, o que poderá subsidiar a implementação de estratégias de prevenção e intervenção e que sejam úteis na promoção e implementação de estratégias para enfrentamento com abordagem integral.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- ❖ Investigar o estresse percebido em gestantes assistidas por equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil.

### 2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Descrever as gestantes assistidas em equipes de saúde da família quanto às características sociodemográficas, obstétricas, condições emocionais, patologias autorreferidas e queixas.
- ❖ Estimar a prevalência de estresse percebido em gestantes assistidas em equipes de saúde da família.
- ❖ Analisar a associação entre o estresse percebido e as características sociodemográficas, obstétricas, condições emocionais, patologias autorreferidas e queixas das gestantes assistidas em equipes de saúde da família.

## 3 METODOLOGIA

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Apresentação do estudo

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

#### 3.2 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, de base populacional, transversal, aninhado à coorte Estudo ALGE e analítico.

#### 3.3 Caracterização do local do estudo

O cenário deste estudo é o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. O município é um polo na região onde está localizado e segundo o recenseamento de 2010 possui uma população de 361.915 e estimada para o ano de 2021 de 417.478 habitantes (IBGE 2019). O número de equipes da Estratégia Saúde da Família e a cobertura populacional têm crescido progressivamente, consubstanciando o modelo de saúde da família como a principal forma de organização da atenção básica local, sendo que, atualmente, possui cobertura de 100% da população.

#### 3.4 População e plano amostral

A população desta pesquisa foi constituída pelas gestantes cadastradas (N=1.661) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), da zona urbana do município de Montes Claros, no ano de 2018. O tamanho da amostra foi estabelecido visando a estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto contemplar diversos desfechos entre as gestantes), intervalo de 95% de confiança (IC 95%), e nível de precisão de 2,0%. Fez-se correção para população finita e se estabeleceu também 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. Para a seleção da amostra foram considerados os polos da ESF do município, que totalizavam 15 no período

desta pesquisa. O número de gestantes amostradas em cada polo foi proporcional à sua representatividade em relação à população total de gestantes cadastradas.

### **3.5 Procedimentos e instrumentos**

Para a realização coleta de dados, inicialmente, foi feito o contato com os gestores da coordenação da APS do município, para sensibilização e explicação sobre o escopo da pesquisa. Após a sua aquiescência, realizou-se uma visita às equipes de saúde da família pelos pesquisadores para explicações acerca da pesquisa. Foi disponibilizado uma lista das gestantes da área de abrangência, com os nomes, telefones e endereços das gestantes pelos profissionais responsáveis pelo pré-natal. Os entrevistadores realizaram o contato telefônico com as mulheres selecionadas para convidá-las e informá-las sobre o estudo. A partir do aceite, foi agendada 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 conforme a sua disponibilidade, por uma equipe multiprofissional formada por profissionais da área da saúde (enfermagem, medicina, nutrição, educação física) e por acadêmicos de iniciação científica. Foram incluídas as gestantes que estavam regularmente cadastradas em uma equipe de saúde da família, em qualquer idade gestacional. Não foram incluídas as mulheres que estavam grávidas de gemelares e as que apresentavam comprometimento cognitivo, informado pelo familiar e/ou pela equipe da ESF, devido à dificuldade que poderiam apresentar para responder ao questionário. Previamente à coleta de dados, foi realizada a capacitação dos entrevistadores, bem como um estudo piloto com gestantes cadastradas em uma equipe de saúde da família, não participantes do estudo, com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa.

Utilizou-se um questionário que contemplava a variável dependente – estresse percebido e as seguintes variáveis independentes: fatores sociodemográficos (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, participação no programa de auxílio bolsa família, funcionamento familiar e apoio social), obstétricos (trimestre gestacional, planejamento da gravidez atual e número de filhos), condições emocionais (sintomas de ansiedade e de depressão), patologias autorreferidas (infecção urinária, diabetes mellitus, anemia ferropriva, hemorragia, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, enxaqueca) e queixas no período gestacional (alterações do sono, queixas cardiovasculares, cutâneas, gastrointestinais,

mamárias, musculoesqueléticas, neurológicas, respiratórias, fraqueza, tontura e desmaio) (APÊNDICE A).

O nível de estresse foi estimado pela Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale, PSS-14*), um instrumento curto e de fácil aplicação, traduzido e validado para a população brasileira, que identifica situações na vida do indivíduo avaliadas como estressantes, estabelecendo níveis de intensidade. As questões são de natureza geral, podendo ser usadas em qualquer subgrupo populacional. É composta por 14 questões sobre a frequência em que determinados sentimentos e pensamentos ocorreram no último mês, com respostas variando de zero (nunca) a quatro (sempre). O escore é obtido, revertendo-se os escores dos itens positivos e somando-se as respostas dos 14 itens, variando de zero a 70 (LUFT et al., 2007). No presente estudo, o ponto de corte foi definido a partir do percentil 75, e em seguida foi dicotomizado em ( $< 28$  e  $\geq 28$ ), tendo ponto de corte definido pelo percentil 75.

As características sociodemográficas: faixa etária, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, participação no programa de auxílio bolsa família, as obstétricas, as patologias autorreferidas, as queixas no período gestacional foram avaliadas por meio de questionário elaborado pelos pesquisadores.

Quanto aos fatores sociodemográficos, a idade materna foi investigada pelo autorrelato em anos e categorizada em faixas etárias: acima de 35 anos, menor ou igual a 19 anos e de 20 a 35 anos. A situação conjugal foi descrita em casada, união consensual (mora junto), solteira, separada/desquitada/divorciada, viúva e depois dicotomizada em presença e ausência de companheiro. A escolaridade foi investigada pelo maior nível de escolaridade informada e depois categorizada em: ensino fundamental, ensino médio, ensino superior/pós-graduação. A renda familiar foi averiguada, considerando o salário mínimo previsto no ano de 2019, em até dois salários mínimo ou mais que dois salários mínimo. Para a avaliação do funcionamento familiar, foi aplicado o instrumento APGAR Familiar. O princípio fundamental do instrumento é a percepção sobre o funcionamento familiar e o seu grau de satisfação, por meio do implemento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrônimo APGAR: A - Adaptação (*Adaptation*); P - Participação (*Participation*); G - Crescimento (*Growth*); A - Afeição (*Affection*); R - Resolução (*Resolution*). É constituído por cinco perguntas, avaliadas por meio da escala de *Likert*, com três possibilidades de respostas (nunca, algumas vezes e sempre) e com pontuação que varia de zero a dois pontos. O somatório poderá ser de zero a dez pontos. Os escores são classificados da seguinte maneira:

de 0 a 4 - elevada disfunção familiar; de 5 a 6 - moderada disfunção familiar e de 7 a 10 - boa funcionalidade familiar. Em seguida, foi dicotomizada em família funcional (7-10) ou família disfuncional (< 6) (SOUSA; FIGUEIREDO; EDRDMAN, 2010; SILVA *et al.*, 2014; DUARTE, 2001).

O apoio social foi investigado por meio da escala *Medical Outcome Studies* (MOS), que mede a percepção do indivíduo sobre o grau de apoio social. O questionário é composto por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. Os itens foram respondidos quanto a frequência do tipo de apoio, utilizando a escala de *Likert*: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Os escores foram obtidos pela somatória dos itens, sendo que quanto mais próximo de 100, melhor o apoio social percebido. Posteriormente, os escores foram categorizados, em alto apoio social (> 66) e baixo nível ( $\leq 66$ ) de apoio social (GRIEP *et al.*, 2005).

Em relação aos fatores obstétricos, o trimestre gestacional foi definido a partir da informação da idade gestacional presente no cartão da gestante e depois classificada em primeiro, segundo e terceiro trimestre. As entrevistadas foram indagadas quanto ao planejamento da gestação, cuja resposta poderia ser sim ou não gestação. Já o número de filhos, foi definido a partir do número de partos e categorizado em nenhum filho, um filho ou dois ou mais filhos.

No que diz respeito às condições emocionais, avaliou-se o nível de ansiedade das gestantes, por meio da versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (FIORAVANTI-BASTOS; CHENIAUX; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2011). Este instrumento mensura tanto a ansiedade estado (como o entrevistado se sente naquele momento) quanto o traço (como vêm se sentindo geralmente). O instrumento contempla 12 afirmações em escala tipo *Likert*, com respostas que variam de 1 a 4. A partir da soma dos itens, obtém-se o escore final, que pode variar de 12 a 48 pontos. Para este estudo, calculou-se a média do escore, que totalizou 28,4. O escore abaixo da média foi classificado como baixo nível de ansiedade, e acima, em alto nível de ansiedade (FIORAVANTI-BASTOS; CHENIAUX; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2011; MEIRELES *et al.*, 2017).

Para a avaliação dos sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for*

*Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D*). (GONÇALVES; FAGULHA, 2004). A CES-D é uma escala autoaplicável composta de 20 itens desenvolvidos para mensurar os sintomas depressivos em populações comunitárias. Os entrevistados respondem cada item mediante os acontecimentos da semana que antecede a aplicação do instrumento, utilizando uma escala de respostas de quatro pontos (0=nunca ou raramente, 2=às vezes, 3=maioria das vezes ou sempre). O escore final varia de 0 a 60 pontos; os itens 4, 8, 12 e 16 são pontuados em ordem decrescente. Os sintomas depressivos foram categorizados como: sem possibilidade de depressão, quando o escore total foi menor que 16, sintomas depressivos moderados, quando maior ou igual a 16 e menor e igual a 21 e sintomas depressivos grave, a partir de 22 (RIBEIRO; 2019).

Em relação às patologias autorreferidas, as gestantes foram indagadas a sobre a ocorrência ou não de infecção urinária, diabetes mellitus, anemia ferropriva, hemorragia, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, enxaqueca durante o período gestacional. presença ou ausência das principais queixas no período gestacional. Quanto às queixas, as mulheres foram questionadas sobre a ocorrência de determinadas queixas durante a gestação, de acordo com as seguintes categorias: queixa de alterações do sono, queixas cardiovasculares, que incluíram edema, epistaxe, hemorroidas, palpitação, sangramento gengival e varizes; queixas cutâneas, que abarcaram cloasmas e estrias; queixas gastro-intestinais, que abrangeram constipação, dor abdominal, eructação, náuseas, pirose, vômito e salivação; queixas mamárias que considerou a mastalgia; queixas músculo-esqueléticas, que envolveram as câimbras e lombalgias; queixas neurológicas, que compreenderam a dor de cabeça e parestesias, queixas respiratórias, que incluíram a falta de ar e obstrução nasal e queixa de fraqueza, tontura e desmaios. Considerou-se a presença de queixa por categoria, quando a gestante informou a ocorrência de pelo menos uma das queixas contempladas em sua respectiva categoria.

### **3.6 Análise de dados**

Os dados coletados foram digitados, organizados e analisados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0 para *Windows®*. Foram processadas análises descritivas por meio da frequência absoluta e relativa de todas as variáveis e medidas de tendência central para os escores da PSS (média, desvio padrão, mínima e máxima) e o histograma. Para averiguar o nível de estresse, foi calculado o percentil 75 e considerado como ponto de corte os níveis < 28 como nível de estresse baixo e > 28

nível de estresse elevado. Em seguida, foram realizadas as análises bivariadas entre a variável desfecho (nível de estresse percebido) e cada variável independente (características sociodemográficas, obstétricas, condições emocionais, patologias autorreferidas e queixas no período gestacional) por meio do teste de qui-quadrado para verificar a associação entre elas. As variáveis que apresentaram nível descritivo (valor-p) de até 20% foram selecionadas para análise múltipla. Para esta análise, foi adotado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Foram estimadas as razões de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de confiança. Para ajuste do modelo, utilizou-se do método backwards (passo atrás), nesta etapa o nível de significância adotado foi de  $p \leq 0,05$ . Para verificar a qualidade do ajuste do modelo empregou-se o teste de *Deviance*.

### **3.7 Aspectos éticos**

O estudo foi conduzido conforme as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (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 A).

Obteve-se a autorização para a realização da pesquisa nas equipes de ESF, através 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 (ANEXO B).

Dados sobre a natureza da pesquisa, o objetivo, a metodologia e os procedimentos, os benefícios, os riscos, os desconfortos e as precauções do estudo foram repassados às participantes, anteriormente à coleta. 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) (ANEXO C). As com idade inferior a 18 anos e o seu responsável assinaram, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (ANEXO D) e o TCLE.

## 4 PRODUTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS GERADOS

4.1 Produto 1: Artigo intitulado **“Estresse percebido e fatores associados em gestantes: estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional”** formatado segundo as normas para publicação do periódico Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil (qualis B1 na área interdisciplinar), submetido.

4.2 Demais produtos:

- Resumos publicados em anais de congressos:

I) Profile for Brazilian students internet use

II) Covid e período perinatal: capacitação para profissionais de saúde

III) Apego materno-fetal: Estudo transversal aninhado a uma coorte

- Palestras

I) Covid e período perinatal: Capacitação para os profissionais de saúde dos municípios sob jurisdição da Secretaria de Estado de Saúde de Montes Claros.

- Projetos de Extensão

I) Saber para nascer: promovendo educação em saúde para gestantes e puérperas assistidas na Atenção Básica (institucionalizado mediante a Resolução nº. 247 – CEPEX/2019).

II) Seminários de Iniciação Científica (institucionalizado mediante a Resolução nº. 059 – CEPEX/2020).

#### 4.1 Artigo

### **Estresse percebido e fatores associados em gestantes: estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional**

Perceived stress and associated factors in pregnant women: a cross-sectional study nested within a population-based cohort

Estresse percebido em gestantes

Bárbara Cerqueira Santos Lopes<sup>1</sup>

Cássio de Almeida Lima<sup>1</sup>

Talyta Sâmara Batista Ferreira<sup>1</sup>

Wesley Miranda Lourenço de Freitas<sup>1</sup>

Talyta Bahia Ferreira<sup>1</sup>

Lucineia de Pinho<sup>1</sup>

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito<sup>1</sup>

Marise Fagundes Silveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil.

**Resumo**

**Objetivo:** estimar a prevalência de estresse percebido e verificar os fatores associados em gestantes assistidas por equipes da Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil.

**Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal e analítico, aninhado a uma coorte de base populacional. Avaliaram-se características sociodemográficas, obstétricas, condições de saúde física e mental. O nível de estresse foi estimado pela Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*, PSS-14). Foram conduzidas análise descritiva e bivariada, seguidas do modelo de Regressão de *Poisson* com variância robusta.

**Resultados:** Participaram 1.279 gestantes. A prevalência do nível de estresse elevado foi de 23,5% (IC 95%=20,8%-26,2%). O desfecho foi mais prevalente entre gestantes com idade acima dos 35 anos (RP=1,38; IC 95%=1,09-1,74) e menor ou igual a 19 (RP=1,41; IC 95%=1,13-1,77); sem companheiro (RP=1,33; IC 95%=1,09-1,62); com baixo apoio social (RP=1,42; IC 95%=1,18-1,70); múltiparas (RP=1,30; IC95%=1,02-1,66); com gravidez atual não planejada (RP=1,23; IC 95%=1,00-1,52); infecção urinária (RP=1,35; IC 95%=1,12-1,62); alto nível de sintomas de ansiedade (RP=1,42; IC 95%=1,18-1,71); sintomas graves (RP=4,74; IC 95%=3,60-6,26) e moderados (RP=3,19; IC 95%=2,31-4,39) de depressão; e queixas neurológicas (RP=1,77; IC 95%=1,27-2,47).

**Conclusão:** Houve expressiva prevalência de elevado estresse percebido entre gestantes, desfecho associado a fatores sociodemográficos, clínicos, obstétricos e condições emocionais, o que demonstra a necessidade de atenção integral à saúde da gestante.

**Palavras-chave:** Gravidez; Gestantes; Estresse psicológico; Atenção primária à saúde; Inquéritos epidemiológicos.

**Abstract**

**Objective:** To estimate the prevalence of perceived stress and verify the associated factors in pregnant women assisted by Family Health teams in Montes Claros, Minas Gerais - Brazil.

**Methods:** Epidemiological, cross-sectional and analytical study, nested in a population-based cohort. Sociodemographic and obstetric characteristics, physical and mental health conditions were assessed. Stress level was estimated by the Perceived Stress Scale (PSS-14). Descriptive and bivariate analysis were conducted, followed by Poisson Regression model with robust variance.

**Results:** A total of 1,279 pregnant women participated. The prevalence of high stress level was 23.5% (95% CI=20.8%-26.2%). The outcome was more prevalent among pregnant women aged above 35 years (PR=1.38; 95% CI=1.09-1.74) and less than or equal to 19 (PR=1.41; 95% CI=1.13-1.77); without a partner (PR=1.33; 95% CI=1.09-1.62); with low social support (PR=1.42; 95% CI=1.18-1.70); multiparous (PR=1.30; 95% CI=1.02-1.66); with current unplanned pregnancy (PR=1.23; 95% CI=1.00-1.52); urinary tract infection (PR=1.35; 95% CI=1.12-1.62); high level of anxiety symptoms (PR=1.42; 95% CI=1.18-1.71); severe (PR=4.74; 95% CI=3.60-6.26) and moderate (PR=3.19; 95% CI=2.31-4.39) symptoms of depression; and neurological complaints (PR=1.77; 95% CI=1.27-2.47).

**Conclusion:** There was a significant prevalence of high perceived stress among pregnant women, an outcome associated with sociodemographic, clinical, obstetric and emotional factors, which demonstrates the need for comprehensive care of pregnant women's health.

**Keywords:** Pregnancy; Pregnant women; Stress, psychological; Primary health care; Health surveys.

## **Introdução**

O estresse se relaciona à capacidade de adaptação e enfrentamento do indivíduo no gerenciamento dos fatores internos e externos tensionais.<sup>1</sup> Quando supera a resistência humana e altera a homeostase do organismo pode causar efeitos deletérios à saúde física e mental. A forma como cada indivíduo percebe o estresse é única e existem diversos fatores que podem desencadeá-lo, minorando sua qualidade de vida e bem-estar social.<sup>2</sup>

O período gestacional é permeado de mudanças físicas, emocionais e sociais próprias dessa fase, que podem levar ao estresse nas mulheres.<sup>3</sup> Seus altos níveis podem gerar uma variedade de desfechos adversos a saúde materno-infantil. Há o aumento do risco de ocorrência de aborto espontâneo, de trabalho de parto prematuro, de baixo peso ao nascer, morbidades neonatais de curto prazo e complicações a longo prazo, de pré-eclampsia<sup>4</sup> e de comorbidades psiquiátricas.<sup>4,5</sup> O estresse também pode contribuir para a adoção de padrões comportamentais de riscos à saúde.<sup>6,7</sup> Na infância, há possibilidade de acarretar anormalidades no desenvolvimento como retardo de crescimento, problemas comportamentais e distúrbios do neurodesenvolvimento.<sup>5</sup>

A prevalência do estresse gestacional é elevada no cenário internacional<sup>8,9</sup> e nacional.<sup>3,10</sup> Os principais fatores de risco de estresse na gestação são: idade gestacional, transtornos mentais, dificuldades financeiras, alcoolismo, uso de tabaco, sedentarismo, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias, violência doméstica, presença de comorbidades, gravidez não planejada e não aceitação da gravidez.<sup>2,9</sup>

A prevalência do estresse na gestação e os seus efeitos nocivos para o binômio mãe e feto, demonstra a importância da detecção precoce desta condição, com vistas a estabelecer ações

de prevenção e controle deste agravo à saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio do cuidado pré-natal pode contribuir para minimizar o impacto dos fatores estressores na saúde e desfechos psicossociais insatisfatórios da gestação.<sup>2,11,12</sup>

As gestantes vivenciam situações sociais e de saúde que as vulnerabilizam e potencializam os efeitos do estresse nesta população. A literatura a respeito do estresse pré-natal no contexto sociocultural do mundo em desenvolvimento é escassa,<sup>13</sup> indicando a necessidade de que pesquisas sejam realizadas nessa área para melhor compreensão a respeito de seus indicadores. Portanto, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de estresse percebido e verificar os fatores associados em gestantes assistidas por equipes da Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil.

## **Métodos**

### **Desenho e população do estudo**

O presente estudo faz parte da pesquisa intitulada “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros – MG: estudo longitudinal”. Trata-se de um estudo epidemiológico, de base populacional, transversal e analítico, aninhado à coorte ALGE. A população deste estudo foi constituída por 1.661 gestantes cadastradas nas equipes da ESF, da zona urbana do município de Montes Claros, no ano de 2018.

O cenário deste estudo foi o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. O município é um polo na região onde está localizado e possui população de 417.478 habitantes. O local é referência em setores de prestação de

serviços, comércio, educação e saúde. Os serviços da ESF têm cobertura, atualmente, de 100% da população.

### **Amostragem**

O tamanho da amostra foi estabelecido visando a estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto original contemplar diversos eventos), intervalo de 95% de confiança e nível de precisão de 2,0%. Fez-se correção para população finita (N=1.661 gestantes) e se estabeleceu também 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, distribuídas entre os 15 polos da ESF do município. O número de gestantes definido para a amostra de cada polo foi proporcional à sua representatividade em relação à população total de gestantes cadastradas. Todas as gestantes cadastradas nos polos foram convidadas a participarem do estudo.

### **Procedimentos de coleta de dados**

Inicialmente, fez-se contato com os gestores da coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) do município, para sensibilização e explicação sobre o propósito da pesquisa. Após a sua anuência, as equipes de saúde da família também foram visitadas pelos pesquisadores para esclarecimentos sobre o estudo. Equipe de entrevistadores realizou contato telefônico inicial com as mulheres usuárias da ESF, quando houve uma abordagem com o convite e a sensibilização sobre o estudo, para que em seguida fosse agendada e efetuada a coleta de dados.

A coleta aconteceu entre outubro de 2018 a novembro de 2019, nas unidades de saúde da ESF ou nos domicílios das participantes conforme a disponibilidade das mesmas. Uma equipe multiprofissional formada por profissionais da área da saúde e por acadêmicos de iniciação científica foi responsável pelas entrevistas, que ocorreram face-a-face em local e horário previamente definidos com a gestante.

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

Previamente à coleta de dados, foi realizada uma capacitação dos entrevistadores, bem como um estudo piloto com gestantes cadastradas em uma unidade da ESF (que não foram incluídas nas análises do estudo), com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado que contemplou características sociodemográficas, obstétricas, condições de saúde física e mental, além de queixas no período gestacional.

### **Variáveis do estudo**

No presente estudo foram analisadas as seguintes características sociodemográficas das gestantes: faixa etária (até 19 anos, 20 a 35 anos, acima de 35 anos), situação conjugal (vive sem ou com companheiro), escolaridade (ensino fundamental, médio e superior), renda familiar (até dois salários mínimo ou mais que dois salários mínimo), recebe auxílio do programa bolsa família (não ou sim), funcionamento familiar (família disfuncional ou

funcional) e apoio social (alto apoio social ou baixo apoio social). O funcionamento familiar foi avaliado por meio da escala APGAR Familiar<sup>14</sup> e o apoio social foi investigado por intermédio da Escala de Apoio Social do *Medical Outcome Study* (MOS).<sup>15</sup>

Para examinar a percepção da gestante sobre a função familiar, aplicou-se o instrumento nomeado APGAR Familiar, o qual sinaliza o cumprimento de parâmetros básicos definidos pelo acrônimo APGAR: A – Adaptação (*Adaptation*); P – Participação (*Participation*); G – Crescimento (*Growth*); A – Afeição (*Affection*); R – Resolução (*Resolution*). O questionário apresenta cinco perguntas com três possibilidades de respostas, cada uma, e pontuação que varia de zero a dois pontos - sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0). Desse modo, se dá o somatório de zero a dez pontos, que, quanto mais elevado, aponta melhor satisfação do participante. Procedeu-se à categorização em “família funcional” (pontuação de 7-10) e “família disfuncional” (<6).<sup>14</sup>

A presença de apoio social foi mensurada mediante a versão brasileira da Escala de Apoio Social, composta por 19 questões que compreendem cinco dimensões: material, afetiva, emocional, interação social positiva e informação. Para cada item, o participante indica com que frequência considera cada tipo de apoio, por meio de uma escala tipo *likert*: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Quanto mais próximo de 100 for o escore final, melhor o apoio social percebido. O escore geral da escala foi calculado pela soma total dos 19 itens e se considerou como alto apoio social o resultado acima de 66, que corresponde ao segundo tercil.<sup>15</sup>

As características obstétricas investigadas foram: trimestre gestacional (1º, 2º e 3º trimestre), planejamento da gravidez atual (sim ou não) e paridade (nulípara, primípara ou multípara).

Foram avaliadas as seguintes condições de saúde autorrelatadas durante a gestação: infecção urinária, diabetes gestacional, anemia, hemorragia, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e enxaqueca. Investigou-se também a presença das principais queixas no período gestacional: queixa de alterações do sono; queixas cardiovasculares, que incluíram edema, epistaxe, hemorroidas, palpitação, sangramento gengival e varizes; queixas cutâneas, que incluíram cloasmas e estrias; queixas gastrointestinais, que abrangeram constipação, dor abdominal, eructação, náuseas, pirose, vômito e salivação; queixas mamárias (mastalgia); queixas musculoesqueléticas (câimbras e lombalgias); queixas neurológicas (dor de cabeça e parestesias); queixas respiratórias (falta de ar e obstrução nasal); fraqueza, tontura e desmaios.

As condições de saúde mental investigadas foram: sintomas de ansiedade (baixo ou alto nível), sintomas de depressão (sem sintomas, sintomas moderados ou sintomas graves) e nível de estresse. Para análise do nível de ansiedade foi utilizada a versão curta do *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) - “Inventário de Ansiedade Traço-Estado” (IDATE) em português<sup>16</sup>; e para a avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CES-D).<sup>17</sup>

O IDATE fornece uma medida confiável para dois componentes da ansiedade: estado e traço. No IDATE-estado a pessoa descreve como se sente “agora, neste momento” em relação aos seis itens apresentados em uma escala *likert* de quatro pontos: 1= absolutamente não; 2= um pouco; 3= bastante; 4= muitíssimo. No IDATE-traço o participante responde como “geralmente se sente” para os seis itens restantes, que são dispostos de acordo com uma nova escala *likert* de quatro pontos: 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= frequentemente; 4= quase sempre. As pontuações das perguntas positivas são invertidas, ou seja, as de número 1, 3 e 5

no IDATE-estado e 1, 3 e 6 no IDATE-traço. Os escores são obtidos pela soma das respostas, sendo 6 a pontuação mínima e 24 a máxima, tanto para estado quanto para traço.<sup>16</sup> Por não existir um ponto de corte para a forma reduzida, e pelo fato da média e mediana do IDATE-traço, no presente estudo, terem valores aproximados, essa variável foi dicotomizada, pela mediana por ser um número inteiro. Aquelas gestantes com valor abaixo foram classificadas em “baixo nível de ansiedade” e acima “alto nível de ansiedade”.

A Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos dos EUA (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D*), também validada no Brasil, foi usada para o rastreio de sintomas depressivos na amostra de gestantes avaliadas. A CES-D é composta por 20 itens, dos quais quatro são positivos, em que a entrevistada relata a frequência da ocorrência dos sintomas na última semana. Cada resposta pode envolver quatro graus crescentes de intensidade em uma escala de likert – nunca ou raramente, às vezes, com frequência e sempre - com pontuações correspondentes a 0, 1, 2 e 3. O escore dos quatro itens positivos é invertido e somado ao escore dos demais, o que perfaz um resultado final que varia de zero a 60 pontos. Procedeu-se à categorização em: sintomas depressivos ausentes/leves (escore < 16), moderados (escore  $\geq 16$  ou  $\leq 21$ ) e sintomas graves (escore  $\geq 22$ ).<sup>17</sup>

O nível de estresse foi averiguado pela Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale, PSS-14*)<sup>18</sup> traduzida e validada para a população brasileira, que identifica situações na vida do indivíduo avaliadas como estressantes, estabelecendo níveis de intensidade. Essa escala é composta por 14 itens que avalia a frequência em que determinados sentimentos e pensamentos ocorreram no último mês, com respostas variando de zero (nunca) a quatro (sempre). O escore da escala PSS-14 é obtido revertendo-se os escores dos itens positivos e

somando-se as respostas dos 14 itens, com o escore total variando de zero (sem sintomas de estresse) a 56 (sintomas de estresse extremo).<sup>18</sup>

### **Análise de dados**

Os dados coletados foram digitados, organizados e analisados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0 para *Windows*®. Foram realizadas análises descritivas por meio da frequência absoluta e relativa de todas as variáveis categóricas, bem como medidas descritivas (média, desvio padrão, mínima e máxima) dos escores da escala PSS-14 e construção de histograma. Para classificar as gestantes quanto ao nível de estresse, os escores da escala PSS-14 foi dicotomizado em  $<28$  e  $\geq 28$ , tendo o ponto de corte definido pelo percentil 75. As gestantes com escores  $< 28$  foram classificadas com baixo nível de estresse e aquelas com escores  $\geq 28$  com nível de estresse elevado.

A associação entre a variável desfecho (nível de estresse) e as variáveis independentes (características sociodemográficas e obstétricas, condições de saúde física e mental) foi avaliada por meio do teste Qui-quadrado. As variáveis que apresentaram nível descritivo (valor-p) de até 0,20 foram selecionadas para análise múltipla. Na análise múltipla foi adotado o modelo de regressão de *Poisson*, com variância robusta. Foram estimadas as razões de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de 95% confiança (IC 95%). Para ajuste do modelo utilizou-se do método *backward* (passo atrás), nesta etapa o nível de significância adotado foi de  $p \leq 0,05$ . Para verificar a qualidade do ajuste do modelo empregou-se o teste de *Deviance*.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros por meio dos pareceres consubstanciados nº. 2.483.623/2018 e 3.724.531/2019. Obteve-se a autorização para a realização da pesquisa nas equipes de ESF, através 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. As participantes com idade a partir de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); as com idade inferior a 18 anos e o seu responsável assinaram, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o TCLE.

## **Resultados**

Participaram do estudo 1.279 gestantes, sendo que a maioria (40,3%) estava no segundo trimestre gestacional, com faixa etária de 20 a 35 anos (70,9%), vivia com companheiro (77,2%) e tinha ensino médio completo (63,6%). As demais características sociodemográficas, obstétricas, condições de saúde e queixas no período gestacional estão descritas na Tabela 1. A prevalência do nível de estresse elevado foi estimada em 23,5% com IC 95%: 20,8%-26,2%. A média geral dos escores da Escala PSS-14 na amostra foi de 24,0, variando de um a 56 e com desvio-padrão de 8,6 (Figura 1).

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados da análise bivariada entre o nível de estresse e as variáveis independentes avaliadas. As variáveis que apresentaram evidência estatística de associação com o desfecho, ao nível de 0,20, foram: faixa etária, escolaridade, situação conjugal, receber auxílio do programa bolsa família, funcionamento familiar, apoio social, planejamento da gravidez atual, paridade, infecção urinária, anemia, enxaqueca, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, alterações do sono, queixas cardiovasculares, genitourinárias, neurológicas, respiratórias, fraqueza, tontura e desmaio.

Os resultados da análise múltipla estão apresentados na Tabela 3. O teste *Deviance* indicou que o modelo apresentou qualidade de ajuste adequada (valor-p=0,840). O nível de estresse elevado foi mais prevalente entre gestantes com idade acima dos 35 anos (RP=1,38; IC 95%=1,09-1,74) e menor ou igual a 19 (RP=1,41; IC 95%=1,13-1,77); sem companheiro (RP=1,33; IC 95%=1,09-1,62); com baixo apoio social (RP=1,42; IC 95%=1,18-1,70); múltiparas (RP=1,30; IC95%=1,02-1,66); com gravidez atual não planejada (RP=1,23; IC 95%=1,00-1,52); infecção urinária (RP=1,35; IC 95%=1,12-1,62); alto nível de sintomas de ansiedade (RP=1,42; IC 95%=1,18-1,71); sintomas graves (RP=4,74; IC 95%=3,60-6,26) e moderados (RP=3,19; IC 95%=2,31-4,39) de depressão; e queixas neurológicas (RP=1,77; IC 95%=1,27-2,47).

## **Discussão**

Este estudo evidenciou que aproximadamente um quarto das gestantes analisadas apresentou alto nível de estresse, desfecho que esteve associado a fatores sociodemográficos (faixa etária, situação conjugal, apoio social, número de filhos), obstétricos (gravidez planejada), problemas de saúde durante a gestação (infecção urinária, sintomas de ansiedade e sintomas de depressão) e queixas no período gestacional (neurológicas).

No cenário internacional observou-se que na Alemanha a prevalência do estresse foi de 95% das gestantes pesquisadas<sup>8</sup>, na China de 91,86%<sup>9</sup>, na Tailândia de 23,6%,<sup>19</sup> e na Etiópia de 11,6%.<sup>20</sup> No Brasil, a prevalência de estresse em gestantes catarinenses foi de 93%<sup>10</sup> e de 78% paulistas.<sup>3</sup> Há que se ponderar que as diferenças de prevalências dos níveis de estresse nas populações podem ser relacionadas a critérios diversos metodológicos utilizados no rastreamento desta condição e também às especificidades étnicas, demográficas, sociais, econômicas e culturais.

Quanto aos fatores associados ao alto nível de estresse, a idade esteve associada positivamente a ocorrência deste desfecho. O alto nível de estresse foi mais prevalente entre as gestantes com a idade menor e igual a 19 anos e acima de 35 anos. Estudo realizado no Irã, verificou escores mais altos de estresse em mulheres com idade mais avançadas<sup>21</sup>. Uma possível explicação para associação do estresse elevado entre gestantes mais jovens, decorre dos desafios enfrentados na gravidez durante a adolescência: maior número de intercorrências, gestação não planejada e baixa auto-estima.<sup>22</sup> A gravidez a partir de 35 anos é considerada como uma gestação de alto risco, o que faz com que as mulheres vivenciem esse período com preocupações, medo e estresse.<sup>23</sup>

A maior prevalência de altos níveis de estresse foi verificado entre gestantes que viviam sem companheiro. Estudo realizado com gestantes tailandesas verificou que os sintomas de estresse foram significativamente associados ao divórcio e a separação do cônjuge.<sup>19</sup> Pesquisa realizada na Nigéria também observou que o estado civil foi associado ao estresse na gestação entre adolescente.<sup>24</sup> Uma possível explicação está relacionada a estigmatização e sentimentos negativos que a mulher vivencia em função dos valores culturais nesta condição.<sup>24</sup>

O baixo apoio social às gestantes foi associado à presença de altos níveis de estresse. Estudo realizado com gestantes chinesas observou que mulheres com níveis baixos ou moderados de suporte social eram mais propensas a sofrer estresse pré-natal do que aquelas com suporte social de alto nível<sup>9</sup>. Pesquisa realizada no interior de São Paulo com gestantes de alto risco observou uma correlação moderada e inversa entre as variáveis estresse e suporte social.<sup>25</sup> O apoio social é um processo dinâmico e consiste em todo suporte provido pela família e amigos no sentido de fazer com que a gestante se sinta apoiada, cuidada e amparada em suas

necessidades. A fase da gestação é marcada por transformações nos estados físico, emocional, social e econômico e a presença de apoio social pode contribuir para proporcionar um conforto necessário para o bem estar da gestante.<sup>26</sup>

Verificou-se maior prevalência de estresse em alto nível em mulheres primíparas ou múltiparas. Investigação realizada com gestantes no Paquistão evidenciou que o aumento do número de filhos esteve associado a uma maior pontuação na Escala de Estresse Percebido (PSS).<sup>13</sup> Após a vivência de gestações anteriores as mulheres experimentam a gravidez com menor entusiasmo, ficam mais preocupadas com problemas relacionados a dinâmica familiar, a criação de filhos e as repercussões financeiras.<sup>13</sup>

O alto nível de estresse foi associado estatisticamente à ausência de planejamento da gestação. Resultado semelhante foi verificado em estudo anterior.<sup>13</sup> Menores escores de estresse foram observados em gestantes iranianas com gravidez planejada.<sup>21</sup> A gravidez não planejada pode deixar a mulher com preocupações excessiva e descontente, advindos de conflitos com outras pessoas, anseio com os cuidados de saúde requeridos nesta fase e os gastos financeiros e falta de apoio social.<sup>13,21</sup>

A ocorrência de ITU nas gestantes pesquisadas esteve associada com os altos níveis de estresse. A ITU pode afetar as condições físicas e gerar desconforto à gestante como disúria, aumento da frequência e urgência em urinar, dor no baixo ventre, calafrios e dor lombar.<sup>27</sup> Associa-se a isso o fato de que a mulher ao obter o conhecimento de ITU constitui um dos principais fatores associados ao abortamento, ao parto prematuro pode gerar preocupação e estresse.<sup>27</sup>

O nível elevado de estresse foi associado à ansiedade, como também verificado em estudo prévio.<sup>9</sup> Essa associação também foi identificada em pesquisa realizada com gestantes de alto risco.<sup>25</sup> Há que considerar que alterações gestacionais, as preocupações com a renda e com questões relacionadas à gravidez podem causar maior estresse e alterações emocionais, que levam a sintomas de ansiedade pré-natal, o que, por sua vez, levará à ocorrência de estresse pré-natal.<sup>9</sup>

A prevalência de níveis elevados de estresse em gestantes também foi observada entre as gestantes com sintomas graves e moderados de depressão quando comparados com as que não apresentavam sintomas depressivos. Investigação realizada com gestantes de alto risco também mostrou associação semelhante. A presença de eventos estressantes na gestação pode estar associada a manifestação de sintomas depressivos.<sup>25</sup>

A presença de queixas neurológicas (cefaleias e parestesia) no período gestacional associou-se positivamente com a ocorrência de altos níveis de estresse. A enxaqueca é um fator de risco para complicações na gravidez, principalmente eventos vasculares. O diagnóstico precoce da doença é importante para a vida da mãe e do feto. As opções de medicamentos preventivos são limitadas e pode ser melhor considerar as intervenções mais seguras, que são mudanças no estilo de vida e tratamento comportamental para controle do estresse.<sup>28</sup>

O conhecimento e a conscientização dos fatores que influenciam a ocorrência do estresse gestacional é essencial para o planejamento e implementação de medidas de prevenção, identificação, monitoramento e controle desta condição durante a assistência pré-natal, devido às características peculiares desse período e tendo como base características regionais e culturais que a mulher está inserida.<sup>21</sup>

O rastreamento do estresse percebido deve ser aplicado na rotina do pré-natal considerando os fatores associados para as gestantes. Recomenda-se que as gestantes que apresentarem um nível elevado de estresse, sejam direcionadas para um acompanhamento psicológico recorrente, para que sejam levantados os possíveis fatores que estão desencadeando o estresse. É importante ainda que, quando possível, paciente, família e equipe assistencial, busquem meios de amenizar essas situações, quando não for possível solucioná-las.

Há que se considerar como limitação do estudo o uso do autorrelato, que pode ser influenciado pelo viés de memória. Os instrumentos validados foram utilizados para minimizar essa situação. Os resultados obtidos são válidos somente para a população de gestantes assistidas nas unidades da ESF de Montes Claros, então extrapolações para outras populações não são possíveis. Contudo, os achados deste trabalho possibilitam uma discussão sobre o tema ainda muito incipiente no cenário nacional. Além disso, trata-se de um inquérito de base populacional, com um tamanho amostral expressivo, o que fortaleceu as associações encontradas.

## **Conclusão**

Este estudo verificou que a ocorrência de estresse foi identificada em uma parte representativa das gestantes da cidade de Montes Claros. Gestantes com idade acima dos 35 anos e menor ou igual a 19 anos, sem companheiro, com baixo apoio social, primíparas e multíparas, cuja gravidez atual não foi planejada, com infecção urinária, com alto nível de sintomas de ansiedade, com sintomas graves e moderados de depressão e com queixas neurológicas apresentaram maiores prevalências de alto nível de estresse.

## Referências

1. Sadir MA, Bignotto MM, & Lipp MEN. Stress and quality of life: the influence of some personal variables. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2010; 20(45): 73-81.
2. Brito A, Faro A. (2016). Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em Pesquisa*. 2016; 10(1): 64-75.
3. Rodrigues OMPR, Schiavo R. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2011; 33(9): 252- 257.
4. Traylor CS, Johnson JD, Kimmel MC, Manuck TA. Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Nov;2(4):100229.
5. Mahenge B, Stöckl H, Likindikoki S, Kaaya S, Mbwambo J. The prevalence of mental health morbidity and its associated factors among women attending a prenatal clinic in Tanzania. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;130:261–5.
6. Saur AM, Dos Santos MA. Risk factors associated with stress symptoms during pregnancy and postpartum: integrative literature review. *Women Health*. 2021; 61(7):651-667.
7. Pakzad M, Dolatian M, Jahangiri Y, Nasiri M, Dargah FA. The Correlation between Islamic Lifestyle and Pregnancy-Specific Stress: A Cross-Sectional, Correlational Study. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018; 6(6):1163-1167. Published 2018 Jun 16. doi:10.3889/oamjms.2018.104
8. Eichler J et al. Gestational weight gain, physical activity, sleep problems, substance use, and food intake as proximal risk factors of stress and depressive symptoms during pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*.2019; 19 (01):1-14.
9. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord*. 2019;253:292-302. doi: 10.1016/j.jad.2019.05.003. Epub 2019 May 2. PMID: 31077972.
10. Segato L, Andrade A, Vasconcelos DIC, Matias TS, Rolim MKSR. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *R. Educação Física*.2009;20(1):121-129.
11. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil. *Saúde Debate*. 2018;42(especial2):111-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S>
12. Gomes FC da S, Aragão FBA, Serra LLL, Chein MBC, Santos JPF dos, Santos LMR dos, Reis AD, Lopes FF. Relação entre o estresse e a autoestima de gestantes durante o pré-natal. *Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]*. 27 de abril de 2020 [citado 13 de abril de 2022];53(1):27-34. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/163128>
13. Waqas A et al. Psychosocial predictors of antenatal stress in Pakistan: perspectives from a developing country. *BMC research notes*. 2020; 13(1):1-6.
14. Silva MJ, et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2014; 18 (3): 527-532.
15. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, 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*. 2005; 21(3): 703-714.

16. Fioravanti-Bastos ACM, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian state-trait anxiety inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011; 24: 485-494.
17. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*. 1977; 1(3): 385-401.
18. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saude Publica* 2007; 41(4):606-615.
19. Thongsomboon W, Kaewkiattikun K, Kerdcharoen N. Perceived Stress and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Urban Thailand. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;13:1115-1122. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S290196>
20. Engidaw N, Mekonnen AG, Amogne FK. Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale zone Hospitals, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC research notes*. 2019;12 (01):1-6.
21. Keramat A et al. Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women: the role of sexual distress and genital self-image. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021; 21, (01):1-12.
22. Correia DS, Santos LVA, Calheiros AMN, Vieira MJ. Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):40-7.
23. Vieira VCL, Barreto MS, Marquete VF, Souza RR, Fischer MMJB, Marcon SS. Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares. *Rev Rene*. 2019; 20: e40207.
24. Olajubu, AO et al. Stress and resilience among pregnant teenagers in Ile-Ife, Nigeria. *European Journal of Midwifery*. 2021;5.
25. Soncini NCV, Oliveira CM, Viviani JC, Gorayeb R. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2019;20(1):122-136 DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200110>
26. Maranhão TA, Gomes KROS, José MN. Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014; 30 (5): 998-1008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00024313>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00024313>.
27. Pagnonceli J, Colacite J. Infecção urinária em gestantes: revisão de literatura. *Revista uningá review*. 2016; 26 (2). ISSN 2178-2571. Disponível em: <http://34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/1797>>. Acesso em: 30 nov. 2021.
28. Negro A, Delaruelle Z, Ivanova TA, Khan S, Ornello R, Raffaelli B, Mitsikostas DD. Headache and pregnancy: a systematic review. *The journal of headache and pain*. 2017;18(1): 1-20.

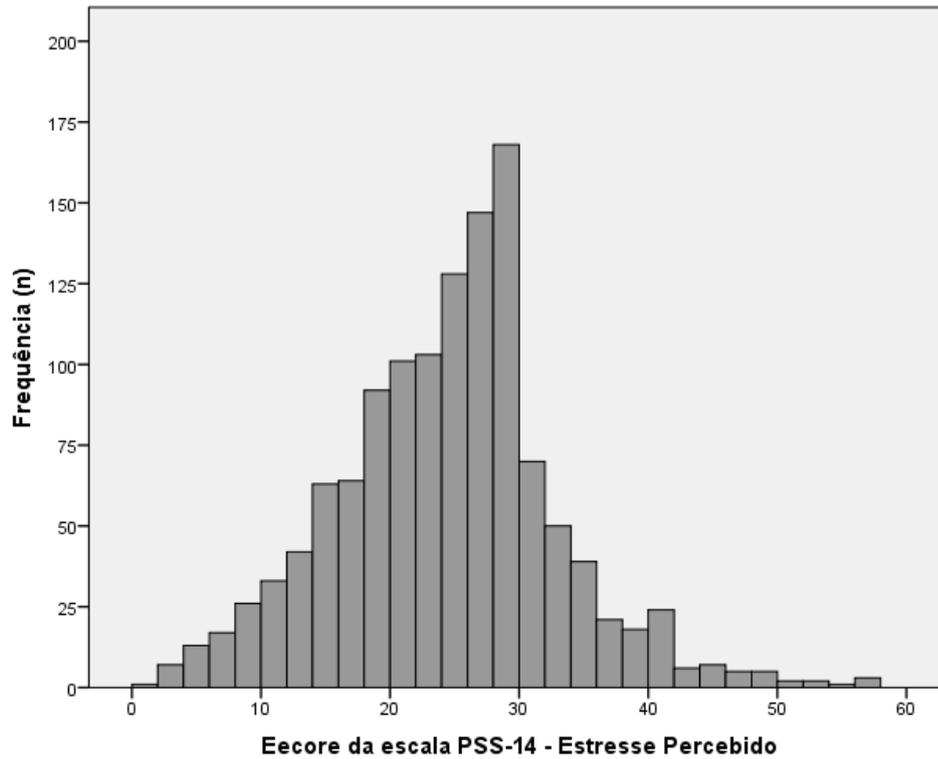
**Tabela 1.** Características sociodemográficas, obstétricas e condições de saúde das gestantes assistidas nas unidades básicas de saúde de Montes Claros, MG, Brasil, 2018/2019 (n=1279).

Variáveis	n*	%
<i>Características sociodemográficas</i>		
Faixa etária		
Até 19 anos	194	16,1
20-35 anos	873	72,4
Acima de 36 anos	138	11,5
Situação Conjugal		
Sem companheiro	297	23,3
Com companheiro	979	76,7
Escolaridade		
Superior	254	19,9
Ensino fundamental	194	15,2
Ensino médio	829	64,9
Renda familiar		
Acima de 2 S.M	431	35,2
1 a 2 S.M	479	39,1
Abaixo de 1 S.M	316	25,7
Recebe auxílio Bolsa Família		
Sim	268	21,0
Não	1009	79,0
Funcionamento familiar		
Família disfuncional	211	16,6
Família funcional	1062	83,4
Apoio Social		
Baixo apoio social	237	18,8
Alto apoio social	1024	81,2
<i>Características Obstétricas</i>		
Trimestre gestacional		
Terceiro trimestre	422	33,0
Segundo trimestre	515	40,3
Primeiro trimestre	341	26,7
Planejamento da gravidez atual		
Sim	503	40,0
Não	754	60,0
Paridade		
Nulípara	607	48,6
Primípara	392	31,4
Multípara	249	20,0
<i>Condições de saúde no período gestacional</i>		
Infecção urinária		
Sim	254	20,0
Não	1017	80,0
Diabetes gestacional		
Sim	69	5,4
Não	1204	94,6
Anemia		

Sim	147	11,6
Não	1125	88,4
Hemorragia		
Sim	40	3,1
Não	1233	96,9
DHEG		
Sim	49	3,8
Não	1225	96,2
Enxaqueca		
Sim	166	13,1
Não	1100	86,9
Nível de Estresse		
Alto nível de estresse	304	24,2
Baixo nível de estresse	954	75,8
Sintomas de ansiedade		
Alto nível de ansiedade	547	45,4
Baixo nível de ansiedade	657	54,6
Depressão		
Sintomas depressivos graves	314	25,3
Sintomas depressivos moderados	201	16,2
Sem sintomas depressivos	728	58,6
<i>Principais queixas no período gestacional</i>		
Alterações do sono		
Sim	917	71,6
Não	362	28,4
Cardiovasculares		
Sim	839	65,6
Não	440	34,4
Cutâneas		
Sim	602	47,1
Não	677	52,9
Gastrintestinais		
Sim	1225	95,8
Não	54	4,2
Genitourinárias		
Sim	190	20,3
Não	747	79,7
Mamárias		
Sim	715	56,2
Não	558	43,8
Musculoesqueléticas		
Sim	1001	78,3
Não	278	21,7
Neurológicas		
Sim	179	19,1
Não	758	80,9
Respiratórias		
Sim	345	36,8
Não	592	63,2
Fraqueza/Tontura/Desmaio		
Sim	256	27,3
Não	681	72,7

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

**Figura 1.** Escores da escala de Estresse Percebido (PSS-14) em gestantes assistidas nas unidades básicas de saúde, Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2019 (n=1.279).



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

Variáveis	Nível de Estresse		Valor p*
	Baixo n(%)	Alto n(%)	
<i>Características sociodemográficas</i>			
Faixa etária			< 0,001
Até 19 anos	128 (67,0)	63 (33,0)	
20-35 anos	681 (79,1)	180 (20,9)	
Acima de 36 anos	91 (66,9)	45 (33,1)	
Renda			0,253
Acima de 2 S.M	346 (81,6)	78 (18,4)	
1 a 2 S.M	355 (75,5)	115 (24,5)	
Abaixo de 1S.M	214 (68,4)	99 (31,6)	
Escolaridade			0,001
Superior/ Pós-graduação	201 (80,4)	49 (19,6)	
Ensino fundamental	124 (66,0)	64 (34,0)	
Ensino médio	628 (76,8)	190 (23,2)	
Situação Conjugal			< 0,001
Sem companheiro	195 (66,8)	97(33,2)	
Com companheiro	758 (78,7)	205 (21,3)	
Recebe auxílio Bolsa Família			0,015
Sim	183 (70,4)	77 (29,6)	
Não	769 (77,2)	227 (22,8)	
Funcionamento familiar			< 0,001
Família disfuncional	112 (55,4)	90 (44,6)	
Família funcional	837 (79,6)	214 (20,4)	
Apoio Social			< 0,001
Baixo apoio social	125 (53,0)	111(47,0)	
Alto apoio social	947 (75,8)	302 (24,2)	
<i>Características Obstétricas</i>			
Trimestre gestacional			
Terceiro trimestre	325 (77,6)	94 (22,4)	
Segundo trimestre	382 (75,6)	123 (24,4)	0,498
Primeiro trimestre	246 (73,9)	87 (26,1)	
Planejamento da gravidez atual			< 0,001
Sim	417 (83,2)	84 (16,8)	
Não	525 (71,1)	213 (28,9)	
Paridade			0,002
Nulípara	470 (78,6)	128 (21,4)	
Primípara	298 (77,2)	88 (22,4)	
Multípara	166 (67,2)	81 (32,8)	
<i>Condições de saúde no período gestacional</i>			
Infecção Urinária			0,001
Sim	170 (67,7)	81 (32,3)	
Não	779 (77,8)	222 (22,2)	
Diabetes gestacional			0,084
Sim	47 (68,1)	22 (31,9)	
Não	904 (76,3)	281 (23,7)	
Anemia			0,012
Sim	99 (67,8)	47 (32,2)	

Não	851 (76,9)	255 (23,1)	
Hemorragia			0,079
Sim	26 (65,0)	14 (35,0)	
Não	925 (76,2)	289 (23,8)	
DHEG			0,279
Sim	35 (71,4)	14 (28,6)	
Não	917 (76,0)	289(24,0)	
Enxaqueca			
Sim	110 (67,9)	52 (32,1)	0,010
Não	835 (76,9)	251 (23,1)	
Sintomas de Ansiedade			
Baixo nível de ansiedade	529 (80,8)	126 (19,2)	< 0,001
Alto nível de ansiedade	371 (68,7)	169 (31,3)	
Sintomas de Depressão			
Sintomas depressivos graves	138 (44,2)	174 (55,8)	
Sintomas depressivos moderados	139 (69,8)	60 (30,2)	< 0,001
Sem sintomas depressivos	660 (91,3)	63 (8,7)	
<i>Principais queixas no período gestacional</i>			
Alterações do sono			< 0,001
Sim	655 (62,7)	246 (27,3)	
Não	298 (83,9)	57 (16,1)	
Cardiovasculares			
Sim	501 (74,3)	173 (25,7)	0,001
Não	348 (81,1)	81 (18,9)	
Cutâneas			
Sim	432 (73,2)	158 (26,8)	0,025
Não	522 (78,1)	146 (21,9)	
Gastrintestinais			
Sim	910 (75,5)	295 (24,5)	0,138
Não	44 (83,0)	9 (17,0)	
Genitourinárias			
Sim	719 (73,1)	264 (26,9)	<0,001
Não	235 (85,5)	40 (14,5)	
Mamarias			
Sim	527 (74,8)	178 (25,2)	0,300
Não	425 (77,3)	125 (22,7)	
Musculoesqueléticas			
Sim	744 (75,4)	243 (24,6)	0,263
Não	210 (77,5)	61 (22,5)	
Neurológicas			
Sim	733 (73,2)	269 (26,8)	< 0,001
Não	221 (86,3)	35 (13,7)	
Respiratórias			
Sim	539 (71,7)	213 (28,3)	< 0,001
Não	415 (82,0)	91 (18,0)	
Fraqueza/Tontura/Desmaio			
Sim	657 (72,1)	254 (27,9)	< 0,001
Não	297 (85,6)	50 (14,4)	

S.M: salário mínimo (R\$ 954,00). \*Teste Qui-quadrado.

**Tabela 3.** Razões de prevalência (RP) bruta e ajustada e intervalo de 95% de confiança para alto nível de estresse segundo variáveis sociodemográficas, obstétricas e de saúde, entre gestantes assistidas nas unidades básicas de Montes Claros, MG, Brasil, 2018-2019 (n= 1.279).

Variáveis	Nível de Estresse		Valor p
	RP Bruta (IC 95%)	RP Ajustada (IC 95%)*	
<i>Características Sociodemográficas</i>			
Faixa etária			0,001
Acima de 35 anos	1,58 (1,21 - 2,08)	1,38 (1,09 - 1,74)	
Menor ou igual a 19 anos	1,58 (1,24 - 2,00)	1,41 (1,13 - 1,77)	
De 20 a 35 anos	1,00	1,00	
Situação Conjugal			0,005
Sem companheiro	1,56 (1,27 - 1,91)	1,33 (1,09 - 1,62)	
Com companheiro	1,00	1,00	
Apoio Social			<0,001
Baixo apoio social	2,50 (2,07 - 3,00)	1,42 (1,18 - 1,70)	
Alto apoio social	1,00	1,00	
Número de filhos			0,004
Multípara	1,53 (1,21-1,94)	1,30 (1,02-1,66)	
Primípara	1,07(0,84-1,35)	1,06 (0,85-1,33)	
Nulípara	1,00	1,00	
<i>Variáveis Obstétricas</i>			
Gravidez Planejada			0,005
Não	1,72 (1,37 - 2,16)	1,23 (1,00 - 1,52)	
Sim	1,00	1,00	
<i>Problemas de saúde durante a gestação</i>			
Infecção Urinária			0,001
Sim	1,50 (1,18 - 1,80)	1,35 (1,12 - 1,62)	
Não	1,00	1,00	
Sintomas de ansiedade			<0,001
Alto nível de ansiedade	1,63 (1,33 - 1,99)	1,42 (1,18 - 1,71)	
Baixo nível de ansiedade	1,00	1,00	
Sintomas de depressão			<0,001
Graves	6,40 (4,96 - 8,27)	4,74 (3,60 - 6,26)	
Moderados	3,46 (2,52 - 4,75)	3,19 (2,31 - 4,39)	
Sem sintomas	1,00	1,00	
Principais queixas no período gestacional			<0,001
Neurológicas			
Sim	1,96 (1,42 - 2,72)	1,77 (1,27 - 2,47)	
Não	1,00	1,00	

\*Regressão de *Poisson*.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que a ocorrência de estresse foi identificada em um quarto das gestantes avaliadas pelo estudo na cidade de Montes Claros. Sendo que as gestantes com idade acima dos 35 anos e menor ou igual a 19 anos, sem companheiro, com baixo apoio social apresentaram uma prevalência maior de estresse. No que diz respeito aos fatores associados à própria gestação, nas primíparas e múltíparas, cuja gravidez atual não foi planejada, com infecção urinária, com alto nível de sintomas de ansiedade, com sintomas graves e moderados de depressão e com queixas neurológicas, também averiguou-se uma maior prevalência de estresse.

Constatou-se que as preocupações próprias da gestação, bem como problemas clínicos que a gestante venha apresentar e ainda anseio com os cuidados de saúde requeridos nesta fase, os gastos financeiros e falta de apoio social são fatores importantes que contribuem para a prevalência do estresse, tornando a gestação um período extenuante, podendo desencadear outros potenciais problemas de saúde.

Espera-se com este estudo, contribuir para que os profissionais de saúde responsáveis pela condução das gestantes estejam sempre alerta a quaisquer sintomas de ordem psicológica, além dos sintomas clínicos, para que a experiência da gestação seja vivida de forma intensa, saudável e positiva.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, S. F. C. O psicólogo no cotidiano da escola: re-significando a atuação profissional. Em R. S. L. Guzzo (Org.). *Psicologia escolar: LDB e educação hoje*. 1999; pp. 77-90. Campinas: Editora Alínea.
2. ASSELMANN, Eva et al. Maternal personality, social support, and changes in depressive, anxiety, and stress symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Plos one*, v. 15, n. 8, p. e0237609, 2020.
3. BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A.; SILVA, A. A. M. DA. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. V.32, n.2,p. 57-60, 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
5. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil. Minas Gerais. Montes Claros. [Internet] Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
6. BRUNTON, P.J., RUSSELL, J.A. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 11-25.
7. CARDWELL, M.S. Stress: pregnancy considerations. *Obstet Gynecol Surv*. 2013 Feb;68(2):119-29.
8. CEULEMANS, Michael et al. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic. A multinational cross-sectional study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2021.
9. COHEN, Sheldon; JANICKI-DEVERTS, DENISE. Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009 1. *Journal of applied social psychology*, v. 42, n. 6, p. 1320-1334, 2012.
10. COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, p. 385-396, 1983.
11. COHEN, Sheldon; KESSLER, Ronald C.; GORDON, Lynn Underwood (Ed.). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press on Demand, 1997.

12. COOKE, Dawson C. et al. Association between pregnant women's experience of stress and partners' fly-in-fly-out work. *Women and Birth*, v. 32, n. 4, p. e450-e458, 2019.
13. DIAS, J.C.R., SILVA, W.S., MAROCO, J., DUARTE, J.A., CAMPOS, B. Escala de Estresse Percebido Aplicada a Estudantes Universitárias: Estudo de Validação. *Psychology, Community & Health* 2015, Vol. 4(1), 1–13.
14. Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. Epidemiology of psychological distress. In L. Labate (Ed.), *Mental illnesses: Understanding, prediction and control*, (pp. 105-134). Rijeka, Croatia: InTech. 2012.
15. DUARTE, Y.A.O. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
16. EICHLER, Janina et al. Gestational weight gain, physical activity, sleep problems, substance use, and food intake as proximal risk factors of stress and depressive symptoms during pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 19, n. 1, p. 1-14, 2019.
17. ENGIDAW, Nigus Alemnew; MEKONNEN, Alemayehu Gonie; AMOGNE, Fetene Kassahun. Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale zone Hospitals, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC research notes*, v. 12, n. 1, p. 1-6, 2019.
18. FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória das Três Versões da Perceived Stress Scale (PSS): Um Estudo Populacional. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(1), 21-30. 2015.
19. FERREIRA, M.C., et al, Escala para Avaliação de Estressores Psicossociais no Contexto Laboral: Construção e Evidências de Validade. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(2), 340-349. 2015.
20. FIORAVANTI-BASTOS, A.C.M.; CHENIAUX, E.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian state-trait anxiety inventory. *Psicol. Reflex. Crit.* [online].v.24, n.3, pp.485-494, 2011.
21. GAO, Ming et al. Association of sleep quality during pregnancy with stress and depression: a prospective birth cohort study in China. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

22. GLOVER, V., O'CONNOR, T.G., O'DONNELL, K. Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neurosci Biobehav Rev.*; 35(1):17-22. 2010.
23. GOKOEL, Anisma R. et al. Influence of perceived stress on prenatal depression in Surinamese women enrolled in the CCREOH study. *Reproductive Health*, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2021.
24. GONÇALVES, B., & FAGULHA, T. (2004). The portuguese version of the center for epidemiologic studies depression scale (ces-d). *European journal of psychological assessment*, 20(4), 339-348.
25. GREENBERG, J. *Administração do estresse*. 6. ed. São Paulo: Manole, 2002.
26. HODYL, N.A., WALKER, F.R., KRIVANEK, K.M., CLIFTON, V., HODGSON, D.M. Modelling prenatal bacterial infection: functional consequences of altered hypothalamic pituitary adrenal axis development. *Behav Brain Res*. 2007; 178(1):108-14.
27. HUIZINK, A.C. et al. Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 1078-85.
28. KERAMAT, Afsaneh et al. Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women: the role of sexual distress and genital self-image. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 21, n. 1, p. 1-12, 2021.
29. LAGUNAS, M.A.T.,MORALES, E.G.V., CARRILLO, I.V., MONTANO, G.A., ALONZO,E.R. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclamsia. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(3):122---133
30. LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company, 1984.
31. LAPLANTE, D., BARR, R., BRUNET, A. *et al*. Stress During Pregnancy Affects General Intellectual and Language Functioning in Human Toddlers. *Pediatr Res* **56**, 400–410 (2004).
32. LAZARUS, Richard S.; LAUNIER, Raymond. Stress-related transactions between person and environment. In: *Perspectives in interactional psychology*. Springer, Boston, MA, 1978. p. 287-327.
33. LIPP, M. E. N., GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 43-49. 1994.

34. LIPP, M. E. N. (2003). Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
35. LOPES, C. S., FAERSTEIN, E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde [Reliability of reported stressful life events reported in a self-administered questionnaire: Pró-Saúde Study]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 126–133, 2001.
36. LUCCI, T. K., OTTA, E., DAVID, V. F., & CHELINI, M. O. M. Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. *Revista Psico*, 47(2), 140-147. 2016.
37. LUFT, C.B., et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública* 2007;41(4):606-15.
38. MEIRELES, J.; NEVES, C.M.; CARVALHO, P.H.B. *et al.* Body image, eating attitudes, depressive symptoms, self-esteem and anxiety in pregnant women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 22, n.2 , p. 437-445, 2017.
39. MIRABZADEH, A., et al. Path Analysis Associations Between Perceived Social Support, Stressful Life Events and Other Psychosocial Risk Factors During Pregnancy and Preterm Delivery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(6), 507-14. 2013.
40. MULDER, E. J. et al. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, Limerick, v. 70, no. 1-2, p. 3-14, 2002.
41. NODOUSHAN, Reza Jafari; ALIMORADI, Hadi; NAZARI, Mahsa. Saúde espiritual e estresse em mulheres grávidas durante a pandemia de Covid-19. *SN medicina clínica abrangente* , v. 2, n. 12, pág. 2528-2534, 2020.
42. NWAFOR, OKEDO-ALEX, IKEOTUONYE. Prevalence and predictors of depression, anxiety, and stress symptoms among pregnant women during COVID-19-related lockdown in Abakaliki, Nigeria. *Malawi Medical Journal*, v. 33, n. 1, p. 54-58, 2021.
43. OLAJUBU, Aanuoluwapo O. et al. Stress and resilience among pregnant teenagers in Ile-Ife, Nigeria. *European Journal of Midwifery*, v. 5, 2021
44. PEREIRA, Luciano Zille; ZILLE, Giancarlo Pereira. O estresse no trabalho uma análise teórica de seus conceitos e suas inter relações. *Gestão e Sociedade*, v. 4, n. 7, p. 414-434, 2010.
45. PREIS, Heidi et al. Vulnerability and resilience to pandemic-related stress among US women pregnant at the start of the COVID-19 pandemic. *Social Science & Medicine*, v. 266, p. 113348, 2020.

46. RAINHO, M.C., PIMENTA, G. ANTUNES, M.C., MONTEIRO, M.J. VALIDAÇÃO DA ESCALA DE STRESS PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Nº 14. 2015.
47. RIBEIRO, S. V. O. 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.
48. RIBEIRO, J.; HONRADO, A.; LEAL, I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovinbond e Lovinbond. Psicologia, saúde & doenças 2004;5 (2): 229-39.
49. RIZZINI, M., SANTOS, A.M., SILVA, A.A.M. Evidências de validade do instrumento Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE). Rev. Saúde Pública vol.52 São Paulo 2018 Epub 07-fev-2018.
50. RODRIGUEZ, A., BOHLIN, G. Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children. J Child Psychol Psychiatry.46: 246-254. 2004.
51. SMALLRIDGE, R.C. Hypothyroidism and pregnancy. Endocrinologist 2002; 12: 454-63.
52. SANTOS et al. Impact of strength training on bonemineral density in patients infected with HIV exhibiting lipodystrophy (2015).
53. SEGATO, L.; ANDRADE, A.; VASCONCELOS, D.I.C.; MATIAS, T.S.; ROLIM, M.K.S.R.; Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. R. Educação Física. 2009;20(1):121-129.
54. SELYE, A. A Syndrome produced by diverse nocuous agents. Neuropsychiatry Classics. 1936;10,230-231.
55. SILVA, M. J. et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, 2014.
56. SOARES, A. J. A.; PEREIRA, M. Graça. Cortisol como variável em psicologia da saúde. Psicologia, Saúde & Doenças, 2006, 7 (2), 165-177.
57. SOUSA, F.G.M, FIGUEIREDO, M.C.A.B, ERDMAN, A.L. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. Revista de Pesquisa em Saúde, v. 11, n. 1, p. 60-63, jan-abr, 2010.

58. TANG, Xian et al. Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *Journal of affective disorders*, v. 253, p. 292-302, 2019.
59. TARABULSY, G.M., et al. Meta-analytic findings of the relation between maternal prenatal stress and anxiety and child cognitive outcome. *J Dev Behav Pediatr*. 2014 Jan;35(1):38-43.
60. THONGSOMBOON, Wassapol; KAEWKIATTIKUN, Kasemsis; KERDCHAROEN, Nitchawan. Perceived Stress and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Urban Thailand. *Psychology research and behavior management*, v. 13, p. 1115, 2020.
61. VAN DEN BERGH, B.R., MARCOEN, A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev*. 2004 Jul-Aug;75(4):1085-97.
62. WAQAS, Ahmed et al. Psychosocial predictors of antenatal stress in Pakistan: perspectives from a developing country. *BMC research notes*, v. 13, n. 1, p. 1-6, 2020.
63. WIDOWATI, Retno et al. Gravidez e estresse no trabalho: investigação de fatores relacionados ao nível de estresse de mulheres grávidas que trabalham na Indonésia. *Gaceta Sanitaria* , v. 35, p. S38-S41, 2021.
64. WOODS, S., MELVILLE, J., GUO, Y., FAN, M., GAVIN, A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am Obstet Gynecol*. 2010;202:61.e1-7.
65. YOKOKURA, A.V.C.P., et al. *Perceived Stress Scale*: confirmatory factor analysis of the PSS14 and PSS10 versions in two samples of pregnant women from the BRISA cohort. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, n.12, e00184615. Epub Dec 18, 2017.
66. ZHANG, S.; LIU, H.; CHEN, Z.; WU, J.; ZHANG, Y.; YU, Y. Association Between Mental Stress na Gestacional Hypertension/Preeclampsia: A Metaanalysis. *Obstetrical e Gynecological Survey*, v.68, n.12, p.825-834, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO



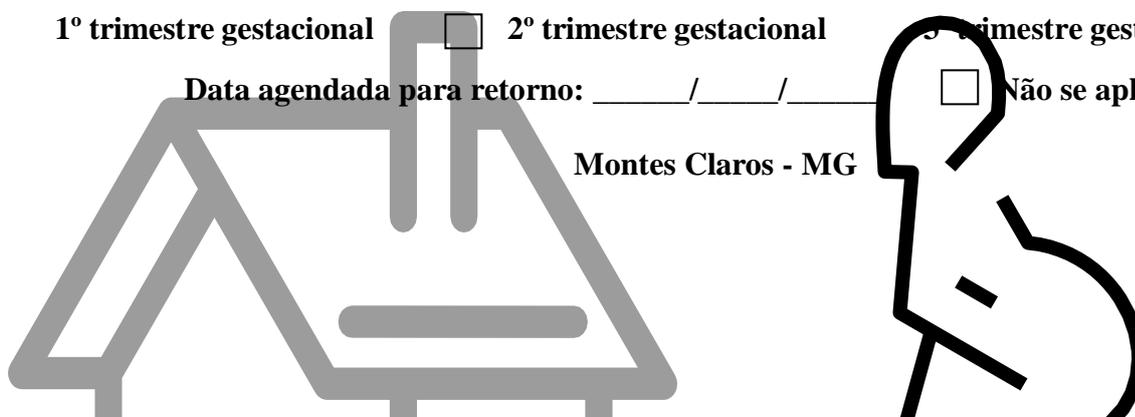
**ESTUDO ALGE**  
**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE**  
**MONTES LAROS-MG**

--	--

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

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

Montes Claros - MG



## ORIENTAÇÃO AOS ENTREVISTADORES

**Iniciar a conversa com uma postura de acolhida e agradecimento. O texto a seguir poderá ajudá-lo:**

*Prezada gestante,*

*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.*

*Sua participação é muito importante e contamos com a sua valiosa colaboração respondendo as perguntas ou no preenchimento das questões a seguir.*

*Todas as suas respostas são totalmente confidenciais, serão usadas somente para fins científicos e apenas a equipe desta pesquisa terá acesso a este questionário.*

*Muito obrigado(a)!*

**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: _____
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



23	Você fuma ou fumou durante essa gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não      2. <input type="checkbox"/> Sim Quantos cigarros por dia você fuma ou fumou nessa gravidez? _____					
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>						
24	Peso pré gestacional: _____ <input type="checkbox"/> Informação não disponível					
25	Peso registrado na primeira consulta: _____ <input type="checkbox"/> Informação não disponível					
26	Peso registrado na última consulta: _____ <input type="checkbox"/> Informação não disponível					
27	Altura: _____ <input type="checkbox"/> Informação não disponível					
<b>APGAR FAMILIAR</b>						
Escala de APGAR Familiar (funcionalidade familiar)						
		Nunca	Algumas vezes	Sempre		
28	Estou satisfeita pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	0	1	2		
29	Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	0	1	2		
30	Estou satisfeita com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	0	1	2		
31	Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	0	1	2		
32	Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	0	1	2		
<b>ESCALA DE APOIO SOCIAL</b>						
Medical Outcome Studies (MOS)						
	<b>COM FREQUÊNCIA VOCÊ CONTA COM ALGUÉM SE PRECISAR</b>	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
33	Que a ajude se ficar de cama.	0	1	2	3	4
34	Para lhe ouvir quando você precisar falar.	0	1	2	3	4
35	Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.	0	1	2	3	4
36	Para levá-la ao médico.	0	1	2	3	4
37	Que demonstre amor e afeto por você.	0	1	2	3	4
38	Para se divertir junto.	0	1	2	3	4
39	Para lhe dar informações que a ajude a compreender uma determinada situação.	0	1	2	3	4

40	Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas.	0	1	2	3	4
41	Que lhe dê um abraço.	0	1	2	3	4
42	Com quem relaxar.	0	1	2	3	4
43	Para preparar refeições, se você não puder prepará-las.	0	1	2	3	4
44	De quem você realmente quer conselhos.	0	1	2	3	4
45	Com quem distrair a cabeça.	0	1	2	3	4
46	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente.	0	1	2	3	4
47	Para compartilhar preocupações e medos mais íntimos.	0	1	2	3	4
48	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.	0	1	2	3	4
49	Com quem fazer coisas agradáveis.	0	1	2	3	4
50	Que compreenda seus problemas.	0	1	2	3	4
51	Que você ame e que faça você se sentir querida.	0	1	2	3	4

### ESCALA DE APEGO MATERNO-FETAL

Por favor, responda às perguntas seguintes sobre você e o bebê que você está esperando. Não existem respostas certas ou erradas. Sua primeira impressão é a que mostra melhor seus sentimentos. Marque apenas uma resposta por pergunta.

EU PENSO OU FAÇO O SEGUINTE:		Quase sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
52	Eu converso com o meu bebê na barriga.	1	2	3	4	5
53	Eu acho que apesar de toda dificuldade, a gravidez valeu a pena.	1	2	3	4	5
54	Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta.	1	2	3	4	5
55	Eu me imagino alimentando o bebê.	1	2	3	4	5
56	Eu realmente estou ansiosa para ver como vai ser o meu bebê.	1	2	3	4	5
57	Eu me pergunto se o bebê se sente apertado lá dentro.	1	2	3	4	5
58	Eu chamo o meu bebê por um apelido.	1	2	3	4	5
59	Eu me imagino cuidando do bebê.	1	2	3	4	5
60	Eu quase posso adivinhar qual vai ser a personalidade do meu bebê pelo modo como ele se mexe.	1	2	3	4	5
61	Eu já decidi que nome eu vou dar, ser for uma menina.	1	2	3	4	5
62	Eu faço coisas, para manter a saúde, que eu não faria se não estivesse grávida.	1	2	3	4	5

63	Eu imagino se o bebê pode ouvir, dentro de mim.	1	2	3	4	5
64	Eu já decidi que nome eu vou dar, se for um menino.	1	2	3	4	5
65	Eu imagino se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim.	1	2	3	4	5
66	Eu procuro comer o melhor que eu posso, para o meu bebê ter uma boa dieta.	1	2	3	4	5
67	Parece que meu bebê chuta e se mexe para me dizer que é hora de comer.	1	2	3	4	5
68	Eu cutuco meu bebê para que ele me cutuque de volta.	1	2	3	4	5
69	Eu mal posso esperar para segurar o bebê.	1	2	3	4	5
70	Eu tento imaginar como o bebê vai parecer.	1	2	3	4	5
71	Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito.	1	2	3	4	5
72	Eu posso dizer quando o bebê tem soluço.	1	2	3	4	5
73	Eu sinto que o meu corpo está feio.	1	2	3	4	5
74	Eu deixo de fazer certas coisas, para o bem do meu bebê.	1	2	3	4	5
75	Eu tento pegar o pé do meu bebê para brincar com ele.	1	2	3	4	5

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)

76	No conjunto, eu estou satisfeita comigo. 1. Concordo totalmente    2. Concordo    3. Discordo    4. Discordo totalmente
77	Às vezes, eu acho que não presto para nada. 1. Discordo totalmente    2. Discordo    3. Concordo    4. Concordo totalmente
78	Eu sinto que tenho várias boas qualidades. 1. Concordo totalmente    2. Concordo    3. Discordo    4. Discordo totalmente
79	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas 1. Discordo totalmente    2. Discordo    3. Concordo    4. Concordo totalmente
80	Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar 1. Discordo totalmente    2. Discordo    3. Concordo    4. Concordo totalmente
81	Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes. 1. Concordo totalmente    2. Concordo    3. Discordo    4. Discordo totalmente
82	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos o mesmo nível que as outras pessoas. 1. Concordo totalmente    2. Concordo    3. Discordo    4. Discordo totalmente
83	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma. 1. Discordo totalmente    2. Discordo    3. Concordo    4. Concordo totalmente
84	No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso. 1. Concordo totalmente    2. Concordo    3. Discordo    4. Discordo totalmente
85	Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma. 1. Discordo totalmente    2. Discordo    3. Concordo    4. Concordo totalmente

<b>INVENTÁRIO BRASILEIRO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (FORMA REDUZIDA)</b>						
Versão curta do <i>Brazilian State - Trait Anxiety Inventory (STAI)</i>						
<b>PARTE I</b> Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você se sente AGORA, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente NESTE MOMENTO.		<b>AVALIAÇÃO</b>				
		Absolutamente Não	Um Pouco	Bastante	Muitíssimo	
86	Sinto-me calma.	1	2	3	4	
87	Estou tensa.	1	2	3	4	
88	Sinto-me à vontade.	1	2	3	4	
89	Sinto-me nervosa.	1	2	3	4	
90	Estou descontraída	1	2	3	4	
91	Estou preocupada.	1	2	3	4	
<b>PARTE II</b> Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você GERALMENTE se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente GERALMENTE.		<b>AVALIAÇÃO</b>				
		Quase Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Quase Sempre	
92	Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma.	1	2	3	4	
93	Preocupo-me demais com coisas sem importância.	1	2	3	4	
94	Sinto-me segura.	1	2	3	4	
95	Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento.	1	2	3	4	
96	Sinto-me nervosa e inquieta.	1	2	3	4	
97	Tomo decisões facilmente.	1	2	3	4	
<b>ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO</b>						
Perceivd Stress Scale (PSS-14)						
Para cada pergunta a seguir, escolha uma das seguintes alternativas:						
Neste ultimo mês, com que frequência:		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
98	Você tem ficado triste por algo que aconteceu inesperadamente?	1	2	3	4	5
99	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?	1	2	3	4	5
100	Você tem se sentido nervosa e “estressada”?	1	2	3	4	5
101	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da sua vida?	1	2	3	4	5
102	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	1	2	3	4	5
103	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	1	2	3	4	5

104	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade?	1	2	3	4	5
105	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	1	2	3	4	5
106	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	1	2	3	4	5
107	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	1	2	3	4	5
108	Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	1	2	3	4	5
109	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	1	2	3	4	5
110	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	1	2	3	4	5
111	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	1	2	3	4	5

<b>IMAGEM CORPORAL DA GESTANTE</b>						
Body Attitudes Questionnaire (BAQ)						
<b>AFIRMATIVA</b>		Concordo fortemente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo fortemente
112	Eu usualmente me sinto fisicamente atraente.	1	2	3	4	5
113	Eu prefiro não deixar que outras pessoas vejam meu corpo.	1	2	3	4	5
114	As pessoas raramente me acham sexualmente atraente.	1	2	3	4	5
115	Eu fico tão preocupada com a minha forma física que sinto que preciso fazer uma dieta.	1	2	3	4	5
116	Eu me sinto gorda quando não consigo passar as roupas pelos meus quadris.	1	2	3	4	5
117	As pessoas me evitam por causa da minha aparência.	1	2	3	4	5
118	Eu me sinto satisfeita com o meu rosto.	1	2	3	4	5
119	Eu me preocupo se outras pessoas veem “pneus” de gordura ao redor da minha cintura e estômago.	1	2	3	4	5
120	Eu acho que mereço a atenção do sexo oposto.	1	2	3	4	5
121	Eu dificilmente me sinto gorda.	1	2	3	4	5
122	Existem coisas mais importantes na vida do que a forma do meu corpo.	1	2	3	4	5
123	Eu acho ridículo fazer cirurgias plásticas para melhorar a aparência.	1	2	3	4	5
124	Eu gosto de me pesar regularmente.	1	2	3	4	5
125	Eu me sinto gorda quando uso roupas que são apertadas na cintura.	1	2	3	4	5
126	Eu já considerei suicídio por causa da forma como pareço aos outros.	1	2	3	4	5

127	Eu fico exausta rapidamente se faço muito exercício.	1	2	3	4	5
128	Eu tenho cintura fina.	1	2	3	4	5
129	Minha vida está se arruinando por causa da minha aparência.	1	2	3	4	5
130	Usar roupas largas faz-me sentir magra.	1	2	3	4	5
131	Eu dificilmente penso a respeito da forma do meu corpo	1	2	3	4	5
132	Eu sinto que meu corpo foi mutilado.	1	2	3	4	5
133	Eu tenho orgulho da minha força física.	1	2	3	4	5
134	Eu sinto que tenho coxas gordas.	1	2	3	4	5
135	Eu não consigo participar de jogos e exercícios por causa da minha forma física	1	2	3	4	5
136	Comer doces, bolos ou outros alimentos calóricos faz-me sentir gorda.	1	2	3	4	5
137	Eu tenho um corpo forte.	1	2	3	4	5
138	Eu acho que minhas nádegas são muito largas.	1	2	3	4	5
139	Eu me sinto gorda quando saio em fotos.	1	2	3	4	5
140	Eu tento e consigo me manter em forma.	1	2	3	4	5
141	Pensar a respeito das formas do meu corpo tira a minha concentração.	1	2	3	4	5
142	Eu gasto muito tempo pensando em comida.	1	2	3	4	5
143	Eu estou preocupada com o meu desejo de ser mais leve.	1	2	3	4	5
144	Se me vejo em um espelho ou vitrine, sinto-me mal quanto à minha forma física.	1	2	3	4	5
145	As pessoas riem de mim por causa da minha aparência.	1	2	3	4	5
146	Eu frequentemente me sinto gorda.	1	2	3	4	5
147	Eu gasto muito tempo pensando sobre meu peso.	1	2	3	4	5
148	Eu sou um pouco de um "Homem de Ferro".	1	2	3	4	5
149	Eu me sinto gorda quando estou sozinha.	1	2	3	4	5
150	Eu me preocupo que minhas coxas e nádegas tenham celulite.	1	2	3	4	5
151	As pessoas frequentemente elogiam minha aparência.	1	2	3	4	5
152	Perder um quilo de peso não afetaria realmente meus sentimentos a respeito de mim mes-ma.	1	2	3	4	5
153	Eu me sinto gorda quando não consigo entrar em roupas que antes me serviam.	1	2	3	4	5
154	Eu nunca fui muito forte.	1	2	3	4	5
155	Eu tento evitar roupas que me fazem sentir especialmente ciente das minhas formas.	1	2	3	4	5

ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO							
Questionário de Atividade Física para Gestante (QAFG)							
Durante este trimestre, quando você <b>NÃO</b> está no trabalho, quanto tempo você passa por dia							
		Não fiz essa atividade	Menos que meia hora	De meia a 1 hora	De 1 a 2 horas	De 2 a 3 horas	Mais que 3 horas
156	Preparando refeições (cozinhando, colocando a mesa, lavando louças):	0	1	2	3	4	5
157	Dar banho, vestir e alimentar criança enquanto você está sentada:	0	1	2	3	4	5
158	Dar banho, vestir e alimentar criança enquanto você está na posição de pé:	0	1	2	3	4	5
159	Brincar com crianças enquanto você está de pé ou sentada:	0	1	2	3	4	5
160	Brincar com crianças enquanto você está caminhando ou correndo:	0	1	2	3	4	5
161	Carregar criança nos braços:	0	1	2	3	4	5
162	Cuidar de um adulto mais velho ou idoso incapacitado:	0	1	2	3	4	5
163	Sentar e ler, usar um computador, escrever ou falar no telefone quando você <b>não</b> está no trabalho:	0	1	2	3	4	5
164	Assistir TV ou vídeo:	0	1	2	3	4	5
165	Brincar com animais de estimação:	0	1	2	3	4	5
166	Realizar limpeza leve (arrumar camas, passar roupas, colocar lixo fora de casa):	0	1	2	3	4	5
167	Fazer compras (de alimentos, de roupas ou outros itens):	0	1	2	3	4	5
168	Realizar limpeza mais pesada (aspirar pó, esfregar e/ou varrer chão, lavar roupas, lavar janelas): (por semana)	0	1	2	3	4	5
169	Aparar grama empurrando um cortador de grama, apanhando folhas ou tralhando no jardim: (por semana)	0	1	2	3	4	5

ATIVIDADES DE TRANSPORTE							
Durante este trimestre gestacional, quanto tempo você geralmente passa:							
		Não fiz essa atividade	Menos que meia hora por dia/semana	De meia a 1 hora por dia/semana	De 1 a 2 horas por dia/semana	De 2 a 3 horas por dia/semana	Mais que 3 horas por dia/semana
170	Ir a lugares (para ponto de ônibus, para o trabalho ou escola e outros lugares), caminhando devagar. (por dia) <b>Não considerar locomoção para diversão ou prática de exercício.</b>	0	1	2	3	4	5

171	Ir a lugares (para o ponto de ônibus, para o trabalho ou escola e outros lugares), caminhando mais rápido. (por dia) <b>Não considerar locomoção para diversão ou prática de exercício.</b>	0	1	2	3	4	5
172	Dirigindo ou andando de carro ou ônibus: (por dia)	0	1	2	3	4	5
173	Diversão ou prática de exercício, caminhando devagar: (por dia)	0	1	2	3	4	5
174	Diversão ou prática de exercício, caminhando mais rápido:	0	1	2	3	4	5
175	Diversão ou prática de exercício, caminhando mais rápido numa subida:	0	1	2	3	4	5
176	Correr num ritmo (trotar ou corrida moderada):	0	1	2	3	4	5
177	Aulas de exercícios no pré-natal:	0	1	2	3	4	5
178	Nadar:	0	1	2	3	4	5
179	Dançar:	0	1	2	3	4	5
Você faz outras atividades para diversão (ou lazer) ou pratica outros tipos de exercício? Se sim, por favor escreva quais são essas atividades nas duas questões seguintes:							
180	(Escrever o nome da atividade):	0	1	2	3	4	5
181	(Escrever o nome da atividade):	0	1	2	3	4	5

**Por favor, se você tem trabalho remunerado (recebe salário), se trabalha como voluntário ou se estuda, preencha a próxima sessão.**

**Se não trabalha ou não estuda, você não precisa completar esta última sessão.**

ATIVIDADES NO TRABALHO (OU NA ESCOLA)							
Durante este trimestre gestacional, quanto tempo você geralmente passa por dia:							
		Não fez essa atividade	Menos que meia hora	De meia a 2 horas	De 2 a 4 horas	De 4 a 6 horas	Mais que 6 horas
182	Trabalhando ou durante a aula, na posição sentada:	0	1	2	3	4	5
183	Em pé ou caminhando devagar no trabalho, enquanto carrega coisas (mais pesadas que uma garrafa de refrigerante de 2 litros):	0	1	2	3	4	5
184	Em pé ou caminhando devagar no trabalho sem carregar nada:	0	1	2	3	4	5
185	Caminhando rapidamente no trabalho enquanto carrega coisas (mais pesadas que uma garrafa de refrigerante de 2 litros):	0	1	2	3	4	5
186	Caminhando rapidamente no trabalho sem carregar nada:	0	1	2	3	4	5

## ANEXOS

ANEXO A – 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. Prof. Darcy Rib

Bairro: Vila Mauricéa

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:**

Avalliar 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 à 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. Raul Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Ribeiro  
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: 2.463.623

**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_1048272.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 Rib  
Bairro: Via Maucéla 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

MONTES CLAROS, 02 de Fevereiro de 2018

---

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

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



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

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

**Pesquisador:** JANETTE CALDEIRA FONSECA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 80957817.5.0000.5146

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.724.531

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de emenda em projeto que já conta com aprovação, Número do Parecer: 2.483.623.

Justificativa dos pesquisadores: "Ementa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista que os autores do estudo, ao longo de sua realização, concluíram ser imprescindível a inclusão das participantes quando estas estiverem também no momento do puerpério (após o parto). Sendo assim, todas as gestantes que participarem da investigação serão novamente pesquisadas quando estiverem na fase puerperal (entre 30 e 45 dias), o que gerou alterações no cálculo amostral, a inclusão de novo instrumento de coleta de dados específico do puerpério e, desse modo, a futura realização de mais uma etapa correspondente ao puerpério. Também serão incluídas gestantes adolescentes (menores de idade), após aprovação do CEP".

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

"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".

**Objetivos Secundários:**

- "Analisar as condições de saúde das mulheres participantes no período da gestação e do puerpério.

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

Continuação do Parecer: 3.724.631

- Acompanhar especificamente as gestantes do 1º trimestre nos momentos: 1º e 3º trimestres, bem como na fase do puerpério.
- Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes e puérperas participantes do estudo;
- Verificar as características gerais de saúde e gineco-obstétricas das participantes;
- Averiguar a realização de exames laboratoriais, imunização, suplementação de ferro e ácido fólico;
- Identificar aspectos relacionados à alimentação e nutrição, atividade física, saúde bucal;
- Mensurar a adesão às consultas de pré-natal e o absenteísmo ao trabalho;
- Investigar alterações no sono; na imagem corporal; na qualidade de vida; nos aspectos emocionais e de saúde mental; na sexualidade e na violência obstétrica.
- Verificar condições de saúde específicas destas mulheres quando da fase puerperal, relativas ao parto, à humanização da assistência, aos aspectos de sua saúde física, emocional e mental”.

**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.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Ribeiro  
 Bairro: Vila Mauricida 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: 3.724.531

de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Emenda de pesquisa anteriormente aprovada por este CEP.

A emenda se refere a inclusão de puérperas, com alterações no cálculo amostral, inclusão de novo instrumento de coleta de dados específico do puerpério e, desse modo, acrescentou mais uma etapa de coleta correspondente ao puerpério. Também, serão incluídas gestantes adolescentes (menores de idade). O novo instrumento e o TALE foi apresentado.

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

Adequados.

**Recomendações:**

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

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

Emenda aprovada.

**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_1396117_E1.pdf	12/09/2019 23:47:03		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ADOLESCENTEALGETERMO.pdf	12/09/2019 23:46:37	Cássio de Almeida Lima	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	OFICIALTCLECORRIGIDO.pdf	20/08/2019 00:57:29	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	OFICIALCEPNOVOPROJETOESTUDOALGE.pdf	10/08/2019 00:28:51	Cássio de Almeida Lima	Acelto

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
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: 3.724.531

Outros	PUERPERIOINSTRUMENTOFINAL.pdf	10/07/2019 22:39:41	Cássio de Almeida Lima	Acelto
Outros	ESTEQUESTIONARIOCOMINSTRUMENTOS.pdf	07/12/2017 20:17:48	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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MONTES CLAROS, 25 de Novembro de 2019

---

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

Endereço: Av. Dr. Ruy Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Ribeiro  
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

## ANEXO B - 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 9841 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  
CREM-MG 140034 - ESI

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

03/12/17  
Data

Janette Caldeira Fonseca - MASP 09512161

Pesquisador/Coordenador da Pesquisa  
Professora Janette Caldeira Fonseca

Janette Caldeira Fonseca  
Assinatura

05/12/17  
Data

## ANEXO C - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 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 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

Data

Coordenadora da pesquisa

**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.



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



## ANEXO D - 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, 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 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.