



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Stefanny Aparecida Silva

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE EMOCIONAL DE GESTANTES: PARÂMETROS
PSICOMÉTRICOS DE UM INSTRUMENTO DE RASTREIO E IMPACTOS DA
DIABETES MELLITUS**

DOURADOS/MS

2020

Stefanny Aparecida Silva

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE EMOCIONAL: PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS
DOS INSTRUMENTOS E IMPACTOS DA DIABETES MELLITUS
GESTACIONAL**

Pesquisa desenvolvida sob orientação da
Prof^a Dr^a Veronica Aparecida Pereira,
apresentada como requisito para avaliação
de Defesa de Mestrado junto ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal da Grande Dourados.

DOURADOS/MS

2020

RESSALVA

A pedido da autora, a presente dissertação conta com trechos indisponíveis até 20/03/2022.

A presente ressalva está prevista nas Normas do PPGPsi-UGFD, preservando dados inéditos em fase de submissão para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

S586a Silva, Stefanny Aparecida

AVALIAÇÃO DA SAÚDE EMOCIONAL DE GESTANTES: PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS DE UM INSTRUMENTO DE RASTREIO E IMPACTOS DA DIABETES MELLITUS [recurso eletrônico] / Stefanny Aparecida Silva. -- 2020.

Arquivo em formato pdf.

Orientador: Veronica Aparecida Pereira.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2020.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Gestação. 2. indicadores emocionais. 3. diabetes mellitus gestacional. I. Pereira, Veronica Aparecida. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Dissertação de Mestrado

AVALIAÇÃO DA SAÚDE EMOCIONAL DE GESTANTES: PARÂMETROS
PSICOMÉTRICOS DE UM INSTRUMENTO DE RASTREIO E IMPACTOS DA
DIABETES MELLITUS

Acadêmica: Stefanny Aparecida Silva

Data da Defesa: 20/03/2020

Resultado: Aprovada

Banca Examinadora:

Profª Drª Veronica Aparecida Pereira (Presidente – Orientadora)

Profª Drª Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues (Unesp-Bauru-SP)

Profª Drª Regina Basso Zanon (UFGD-PPGpsi)

A Deus, por ter me permitido chegar até o presente momento, por ter sempre um Propósito maior do que eu posso enxergar e pela sua paciência incondicional.

AGRADECIMENTOS

Às gestantes que participaram da presente pesquisa, pela confiança construída e por terem contribuído tanto com meu aprendizado profissional e pessoal. Sem a presença delas nada do que foi realizado faria sentido.

Ao meu esposo, por me proporcionar um lar repleto de amor, com palavras e atitudes que me proporcionaram realizar este trabalho.

Ao meu pai, por todo incentivo emocional e financeiro durante todos os esses anos, muitas vezes anulando desejos pessoais em detrimento de meus estudos.

À minha mãe, por mesmo em meio a lágrimas de saudade ter me encorajado a permanecer neste caminho.

As minhas duas irmãs, meu padrasto e madrasta, igualmente essenciais para que esta jornada se tornasse mais leve.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Veronica Aparecida Pereira, por ter acreditado em meu potencial e no potencial desta pesquisa, pela paciência com minhas ansiedades e por ter me acolhido em vários momentos.

As amizades surgidas durante este processo, em especial minha colega Suzy, pelas caronas, diálogos e incentivo mútuo.

À Nicolle Maccari Soto, psicóloga que abraçou esta pesquisa como sua, desdobrou-se e colaborou comigo para além dos limites profissionais.

Às instituições e funcionários da Clínica de Atendimento à Mulher (CAM) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Jardim Guaicurus que me acolheram e confiaram em meu trabalho.

À CAPES, pela bolsa concedida, que me permitiu dedicação exclusiva ao presente trabalho.

À UFGD pela oportunidade de crescimento desde minha graduação.

A todos meus familiares e amigos que me incentivaram de alguma forma.

Às professoras Olga e Regina por terem aceitado o convite de compor minha banca, contribuindo para os seguimentos deste trabalho.

RESUMO

A gestação traz à mulher mudanças biológicas e psicológicas que se entrelaçam, acarretando transformações físicas e emocionais. Estas podem ir além do que é “biologicamente esperado”, devido a riscos à mãe e ao feto, inerentes à gestação de alto risco. Em relação aos riscos que podem surgir durante o período gestacional pode-se mencionar a diabetes mellitus gestacional, sendo este o problema metabólico mais comum durante a gestação. Gestações de alto risco, como a diabetes mellitus gestacional (DMG), possuem especificidades emocionais e psicológicas quando comparadas a gestações de baixo risco. Neste contexto a presente dissertação buscou investigar durante o período gravídico questões voltadas à saúde emocional de gestantes de baixo risco, bem como em condição de DMG. Para tanto, a presente dissertação organiza-se em três estudos interdependentes objetivando, respectivamente: 1) realizar uma avaliação sistemática da literatura acerca da utilização dos instrumentos: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Inventário de Depressão Beck (versão dois) (BDI-II) e Escala de Estresse Percebido (EEP) em relação ao uso simultâneo de no mínimo dois desses instrumentos para caracterização de sintomas de ansiedade, estresse e depressão em gestantes com DMG; 2) realizar um estudo acerca de propriedades psicométricas do instrumento denominado Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A), e correlacionar os seus resultados aos instrumentos individualizados para diagnóstico de Ansiedade, Depressão e Estresse em gestantes, a fim de verificar a pertinência da utilização de um instrumento mais curto com a população de gestantes; 3) descrever e comparar os estados emocionais (ansiedade, estresse e depressão) de gestantes com DMG e sem DMG, bem como correlacionar os indicadores à variáveis sociodemográficas. Para avaliação dos indicadores emocionais foram utilizados instrumentos específicos para mensurar os constructos de ansiedade, estresse e depressão. Para caracterização dos dados sociodemográficos foi aplicado um questionário elaborado pela própria autora. Participaram do estudo 15 gestantes com DMG (G1) e 22 gestantes de baixo risco (G2). O Estudo 1, indicou apenas cinco estudos nos últimos anos com utilização simultânea de instrumentos para avaliação de indicadores emocionais. Considerando-se a grande ocorrência de comorbidade desses sintomas, busca-se valorizar a ação profissional em saúde que considere a saúde emocional de gestantes em um contexto mais amplo. Os resultados do Estudo 2 revelam que o EDAE-A possui características psicométricas de consistência interna, estabilidade e convergência adequadas para ser utilizado em gestantes. Tendo em vista a possibilidade de em um único

instrumento avaliar três construtos, o mesmo pode apresentar-se como viável, oportunizando avaliação em saúde emocional em com menor tempo dispendido e resultados confiáveis. No Estudo 3, os resultados apontaram semelhanças entre os indicadores emocionais de mães com e sem DMG. No entanto, os dois grupos apresentaram indicadores clínicos, ou seja, chamam atenção para a saúde da gestante como um todo. A correlação entre idade gestacional e sintomas de ansiedade primeira avaliação pode estar associada a fase de descoberta da DMG, indicando a necessidade de diagnóstico precoce. Estudos futuros poderão ampliar a amostra e considerar um grupo controle sem indicadores clínicos, além de controlar outras variáveis que possam enviesar o estudo.

Palavras-chave: Gestação; indicadores emocionais; *diabetes mellitus gestacional*

ABSTRACT

Pregnancy brings about biological and psychological changes to women that intertwine, involving emotional and physical transformations. These may go beyond what is “biologically expected”, due to risks to the mother and foetus, inherent to high risk pregnancies. Regarding risks that may appear during the gestational period we can mention gestational diabetes mellitus, this being the commonest metabolic problem during pregnancy. High risk pregnancies, such as gestational diabetes mellitus (GDM), involve specific emotional and psychological issues, compared to low risk pregnancies. In this context, the present dissertation aimed to investigate, during pregnancy, emotional health related issues as well as in GDM condition. In order to accomplish that, it is organized into three interdependent studies aiming, respectively: 1) to realize a systematic evaluation of the literature regarding the utilization of the instruments: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Scale (version two) (BDS-II) and the Perceived Stress Scale (PSS) when at least two of them were used simultaneously to characterize anxiety, stress and depression in GDM pregnant women. 2) To study the psychometric properties of the instrument called Depression, Anxiety and Stress Scale for Adolescents (DASS-A), and to correlate its results with those of the instruments individualized for the diagnosis of Anxiety, Stress and Depression in pregnant women, so as to check the pertinence of utilizing a briefer instrument with the population of pregnant women; 3) describe and compare the emotional states (Anxiety, Stress and Depression) of pregnant women with and without GDM as well as to correlate the scores to sociodemographic variables. To evaluate emotional scores specific instruments were used to measure the constructs of anxiety, stress and depression. To characterize sociodemographic data a questionnaire elaborated by the researcher was applied. 15 pregnant women with GDM (G1) and 22 low risk pregnant women (G2) participated in the study. Study 1 turned out just five studies in recent years using instruments simultaneously to evaluate emotional indicators. Considering the high rate of comorbidity among these symptoms it is sought to give value to a professional action in healthcare that takes into account the emotional health of pregnant women in a wider context. Results in study 2 reveal that DASS-A possesses the psychometric properties of internal consistency, stability and convergence adequate to be used with pregnant women. Considering the possibility of evaluating three constructs with a single instrument, it demonstrated to be viable, thus making available the evaluation of emotional health

spending less time on it and providing reliable scores. In Study 3, the results pointed to similarities between the emotional indicators of mothers with and without GDM. However, both groups showed clinical indicators, that is, they put the spotlight on the pregnant women's health as a whole. The correlation between gestational age and anxiety symptoms in the first evaluation may be associated to the discovery stage of GDM, pointing to the need of an early diagnosis. Future studies may widen the sample and include a control group without clinical indicators, as well as controlling other variables that could bias the study.

Key words: Pregnancy; emotional indicators, gestational diabetes mellitus.

LISTA DE SIGLAS

BAI.....	Inventário Beck de Ansiedade
BDI-II.....	Inventário de Depressão de Beck - BDI-II
BDI-II.....	<i>Beck Depression Inventory-II</i>
CAM.....	Centro de Atendimento à Mulher
DASS-21.....	<i>Depression Anxiety and Stress Scale</i>
DMG.....	Diabetes mellitus gestacional
DRC.....	Doenças renais crônicas
EADS-21.....	Escala de Ansiedade Depressão e Stress
EDAE- A	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes
EEP.....	Escala de Estresse Percebido
EPDS.....	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
ESF.....	Estratégia de Saúde da Família
IDATE.....	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
PRISMA.....	Principais Itens para Análises Sistemáticas e Meta-análises
PSS.....	<i>Perceived Stress Scale</i>
SPSS.....	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
STAI.....	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT.....	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TOTG.....	Teste oral de tolerância a glicose
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UFGD.....	Universidade Federal da Grande Dourados

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Fluxograma para a seleção dos estudos (PRISMA).....	33
FIGURA 2. Investigação do diabetes gestacional.....	69

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 2

Tabela 1. Caracterização da amostra na 1ª e 2ª avaliação.....	47
Tabela 2. Análise da consistência interna dos instrumentos de avaliação da saúde emocional.....	52
Tabela 3. Média e Desvio Padrão (M; DP) dos itens individuais da EDAE-A, correlação total dos itens (CTPI) e consistência interna por itens (Alpha de Cronbach) considerando-se para análise de exclusão por item.(CAEI) - 1ª avaliação.....	53
Tabela 4. Média e Desvio Padrão (M; DP) dos itens individuais da EDAE-A, correlação total dos itens (CTPI) e consistência interna por itens (Alpha de Cronbach) considerando-se para análise de exclusão por item (CAEI) - 2ª avaliação.....	54
Tabela 5. Correlações de Pearson para os indicadores de Ansiedade-Estado...	56
Tabela 6. Correlações de Pearson para escores de Estresse.....	57
Tabela 7. Correlações de Pearson para escores de Depressão.....	59
Tabela 8. Correlações de Pearson para escores totais (1ª aplicação)	60

ESTUDO 3

Tabela 9. Caracterização da amostra	74
Tabela 10. Descrição dos indicadores de saúde emocional de G1 e G2 – 1ª avaliação	80
Tabela 11. Descrição dos indicadores de saúde emocional de G1 e G2 – 2ª avaliação	81
Tabela 12. Comparação da 1ª e 2ª avaliação para G1	81
Tabela 13. Comparação da 1ª e 2ª avaliação para G2	82

LISTA DE QUADROS

ESTUDO 1

Quadro 1. Síntese dos artigos lidos na íntegra incluídos na revisão sistemática	33
---------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A.	Protocolo de caracterização sociodemográficas	109
Apêndice B.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados, Parecer n. 2.421.197	103
Anexo 2	Escala de Estresse percebido (EEP)	107
Anexo 3	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EDAE-G)	108

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
INTRODUÇÃO GERAL	23
ESTUDO 01: Avaliação da Ansiedade, estresse e depressão em gestantes com diabetes mellitus gestacional: uma revisão sistemática.....	26
Introdução	26
Método	32
Resultados	34
Discussão	36
Conclusão.....	37
ESTUDO 02: Análise das propriedades psicométricas de instrumentos para avaliação da saúde emocional em gestantes.....	39
Introdução	39
Método	45
Resultados	52
Discussão	60
Conclusão.....	64
ESTUDO 03: Indicadores emocionais em gestantes com e sem DMG	66
Introdução	66
Método	72
Resultados	80
Discussão.....	83
Conclusão.....	87
Considerações finais.....	89
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	103
APÊNDICES	109

APRESENTAÇÃO

O período gestacional envolve uma variedade de mudanças físicas, psicológicas e sociais, sendo que estas podem e tendem, mesmo que em menores níveis, ocasionar um comprometimento à saúde emocional da mulher. Por isso, faz-se necessário um olhar biopsicossocial em relação a assistência pré-natal prestada a todas as gestantes, em especial gestações com adversidades durante a gestação, denominadas gestações de alto risco (Carvalho, Delgado, & Grincenkov, 2019; Leite, Rodrigues, Sousa, Melo, & Fialho, 2014; Saviani-Zeoti & Petean, 2015).

O processo gestatório é complexo e os profissionais envolvidos devem empenhar-se a fim de que as gestantes consigam superar as dificuldades impostas e encontrar satisfação neste processo (Leite et al., 2014). Entre os diversos profissionais que podem contribuir neste período, o psicólogo pode intervir positivamente, com mudanças percebidas em longo prazo, como por exemplo, na intervenção para um relacionamento mais saudável entre a mãe e o bebê, já que este se inicia precocemente no período gestacional (Saviani-Zeoti & Petean, 2015).

No caso de gestações de risco, o impacto emocional pode potencializar indicadores emocionais de ansiedade e estresse já ocasionados pela descoberta da gestação. Por outro lado, pode fortalecer o vínculo com a equipe multiprofissional e mobilizar recursos para o enfrentamento das mudanças (Langaro & Santos, 2014). O acompanhamento psicológico no período pré-natal pode propiciar um espaço de escuta e acolhimento, no qual a gestante de alto risco pode superar condições decorrentes de seus indicadores emocionais mais elevados e prevenir a ocorrência de distúrbios no período pré e pós-natal, patologias como a depressão pós-parto, e, ainda, maior incidência de partos prematuros (Mançú & Almeida, 2016; Soncini, Oliveira, Viviani & Gorayeb, 2019).

Um dos problemas que envolve a gestação de alto risco é a diabetes mellitus gestacional (DMG). Nesta condição, as gestantes tendem a apontar dificuldades psicológicas específicas como baixa autoestima, ansiedade e insegurança, decorrentes de um maior número de consultas, exames e controles glicêmicos, bem como, mudança de hábito (por exemplo, em relação à alimentação) para melhor qualidade de vida. Além disso, a gestante com DMG pode encontrar informações contraditórias, advindas de uma ampla rede de influência (sociais, familiares), que indicam inclusive “curas naturais” para a patologia, ou a negação da doença (já que essa ocorre somente no período gestacional). Essas situações acabam afetando na adesão ao tratamento por parte da gestante (Langaro & Santos, 2014).

Carvalho et al. (2019), em uma recente revisão sistemática, apontam que há um grande número de publicações médicas a respeito de gestações de alto risco, mas que infelizmente menos de 15% dos artigos triados atentavam-se também à perspectiva psicológica. Isso leva à conclusão de que há necessidade de mais estudos específicos com a população de gestantes de alto risco, considerando as peculiaridades desse momento. Além disso, de acordo com os mesmos autores, os estudos pré-existentes priorizam delineamentos transversais, talvez devido a maior complexidade exigida pelos estudos longitudinais.

Dessa forma, ao perceber as lacunas apontadas, o presente estudo buscou, fortalecer os trabalhos do grupo de pesquisa *Processos de saúde e desenvolvimento: investigações e intervenções*, enfatizando o pré-natal psicológico como prevenção para desfechos desfavoráveis à mulher, ao bebê e à toda sua rede de apoio.

Em parceria com a Universidade Estadual Paulista e a Universidade do Porto, o grupo de pesquisa tem se dedicado a investigações sobre este tema a partir do projeto “Prematuridade: percepção materna, saúde emocional materna, interação

mãe-bebê e desenvolvimento infantil”, coordenado pelas pesquisadoras Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues (Unesp-Bauru) e Veronica Aparecida Pereira (UFGD), desde 2016.

Meu interesse pela saúde emocional materna teve início em 2014, durante minha graduação em Psicologia pela UFGD. No presente ano, realizei meu primeiro estágio básico na área. O interesse cresceu e em 2016 realizei também o estágio específico com a mesma temática. Além disso, desenvolvi atividades em 2016 e 2017 como colaboradora do projeto de pesquisa *Pré-natal psicológico*, coordenado pela pesquisadora Luciana Leonetti Correia. A contribuição da professora Luciana estende-se a essa pesquisa, da qual é co-orientadora.

Na UFGD, o presente projeto encontra-se vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na linha de pesquisa Processos Comportamentais e Cognitivos. Até o presente momento, o grupo de pesquisa que integro tem desenvolvido investigações acerca dos processos de vinculação e as variáveis que o circundam. Foram concluídas dissertações de mestrado as quais investigam questões da gemelaridade por Dayana Insfran Jorcovich, Prematuridade e Saúde Materna, por Millena Lima Donato, Processos de vinculação primários e secundários, por Isabela Rocha Izidoro. Encontram-se em desenvolvimento, quatro dissertações de mestrado, Interação paterna e estilos parentais, por Suzana Saab Zarsque, Caracterização de fatores de risco e proteção na Educação Infantil, por Adriana Sanches Sisto Lima e, Desenvolvimento infantil de crianças pequenas em acolhimento institucional, por Daniela Cristina Bottega. Encontram-se, também, em andamento duas pesquisas realizadas no contexto hospitalar, decorrentes da Residência Multiprofissional com ênfase na Saúde Materno-infantil, sendo a primeira relacionada a comparação da interação mãe-bebê entre primíparas e múltíparas, por Marcelo Gonçalves da Silva

e, a segunda, a respeito dos indicadores maternos e modos de enfrentamento de mães com bebês internados após o parto, desenvolvida por Raissa Taiane Alencar Gomes.

Neste contexto, esta é a primeira pesquisa que envolve o período gestacional, com olhar voltado à saúde emocional de gestantes de alto risco, em especial com DMG. A presente dissertação encontra-se apresentada em três estudos. No Estudo 1 realizou-se uma revisão sistemática da literatura acerca da utilização de instrumentos simultâneos para caracterização de sintomas de ansiedade, estresse e depressão em gestantes com DMG. No Estudo 2, será apresentado o teste do instrumento denominado Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDA-EA) a fim de correlacionar os seus resultados aos instrumentos individualizados para diagnóstico de Ansiedade, Depressão e Estresse, em gestantes adultas. Por fim, no Estudo 3, buscou-se descrever e comparar os estados emocionais (ansiedade, estresse e depressão) de gestantes com diabetes gestacional e sem diabetes gestacional e correlacionar os indicadores a variáveis sociodemográficas.

INTRODUÇÃO GERAL

Permeada por transformações e ambivalências, a gestação traz à mulher mudanças biológicas e psicológicas que se entrelaçam, acarretando transformações em sua saúde física e emocional (Maldonado, 2017). Essas transformações podem ir além do que é “biologicamente esperado”, devido às patologias que oferecem riscos a mãe e ao feto, caracterizando, dessa forma, uma gestação de alto risco (Estratégias, 2010). O Ministério da Saúde (2010) apresenta duas divisões em uma gestação de alto risco, sendo estes desencadeados por fatores anteriores a gestação ou complicações durante a mesma.

A respeito de condições anteriores à gestação, que ocasionam em um aumento no risco, pode-se mencionar três subdivisões: 1) Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, como idade ≤ 15 anos ou ≥ 35 anos, peso inferior a 45kg e superior a 75kg, baixa escolaridade, situação conjugal insegura, entre outros; 2) Histórico reprodutivo anterior, como aborto habitual, esterilidade/infertilidade, etc. e, 3) Condições clínicas preexistentes, tais como hipertensão arterial, doenças infecciosas ou autoimunes, entre outros (Estratégias, 2010).

Em relação aos fatores que podem surgir durante a gestação, tornando-a de alto risco, observa-se três subdivisões: 1) Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; 2) Desenvolvimento de alguma doença obstétrica como trabalho de parto prematuro ou gravidez prolongada, ganho de peso inadequado, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), óbito fetal, etc.; 3) Interferências clínicas como doenças infectocontagiosas e doenças clínicas (Estratégias, 2010).

No Brasil, há uma estatística de que 15% das gestações são de alto risco (Estratégias, 2010). Neste contexto, estudos apontam que os diagnósticos mais

comuns são DMG e hipertensão arterial (crônica ou não) (Luz et al., 2015; Rezende & Souza, 2012; Versiani & Fernandes, 2012). A DMG é o problema metabólico mais frequente durante a gestação, com prevalência entre 3 e 25%, de acordo com as características regionais e individuais. Esses números tem aumentado devido a crescente taxa de diabetes mellitus do tipo II e a obesidade em mulheres (Milech, Oliveira, & Vencio, 2016).

Iniciada especificamente no período gestacional, segundo ou terceiro trimestre, a DMG, decorre da elevação de hormônios contrarreguladores de insulina, advindos de fatores fisiológicos, genéticos e/ou ambientais. Dessa forma, resultam em uma intolerância corporal a glicose (Chrisostomo, 2017; Cruz, 2014; Milech et al., 2016). Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da DMG, são indicados principalmente a idade igual ou superior a 35 anos, sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação atual, renda familiar baixa, diagnóstico tardio, antecedentes familiares de diabetes em parentes de 1º grau, históricos obstétricos desfavoráveis, síndromes dos ovários policísticos, uso de medicamentos que aumentam as taxas de glicemia, baixa estatura (< 1,50m), entre outros (Chrisostomo, 2017; Milech et al., 2016).

Dessa forma, o acompanhamento multidisciplinar dessas gestantes é essencial, tendo em vista a ampla demanda que permeia a gestação de alto risco. A adaptação a nova realidade produz impactos fisiológicos e também emocionais. Assim como os fatores físicos podem tornar a gestação como sendo de alto risco, os fatores psíquicos pré-existentes ou atuais podem inferir a gestação, sendo manifestados principalmente por meio da ansiedade (Estratégias, 2010).

Do ponto de vista emocional, principalmente quando há condições clínicas desfavoráveis pré-existentes, a gestação representar “um triunfo” sobre a doença,

contudo, é inerente que ocorra um desequilíbrio emocional já que outras demandas podem surgir, como o diagnóstico “de risco”, possíveis hospitalizações, sentimentos de culpa, entre outros. Mesmo quando não há, de forma explícita, condições clínicas pré-existentes, outras demandas emocionais podem surgir, inicialmente pela surpresa e temor, além do luto pela “morte da gestação idealizada” (Estratégias, 2010). Diante disso, o olhar cuidadoso do profissional de psicologia é essencial para com essa população.

ESTUDO 1 - Ansiedade, Depressão e Estresse em Gestantes: revisão sistemática a partir de instrumentos de rastreio

INTRODUÇÃO

Observando a literatura científica no que diz respeito aos instrumentos de avaliação de ansiedade, estresse e depressão encontramos uma ampla variedade de instrumentos com propriedades psicométricas reconhecidas ou não, qualitativos e quantitativos, sendo alguns traduzidos e adaptados para a realidade brasileira e outros ainda não. No entanto, permanece um grande déficit de instrumentos que mensurem concomitantemente estes três constructos, mesmo que a ansiedade, estresse e depressão sejam arraigados entre si, ou seja, sobrepõem-se. A análise qualitativa dos itens que compõe alguns instrumentos de avaliação psicológica mostra que a maioria deles mensura os três aspectos de natureza muito somática, desconsiderando os aspectos emocionais (Henry & Crawford, 2005). Ao considerarmos os aspectos emocionais de gestantes DMG, sabe-se que estas apresentam especificidades psicológicas quando comparadas a gestantes de baixo risco gestacional, como o luto pela “gestação idealizada”, temores pela interrupção da gestação, necessidade de hospitalizações (em alguns casos), maior número de consultas e exames, entre outras (Estratégias, 2010). Diante das dificuldades mencionadas e de outras situações, as mesmas podem acarretar em comprometimentos na evolução da gestação de forma saudável (Carvalheira, Tonete & Parada, 2010; Wilhelm, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a ansiedade é um dos fatores emocionais mais comumente encontrados em gestantes de alto risco. Ao serem diagnosticadas com DMG, as gestantes em sua maioria demonstram surpresa e

mostram-se temerosas diante de um diagnóstico desconhecido (Bezerra, Carvalho, & Sobreira, 2001). O diagnóstico de risco, pode também ser compreendido pela mulher como uma irresponsabilidade, predispondo a gestante e seu filho a uma condição de saúde desfavorável (Wilhelm, 2014). Outro impacto importante desse diagnóstico é verificado na alimentação dessa gestante, mobilizando sentimentos de apreensão quanto as privações alimentares em função dessa patologia. Por isso, faz-se necessário a avaliação constante da ansiedade durante toda a gestação dessa população, visto que indicadores clínicos de ansiedade são comumente correlacionados a sintomas depressivos (Soncini et al., 2019). O diagnóstico precoce pode favorecer uma intervenção adequada, minimizando desfechos desfavoráveis tanto para mãe quanto ao bebê (Langaro & Santos, 2014).

Atualmente, há uma ampla variedade de estudos que avaliam a ansiedade por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE (IDATE) em gestantes, demonstrado que esse instrumento tem ganhado força diante da avaliação do constructo nessa população (Björklund et al., 2013; Y. J. Fontein-Kuipers, Ausems, Vries & Nieuwenhuijze, 2016; Moreno-Rosseta, Arnal-Rémona, Antequera-Juradob, & Ramírez-Uclés, 2016; Seth, Lewis, Saffery, Lappas & Galbally, 2015). Esses estudos apontam que o IDATE é adequado para a população de gestantes em algumas culturas, como Suécia (Björklund et al., 2013), Holanda (Fontein-Kuipers et al., 2016) e Austrália (Seth et al., 2015), já que o instrumento não apresenta sintomas somáticos, o que minimiza possíveis distorções que possam ser relacionadas a gestação. Além disso, o instrumento é validado no âmbito internacional no tocante aos critérios de ansiedade dispostos no DSM para o período pré-natal (Dubber, Reck, Müller & Gawlik, 2015; Reck et al., 2013).

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE (*State-Trait Anxiety Inventory- STAI*), foi validado para o Brasil no fim da década de 70 e inicialmente foi estruturado para a avaliação de ansiedade em pacientes sem patologias. Logo percebeu-se a utilidade do inventário para avaliação também de pacientes neuropsiquiátricos (Biaggio, Natalício & Spielberger 1977; Forrest & Kroth, 1971). No estudo de Fioravanti (2006), foram verificadas as propriedades psicométricas do IDATE para uma amostra brasileira, de universitários, com 655 estudantes, a maioria do sexo feminino (74,2%) e idade média de 18,3 anos. O resultado das análises apontou Alfa de Cronbach iguais a 0,89 para IDATE-E e 0,88 para IDATE-T, valores considerados robustos (Fioravanti, 2006).

O IDATE é constituído por duas escalas paralelas empregadas a fim de mensurar a ansiedade traço (IDATE-T), que estaria mais relacionada a ansiedade como um aspecto da personalidade do paciente, e a ansiedade-estado (IDATE-E), correspondendo a ansiedade a partir de uma perspectiva situacional. Cada escala compreende 20 itens que devem ser respondidos a partir de como a pessoa “geralmente se sente” (IDATE-T) e como a pessoa “está se sentindo no momento” (IDATE-E). Os níveis de resposta estão dispostos em uma escala do tipo *Likert*, com variações de 1 a 4, sendo 1 relacionado a frequência “quase nunca” e 4, “quase sempre”. Alguns itens das escalas são invertidos sendo que a somatória total média para pacientes que não apresentam ansiedade patológica ficaria entre 38 a 42 pontos, ou seja, pacientes acima dessa score tenderiam a apresentar um maior número de sinais clínicos de ansiedade (Biaggio et al., 1977; Forrest & Kroth, 1971).

Além da ansiedade, os sinais de estresse e depressão são também preocupantes, principalmente em relação às gestantes. No caso das gestantes com DMG, devido a imprevisibilidade de sua gestação, além do fato de serem rotuladas

como “de risco”, podem vivenciar altos níveis de ansiedade e estresse (Wilhelm et al., 2015).

Somados a isso, em casos específicos, faz-se necessária a hospitalização da gestante, o que contribui para a perda de sua autonomia e agravamento dos sintomas de estresse, devido a própria condição vivenciada com a hospitalização, de igual modo, em seus familiares devido a mobilização familiar para acompanhamento da gestante (Bezerra, 2017; Estratégias, 2010). Como um ciclo vicioso, o estresse contribui para que os níveis da glicose no organismo da mulher sejam elevados, agravando sintomas físicos e, conseqüentemente, psicológicos da DMG (Correia & Medina, 2013). Por esse motivo, se faz mais que necessário o monitoramento dos níveis de estresse dessas gestantes, sendo que instrumentos como o *Perceived Stress Scale* – PSS (EEP) são pertinentes para tal mensuração.

Desenvolvida por Sheldon Cohen e outros colaboradores (1983), a Escala de Estresse Percebido - EEP (*Perceived Stress Scale* – PSS) avalia como os indivíduos percebem as situações vivenciadas por eles como estressantes. A tradução e validação para a população brasileira foi realizada em 1993, por Guillemn e outros pesquisadores. A escala é de fácil aplicação e relativamente curta, sendo adaptada a diversas populações. Compreende 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro, em uma escala do tipo *Likert*, na qual 0 equivale a “nunca” e 4 a “sempre”. Há questões com conotação positiva e outras com conotação negativa sendo que as pontuações podem variar de zero a 56 (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; Luft, Sanches, Mazo & Andrade, 2007). No que diz respeito a suas propriedades psicométricas, Dias, Silva, Maroco e Campos (2015), realizaram uma validação para universitárias brasileiras (n=1081), indicando valores de Alfa de Cronbach igual a 0,83 para os testes de confiabilidade realizados. Diferentemente do

IDATE, ainda há poucos estudos com gestantes que utilizam este instrumento em gestantes com DMG (Rondó, Rezende, Lemos & Pereira, 2013; Stramrood et al., 2013).

Caso semelhante acontece com o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). Todavia, os poucos estudos demonstram o BDI-II como sendo adequado para a população de gestantes já que diferencia sintomas somáticos e não somáticos em seus itens (Stramrood et al., 2013). Tendo seus estudos iniciados por Aaron Beck e outros pesquisadores, o Inventário de Depressão de Beck - BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*) é um instrumento utilizado mundialmente. A versão original de Beck foi revisada em 1996 a fim de ser incluída no DSM-IV. A versão em português foi traduzida por dois pesquisadores bilíngues, sendo posteriormente adaptada por um falante nativo. A avaliação foi realizada quanto as suas características psicométricas com pacientes ambulatoriais, norte-americanos, sendo 317 mulheres e 183 homens com faixa etária de 13 a 86 anos e também com 120 estudantes do Canadá, sendo sua maioria mulheres e idade média de 19,58 anos. Quanto a fidedignidade, observou-se uma elevada consistência interna tanto para a amostra ambulatorial, coeficiente Alpha médio para o BDI-IA de 0,92, e para amostra de estudantes o Alpha foi de 0,93. Quanto a estabilidade, a correlação teste-reteste foi de 0,93, com intervalo aproximado de uma semana (Gorenstein & Andrade, 1996). Para a amostra do presente estudo, o Alpha foi de 0,78 para pacientes sem DMG e 0,87 com DMG. E índices de estabilidade de 0,78 para pacientes sem DMG e 0,87 com DMG. O instrumento pode ser autoaplicado e tem a finalidade de avaliar os indicadores emocionais clínicos de depressão (Gomes-oliveira, Gorenstein, Neto, Andrade & Wang, 2012).

O BDI-II conta com 21 conjuntos, contendo o total de quatro afirmações em cada conjunto. As afirmações são numeradas de 0 a 3. O indivíduo escolhe dentro de cada conjunto de afirmações a que melhor descreve como sentiu-se nas duas últimas semanas e o no momento atual. A mensuração da depressão é classificada em quatro níveis: depressão mínima (escores inferiores a 13), leve (escores de 14 a 19), moderada (escores entre 20 e 28) e grave/severa (escores de 29 a 63). O escore total é obtido por meio da soma de todos os itens individualmente (Gomes-oliveira et al., 2012).

Quando os níveis de estresse são duradouros no organismo da mulher com DMG, a consequência pode ser a depressão, permanecendo até o período puerperal (Rodrigues & Schiavo, 2011). A depressão em gestantes com DMG tende a causar um comprometimento ainda maior a saúde dessa mulher. Há estudos que apontam uma sintomatologia mais grave de depressão em gestantes que apresentam DMG quando comparados a outras que não apresentam o quadro (Soncini et al., 2019).

Diante do exposto, considerando as implicações dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão para gestantes em geral e particularmente para gestantes com DMG, faz-se necessário uma análise mais completa da usabilidade dos três instrumentos no contexto nacional e internacional. Os instrumentos selecionados para o presente estudo se mostram relevantes para a avaliação de seus constructos, sendo tomados como descritores para busca, em uma revisão sistemática sobre o tema. É importante destacar que revisões sistemáticas com meta-análises são consideradas pertinentes pela literatura, sendo ainda escassas revisões sistemáticas dentro da área de Psicologia que utilizem delineamentos tão criteriosos (Zoltowski, Costa, Teixeira & Koller, 2014).

MÉTODO

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura de acordo com os Principais Itens para Análises Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA) (Galvão & Pansani, 2015). Buscou-se investigar em que proporção estão sendo utilizados o IDATE, EEP e BDI-II simultaneamente para verificar ansiedade, estresse e depressão em gestantes com DMG. Para nortear a coleta dos dados, foi utilizado o acrônimo PICO: “P”- Population (especifica qual a população em foco); “I” – Intervention (identifica que tipo de intervenção estamos testando); “C” Comparison (identifica qual será o grupo controle será testado juntamente com a intervenção) e “O” – Outcome (que são os desfechos que queremos avaliar).

A delimitação da busca foi responder às questões: “Qual a proporção de utilização simultânea dos instrumentos IDATE, EEP e BDI-II em gestantes?”, “A DMG é mencionada na caracterização dos participantes?” e “Qual o período e maior ocorrência das avaliações”?

A busca de dados foi realizada por um juiz em 17 de maio de 2019, a partir da base de dados do EBSCOhost da UFGD. A EBSCOhost é uma plataforma que engloba coleções de diferentes bibliotecas eletrônicas, dessa forma, apresentando um amplo conteúdo científico. Foram pesquisados artigos em inglês, disponíveis na íntegra, publicados no período de janeiro/2015 a maio de 2019, utilizando os descritores: “(bdi) AND (stai) AND (pss) AND (pregnancy) AND (diabetes)”. Após a aplicação dos critérios citados a pesquisa resultou em 196 artigos. Ao remover os artigos duplicados foram encontrados no total 186 artigos, conforme indicado no fluxograma da Figura 1. Posteriormente, os resumos desses estudos foram analisados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) artigos completos; b) apresentar ao menos dois dos instrumentos analisados. Os 87 artigos restantes foram analisados

conforme os critérios de exclusão: a) não ter amostra constituída por gestantes; b) ser um estudo de revisão sistemática, c) apresentar apenas um dos instrumentos analisados.

Dados os critérios de inclusão e exclusão, 26 artigos foram identificados como relevantes. Porém, após a leitura na íntegra dos artigos encontrados foram selecionados 5 artigos que atendiam aos requisitos: 1) apresentar simultaneamente dois dos três instrumentos analisados. Os dados desses artigos foram extraídos em uma planilha que incluí autor, ano de publicação, instrumentos utilizados, período de avaliação, objetivos relacionados a mãe e ao bebê, inclusão de gestantes com DMG. Não foram excluídos estudos que não apresentassem DMG. A análise dos artigos selecionados buscou identificar, a partir dos instrumentos utilizados, qual foi o período de avaliação e o foco dos objetivos propostos (para a mãe e para o bebê; e se a população avaliada apresentava ou não DMG.

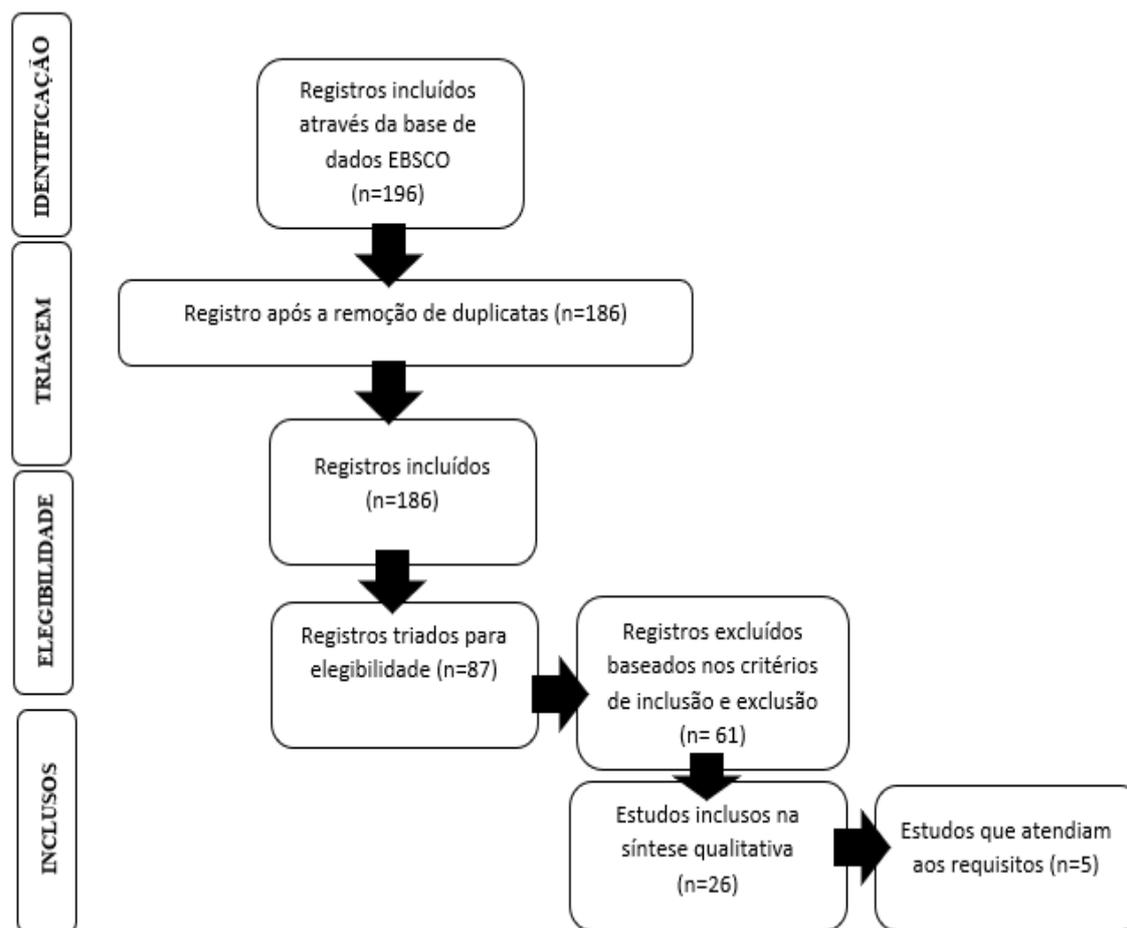


Figura 1. Fluxograma para a seleção dos estudos (PRISMA)

RESULTADOS

No Quadro 1 encontram-se disponíveis os resultados observados na análise dos artigos, de acordo com as categorias estabelecidas a partir dos 26 artigos selecionados como relevantes para melhor compreensão.

Quadro 1 - Síntese dos artigos incluídos na revisão sistemática

Autores e ano	Instrumentos utilizados	Período de avaliação	Objetivos relacionados a mãe	Objetivos relacionados ao bebê	Gestante com DMG
Broekman et al. 2014	IDATE e BDI-II	2º trimestre	Avaliação de ansiedade e depressão	Baixo peso ao nascer	Incluídas
Claire et al. 2013	SSP e BDI-II	3º trimestre e 6 semanas pós-parto	Avaliação do TEPT antes e sua influência no pós-parto	Não há	Excluídas

Abedian et al. 2015	IDATE e BDI-II	3º trimestre	Avaliação de ansiedade e depressão em gestantes com pré-eclâmpsia leve e grave	Prematuros e neonatos	Excluídas
Rondó et al. 2013	IDATE e SSP	2º/3º trimestre e 5- 8 anos pós- parto	Avaliação de ansiedade, estresse e estado nutricional	Avaliação do estado nutricional ao nascer e 5-8 anos pós- parto	Excluídas
Sanhal et al. 2015	IDATE e BDI-II	2º e 3º trimestre	Avaliação de ansiedade e depressão a procedimento s ginecológicos pré-natais	Não há	Incluídas

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação aos tipos de periódicos encontrados, verifica-se que 60% (n=3) são periódicos médicos, enquanto 40% (n=2) dos artigos pertencem a periódicos de outras profissões diferentes da medicina e psicologia. No que diz respeito ao tipo de corte metodológico presente nos estudos, compreende-se que 80% (n=4) dos artigos encontrados possuem corte longitudinal, ou seja, fazem a avaliação dos constructos em diferentes momentos (gestação e pós-parto). Comparado a esse resultado, encontramos uma porcentagem de 20% (n=1) dos artigos apresentando corte de natureza transversal, ou seja, avaliando constructos em apenas um momento, neste caso, período gestacional específico.

Sobre a formação profissional dos autores, percebe-se 40% dos artigos foram escritos por médicos (n=2). A mesma porcentagem foi encontrada para autores de diferentes áreas da psicologia ou medicina (por exemplo, nutricionistas) (40%/n=2). Artigos escritos por profissionais médicos e psicólogos correspondem a 20% de nossa amostra total (n=1).

DISCUSSÃO

Os instrumentos de avaliação de saúde mental são compostos por escalas próprias que permitem quantificar características de natureza psíquica, psicológica ou comportamental (Gorenstein, Wang, & Hungerbühler, 2015). Ao observarmos os instrumentos escolhidos para revisão sistemática percebe-se que o IDATE prevalece nos estudos com gestantes. Dos 5 artigos selecionados após a triagem apenas um não conta com a presença desse instrumento. Isso pode ser justificado devido ao fato de que o IDATE é, dentre os três instrumentos, o mais antigo tanto em produção quanto validação para o Brasil. Enquanto o instrumento de ansiedade possui seus primórdios na década de 70 (Biaggio et al., 1977; Forrest & Kroth, 1971), o BDI-II e EEP possuem registros a partir de 80 e 90 (Cohen et al. 1983; Guillemn et al. 1993).

Em relação ao uso com gestantes, podemos justificar uma maior frequência do referido instrumento com essa população pois há estudos que comprovam seu êxito na mensuração da ansiedade no período gestacional (Björklund et al., 2013; Y. Fontein-Kuipers et al., 2016; Moreno-Rosseta et al., 2016; Seth et al., 2015). O mesmo não ocorre com tanta frequência para o BDI-II e o EEP.

Em relação a correlação dos instrumentos concomitantemente verifica-se que nenhum dos artigos utilizou os três instrumentos analisados para a população de gestantes. Nota-se que muitos estudos que utilizaram o IDATE avaliavam também constructos de depressão ou estresse, no entanto com instrumentos distintos dos aqui avaliados, como Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (Ruschi et al., 2007) e o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) (Cunha, 2001).

No que diz respeito ao período gestacional onde os instrumentos foram aplicados percebe-se uma maior periodicidade de avaliações no segundo e terceiro trimestres de gestação. Isso demonstra um olhar mais atento para a prevenção dos

estudos em relação a possíveis desfechos desfavoráveis como a depressão pós-parto. Apesar da sobreposição da ansiedade e depressão, ainda é de conhecimento que a primeira seria precursora do segundo, não sendo diferente na população de gestantes (Borges, Ferreira, Mariutti & Almeida 2011).

Ao observarmos os objetivos propostos pelos estudos afere-se que a maioria dos artigos enfatiza os aspectos emocionais da gestante em relação as consequências para o bebê. Como mencionado anteriormente, isso poderia ser justificado devido a uma necessidade de prevenção na gestação para que dessa forma os riscos possam ser minimizados futuramente para o bebê. Os objetivos relacionados ao bebê encontrados nos artigos enfatizariam mais aspectos somáticos.

Em relação aos estudos envolvendo gestantes com DMG, apurou-se que na maioria dos artigos há a exclusão explícita dessas gestantes, ou seja, gestantes de alto risco. Apesar de estar inclusa em uma população de cerca de 15% das gestações de risco, sendo o problema metabólico mais recorrente durante a gestações (Langaro & Santos, 2014), a DMG ainda é uma exceção entre as gestações. Isso fundamenta o porquê de os estudos apresentarem essa especificidade de forma tão reduzida.

CONCLUSÃO

Ao refletir na pergunta norteadora do presente estudo (“Em qual proporção estão sendo utilizados simultaneamente o IDATE, EEP e BDI-II em gestantes com DMG?”), a presente pesquisa proporciona caráter inovador a medida que outros estudos de revisão sistemática envolvendo gestantes com DMG e os três instrumentos analisados não foram encontrados na literatura internacional. Sendo assim, oportuniza a outros estudiosos que façam o uso correlacionado dos instrumentos referenciados, tanto para a população de gestantes quanto para a população normal.

Uma porcentagem significativa dos estudos encontrados foi desenvolvida por médicos e publicados em periódicos da mesma profissão. Isso pode revelar a necessidade um olhar mais atento por parte dos profissionais de Psicologia par essa população, proporcionando uma saúde emocional de qualidade. No entanto, percebe-se a necessidade de estudos de revisão comparativos possivelmente utilizando os mesmos descritores, mas em outras bases de dados a fim de constatar resultados.

Como apontamento do presente estudo, pode-se mencionar que os descritores utilizados ampliaram os dados à medida que captaram estudos relevantes internacionalmente falando. Contudo, dessa forma, podem ter sido excluídos da revisão artigos brasileiros que não possuíam descritores em inglês, o que pode ser indicado como uma limitação do presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos objetivos propostos no presente estudo, que buscou investigar durante o período gravídico questões voltadas à saúde emocional de gestantes de baixo risco, bem como em condição de DMG, é possível considerar que, no contexto internacional, conforme as bases de dados consultadas na ocasião da revisão sistemática, são poucos os estudos que utilizaram-se dos instrumentos utilizados no presente estudo simultaneamente. É possível que outros processos de avaliação simultânea tenham sido realizados, a partir de outros instrumentos e procedimentos, o que requer um aprofundamento da revisão. A compreensão da relevância de avaliação de diferentes indicadores emocionais durante a gestação apoia-se na comorbidade observada entre ansiedade, depressão e estresse. A descoberta e acompanhamento precoce pode não só melhorar a qualidade de vida da gestante como diminuir a ocorrência de depressão pós-parto.

O estudo sobre as propriedades psicométricas do instrumento denominado Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes – EDAE-A, ao indicar excelentes níveis de confiabilidade, convergência e estabilidade, disponibiliza-o como instrumento para uso com essa população, possibilitando uma triagem mais rápida e, por isso, mais tempo para atender as gestantes frente a outras demandas importantes.

Os achados semelhantes em relação aos indicadores de estados emocionais (ansiedade, estresse e depressão) de gestantes com DMG e sem DMG, indicam que, em se tratando de populações de baixo nível socioeconômico os indicadores clínicos podem persistir independente do quadro de DMG. A idade gestacional da primeira avaliação indicou níveis mais altos para saúde emocional de risco, alertando para a

necessidade de diagnóstico precoce e acompanhamento das gestantes de forma mais ampla.

REFERÊNCIAS

- Alves, D. E. (2018). *Bem-estar da gestante: avaliação de um modelo de pesquisa e intervenção da Doula*. Universidade Metodista de São Paulo.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da depression, anxiety and stress scale (DASS). *Rev Latino-Am Enfermagem*, *14*(6).
- Ávila, C. de M., Ruschel, P. P., Brites, N. B. M., Paiani, R. L., Medeiros, C. F., Pereira, E. G., Hanke, E. S., & Zielinsky, P. (2018). Rastreamento para cardiopatia: apego materno-fetal e enfrentamento em gestantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *19*(2), 255–264.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/18psd190208>
- Baptista, M. N., Souza, M. S., Gomes, J. O., Alves, G. A. da S., & Carneiro, A. M. (2012). Validade convergente e comparação de itens entre Edep e CES - D. *Psicologia: Teoria e Prática*, *14*(1), 140–152.
- Bezerra, J. C. (2017). *Modos de enfrentamento e apego materno-fetal em gestantes de alto risco: um estudo comparativo*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Bezerra, M. G. A., Carvalho, F. A. M., & Sobreira, T. T. (2001). Sentimentos das gestantes diabéticas. *Revista RENE*, *2*(1), 95–100.
- Biaggio, A. M. B., Natalício, L., & Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arq. Bras. Psiq.*, *29*(3), 31–44.
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/17827/16571>
- Björklund, U., Marsk, A., & Öhman, S. G. (2013). Does an information film about

prenatal testing in early pregnancy affect women's anxiety and worries?

Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 34(1), 9–14.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.756864>

Borges, D. A., Ferreira, F. dos R., Mariutti, M. G., & Almeida, D. A. (2011). A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. *Revista de Iniciação Científica Da Libertas*, 1(1), 85–99.

Borine, M. S. (2011). *Ansiedade, Neuroticismo e Suporte familiar: evidência de validade do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. Universidade São Francisco.

Brito, L. M. D. (2018). *Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto. Dissertação*. Universidade de São Paulo.

Brodey, B. B., Goodman, S. H., Baldasaro, R. E., Brooks-deweese, A., Wilson, M. E., Brodey, I. S. B., & Doyle, N. M. (2016). Development of the Perinatal Depression Inventory (PDI) -14 using item response theory : a comparison of the BDI-II , EPDS ,. *Arch Womens Ment Health*, 307–316.
<https://doi.org/10.1007/s00737-015-0553-9>

Carvalho, A. P. P., Tonete, V. L. P., & Parada, C. M. G. de L. (2010). Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 8.

Carvalho, L. L. de, Delgado, F. da F., & Grincenkoy, F. R. dos S. (2019). Fatores psicossociais e risco gestacional: revisão da literatura. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 20(1), 170–179.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/19psd200114>

Castanheira, E., Correia, P., & Costa, E. C. V. (2017). Relação entre morbidade sociodemográficas e clínicas, psicológica, variáveis percepção de intimidade relacional, satisfação conjugal e preocupações sentidas durante a gravidez. *Rev Port Med Geral Fam*, 33, 334–344.

Chrisostomo, K. R. (2017). *Concentrações séricas de vitamina d em gestantes de Curitiba durante o verão e o inverno*. Universidade Federal do Paraná.

Cicchetti, DV (1994). Diretrizes, critérios e regras práticas para avaliar instrumentos de avaliação normatizados e padronizados em psicologia. *Avaliação psicológica*, 6 (4), 284.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.

Correia, E., & Medina, M. da L. (2013). Cuidados de enfermagem a gestante com diabetes gestacional. In *Escola Superior de Saúde*. Universidade do Mindelo.

Costa, L. D., Cura, C. C., Perondi, A. R., França, V. F., & Bortoloti, D. S. (2016). Perfil epidemiológico de gestantes de Alto Risco. *Cogitare Enfermagem*, 21(2), 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.44192>

Cruz, M. C. S. (2014). *A enfermagem e a assistência materno-fetal na diabetes gestacional*. Universidade do Mindelo.

Dias, J. C. R., Silva, W. R., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2015). Escala de Estresse Percebido Aplicada a Estudantes Universitárias: Estudo de Validação. *Psychology, Community & Health*, 4(1), 1–13.
<https://doi.org/10.5964/pch.v4i1.90>

Dourado, V. G., & Pelloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco : o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm*, 20(1), 69–74.

Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the

role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 187–195.

<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>

Estratégias, D. de A. P. (2010). Manual Técnico Gestação de Alto Risco. In E. MS (Ed.), *Secretaria de Atenção à Saúde* (5ª).

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ferrari, S. (2018). *Câncer na gestação : avaliação de depressão , ansiedade , autoestima e vínculo materno-fetal*. Universidade de São Paulo.

Fioravanti, A. C. M. (2006). *Propriedades Psicométricas do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Fontein-Kuipers, Y., Ausems, M., Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2016). The effect of Wazzup Mama?! An antenatal intervention to prevent or reduce maternal distress in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 779–788. <http://10.0.3.239/s00737-016-06148>

Fontenelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontenelles, R. G. S. (2009). Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. *Metodologia Da Pesquisa Científica: Diretrizes Para Elaboração de Um Protocolo de Pesquisa*, 23(3), 8.

Forrest, M., & Kroth, J. A. (1971). Psychometric and physiological indices of anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 40–42.

[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197101\)27:1<40::AID-](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197101)27:1<40::AID-JCLP2270270105>3.0.CO;2-F)

[JCLP2270270105>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197101)27:1<40::AID-JCLP2270270105>3.0.CO;2-F)

Fráguas, R., Soares, S. M. de S. R., & Bronstein, M. D. (2009). Depressão e diabetes mellitus. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 36(3), 93–99.

- Galvão, T. F., & Pansani, T. de S. A. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises : A recomendação PRISMA *. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Gomes-oliveira, M. H., Gorenstein, C., Neto, F. L., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 389–394. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian journal of medical and biological research*, 29(4), 453–457
- Gorenstein, C., Wang, Y. P., & Hungerbuhler, I. (2015). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Artmed Editora.
- Guerriero, I. C. Z. (2016). Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2619-2629.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.
- Huang, J. Y., Arnold, D., Qiu, C., Miller, R. S., Williams, M. A., & Enquobahrie, D. A. (2014). Association of Serum Vitamin D with Symptoms of Depression and Anxiety in Early Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 23(7), 588–595. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4598>
- Kaipper, M. B. (2008). *Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)*

através da análise de Rasch [Universidade Federal do Rio Grande do Sul].

<https://doi.org/000675471>

Karsten, L. F., Souza, D. L., Vieira, M. R., & Silva, J. C. (2014). Influência do diagnóstico de diabetes mellitus gestacional na qualidade de vida da gestante. *Saúde e Pesquisa*, 9(1), 7–14.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870>.

Langaro, F., & Santos, A. H. (2014). Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. *Psicologia Ciência e Profissão*, 34(3), 625–642.

Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A. S. de, Melo, L. P. T. de, & Fialho, A. V. de M. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo. *Psicologia Em Estudo*, 19(1), 115–124.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372217650011>

SENTIMENTOS

Luft, C. D. B., Sanches, S. de O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606–615. <https://doi.org/S0034-89102007000400015> [pii]

Luz, B. G., Soares, L. T., Grilo, V. T. R. S., Laporte, I. C., Bino, D. B. de M., Mendonça, A. P. A. de S., & Oliveira, V. J. (2015). O perfil das gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal na policlínica de Divinópolis-MG, no biênio 2013/14. *Journal of Health & Biological Sciences*, 3(3), 137–143. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i3.177.p137-143.2015>

Maldonado, M. T. (2017). Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor. *São Paulo: Ideias e Letras*.

- Mançú, T. de S., & Almeida, O. S. C. (2016). Conhecimentos e sentimentos das gestantes diabéticas sobre a diabetes mellitus gestacional e tratamento. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10(3), 1474–1482.
<https://doi.org/10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201616>
- Marsay, C., Manderson, L., & Subramaney, U. (2014). Validation of the Whooley questions for antenatal depression and anxiety among low-income women in urban South Africa. *South African Journal of Psychiatry*, 23, 1–7.
- Medeiros, F. F., Santos, I. D. de L., Ferrari, R. A. P., Serafim, D., Maciel, S. M., & Cardelli, A. A. M. (2019). Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 213–220.
- Milech, A., Oliveira, J. E. P., & Vencio, S. (2016). Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes. In *Diabetes Mellitus Tipo 1 E Tipo2* (Vol. 5, Issue 3).
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700004>
- Miller, A. B. (2019). *To sleep or not sleep, that is the question: sleep, anxiety and depressive symptoms in pregnancy* (Issue May). University of Mississippi.
- Moameri, H., Nematollahi, S., Yaseri, M., Gharaee, H. A., & Karimi, R. (2019). *The relationship between maternal mental health during pregnancy and type of delivery in the suburbs of Bandar Abbas during 2017-2018*. 2019.
- Moreno-Rosseta, C., Arnal-Remóna, B., Antequera-Juradob, R., & Ramírez-Uclés, I. (2016). Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood Carmen. *Clínica y Salud*, 25(3), 29–35.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.001>
- Oliveira, M. A. M. de, Sousa, W. P. da S., Pimentel, J. D. de O., Santos, K. S. de L., Azevedo, G. D. de, & Maia, E. M. C. (2014). Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo.

Psicologia - Teoria e Prática, 16(3), 69–82. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p69-82>

Pais-ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão E Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 5(2), 229–239.

Paranhos, M. E., Argimon, I. I. de L., & Werlang, B. S. G. (2010). Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 383–392.

Patias, N. D., Machado, W. D. L., Bandeira, D. R., & Dell’Aglío, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*, 21(3), 459–469. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302>

Paz, N., Sanchez, S., Huaman, L., Chang, G. D., Pacora, P., Garcia, P., Ananth, C., Qiu, C., & Williams, M. (2012). Risk of Placental Abruption in Relation to Maternal Depressive, Anxiety and Stress Symptoms. *J Affect Disord*, 130(1–2), 280–284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.024>.Risk

Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B., & Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of Women’s Mental Health*, 16(5), 363–369. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0344-0>

Rezende, C. L., & Souza, J. C. (2012). Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo InFormação*, 16(16), 45–69.

Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. de A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de*

Ginecologia Obstétrica, 33(9), 252–257.

- Romagnolo, A. N., Figueiredo, D. E. A., Bacceli, M. S., Vizzotto, M. M., & Gomes, M. B. (2017). Pré-natal Psicológico: Uma revisão sistemática sobre os modelos de avaliação e intervenção psicológicas no mundo. In *Psicologia: diversos olhares* (p. 558). Editora Unitau.
- Roman, B. D. D. S. (2019). *SAÚDE MENTAL MATERNA: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES CLÍNICOS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE E DE APEGO MATERNO-FETAL*. Universidade Federal da Grande Dourados.
- Romero-González, B., Caparrós-González, R. A., Vílchez, H. S., & Peralta-Ramírez, M. I. (2018). ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? *Arán*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20960/nh.1192>
- Rondó, P. H. C., Rezende, G., Lemos, J. O., & Pereira, J. A. (2013). Maternal stress and distress and child nutritional status. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(4), 348–352. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2013.28>
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. de. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(3), 274–280. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082007000300006>
- Sanchez, S., Puente, G., Atencio, G., Qiu, C., Yanez, D., Gelaye, B., & Williams, M. (2014). Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Depressive, Anxiety and Stress Symptoms. *J Reprod Med.*, 58(0), 25–33.
- Santos, T. B. L. dos. (2018). *Tamanho de Amostra para o teste-reteste na determinação do Coeficiente De Correlação Intraclasse*. Universidade Federal de Uberlândia.

- Saviani-zeoti, F., & Petean, E. B. L. (2015). Apego materno-fetal , ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia*, 32(4), 675–684.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000400010>
- Seth, S., Lewis, A. J., Saffery, R., Lappas, M., & Galbally, M. (2015). Maternal Prenatal Mental Health and Placental 11 β -HSD2 Gene Expression: Initial Findings from the Mercy Pregnancy and Emotional Wellbeing Study. *International Journal of Molecular Sciences*, 16(11), 27482–27496.
<http://10.0.13.62/ijms161126034>
- Silva, E. A. F. e. (2013). *Vivências de um grupo de gestantes hospitalizadas após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional*. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.
- Silva, M. M. de J., Leite, E. P. R. C., Nogueira, D. A., & Clapis, M. J. (2015). Ansiedade E Depressão Na Gravidez: Caracterização De Gestantes Que Realizaram Pré-Natal Em Unidades Públicas De Saúde. *Journal Of Nursing UFPE On Line*, 9(7), 9027–9037. <https://doi.org/10.5205/reuol.8074-70954-1-SM0907supl201512>
- Soncini, N. C. V., Oliveira, C. M., Viviani, J. C., & Gorayeb, R. (2019). Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 20(1), 122–136.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/19psd200110>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., Gomes, J. C., & José, H. M. G. (2017). Análise fatorial confirmatória da depression anxiety stress scale em pessoas com doença renal crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 13–18. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0161>

- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude*, 26(3), 649–659.
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Stramrood, C. A. I., Doornbos, B., Wessel, I., Van Geenen, M., Aarnoudse, J. G., Van Den Berg, P. P., Weijmar Schultz, W. C. M., & Van Pampus, M. G. (2013). Fathers with PTSD and depression in pregnancies complicated by preterm preeclampsia or PPRM. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287(4), 653–661. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2611-0>
- Takahasi, E. H. M., Alves, M. T. S. S. de B. e, Alves, G. S., Silva, A. A. M., Batista, R. F. L., Simões, V. M. F., Del-ben, C. M., & Barbieri, M. A. (2013). Saúde mental e inatividade física durante a gestação: estudo transversal aninhado no estudo de coorte BRISA. *Caderno Saúde Pública*, 29(8), 1583–1594. <https://doi.org//dx.doi.org/10.1590/0102-311X00115112>
- Trombetta, J. B., Traebert, J., & Nunes, R. D. (2018). *FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES DE ALTO RISCO*.
- Versiani, C. C., & Fernandes, L. L. (2012). Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, 1(1), 68–78.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression , anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104–109.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Wilhelm, L. A. (2014). *Mulheres em gestação de alto risco: sentimentos, práticas de cuidado e superação das dificuldades enfrentadas*. Universidade Federal de

Santa Maria.

- Wilhelm, L. A., Alves, C. N., Demori, C. C., Silva, S. C., Meincke, S. M. K., & Ressel, L. B. (2015). Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *14*(3), 284–293.
- Wong, M. L., Anderson, J., Knorr, T., Joseph, J. W., & Sanchez, L. D. (2018). Grit, anxiety, and stress in emergency physicians. *American Journal of Emergency Medicine*, *36*(6), 1036–1039. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.02.021>
- Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P., & Koller, S. H. (2014). Qualidade Metodológica das Revisões Sistemáticas em Periódicos de Psicologia Brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *30*(1), 97–104. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100012>
- Zuccolotto, D. C. C., Crivellenti, L. C., Franco, L. J., & Sarotelli, D. S. (2019). Padrões alimentares de gestantes , excesso de peso materno e diabetes gestacional. *Revista de Saúde Pública*, *53*(52), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000909>
- Zugaib, M., Tedesco, J. J. A., & Quayle J. (1997). *Obstetrícia Psicossomática* (Cap. 9, pp. 85-94). São Paulo: Editora Atheneu.

ANEXOS

Anexo 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFGD - UNIVERSIDADE
FEDERAL DA GRANDE
DOURADOS / UFGD-MS

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Pré-natal psicológico

Pesquisador: Luciana

Leonetti Correia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79879517.8.0000.5160

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD-MS

Patrocinador Principal: Fundação Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD-MS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.421.197

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto bem elaborado e justificado em sua importância. Aparentemente (ainda que conste no registro em análise como primeira versão/submissão) trata-se de um projeto re-submetido em razão das documentações apresentadas (que indicam apontamentos anteriores da CEP sobre os documentos analisados. No mérito, o projeto apreciado tem por objetivo principal investigar as associações entre os fatores de risco e possíveis desfechos em termos de saúde mental materna no ciclo gravídico puerperal. A proposta é utilizar protocolos com objetivos específicos para identificação dos fatores de risco na gestação, parto e puerpério, para caracterização sociodemográfica da amostra, escala de avaliação de estresse e para avaliação de sinais e sintomas de ansiedade e depressão. Como metodologia para coleta de dados a pesquisadora usará de instrumentos (escalas) para avaliação das estratégias e modos de enfrentamento de problemas, avaliar ansiedade traço-estado, Depressão Pós-natal de Edimburgo, para avaliar sinais de depressão pós-parto e Escala de Apego Materno-fetal, para avaliação do apego materno-fetal em gestantes.

Endereço: Rua Melvin Jones, 940

Bairro: Jardim América

CEP: 79.805-010

UF: MS

Município: DOURADOS



Mediante a altos níveis de indicadores de estresse, ansiedade e depressão materna em qualquer uma das etapas de avaliação, a gestante será encaminhada para um serviço de apoio psicológico, individual ou em grupo. Dessa forma, por meio da pesquisa, pretende-se contribuir para promoção à saúde mental materna.

Objetivo da Pesquisa:

Além de contribuir para a promoção da saúde mental materna a pesquisa objetiva, de forma destacada: a) identificar os fatores de riscos fisiológicos na gravidez, parto e puerpério; b) identificar os indicadores emocionais de estresse, ansiedade, depressão; c) identificar indicadores de apego materno-fetal em gestantes; d) identificar o enfrentamento envolvido nas condições de vulnerabilidade; e) identificação de indicadores de depressão pré-natal no seguimento da saúde mental materna durante o ciclo gravídico- puerperal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão devidamente indicados, demonstrando um grau baixo de risco, que envolve apenas algum desconforto físico por conta da posição para preenchimento do questionário e possível desconforto emocional por alguma pergunta do questionário ser mais invasiva. Os benefícios estão descritos, sendo estes diretos e indiretos, podendo diretamente beneficiar os entrevistados para que reflitam sobre sua realidade e práticas, e indiretamente contribuindo para a pesquisa na área e para a promoção/desenvolvimento da saúde dos indivíduos que se encontrem na situação analisada na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa importante e interessante, devidamente fundamentada e justificada em seu projeto base e documentos anexos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo está adequado e apresenta todos os elementos exigidos para um documento dessa natureza, se atentando apenas para o fato que a pesquisadora não apresenta seu contato pessoal (e-mail, por exemplo) indicando apenas o telefone e e-mail do CEP/UFGD, sendo solicitado, portanto, que a pesquisadora inclua também algum contato pessoal (e-mail) para esclarecimentos diretos sobre a pesquisa, visto que o CEP poderia não ter dados suficientes para esclarecer o usuário.



UFGD - UNIVERSIDADE
FEDERAL DA GRANDE
DOURADOS / UFGD-MS



Continuação do Parecer: 2421.197

Bairro: Jardim América

CEP: 79.800-010

UF: MS

Município: DOURADOS

Telefone: (67)3433-2853

E-mail: cep@ufgd.edu.br

Recomendações:

Com elogios ao projeto produzido, recomenda-se que a pesquisadora também inclua seu e-mail de contato no TCLE além dos dados já presentes do CEP/UFGD dando maior transparência e segurança para o usuário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Como se trata de um elemento formal de fácil resolução e notando o empenho da pesquisadora em atender as demandas já anteriormente apontadas pelo CEP, corrigindo e esclarecendo devidamente, conclui-se pela aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1002818.pdf	09/11/2017 15:24:37		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	resposta_cep_2.doc	09/11/2017 15:21:53	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	09/11/2017 15:18:35	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	demonstrativo_infraestrutura.pdf	09/11/2017 15:16:52	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso.pdf	09/11/2017 15:10:44	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/11/2017 15:09:36	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Orçamento	orcamento_pdf.pdf	09/11/2017 15:09:02	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Outros	resposta_CEP.pdf	02/11/2017 13:35:52	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Outros	Resolucao_288_FCH.pdf	02/11/2017 12:54:36	Luciana Leonetti Correia	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_doc.pdf	27/09/2017 17:16:29	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pdf.pdf	27/09/2017 17:09:18	Luciana Leonetti Correia	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/09/2017 17:04:33	Luciana Leonetti Correia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Anexo 2

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (EEP)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas: 0= nunca 1= quase nunca 2= às vezes 3= quase sempre 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervosa e “estressada”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

Anexo 3

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EDAE-G)

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas.

0 Não aconteceu comigo nessa semana

1 Aconteceu comigo algumas vezes na semana

2 Aconteceu comigo em boa parte da semana

3 Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

1	Eu tive dificuldade para me acalmar	0	1	2	3
2	Eu percebi que estava com a boca seca	0	1	2	3
3	Eu não conseguia ter sentimentos positivos	0	1	2	3
4	Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	0	1	2	3
5	Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Em geral, tive reações exageradas às situações	0	1	2	3
7	Tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8	Eu senti que estava bastante nervosa	0	1	2	3
9	Eu fiquei preocupada com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de boba	0	1	2	3
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	0	1	2	3
11	Notei que estava ficando agitada	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Eu me senti abatida e triste	0	1	2	3
14	Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo	0	1	2	3
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me empolgar com nada	0	1	2	3
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Eu senti que eu estava muito irritada	0	1	2	3
19	Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)	0	1	2	3
20	Eu me senti assustada sem ter motivo	0	1	2	3
21	Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Fonte: Adaptada de Patias, Machado, Bandeira, & Dell'Aglio, D. D. (2016).

Apêndices

Apêndice A

PROCOLO DE REGISTRO DE DADOS GERAIS

1. Data: ___/___/___ N° _____
2. Nome Completo: _____
3. Data de nascimento: ___/___/___ 4. Idade: _____
5. Telefone (s) para contato: () _____ - _____ () _____ - _____
6. Endereço: _____ 7. Bairro: _____
8. Cidade: _____
9. CEP: _____ - _____ 10. Unidade de Saúde: _____
11. Escolaridade: (1) Analfabeto (5) Ensino Médio Incompleto
 (2) Ensino Fundamental Incompleto (6) Ensino Superior Incompleto
 (3) Ensino Fundamental Completo (7) Ensino Superior Completo
 (4) Ensino Médio Completo 12.
- Escolaridade: _____ anos
13. Estado Civil: (1) Casada/ União estável (2) Solteira (3) Divorciada (4) Viúva
14. O companheiro atual é o pai do bebê: (1) Sim (2) Não
15. Há quanto tempo vive com esse companheiro? _____
16. Nome: _____ 17. Idade: ___ anos.
18. Companheiro trabalha? (1) Sim (2) Não 19. Se sim, em quê? _____ -
20. Companheiro acompanha nas consultas pré-natais? (1) Sim (2) Não 21. Com que frequência: _____
22. Primeira Gestação? (1) Sim (2) Não 23. Se não, quantas gestações contando com abortos? _____
24. Gravidez Planejada? (1) Sim (2) Não
25. Gravidez de risco? (1) Sim (2) Não 26. Se sim, qual? (1) Diabetes
 (2) Outros. Qual (is)? _____
27. Período Gestacional: (1) 2° trim. (13 a 26 sem.) (2) 3° trim. (27 a 40 sem.)
28. N° de semanas IG: _____ 29. Tem outros filhos? (1) Sim (2) Não 30. Se sim, quantos? _____
31. Teve alguma gravidez de risco anteriormente? (1) Sim (2) Não 32. Se sim, qual o risco? _____
33. Possui algum problema de saúde anterior não relacionado a gestação? (1) Sim (2) Não 34. Se sim, qual? _____
35. Trabalha? (1) Sim (2) Não 36. Se sim, em quê? _____ 37. Há quanto tempo trabalha com isso? _____
38. Religião? (1) Sim (2) Não 39. Qual? _____
40. Nessa Gravidez, alguém tem lhe ajudado na rotina de casa, com os filhos e outras atribuições? (1) Sim (2) Não
41. Se sim, quem? (1) Companheiro (2) Familiares (3) Vizinha(o) (4) Outros. Quem? _____
42. Apoio Financeiro: _____ 43. Apoio
- Emocional:
- (1) Não recebe apoio (1) Não recebe apoio
- (2) Sim (bolsa e pensão Saúde (2) Unidade de Saúde
- (3) Pensão alimentícia particular (3) Atendimento profissional
- (4) Outro. Qual? _____ (4) Conversas com familiares e amigos
- (5) Outro. Qual? _____

45. Quanto a sua cor ou raça, você se considera:
(1) Branca (2) Parda (3) Preta

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada: “Vitamina “D” e indicadores emocionais: correlação em mulheres que apresentam Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)”. A presente pesquisa é conduzida pela acadêmica Stefanny Aparecida Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFGD e integra um conjunto de pesquisas desenvolvidas junto ao **Projeto Pré-Natal Psicológico** – coordenado pela Profa. Luciana Leonetti Correia, co-orientadora da presente pesquisa.

O objetivo desse estudo é investigar as associações entre os indicadores emocionais de saúde (ansiedade, estresse e depressão) e a hipovitaminose D em mulheres que apresentam ou não DMG. Para tanto, serão empregados os instrumentos: Protocolo de registro de dados gerais, a fim de caracterizar condições sociodemográficas; Inventário de Ansiedade traço-estado – IDATE, para ansiedade; o Inventário de Depressão de Beck – BDI, para depressão; Escala de Estresse Percebido – EEP, para estresse e Escalas DASS-1, utilizada para avaliação de todos os indicadores mencionados concomitantemente. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder os questionários citados.

Em relação aos riscos envolvidos a esta pesquisa podemos citar a ocorrência de uma possível fadiga ao responder os questionários, com aproximadamente 25 minutos de duração, e talvez certo desconforto ao responder perguntas pessoais e relacionadas seu emocional. Para tanto, você terá direito ao acompanhamento psicológico sem custos. Além disso sua participação na presente pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento sem possíveis prejuízos de custo ou na relação com a pesquisadora. A pesquisadora também poderá interromper a pesquisa caso note sinais de desconforto por parte da participante ao responder os questionários.

As informações obtidas através da presente pesquisa são confidenciais, sendo garantidas sua privacidade e sigilo em relação a participação. Dessa forma, os dados que forem divulgados não permitirão sua identificação. A participação na pesquisa não envolve qualquer custo para a participante, bem como nenhum pagamento para a mesma. **A pesquisadora assume eventuais riscos, responsabilizando-se pela indenização e/ou ressarcimento de qualquer dano originado pela presente pesquisa.**

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o contato do pesquisador, podendo esclarecer dúvidas sobre sua participação e a pesquisa, a qualquer momento. Além disso, indicamos a leitura da Resolução 466/2012 do CNS, disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Declaro que compreendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Dourados, ____ de _____ de 20__.

Stefanny Silva – Mestranda – Pesquisadora Principal
(67) 98171-1791/ stefannysilva@hotmail.com

Assinatura da participante

Profª Drª Veronica Aparecida Pereira – veronicapereira@ufgd.edu.br
Orientadora