

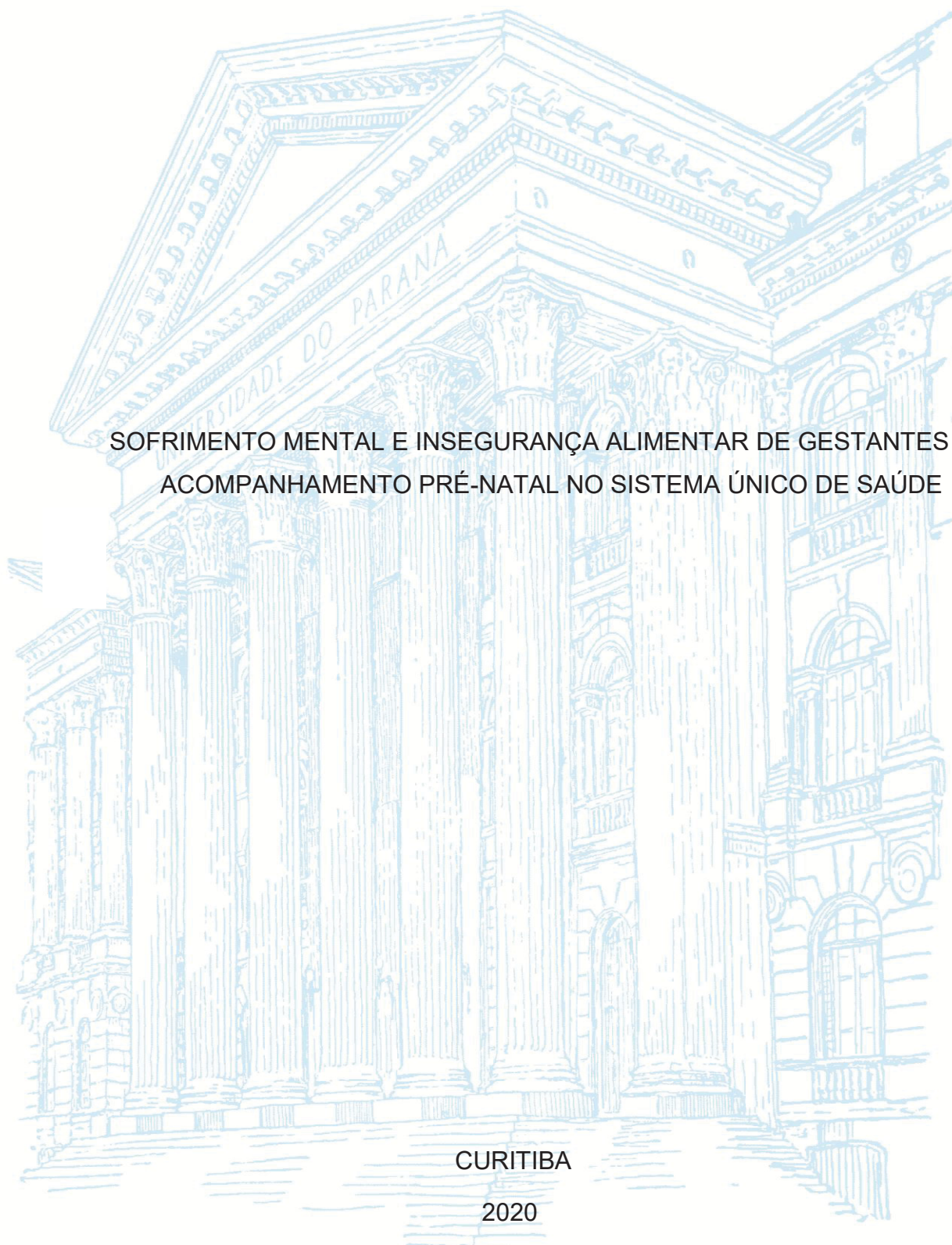
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BETINA HARMEL

SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR DE GESTANTES EM
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CURITIBA

2020



BETINA HARMEL

SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR DE GESTANTES EM
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Doroteia Aparecida Höfelmann

CURITIBA

2020

H287 Harmel, Betina

Sofrimento mental e insegurança alimentar de gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Betina Harmel. – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Doroteia Aparecida Höfelmann

1. Gravidez. 2. Segurança alimentar e nutricional. 3. Saúde Mental. 4. Estudos transversais. I. Höfelmann, Doroteia Aparecida. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLM: WQ 200

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **BETINA HARMEL** intitulada: **Sofrimento mental e insegurança alimentar de gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde**, sob orientação da Profa. Dra. DOROTÉIA APARECIDA HOFELMANN, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 24 de Setembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

24/09/2020 13:44:16.0

DOROTÉIA APARECIDA HOFELMANN

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/09/2020 15:53:07.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

24/09/2020 14:17:31.0

DENISE SIQUEIRA DE CARVALHO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por abençoar minha vida com saúde e força para enfrentar todos os obstáculos.

Aos meus pais, Margareth e Cláudio, pelo apoio inestimável, amor, força, compreensão e zelo. Por terem sempre me ensinado a importância da educação e da disciplina.

À minha irmã, Débora, pelas palavras de coragem e otimismo, por todo carinho e atenção, e estar sempre disposta a me ajudar.

À minha orientadora, Professora Doroteia Aparecida Höfelmann, por todos os ensinamentos transmitidos de uma forma tão delicada e respeitosa. Pela paciência em responder meus questionamentos, e por sua dedicação, confiança, generosidade e compreensão em todos os momentos.

Às professoras, Denise Siqueira de Carvalho e Sabrina Stefanello, pelas gentis palavras e contribuições na qualificação, essenciais para alcançar os objetivos deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, corpo docente e administrativo, pelo conhecimento e apoio.

Ao grupo de pesquisa, pela coleta de dados e demais atividades pertinentes ao projeto.

Às gestantes entrevistadas, por cederem seu tempo e compartilharem momentos de suas vidas.

À CAPES/Ministério da Educação - Código de Financiamento 001, pelas bolsas de Programa de Iniciação Científica e Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da UFPR.

A todos que de alguma forma estiveram comigo durante esta etapa, torceram por mim e contribuíram para a realização deste trabalho, minha eterna gratidão.

RESUMO

O sofrimento mental pode estar relacionado à insegurança alimentar (IA) principalmente em grupos populacionais vulneráveis, como gestantes. Esses agravos podem trazer consequências para a saúde da mulher e da criança, principalmente aquelas com condições socioeconômicas desfavoráveis. O objetivo foi estimar a prevalência de sofrimento mental e investigar associação com IA, características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, obstétricas e condição de saúde em gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) de Colombo – Paraná. Trata-se de um estudo transversal analítico, com coleta de dados entre fevereiro de 2018 a setembro de 2019, por meio de entrevistas com questionário. A prevalência de sofrimento mental foi investigada por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), e a IA por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Modelos de regressão de Poisson robusta permitiram estimar razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Dentre as gestantes convidadas, 605 aceitaram participar da pesquisa e responderam ao questionário. A prevalência de sofrimento mental foi de 47,9% (IC95% 44,0;51,9). Após análise ajustada, foram associadas ao desfecho: viver sem companheiro (RP 1,27; IC95% 1,06;1,52), ter até 7 anos de escolaridade (RP 1,30; IC95% 1,04;1,63), realizar atividade física moderada ou intensa (RP 1,47; IC95% 1,02;2,12), consumir bebida alcoólica nos últimos 12 meses (RP 1,29; IC95% 1,08;1,54), estar na terceira gestação (RP 1,33; IC95% 1,06;1,67), no último trimestre da gestação (RP 1,43; IC95% 1,06;1,94) e presença de sintoma comum à gestação (RP 1,56; IC95% 1,15;2,11). A prevalência de IA leve nas gestantes foi de 38,2% (IC95% 34,1;42,5) e 6,4% (IC95% 4,6;8,9%) com IA moderada/grave. A prevalência de sofrimento mental foi maior para aquelas com IA leve (RP 1,34 (IC95% 1,12;1,61) e moderada/grave (RP 1,70; IC95% 1,33;2,19). Individualmente, a variável que mais modificou a associação do desfecho e IA leve foi a renda (-4,48%), e para IA moderada/grave, a escolaridade (-7,60%). A diferença da RP no modelo ajustado para o final foi de 10,5% para IA leve (RP 1,20; IC95% 1,00;1,45), e 15,9% para IA moderada/grave (RP 1,43; IC95% 1,12;1,83). Para IA leve e moderada/grave a maior redução ocorreu com variáveis socioeconômicas 4,5% (RP 1,27; IC95% 1,05;1,53) e 8,0% (RP 1,50; IC95% 1,17;1,93), respectivamente. Conclui-se que a prevalência de sofrimento mental e de IA foi considerada alta entre as gestantes, principalmente naquelas com condições socioeconômicas piores, o que destaca a relevância das duas condições no período gestacional. Ações intersetoriais e abordagens integrais à saúde da mulher na gestação são fundamentais considerando o impacto das desigualdades sociais sobre os agravos.

Palavras-chave: Gravidez. Saúde Mental. Segurança Alimentar e Nutricional. Estudos Transversais.

ABSTRACT

Mental suffering can be related to food insecurity (FI) mainly in vulnerable population groups, such as pregnant women. These conditions can have consequences for the health of women and children, especially those with unfavorable socioeconomic conditions. The objective was to estimate the prevalence of mental suffering and investigate the association with FI, demographic, socioeconomic, behavioral, obstetric characteristics and health status in pregnant women undergoing prenatal care in the Unified Health System (SUS) from Colombo - Paraná. This is a cross-sectional analytical study, with data gathering between February 2018 to September 2019, through questionnaire interviews. The prevalence of mental suffering was investigated using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), and FI through the Brazilian Food Insecurity Scale. Robust Poisson regression models made it possible to estimate prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals (95%CI). Among the pregnant women invited, 605 agreed to participate in the research and answered the questionnaire. The prevalence of mental suffering was 47.9% (95%CI 44.0; 51.9). After adjusted analysis, the following was associated with the outcome: living without a partner (PR 1.27; 95%CI 1.06; 1.52), having up to 7 years of schooling (PR 1.30; 95%CI 1.04; 1.63), performing moderate or intense physical activity (PR 1.47; 95%CI 1.02; 2.12), consuming alcohol in the last 12 months (PR 1.29; 95%CI 1.08; 1.54), being in the third pregnancy (PR 1.33; 95%CI 1.06; 1.67), in the last trimester of pregnancy (PR 1.43; 95%CI 1.06; 1.94) and the presence of a common pregnancy symptom (PR 1.56; 95%CI 1.15; 2.11). The prevalence of mild FI in pregnant women was 38.2% (95%CI 34.1;42.5) and 6.4% (95%CI 4.6;8.9%) with moderate/severe FI. The prevalence of mental suffering was higher for those with FI mild (PR 1.34 (95% CI 1.12; 1.61) and moderate/severe (PR 1.70; 95% CI 1.33; 2.19). Individually, the variable that most modified the association of the outcome and mild FI was income (-4.48%), and for moderate/severe FI, the schooling (-7.60%). The PR difference in the model adjusted for the final was 10.5% for mild FI (PR 1.20; 95% CI 1.00; 1.45), and 15.9% for moderate/severe FI (PR 1.43; 95% CI 1.12;1,83). For mild and moderate/severe FI the greatest reduction occurred with socioeconomic variables 4.5% (PR 1.27; 95% CI 1.05; 1.53) and 8.0% (PR 1.50; 95% CI 1.17; 1.93), respectively. It is concluded that the prevalence of mental suffering and FI was considered high among pregnant women, especially in those with worse socioeconomic conditions, which highlights the relevance of both conditions in the gestational period. Intersectoral actions and comprehensive approaches to women's health during pregnancy are fundamental considering the impact of social inequalities on health problems.

Keywords: Pregnancy. Mental Health. Food and Nutrition Security. Cross-Sectional Studies.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1 – SOFRIMENTO MENTAL E CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS, OBSTÉTRICAS E CONDIÇÃO DE SAÚDE EM GESTANTES

FIGURA 1 - MODELO HIERÁRQUICO DE ANÁLISE MULTIVARIÁVEL DA ASSOCIAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO MENTAL E VARIÁVEIS EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019..... 52

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO 2: SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR NA GESTAÇÃO

GRÁFICO 1 – ASSOCIAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR LEVE EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513)..... 75

GRÁFICO 2 – ASSOCIAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR MODERADA/GRAVE APÓS AJUSTES PARA VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513)..... 76

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS - ARTIGO 1.....	40
QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS - ARTIGO 2.....	41

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1: SOFRIMENTO MENTAL E CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS, OBSTÉTRICAS E CONDIÇÃO DE SAÚDE EM GESTANTES

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, OBSTÉTRICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE NA GESTAÇÃO E SOFRIMENTO MENTAL EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=605).....54

TABELA 2 - PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, OBSTÉTRICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019. (N=605).....57

ARTIGO 2: SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR NA GESTAÇÃO

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513).....70

TABELA 2 - PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513).....72

TABELA 3 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR E PORCENTAGEM DE MUDANÇA EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513).....74

LISTA DE SIGLAS

AIC	- Akaike
BIC	- Bayesiano
CES-D	- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
CID-11	- Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão
DSM-V	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> – 5ª edição
EBIA	- Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
IA	- Insegurança Alimentar
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de Confiança
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IPAQ	- <i>International Physical Activity Questionnaire</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIB	- Produto Interno Bruto
PNAD	- Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PR	- Paraná
QAFG	- Questionário de Atividade Física para Gestantes
RP	- Razão de Prevalência
SRQ 20	- <i>Self Reporting Questionnaire</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TALE	- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	- Transtornos Mentais Comuns
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UBS	- Unidade Básica de Saúde
US	- Unidade de Saúde
VIF	- <i>Variance Inflation Factor</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	17
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 Objetivo Geral	20
1.2.2 Objetivos Específicos	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 SOFRIMENTO MENTAL	21
2.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR.....	25
2.3 SAÚDE MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR	28
2.4 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	32
2.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL	33
3 MÉTODOS	35
3.1 DESENHO DO ESTUDO	35
3.2 CONTEXTO	35
3.3 PARTICIPANTES	36
3.3.1 Critérios elegibilidade e exclusão	36
3.3.2 Seleção das participantes	36
3.4 FONTES DE DADOS/ MENSURAÇÃO.....	37
3.4.1 Coleta de dados	37
3.4.2 Treinamento dos entrevistadores	37
3.4.3 Instrumento de coleta de dados	37
3.5 VARIÁVEIS	38
3.5.1 Sofrimento Mental	38
3.5.2 Insegurança Alimentar.....	38
3.5.3 Características demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde, características obstétricas e condição de saúde	39

3.6	TAMANHO DO ESTUDO	42
3.7	CONTROLE DE QUALIDADE	42
3.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA	43
3.9	DEVOLUTIVAS AS PARTICIPANTES E AO MUNICÍPIO	43
3.10	APOIO FINANCEIRO	44
3.11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1	ARTIGO 1 - SOFRIMENTO MENTAL E CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS, OBSTÉTRICAS E CONDIÇÃO DE SAÚDE EM GESTANTES.....	46
	RESUMO.....	46
	ABSTRACT	47
	INTRODUÇÃO	48
	MÉTODOS	49
	RESULTADOS	53
	DISCUSSÃO	58
	CONCLUSÃO.....	61
	REFERÊNCIAS.....	62
4.2	ARTIGO 2 - SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR NA GESTAÇÃO	65
	RESUMO.....	65
	INTRODUÇÃO	66
	MÉTODOS	67
	RESULTADOS	69
	DISCUSSÃO	76
	REFERÊNCIAS.....	80
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	85

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO	94
APÊNDICE 2 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	107

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de Mestrado foi elaborada de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná.

O sofrimento mental e a insegurança alimentar são as principais temáticas a serem discutidas nesta Dissertação. Eles são considerados desfechos importantes e interligados, e que estão associados à piora da qualidade de vida da população. A gestação é considerada um período sensível, com potencial impacto nas condições de vida e saúde futuras da mulher e da criança. O impacto do sofrimento mental e da insegurança alimentar são mais sentidos pelas mulheres em condições de vulnerabilidade social, e representam consequências das desigualdades sociais na saúde.

O *Self Reporting Questionnaire* foi o instrumento empregado na presente pesquisa para identificar sofrimento mental. Este instrumento tem sido empregado em muitos estudos, e denominado de transtornos mentais comuns (TMC), conforme definição proposta por Goldberg e Huxley (1992), e se aproximam dos sintomas presentes nas questões do *Self Reporting Questionnaire*. Ainda que persistam as questões referentes à medicalização, é importante ressaltar que sofrimento mental ou TMC não devem ser tratados ou medicalizados da mesma forma que os transtornos psiquiátricos, assim se evita uma abordagem medicamentosa de um sofrimento mental por vezes não grave. Desta forma, ao longo da dissertação, optou-se pela utilização do termo sofrimento mental, para evitar remeter a um distúrbio, medicamente classificável, e passível de medicação. Contudo, ao descrever e apresentar resultados de outros estudos, optou-se por empregar os termos conforme os autores fizeram nas publicações.

O capítulo de Resultados e Discussão foi apresentado no formato de dois artigos. O primeiro, intitulado “Sofrimento mental e características demográficas, comportamentais, obstétricas e condição de saúde em gestantes”, foi submetido a periódico igual ou acima de classificação QUALIS CAPES B3, conforme Regimento do Programa. E o segundo artigo, intitulado “Sofrimento mental e insegurança alimentar na gestação” será submetido posteriormente.

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional e o nascimento de um filho são eventos marcados por expressivas mudanças na vida da mulher, como as alterações corporais, as incertezas sobre o parto, a vivência da maternidade, além de preocupações financeiras e ajustes na rotina da família. (ALVARENGA et al., 2018). A intensidade dessas mudanças depende de alguns fatores que envolvem questões sociais, conjugais, culturais, familiares e individuais. (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; BORBA et al., 2012).

Devido estas mudanças, aumenta o risco de desenvolver sintomas como insônia, irritabilidade, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração, e queixas somáticas inespecíficas que podem ser definidos como sofrimento mental, ou denominado por alguns autores de Transtornos Mentais Comuns (TMC). (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; JEBENA et al., 2015). O termo TMC foi um conceito proposto por Goldberg e Huxley (1992) e não preenche os critérios formais para os diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª edição*) e CID-11 (*Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão*). (SANTOS et al., 2019).

Estudos apontam um consenso na literatura para os fatores que mais contribuem para o desencadeamento de sofrimento mental, como baixa renda, menor escolaridade, ser mulher, não ter companheiro e maior número de filhos. (GOMES; MIGUEL; MIASSO, 2013; LUCCHESI et al., 2017; SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018; GUIMARÃES et al., 2019; FURTADO et al., 2019).

Por essa razão, é essencial investigar os fatores econômicos, comportamentais, sociais e culturais que estão associados ao sofrimento mental, para a criação de políticas públicas que assegurem a saúde integral à gestante. A Insegurança Alimentar (IA) é considerada um determinante que pode elevar o sofrimento mental. (JEBENA et al., 2015).

A IA é uma grave expressão da desigualdade social, que compreende desde a preocupação quanto à falta de dinheiro para fazer a compra dos alimentos ao final do mês, mudanças qualitativas e quantitativas na alimentação, falta de uma dieta saudável devido à pouca variedade alimentar e até a fome, situações que contribuem para o desencadeamento de problemas de cunho mental. (SEGALL-CORRÊA, 2007; LUND et al., 2010; BEZERRA; OLINDA; PEDRAZA, 2017).

Dados internacionais apontam que em 2019, 9,7% da população mundial - perto de 750 milhões de pessoas - estiveram expostas a níveis graves de IA e 16% da população mundial, ou seja, quase 1,25 bilhão de pessoas esteve em situação de IA moderada. (FAO, 2020).

A IA em gestantes pode causar sentimentos como desespero, vergonha, menor envolvimento social, aumento da angústia, ansiedade, deficiências nutricionais, sentimentos depressivos. A gravidez pode ser um período de vulnerabilidade para as mulheres, pois geralmente há redução da renda, enquanto as necessidades de saúde tanto própria como dos filhos aumentam. (ABRAHAMS et al., 2018). A renda insuficiente pode levar as famílias a condições desfavoráveis de aquisição de alimentos, e refletir na preocupação dos chefes do domicílio quanto ao acesso, qualidade e quantidade de alimentos, e conseqüentemente na maior prevalência de IA moderada e grave nestes domicílios, principalmente naqueles chefiados por mulheres. (FACCHINI et al., 2014; SABÓIA; SANTOS, 2015).

Em estudo que investigou as mudanças na saúde e bem-estar durante crises políticas e econômicas, constatou-se que a desigualdade social afetou negativamente a saúde em si, muitas vezes colocando em risco as condições psicológicas e os fatores comportamentais. Isso reforça que as políticas públicas deveriam ter uma atenção especial na melhoria de questões como acesso aos alimentos, sistemas de educação, saúde, ambiente comunitário e apoio social. (SOUSA et al., 2019).

O município de Colombo fica na região metropolitana de Curitiba, capital do estado do Paraná (PR), localizado na região Sul do Brasil. Comparada à capital do estado, Curitiba, verifica-se que apesar de serem cidades limítrofes, têm características socioeconômicas distintas. Enquanto o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 em Colombo era de 0,733, em Curitiba era 0,823. Em 2016 o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,4 salários mínimos em Colombo e Curitiba de 3,9. (IPARDES, 2019). Ainda, Colombo caracteriza-se como cidade dormitório, caracterizadas como áreas residenciais com elevada quantidade de pessoas que realizam atividades cotidianas, como emprego, estudos e lazer em outra cidade, geralmente na sede metropolitana, dando origem aos fluxos de deslocamento. (OJIMA et al., 2010; INOUE et al., 2015). Em estudo realizado com 316 gestantes que realizavam pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) em Colombo em 2016, a prevalência de IA foi de 45,1%, e foi maior naquelas que

tenham menor renda, menor escolaridade, que não exerciam trabalho remunerado e com maior número de gestações. (FERNANDES et al., 2018).

Os primeiros mil dias de vida compreendem o período que vai desde a concepção até o final do segundo ano de vida, considerado um espaço de tempo ideal para ações e intervenções que tragam a garantia de uma boa nutrição e desenvolvimento adequado para a criança, e terá repercussão por todo o ciclo da vida. Com isso inúmeros benefícios de condições de vida adequadas neste período são esperados como a diminuição das taxas de morbidade e mortalidade na infância, melhor desenvolvimento motor e cognitivo, elevação na capacidade de trabalho, diminuição de obesidade e doenças crônico-degenerativas, incremento do aprendizado e desempenho social. (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015). Situações de sofrimento mental na gestação têm sido associadas ao cuidado inadequado durante o pré-natal, baixo peso ao nascer e parto prematuro. (MANJREKAR; PATIL, 2018).

Poucos estudos têm examinado a associação entre o sofrimento mental e a IA em gestantes. (HROMI-FIEDLER et al., 2011). A escassez de estudos no Brasil sobre a questão da vulnerabilidade à IA entre famílias com gestantes reforça a importância de estudos futuros que venham monitorar e avaliar as políticas públicas e ações que garantam a segurança alimentar a esse grupo populacional e visem o combate à IA. (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017).

Diante desta situação, percebe-se a relevância desta pesquisa, visto a escassez de estudos brasileiros que investiguem a situação de IA e prevalência de sofrimento mental em gestantes, e a associação com características demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde, características obstétricas e condição de saúde na gestação.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência de sofrimento mental e investigar associação com insegurança alimentar, características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, obstétricas e condição de saúde em gestantes em acompanhamento pré-natal no SUS de Colombo – PR.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de sofrimento mental e identificar sua associação com características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, obstétricas e condição de saúde em gestantes.
- Investigar a associação entre sofrimento mental e IA, e como variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde e características obstétricas interferem nesta associação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SOFRIMENTO MENTAL

Sofrimento mental pode ser definido como um conjunto de sintomas caracterizados por fadiga, irritabilidade, insônia, esquecimento, sensação de inutilidade, dificuldade de concentração e queixas somáticas inespecíficas. Em alguns momentos, esse conjunto de sintomas é definido como TMC, descritos desta forma pela primeira vez por Goldberg e Huxley (1992) e não preenchem os critérios formais suficientes para diagnóstico de depressão ou ansiedade pelas classificações do DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª edição*) e CID-11 (*Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão*). (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016; SANTOS et al., 2019).

Indivíduos que apresentam esses sintomas não necessariamente são portadores de transtornos classificáveis nos manuais psiquiátricos, estão em sofrimento, e demandam cuidados e atendimento com metodologias de acolhimento e escuta por parte dos profissionais de saúde. A prescrição indiscriminada de medicamentos, principalmente benzodiazepínicos, que por vezes causam dependência e prejuízos, traz a tona o quão grave é medicalizar problemas mais amplos e ocultar os fatores coletivos que estão envolvidos. (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008). São necessárias mudanças nos tratamentos, sem que a prática seja centrada na doença, na assistência curativa ou na intervenção medicamentosa, mas em intervenções que ampliem as relações sociais de quem apresenta sofrimento mental. (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

Estudos realizados com diferentes grupos populacionais apontam que ser mulher, ter baixa renda, menor escolaridade, viver sem companheiro e ser tabagista são alguns dos fatores associados aos TMC. (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; MARAGNO et al., 2006; MORAES et al., 2017; SANTOS et al., 2019; GUIMARÃES et al., 2019).

Maior prevalência de TMC tem sido observada em mulheres do que em homens. (MARAGNO et al., 2006; MORAES et al., 2017; SANTOS et al., 2019). Os múltiplos papéis desenvolvidos pelas mulheres geram estresse devido à sobrecarga em atividades relacionadas ao cuidado de crianças, familiares doentes, administração da casa e dos problemas familiares. (GONÇALVES; KAPCZINSKI,

2008; MALHOTRA; SHAH, 2015; NUNES et al., 2016).

Grupos com condições socioeconômicas desfavoráveis possuem prevalência de TMC mais elevada. Esta associação pode ser explicada pela exposição a eventos adversos ao longo da vida, exclusão social, estresse elevado, mudanças repentinas na renda, acesso inadequado aos cuidados de saúde e desnutrição. Por outro lado, indivíduos com TMC podem ter produtividade reduzida, que acarreta em renda mais baixa, menos oportunidades, e conseqüentemente abandono dos estudos, aumento de gastos com saúde e perda do emprego. (LUND et al., 2010). Durante a gravidez a gestante pode apresentar dúvidas quanto ao seu próprio sustento, a ansiedade ocasionada pela incerteza perante as questões econômicas relacionadas ao filho, pode aumentar os níveis de estresse e conseqüentemente o sofrimento mental. (ALMEIDA et al., 2012; SILVA; CAVALCANTE NETO, 2015).

A relação entre saúde mental e vulnerabilidade social é complexa. Ao refletir sobre essa associação, o discurso que relaciona “loucura” a “pobreza”, muitas vezes ainda difundido pela população em geral, e também por profissionais da saúde, deve ser evitado, pois reforça o preconceito com a população menos favorecida, que estaria condenada a uma situação imutável. (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014). A pobreza reflete em condições de sofrimento mental que podem repercutir em conseqüências como baixa escolaridade e menor renda que retornam para a pobreza. Embora isso não signifique que grupos populacionais em desvantagem social estarão obrigatoriamente neste ciclo. Porém precárias condições de vida são mais propícias a desencadear sofrimento mental. (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Menor escolaridade tem relação com sofrimento mental. Indivíduos com maior escolaridade têm maior poder aquisitivo, do que aqueles com menor tempo de estudo, que enfrentam maiores intercorrências pessoais, como desemprego, menor remuneração, baixas oportunidades de trabalho e maiores exposições à condições de vida precárias, que podem levar a predisposição de TMC. (PATEL; KLEINMAN, 2003; SANTOS et al., 2019).

Crianças que nasceram em famílias mais pobres, muitas vezes tiveram que abandonar a escola para ir trabalhar, e na vida adulta têm menos chances no mercado de trabalho pela menor escolaridade, visto que seus pais também tinham

inserção desfavorável no mercado de trabalho. A baixa escolaridade pode ser considerada tanto a origem como uma consequência de diversos problemas sociais e revela uma questão transgeracional. (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Ser uma gestante sem companheiro pode contribuir para uma saúde mental mais fragilizada. Os problemas causados pela ausência de suporte familiar foram identificados como risco para sofrimento mental das mulheres no pré-natal. (SAWYER; AYERS; SMITH, 2010). O apoio tanto de um companheiro como da família tem influência favorável para que a gravidez decorra bem, diminui os riscos e os efeitos negativos para a saúde, reflete em emoções e sentimentos, pois é nesta fase que ocorre o início do desenvolvimento do vínculo afetivo com a criança que vai nascer. (PICCININI et al., 2008). Além disso, o preconceito que a mulher sofre ao ter uma gestação sem a presença de um companheiro, é visto como algo promíscuo e socialmente inaceitável. (ADEWUYA et al., 2007; MOYO; KAWWEWE, 2009).

Os TMC têm sido associados a comportamentos relacionados à saúde, como ser tabagista e consumir bebida alcoólica. (SILVA et al., 2010; MORAES et al., 2017; SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). Fumantes apresentam maiores prevalências de TMC do que os não fumantes. (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). Outro estudo indicou que a prevalência de TMC estava ligada ao maior número de cigarros fumados diariamente. (MORAES et al., 2017). Pesquisas que abordem sofrimento mental em gestantes relacionadas ao consumo de álcool são escassas. Em Pelotas, Rio Grande do Sul, um estudo com 1.267 gestantes entre 2006 e 2008, investigou essa associação, e encontrou que a prevalência de TMC foi maior naquelas que consumiam bebida alcoólica (58,6%) comparadas àquelas que não referiram uso (40,0%). (SILVA et al., 2010). Maior consumo de bebidas alcoólicas está relacionado a maiores chances de desencadear sintomas depressivos e de ansiedade em gestantes, embora a associação inversa também seja possível, na qual o consumo de álcool seja um meio para amenizar esses sintomas. (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; SILVA et al., 2016).

A prática de atividade física durante a gestação traz benefícios como melhor controle no ganho de peso, diminuição do desconforto musculoesquelético, melhora no sistema cardiovascular, estabilidade do humor, e maior controle de hipertensão gestacional e diabetes mellitus. (MELZER et al., 2010). Embora nem sempre gestantes consideradas fisicamente ativas sejam as que apresentam menor

prevalência de sofrimento mental. Em estudo realizado com gestantes em Maceió, Alagoas, pesquisadores encontraram que as gestantes consideradas ativas apresentaram maiores prevalências de TMC (61,4%), do que aquelas consideradas inativas (38,6%). (SILVA; CAVALCANTE NETO, 2015). Em São Luís, Maranhão, as gestantes fisicamente ativas apresentaram níveis mais elevados de ansiedade. (TAKAHASI et al., 2013). Uma explicação seria a possibilidade de que grande parte das atividades realizadas sejam relacionadas à tarefas estressantes, como a sobrecarga doméstica, o cuidado com os filhos e atividades ocupacionais manuais, relacionadas à maior sofrimento mental. (TAKAHASI et al., 2013; SILVA; CAVALCANTE NETO, 2015). Elevada quantidade de atividade física classificada como doméstica e ocupacional não tem se associado beneficemente aos desfechos gestacionais, como prematuridade e baixo peso ao nascer. (TAKITO; BENÍCIO; NERI, 2009).

A associação entre TMC e características obstétricas e condição de saúde também foram relatadas por outros autores. (PICCININI et al., 2008; REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008; CAMACHO et al., 2010). O corpo da mulher sofre mais alterações conforme o avançar da gestação. É ao longo do segundo trimestre, passando para o terceiro, que ocorre um aumento na indisposição, muitas vezes ocasionada pelo inchaço das pernas e dos pés, cansaço mais frequente, maior dificuldade na respiração, fatores que acarretam em sentimentos como insatisfação corporal, abalo na autoestima, insegurança com as transformações físicas, aumento de peso, sono desregulado, dores, desconfortos, alterações hormonais, menor disposição para o trabalho e para tarefas cotidianas. (PICCININI et al., 2008; REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008; CAMACHO et al., 2010). O período próximo ao parto, considerado um momento de vulnerabilidade e expectativa, gera um sentimento maior de angústia com o futuro e os cuidados com o bebê, bem como a incapacidade de exercer o papel de mãe. (PICCININI et al., 2008).

Mudanças autônomas e hormonais durante o período gestacional podem intensificar sintomas de sofrimento psíquico. (LUCCHESI et al., 2017). Maiores níveis de hormônios como estrogênio e progesterona entre as gestantes podem estar relacionados às mudanças que ocorrem na saúde mental durante este período. (CAMACHO et al., 2006). Sintomas comuns podem aparecer, como a alteração entre aumento e diminuição do apetite, náuseas, mal-estar, vômitos, sonolência, cansaço. (SARMENTO; SETÚBAL, 2003; BURTI et al., 2006). Náuseas e vômitos

frequentes durante a gestação remetem a etiologia das transformações hormonais, bioquímicas, fisiológicas e psicológicas que compreendem mudanças singulares em cada gestante, além do aumento da responsabilidade com o nascimento de uma criança. (SILVA; SILVA, 2009; CAMACHO et al., 2010).

Desta forma, observa-se elevada prevalência de sofrimento mental entre as mulheres, especialmente entre aquelas com menor renda, baixa escolaridade, que viviam sem companheiro e fumavam. (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; MARAGNO et al., 2006; MORAES et al., 2017; GUIMARÃES et al., 2019; SANTOS et al., 2019). Tarefas como cozinhar, cuidado com os filhos, e limpar a casa geralmente ficam a cargo das mulheres. Além da inserção feminina no mercado de trabalho, limitada pelas responsabilidades domésticas e familiares, mulheres sem trabalho remunerado, apenas o doméstico, apresentam uma invisibilidade social e esse trabalho é visto como sem valor. A ausência de reconhecimento pode aparecer como um indicativo de sofrimento psíquico. (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Assim, verifica-se convergência dos estudos para associação entre piores condições socioeconômicas, e diferentes agravos de saúde mental. Características estruturais, como sobrecarga doméstica, e aspectos relacionados ao gênero, são importantes fatores na explicação das diferenças nas prevalências elevadas de sofrimento mental entre as mulheres. A associação com diferentes comportamentos pode refletir estratégias para lidar com o sofrimento, bem como respostas ao ambiente hostil.

2.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR

A IA ocorre quando um indivíduo deixa de ter uma alimentação em quantidade e/ou qualidade suficiente. Compreende desde a sensação de preocupação, incerteza ou angústia perante a falta da disponibilidade de alimentos, a ingestão de uma dieta reduzida em nutrientes, até a fome pela falta de dinheiro e de outros recursos. Estes fatores podem impactar a nutrição, a saúde e o bem-estar. (MARIN-LEON et al., 2005; FAO, 2019).

A segurança alimentar é definida como o direito de todos ao acesso regular e permanente a uma alimentação de qualidade, em quantidade suficiente, de forma a não comprometer o acesso a quaisquer outras necessidades essenciais, além de ter como base práticas alimentares que sejam promotoras de saúde, ações

sustentáveis de produção e cidadania, que respeitem a diversidade cultural, e sejam econômica, social e ambientalmente sustentáveis, ou seja, a IA seria oposto deste conceito. (BRASIL, 2006).

Principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, a IA pode ser descrita em níveis. A IA leve ocorre quando os indivíduos se sentem preocupados quanto ao acesso do alimento na residência, IA moderada quando a alimentação já não é mais a mesma, e há mudanças na quantidade e qualidade da dieta, e pode haver carência no consumo de alguns alimentos em razão do custo e por fim, a IA grave que é a fome propriamente dita. (BICKEL et al., 2000; SEGALL-CORRÊA, 2007).

A nível mundial, estimativas apontam que a prevalência de IA moderada/grave em 2019 foi estimada em 25,9% da população mundial, em torno de 2 bilhões de pessoas, destes, 205 milhões estão na América Latina e no Caribe. Exceto na Europa e América do Norte, a IA grave aumentou de 2014 a 2019, na América do Sul foi observado um aumento na prevalência de IA, 31,7% em 2019. (FAO, 2020). Uma dieta de qualidade engloba uma seleção diversificada, apropriada e equilibrada de alimentos consumidos em um período de tempo, que seriam suficientes para garantir que as quantidades ideais de macronutrientes (carboidratos, proteínas e gorduras) e micronutrientes (vitaminas e minerais) sejam supridas especificadamente para as necessidades conforme faixa etária, sexo, estado fisiológico e nível de atividade física. A qualidade da dieta piora com a elevação da gravidade da IA. (FAO, 2020).

No Brasil, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018, dos 68,9 milhões de domicílios do país, 36,7% estavam em situação de IA em algum nível, atingindo 84,9 milhões de brasileiros. (IBGE, 2020). Em gestantes a prevalência variou de 42,7% em Maceió (OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017) e 45,1% em Colombo (FERNANDES et al., 2018).

A pobreza e as desigualdades sociais são os principais fatores determinantes para IA. (CHAVES; SANTOS, 2007; SALLES-COSTA et al., 2008). Estudos apontaram que as famílias com renda abaixo de um salário mínimo apresentaram maior prevalência de IA moderada a grave. Ser beneficiário do Programa Bolsa Família foi outro fator relacionado, devido à situação de vulnerabilidade econômica a que essas famílias estão expostas, evidenciada em outros estudos. (SEGALL-CORRÊA et al., 2008; SOUZA et al., 2012; SABÓIA;

SANTOS, 2015).

Uma dieta pobre muitas vezes pode comprometer a capacidade de aprendizado infantil, gerando menores níveis de educação, que resultam em piores oportunidades de trabalho e conseqüentemente renda mais baixa, o que reduz o acesso financeiro à alimentação de qualidade e em quantidade suficiente. A IA também pode reduzir a produtividade, afetar o desempenho no trabalho e resultar na perda de emprego. Desta forma, as políticas públicas para segurança alimentar devem promover geração de renda, do apoio social e melhoria do acesso à educação. (SOUSA et al., 2019).

Domicílios chefiados por mulheres apresentam maior vulnerabilidade à IA. Estudos apontam prevalência de IA moderada ou grave de 9,3% nestes locais, enquanto nos domicílios chefiados por homens, este percentual era de 6,9%. (IBGE, 2014). Autores também abordam a diferença de gênero em questões relacionadas à IA e aspectos sociais. As mulheres estão mais expostas à IA devido à desigualdade de renda e de oportunidades de emprego do que os homens. (BRITO; COSTA, 2015; CAMPOS et al., 2020). Além de fatores como a evasão do mercado de trabalho durante o período gestacional, intercorrências que podem ocorrer durante o período, e acarretar em piores condições financeiras e dificuldade na aquisição de alimentos podem ocasionar um maior nível de estresse. (LARAIA et al., 2006).

Dada a complexidade de fatores que estão ligados diretamente às condições de IA, são vários os aspectos que devem ser analisados em simultaneidade para que sejam estabelecidas correlações. Há várias formas para medir a IA, como por exemplo, os inquéritos de orçamento familiar, a avaliação do consumo alimentar, a antropometria ou as escalas de mensuração da IA. Nenhum desses métodos consegue isoladamente medi-la em sua dimensão total devido à amplitude de aspectos interligados. (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2004; SEGALL-CORRÊA, 2007; SEGALL-CORRÊA et al., 2008).

Para avaliar a IA a nível domiciliar é utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), validada em 2004. Foi aplicada a mais de 120 mil domicílios como parte da PNAD, mede a experiência e a percepção de IA. A EBIA possui alta consistência interna e externa, é de fácil aplicação e baixo custo, considerada apta para monitorar as condições de IA no Brasil, e deve ser utilizada cada vez mais em estudos brasileiros em populações específicas para aprimoramento. (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2004; SEGALL-CORRÊA, 2007).

Pesquisas que investiguem as relações da IA com seus fatores determinantes são relevantes e ainda escassas, principalmente em países em desenvolvimento. Por essa razão, destaca-se a necessidade de uma abordagem multifacetada, que seria desde uma assistência a curto prazo, até a longo prazo, além de estratégias e rigoroso monitoramento dos programas existentes. (IVERS; CULLEN, 2011).

É de extrema necessidade que os países identifiquem e implementem políticas públicas e investimentos que garantam que toda a população tenha acesso a uma dieta saudável e suficiente, especialmente para a parcela mais pobre da população que enfrenta os maiores desafios. Gastos públicos devem ser aumentados para garantir o aumento na produtividade, incentivo na diversidade dos alimentos e garantia de que os alimentos saudáveis e nutritivos estejam disponíveis em larga escala e para todos. Também é necessária a criação de políticas que aumentem a renda da população e a geração de emprego, e conseqüentemente o aumento ao acesso a uma dieta mais saudável. (FAO, 2020).

2.3 SAÚDE MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR

A IA é um importante determinante social da saúde mental e pode gerar sentimentos como desespero, sofrimento, angústia, desesperança, ansiedade, estresse, vergonha, dores de cabeça e insônia. (WEAVER; HADLEY, 2009; PIPERATA et al., 2020). A insegurança em relação à alimentação ocasiona sofrimento emocional causado pela falta de acesso seguro aos alimentos em qualidade e quantidade suficiente, bem como a sensação de incapacidade no suprimento mínimo de uma alimentação em níveis adequados tanto para a própria mulher como para sua família. (CHAMPAGNE et al., 2007; WEAVER; HADLEY, 2009; POBLACION et al., 2014). Além da desvantagem socioeconômica no mercado de trabalho, por salários e cargos inferiores, as mulheres ainda priorizam a alimentação dos filhos e do companheiro, e restringem a própria alimentação, o que por vezes, chega à fome. Não são raros os casos de mulheres que pulam refeições ou as reduzem para dar o alimento aos filhos. (SABÓIA; SANTOS, 2015; WEIGEL et al., 2016; MAAS et al., 2020).

Estudos qualitativos trazem relatos de indivíduos em situação de IA que expressam sentimentos como vergonha, preocupação excessiva pela falta de

comida no momento e no futuro, angústia, desespero, sofrimento, além de dores de cabeça, sensação de “nó no estômago”, ansiedade constante, tristeza, vontade de chorar. Quando investigadas mulheres que eram mães, havia relatos de que se os esforços para alimentarem seus filhos ainda eram insuficientes, o desespero e a frustração aumentavam, e isso afetava diretamente a saúde tanto própria, como dos filhos, o bem-estar e a autoestima. (PIASEU; BELZA; SHELL-DUNCAN, 2004; MORENO-BLACK; GUERRÓN-MONTERO, 2005; PIPERATA et al., 2020).

Alguns estudos testaram a associação entre IA e saúde mental, envolvendo diferentes públicos, como adolescentes, estudantes universitários, adultos, gestantes e idosos. Os estudos estão inseridos em contextos distintos, com elevada variabilidade nas condições socioeconômicas. Os autores utilizaram diversas escalas para avaliar a saúde mental, alguns tratam sobre depressão, ansiedade, transtornos de humor, e outros sobre sofrimento mental. Apesar das diferenças de delineamento a associação entre a IA e saúde mental foi observada em todos os estudos. (PATEL et al., 2006; HROMI-FIEDLER et al., 2011; JEBENA et al., 2015; JEBENA et al., 2016; BARBOSA, 2017; MYERS et al., 2020; PIPERATA et al., 2020).

Em gestantes, na Etiópia, estudo que utilizou o SRQ-20 em 2013, encontrou prevalência de sofrimento mental mais elevada naquelas que viviam em um ambiente de IA (48,3%), ao serem comparadas com aquelas em segurança alimentar (19,9%). (JEBENA et al., 2015). Outro estudo, também realizado na Etiópia entre 2009 e 2010 com jovens, que utilizou o SRQ-20, a IA foi associada aos TMC. As variáveis associadas aos TMC foram status socioeconômico, escolaridade dos pais, e morar em domicílio chefiado por mulher. A medida que a renda da família se elevava, a probabilidade de TMC diminuía. A IA foi associada aos TMC independente de outras covariáveis. Os mecanismos pelos quais a IA está ligada à saúde mental variam de vias biológicas às dimensões psicoemocionais. (JEBENA et al., 2016).

No estado de Alagoas, um estudo com mais de 3 mil mulheres entre 20 a 49 anos de idade encontrou que 47,9% tinham TMC. Aquelas que estavam em situação de IA, tiveram prevalência de TMC de 61,2%, porcentagem significativamente superior àquela observada nas mulheres em segurança alimentar (29,7%). Após o ajuste para fatores de confusão, se mantiveram associadas a TMC: escolaridade inferior a sete anos, fazer uso de tabaco, utilizar serviço público de saúde e estar em

situação de IA. (BARBOSA, 2017). Outro estudo, de base comunitária, realizado no estado de Goa, na Índia, entre 2001 e 2003, encontrou que a incidência em um ano de TMC teve associação com episódios de fome nos três meses que antecederam a pesquisa. (PATEL et al., 2006).

Nos Estados Unidos, um estudo prospectivo realizado em Hartford, capital do estado americano Connecticut, com gestantes latinas, de setembro de 2005 a maio de 2007, avaliou a IA por meio de uma versão adaptada e validada do Módulo de Pesquisa de Segurança Alimentar dos Estados Unidos, e sintomas depressivos por meio da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), verificou que aquelas que estavam em situação de IA tinham quase três vezes mais chances de sofrer com sintomas depressivos quando comparadas àquelas que estavam em segurança alimentar. (HROMI-FIEDLER et al., 2011).

Uma revisão de literatura realizada com estudos conduzidos nos Estados Unidos entre 2006 e 2016, relata que a situação de IA reduz o bem-estar e pode trazer problemas relacionados à saúde mental, como sofrimento mental, depressão, estresse e ansiedade. (BRUENING; DINOUR; CHAVEZ, 2017). Outra revisão de literatura sobre a relação entre pobreza e TMC em países de baixa renda encontrou associação positiva entre IA e TMC em diversos estudos. (LUND et al., 2010).

Na Tanzânia, na África, pesquisadores evidenciaram uma relação positiva entre IA e saúde mental prejudicada, com alta prevalência de quadros de ansiedade e depressão. Os autores sugerem algumas explicações para esta associação, como que a IA leva a uma dieta pobre em nutrientes, e com isso, influencia na prevalência de TMC. (HADLEY; PATIL, 2006).

Indivíduos com precárias condições de vida, como baixa renda, muitas vezes necessitam avaliar quais gastos como alimentação, saúde, moradia, roupas, assistência médica serão prioritários, e isso os leva a tomarem decisões difíceis, que são estressantes e podem ocasionar ansiedade, sintomas depressivos, frustração e sentimento de desamparo. Na maioria dos domicílios, as mulheres são responsáveis pela alimentação dos moradores, e por vezes se veem obrigadas a optarem por alimentos de menor qualidade e diversidade para conseguir suprir as necessidades básicas alimentares dos familiares. Essa estratégia de enfrentamento pode ser eficaz em curto espaço de tempo, porém a longo prazo pode resultar em deficiências de micronutrientes, como ferro, vitaminas do complexo B, vitamina A, e demais nutrientes essenciais para manter uma boa saúde. (WEIGEL et al., 2016).

Alguns estudos apontam os caminhos de como a IA influencia a saúde mental. (BERGMANS et al., 2019). Adultos em situação de IA tendem a consumir menor quantidade de alimentos saudáveis como frutas e verduras, e conseqüentemente menos vitaminas e minerais. (HANSON; CONNOR, 2014). Algumas deficiências nutricionais específicas podem estar associadas a piores quadros de saúde mental, dado que muitos alimentos são ricos em micronutrientes anti-inflamatórios. (SHIVAPPA et al., 2014; JUNG et al., 2017). A IA também foi associada à qualidade da dieta do indivíduo. Os alimentos calóricos, muitas vezes consumidos em maior quantidade por pessoas em situação de IA pelo preço muitas vezes inferior, são pobres em nutrientes. Intervenções direcionadas à má alimentação podem melhorar as condições de saúde mental. (BERGMANS; MALECKI, 2017; BERGMANS et al., 2018; BERGMANS et al., 2019).

Algunas explicações para associação entre IA e saúde mental indicam que a IA afeta o estado de saúde e a qualidade de vida devido à alimentação precária ou má estado nutricional, pela deficiência de micronutrientes. A IA causa sentimentos negativos, como estresse e sofrimento psicológico, pela exposição excessiva a incerteza e imprevisibilidade da alimentação em quantidade e qualidade para todos os moradores do domicílio, o que acarreta em estresse contínuo. E por fim, a questão social pela falta de alimento no domicílio. O alimento traz um status de “poder de compra” e a falta dele muitas vezes gera a sensação de ser o lado mais pobre da comunidade em que está inserido, que também pode desencadear sintomas de TMC. (JEBENA et al., 2016; BARBOSA, 2017).

Os estudos que investigaram a relação entre IA e condição de saúde mental empregaram diferentes escalas, instrumentos e terminologias, o que torna difícil sintetizar as informações para gerar medidas agregadas. Contudo, há um consenso na associação entre as duas variáveis. (BRUENING; DINOUR; CHAVEZ, 2017).

Até setembro de 2020, poucos estudos que investigaram a associação da IA nas condições de saúde mental foram encontrados, principalmente em gestantes. Estes estudos são importantes pois acrescentam subsídios para a melhoria da qualidade de vida da população estudada, assim como para a íntegra promoção dos direitos humanos tanto individuais, como coletivos, nos diferentes setores sociais que estão envolvidos, principalmente em grupos mais vulneráveis, como as gestantes. (BARBOSA, 2017; OLIVEIRA; TAVARES; BEZERRA, 2017; SOUSA et al., 2019).

2.4 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ações de saúde mental na atenção primária são resultado de constantes conquistas de movimentos como a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Essenciais para a garantia ao direito à saúde e acesso integral aos serviços, para a reinserção social dos indivíduos com sofrimento psíquico que por muito tempo estavam excluídos da sociedade, considerados fora de um padrão de normalidade anteriormente definido. (GONÇALVES JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).

A Reforma Psiquiátrica fez uma crítica ao modelo manicomial e criou alternativas de tratamento através de políticas públicas que mudaram os papéis da saúde mental, para além do transtorno psiquiátrico, contemplando o sofrimento subjetivo, relacionado a vários fatores, como o próprio sofrimento psíquico decorrente de situações corriqueiras, como pela situação socioeconômica, agravada pela desigualdade. (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014; GONÇALVES JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).

As queixas de sofrimento mental têm sido de alta demanda na Atenção Primária à Saúde. Geralmente os indivíduos recebem classificações como histéricos, pitiáticos e poliqueixosos. Há necessidade de ampliar a contextualização para além do indivíduo em si, muitas questões também precisam ser vistas, como aspectos socioeconômicos, relações sociais, o contexto individual e da comunidade. (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

As práticas de saúde mental na atenção básica muitas vezes ainda estão pautadas no modelo biomédico. Isso reflete na importância de ações intersetoriais e multidisciplinares pelos profissionais de saúde que devem prestar o cuidado baseado em uma visão ampla do indivíduo, evitar posturas preconceituosas em relação as pessoas em sofrimento mental, além das ações moralistas e a normatização de condutas. (SILVA et al., 2017). Além dos profissionais da saúde, é importante ressaltar o dever do governo na articulação e proposta de políticas públicas, bem como a otimização dos recursos públicos, que visem melhorar a qualidade de vida da população, e contemplem todos os contextos como alimentação, educação, saúde, moradia e saneamento. (GUIMARÃES et al., 2015).

A visão apenas biológica e a relação direta do tratamento farmacológico podem ter uma associação entre o aumento de categorias classificáveis nos

diagnósticos versus a produção medicamentosa, que resulta em interesse econômico. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). Isso poderia explicar a importância em dar visibilidade para os sintomas dos indivíduos e estabelecer elos entre os contextos psicossociais que estão inseridos, em que se entende a singularidade de cada pessoa perante a sua própria situação, e dessa forma, extrapolar o discurso técnico-científico tradicional, para tratar cada ser humano como um todo e incorporar aspectos, como o contexto social, condição socioeconômica e as relações sociais. (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

2.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL

O acompanhamento pré-natal da gestante nas unidades de saúde é essencial tanto para uma gestação saudável como um parto adequado. Em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que inclui ações de prevenção, educação, diagnóstico, tratamento e também recuperação, e abrange a assistência à mulher em inúmeros contextos, como clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, climatério, além de outras necessidades conforme o perfil das mulheres. (LEITE et al., 2014). Neste contexto, no ano de 2000 foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual tinha como meta o incentivo a procura do SUS pelas gestantes e realização de ao menos seis consultas de pré-natal. (Ministério da Saúde, 2012; LEITE et al., 2014).

Além disso, o Ministério da Saúde publicou em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como princípios norteadores da atenção às mulheres a promoção da saúde e a integralidade, e propõe ações que envolvem atenção às mulheres com deficiência, indígenas, negras, rurais, lésbicas e presidiárias, e traz a importância de participação das mesmas nas instâncias do controle social e da utilização do SUS. (LEITE et al., 2014; Ministério da Saúde, 2011).

O foco da assistência pré-natal deve ser pautado além do modelo tradicional, não observar apenas a prevenção e detecção de problemas que podem afetar negativamente a saúde materna, mas um olhar muito mais ampliado e que leva em consideração também a qualidade de vida da mulher. A assistência pré-

natal deve ter como objetivos principais o encorajamento e o apoio psicossocial saudável durante toda a gravidez, atenção para os aspectos psicológicos, sociológicos e que podem influenciar na relação familiar. (SYMON; DOBB, 2008; CASTRO; FRACOLLI, 2013).

O acolhimento tem papel crucial para materializar os princípios do SUS, como a equidade, a integralidade e a universalidade. A saúde da mulher deve ser considerada de forma integral, sem separar corpo e mente, em que a condição biológica e reprodutora é ultrapassada e lhe é dado o direito a participar de todas as decisões que envolvem sua saúde. O cuidado integral envolve educação em saúde, condições sociais, econômicas, culturais que devem ser reconhecidos pelos profissionais da saúde que realizam o atendimento e entendê-las nos contextos em que vivem. O pré-natal não deve ser visto como um ato normativo e prescritivo, pautado apenas na questão do útero gravídico, mas sim uma assistência de qualidade, centrada no acolhimento, criação de vínculos, acesso e entendimento das informações essenciais. (DUARTE; ANDRADE, 2008).

O objetivo primordial da assistência pré-natal é acolher a gestante desde o começo do período gravídico, que cada gestante vivencia de forma diferente. Essas transformações podem ocasionar medos, angústias, dúvidas. Uma assistência pré-natal de qualidade está diretamente relacionada à valorização do contexto amplo, materializado em ações concretas, sejam individuais ou grupais, que permitam a integração ao conjunto na totalidade das ações oferecidas. (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal analítico, que faz parte de um projeto maior intitulado: “Estudo das condições de vida e saúde na gestação e puerpério”, com coleta de dados, realizado no município de Colombo, PR. O estudo avalia diversos indicadores relacionados à gestação, assistência à saúde e as condições de vida de mulheres e seus filhos no período de 2018 a 2022.

A linha de base do estudo foi empregada para as análises desta dissertação, e consistiu nas gestantes em acompanhamento pré-natal no SUS do município de Colombo com coleta de dados no período de março de 2018 a setembro de 2019.

3.2 CONTEXTO

O município de Colombo tem uma área total de 197,8 km², fica na região metropolitana de Curitiba (PR), situado a uma distância de 17,3 km da capital paranaense. Em agosto de 2018, apresentava população estimada de 240.840 habitantes, Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 18.963,00, Índice de Gini de 0,41 e Renda Média Domiciliar per Capita de R\$ 667,21. (IPARDES, 2019).

A população feminina segundo o Censo de 2010 era de 107.957, destas, apenas 4.770 viviam na área rural. Em 2018 a taxa bruta de natalidade foi de 14,82/1000 habitantes, a taxa de mortalidade infantil de 9,80/1000 nascidos vivos e a mortalidade materna foi de 28,01/100.000 nascidos vivos. (IPARDES, 2019). A porcentagem de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos foi de 3,52% em 2010 e a porcentagem de mães que eram chefes de família, não tinham o ensino fundamental completo e tinham pelo menos um filho com menos de 15 anos morando no domicílio cresceu consideravelmente, enquanto em 1991 esse valor era de apenas 12,83%, em 2010 a porcentagem foi de 22,33%. (PNUD, 2013).

A rede de atenção pré-natal de Colombo possuía em 2018, 24 Unidades de Saúde (US), destas, 18 são consideradas Estratégia de Saúde da Família, cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma unidade especializada chamada de Saúde da Mulher.

No município, durante o processo de delineamento, e coleta de dados, as

gestantes que realizavam os cuidados pré-natal no SUS, eram atendidas preferencialmente na UBS próxima ao domicílio por médicos de saúde da família. Em caso de ausência de profissional médico para realização do pré-natal na US, ou risco gestacional classificado como moderado e alto, as mulheres eram encaminhadas para serviço de referência (Unidade de Saúde da Mulher) e realizavam atendimento pré-natal com médico ginecologista-obstetra. As que apresentavam níveis pressóricos e glicêmicos de difícil controle, portadoras do HIV ou outras doenças graves eram encaminhadas para o Hospital Angelina Caron, de alta complexidade situado em município próximo. A Unidade de Saúde da Mulher possuía em suas dependências equipamentos para realização de exames de diagnóstico por imagem, como ecografia transvaginal, de mamas e abdominal.

3.3 PARTICIPANTES

3.3.1 Critérios elegibilidade e exclusão

Foram consideradas aptas a participar desta pesquisa todas as gestantes que realizavam pré-natal no SUS e eram residentes de Colombo. O único critério de exclusão eram as gestantes que realizavam pré-natal apenas no Hospital Angelina Caron.

3.3.2 Seleção das participantes

As pesquisadoras entraram em contato com todas as US do município e verificaram o cronograma de consultas de pré-natal estabelecido pelo serviço de saúde. Cada US possuía autonomia na organização do atendimento dos serviços prestados aos usuários e o atendimento pré-natal acontecia de modo agrupado/concentrado em determinados períodos da semana ou de modo não concentrado conforme organização do serviço da US. Assim, a coleta de dados ocorreu em todos os dias úteis e nos períodos da manhã e tarde.

Todas as gestantes eram convidadas a participar enquanto aguardavam a consulta de pré-natal na sala de espera.

3.4 FONTES DE DADOS/ MENSURAÇÃO

3.4.1 Coleta de dados

Previamente ao estudo piloto foram realizados pré-teste e teste do questionário da pesquisa, para avaliar a compreensão do instrumento pelos respondentes. Em fevereiro de 2018, foi aplicado o pré-teste do questionário em 10 gestantes em uma US. A duração da entrevista foi de 40 minutos e posteriormente avaliada, bem como a compreensão das perguntas por parte das gestantes. Como resultado da fase de testes, o grupo de pesquisadores alteraram a ordem dos blocos de perguntas para melhor fluidez na entrevista. Posteriormente, foi realizado o teste do instrumento com 10 gestantes, e após ajustes no instrumento o tempo médio de resposta permaneceu em 30 minutos do questionário completo.

O estudo piloto foi realizado com gestantes em uma US, anteriormente ao início efetivo da coleta de dados. As participantes do estudo piloto não foram incorporadas à amostra.

3.4.2 Treinamento dos entrevistadores

Participaram da coleta e da digitação dos dados estudantes do curso de Nutrição da UFPR, nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UFPR), nutricionistas mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição (UFPR) e nutricionista mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFPR). Todos receberam treinamento teórico padronizado com pelo menos 90 minutos de duração e posteriormente receberam treinamento supervisionado em campo, que consistia forma de abordagem da gestante, explicação das etapas da pesquisa, assinatura dos termos éticos e postura adequada durante a entrevista.

3.4.3 Instrumento de coleta de dados

Em março de 2018, iniciou-se a coleta de dados. Por meio de entrevistas, foi aplicado um questionário (APÊNDICE 1) para as participantes com duração média de 30 minutos. O questionário era dividido em duas partes: instrumento aplicado às

participantes e instrumento auto aplicado pelas participantes.

O questionário aplicado era composto por questões demográficas, socioeconômicas, antropométricas, antecedentes obstétricos, gravidez atual, amamentação, comportamentos de vida relacionados à saúde, saúde mental, percepção do ambiente alimentar, qualidade de vida, rede social, apoio social e escala de auto eficácia. O questionário auto aplicado consistia em questões referentes a hábitos alimentares, marcadores de consumo alimentar, segurança alimentar, atividade física e consumo de álcool. Para minimizar ou tirar quaisquer dúvidas que as gestantes tivessem, os entrevistadores estiveram presentes durante todo o preenchimento desta segunda parte.

3.5 VARIÁVEIS

3.5.1 Sofrimento Mental

Para identificar a presença de sofrimento mental foi utilizada a versão traduzida do SRQ-20. Recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos na atenção primária à saúde por ser considerado de fácil aplicação e custo reduzido. Cada resposta afirmativa equivale a um ponto para a pontuação final. Quanto mais pontos, maior a probabilidade de sofrimento mental. O presente estudo utilizou o ponto de corte de sete pontos, o mesmo utilizado por outros estudos, também com gestantes. (SILVA et al., 2010; JEBENA et al., 2015; SILVA; CAVALCANTE NETO, 2015; LUCCHESI et al 2017). Nesta dissertação, está apresentado junto ao questionário completo, presente no Apêndice 1.

3.5.2 Insegurança Alimentar

A EBIA é considerada uma escala de mensuração direta de IA. Foi validada por um estudo que desenvolveu uma fase qualitativa, composta por especialistas em gestão pública e nutrição que participaram da avaliação do instrumento para a realidade brasileira, nesse momento a validade interna foi considerada, além da consistência e da compreensão da escala. A fase quantitativa foi realizada por meio de testes em inquéritos populacionais e com isso, foi possível aplicá-la em diferentes contextos sociais e culturais no país, e assim, obter a validade externa de cada item

presente. Essa validação permitiu que a especificidade e a diversidade nacional fossem contempladas, e resultou em um questionário aplicável a toda população brasileira, urbana ou rural, de alta validade interna e externa. (SEGALL-CORRÊA, 2007; SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

O relevante comportamento psicométrico e a validade da escala foram confirmados na amostra representativa da PNAD em 2004, a qual foi considerada como o primeiro diagnóstico brasileiro de IA com representatividade e abrangência nacional. (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

A estrutura da EBIA consta de 15 perguntas, com respostas dicotômicas (sim ou não), cada resposta afirmativa equivale a um ponto para o escore final. Nenhuma resposta positiva significa segurança alimentar. Os pontos de corte são diferentes nos domicílios que não possuem menores de 18 anos, estes possuem apenas 8 perguntas das 15 da escala. A classificação é feita da seguinte forma: em famílias com menores de 18 anos: IA leve (1-5); IA moderada (6-10) e IA grave (11-15). Para os domicílios que residem apenas adultos, a classificação é para IA leve (1-3), IA moderada (4-6) e IA grave (7-8). (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

Especialmente para este estudo, foi optado por agrupar as categorias IA moderada e IA grave em apenas uma denominada IA moderada/grave, devido ao baixo número de gestantes classificadas na última categoria.

3.5.3 Características demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde, características obstétricas e condição de saúde

Para esta dissertação, foram investigadas as características presentes no questionário (APÊNDICE 1), e que foram divididas em dois quadros, o quadro 1 refere-se ao artigo 1 e o quadro 2 ao artigo 2.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS - ARTIGO 1

Variável dependente	Variável independente	Categorização	Classificação
Sofrimento mental	-	Sofrimento mental: ≥ 7 Sem Sofrimento mental: < 7	Categórica dicotômica
	Faixa etária	≤ 19 anos 20-29 anos ≥ 30 anos	Categórica ordinal
	Cor/raça autodeclarada	Branca/amarela Preta/parda	Categórica dicotômica
	Situação conjugal	Com companheiro Sem companheiro	Categórica dicotômica
	Escolaridade	Anos completos de estudo: 0 a 7 8 a 10 Acima de 11	Categórica ordinal
	Atividade Física	Sedentária Leve Moderada ou intensa	Categórica ordinal
	Tabagismo	Não fumava Fumava	Categórica dicotômica
	Consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses	Não consumiu Consumiu	Categórica dicotômica
	Número de gestações	Um Dois Três	Categórica ordinal
	Gestação planejada	Não Sim	Categórica dicotômica
	Trimestre gestacional	0-13 semanas 14-26 semanas 27 ou mais semanas	Categórica ordinal
	Morbidade gestacional	Sem doença Diagnosticada antes da gestação Diagnosticada depois da gestação	Categórica politômica
	Presença de sintoma comum à gestação	Sim (enjoo, vômito, constipação, intestino preso, refluxo, azia) Não	Categórica dicotômica

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS - ARTIGO 2

Variável dependente	Variável independente	Categorização	Classificação
Sufrimento mental	-	Sufrimento Mental: ≥ 7 Sem Sofrimento Mental: < 7	Catagórica dicotômica
Insegurança Alimentar	-	Sem IA IA leve IA moderada ou grave	Catagórica ordinal
	Faixa etária	≤ 19 anos 20-29 anos ≥ 30 anos	Catagórica ordinal
	Cor/raça autodeclarada	Branca/amarela Preta/parda	Catagórica dicotômica
	Situação conjugal	Com companheiro Sem companheiro	Catagórica dicotômica
	Escolaridade	Anos completos de estudo: 0 a 7 8 a 10 Acima de 11	Catagórica ordinal
	Renda domiciliar per capita (em tercís)	1º: R\$ 0,00-475,00 2º: R\$ 476,00-750,00 3º: R\$ 751,00- 3000,00	Catagórica ordinal
	Trabalho remunerado	Não Sim	Catagórica dicotômica
	Atividade Física	Sedentária Leve Moderada ou intensa	Catagórica ordinal
	Tabagismo (fumo atual)	Não Sim	Catagórica dicotômica
	Consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses	Não consumiu Consumiu	Catagórica dicotômica
	Número de gestações	Um Dois Três	Catagórica ordinal
	Gestação Planejada	Não Sim	Catagórica dicotômica
	Trimestre gestacional	0-13 semanas 14-26 semanas 27 ou mais semanas	Catagórica ordinal

3.6 TAMANHO DO ESTUDO

A população do estudo foi estimada a partir do número de cadastros do SisPrenatal (Sistema de acompanhamento das Gestantes) de 2016 (3.807). Foram estimados cálculos amostrais, considerando prevalência de 50% do desfecho (estudo com múltiplos desfechos de interesse), margem de erro de quatro pontos percentuais, e nível de confiança de 95%, totalizando 520 gestantes a serem avaliadas. Adicionado, o percentual de 30% para perdas e recusas em estudos longitudinais, resultou em 676 gestantes a serem convidadas a participar do estudo. Durante a consolidação do trabalho de campo, observou-se presença de questionários incompletos para algumas variáveis, e de forma a aumentar o poder do estudo, mais 59 (11,3%) gestantes foram selecionadas para participar do estudo (n=735). As estimativas foram realizadas no aplicativo OpenEpi.

3.7 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado por meio do contato telefônico com 11,6% (n=64) mulheres, o qual foi composto pela checagem dos dados informados pelas gestantes no momento das entrevistas. Estes dados foram: nome completo, data de nascimento, endereço e escolaridade, em que foi avaliado o nível de concordância entre a resposta do questionário e a do momento do contato telefônico. Foram observadas pequenas divergências em relação ao tempo de estudo (1 ano de diferença em 3 casos), e o coeficiente de correlação intraclasses obtido para a variável foi 0,99 (IC95% 0,98;1,00). Os demais itens informados no questionário coincidiram nos dois momentos.

A digitação dos dados foi realizada em uma planilha baseada na linguagem de programação *Visual Basic Application* e aplicativo *Microsoft Office Excel®*, a qual possuía linguagem de programação incorporada em algumas aplicações da *Microsoft®* que permite automatizar processos e o desenvolvimento de uma interface de fácil compreensão e uso intuitivo aos digitadores a partir da criação de formulários. Os formulários desenvolvidos possuíam caixas de texto específicas nas quais os dados foram digitados. Todos os questionários tiveram dupla digitação e posteriormente foi realizada a comparação para assim minimizar possíveis erros, e as informações distintas eram conferidas novamente no questionário.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados por meio do Programa Stata 14 (STATA Corp. College Station, Texas, USA). As análises descritivas foram realizadas por meio do cálculo das frequências absolutas (n), relativas (%) e respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%.

Razões de Prevalência (RP) foram estimadas por meio da Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Para o artigo 1, foram realizadas análises ajustadas dos dados, em que a ordem das variáveis considerou modelo hierárquico. Foram introduzidas, primeiramente, as variáveis demográficas e socioeconômicas, seguidas pelos comportamentos relacionados à saúde, obstétricas e condição de saúde na gestação. Para entrada das variáveis no modelo ajustado foi considerado o valor de $p \leq 0,20$, e consideradas significativas quando valor de $p < 0,05$. O ajuste do modelo foi verificado por meio dos critérios de informação de Akaike (AIC) e Bayesiano (BIC), e do teste do *deviance goodness of fit*.

Para o artigo 2, as RP da associação entre sofrimento mental e IA foram estimadas por meio da Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Posteriormente, modelos progressivos de ajustes para variáveis demográficas, seguidas das socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde e características obstétricas foram realizados. Foi calculada a diferença na RP entre cada modelo e outro, e do modelo inicial para o final. Mais informações acerca das análises empregadas podem ser encontradas na seção de Resultados da Dissertação, quando são apresentados os Métodos de cada artigo.

3.9 DEVOLUTIVAS AS PARTICIPANTES E AO MUNICÍPIO

Após as entrevistas, eram entregues para as gestantes orientações nutricionais em formato de folder. Os resultados parciais da pesquisa foram encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde de Colombo.

3.10 APOIO FINANCEIRO

Uma parte desta pesquisa foi financiada com recursos próprios das pesquisadoras, as quais adquiriram materiais de papelaria que foram necessários no decorrer do estudo. A UFPR forneceu espaço físico e computadores para digitação e impressão parcial dos questionários, e a coleta de dados foi viabilizada por meio da participação do Setor de Transportes da UFPR.

Este trabalho contou com apoio de bolsa do Programa de Iniciação Científica, e de bolsas de mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da UFPR, subsidiadas pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior CAPES/ Ministério da Educação – Código de Financiamento 001.

3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, atendendo a todas as exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos, sob o protocolo nº 2405347, do dia 29 de novembro de 2017.

Todas as participantes foram esclarecidas sobre o objetivo desta pesquisa e receberam explicações sobre como funcionaria cada etapa que seria desenvolvida.

Para as gestantes com menos de 18 anos, que aceitaram participar foi aplicado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE 2), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3) assinado pelos responsáveis. As gestantes maiores de 18 anos ou menores de 18 anos emancipadas também assinaram o TCLE.

Em todas as etapas foram garantidos os direitos das gestantes, mantido o sigilo dos dados e a livre escolha para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento no decorrer da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão apresentados neste Capítulo, no formato de dois artigos: o primeiro foi submetido a periódico QUALIS CAPES B3, no mínimo, conforme as normas do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e apresentado segundo as normas do periódico. E o segundo está em preparo para submissão.

4.1 ARTIGO 1 - SOFRIMENTO MENTAL E CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS, OBSTÉTRICAS E CONDIÇÃO DE SAÚDE EM GESTANTES

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência de sofrimento mental e identificar sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentos relacionados à saúde, obstétricas e condição de saúde em gestantes. Métodos: Estudo transversal, realizado com mulheres em acompanhamento pré-natal do Sistema Único de Saúde em Colombo-Paraná. A prevalência de sofrimento mental foi investigada por meio do Self-Reporting Questionnaire. Resultados: Entre as gestantes (n=605) a prevalência de sofrimento mental foi de 47,9% (IC95% 44,0;51,9). Após análise ajustada, foram associadas ao desfecho: viver sem companheiro (RP 1,27; IC95% 1,06;1,52), ter até 7 anos de escolaridade (RP 1,30; IC95% 1,04;1,63), realizar atividade física moderada ou intensa (RP 1,47; IC95% 1,02;2,12), consumir bebida alcoólica nos últimos 12 meses (RP 1,29; IC95% 1,08;1,54), estar na terceira gestação (RP 1,33; IC95% 1,06;1,67), no último trimestre da gestação (RP 1,43; IC95% 1,06;1,94) e presença de sintoma comum à gestação (RP 1,56; IC95% 1,15;2,11). Conclusões: Atenção integral à saúde mental na gestação é necessária especialmente para mulheres em vulnerabilidade social, ao final da gestação, e com pior condição de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Saúde Mental. Saúde da Mulher. Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of mental suffering and to identify its association with socioeconomic, demographic, health-related behaviors, obstetrics and health status in pregnant women. **Methods:** Cross-sectional study carried out with women undergoing prenatal care at the Unified Health System in Colombo-Paraná. The prevalence of mental suffering was investigated using the Self-Reporting Questionnaire. **Results:** Among pregnant women (n=605) the prevalence of mental suffering was 47.9% (95%CI 44.0; 51.9). After adjusted analysis, the following was associated with the outcome: living without a partner (PR 1.27; 95%CI 1.06; 1.52), having up to 7 years of schooling (PR 1.30; 95%CI 1.04; 1.63), performing moderate or intense physical activity (PR 1.47; 95%CI 1.02; 2.12), consuming alcohol in the last 12 months (PR 1.29; 95%CI 1.08; 1.54), being in the third pregnancy (PR 1.33; 95%CI 1.06; 1.67), in the last trimester of pregnancy (PR 1.43; 95%CI 1.06; 1.94) and the presence of a common pregnancy symptom (PR 1.56; 95%CI 1.15; 2.11). **Conclusions:** Comprehensive mental health care during pregnancy is necessary especially for women in social vulnerability, at the end of pregnancy, and in worse health.

Keywords: Pregnancy. Mental Health. Women's Health. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período marcado por expressivas mudanças na vida da mulher que vão além da parte fisiológica, e influenciam aspectos físicos, hormonais e emocionais. Essas transformações podem ter repercussão expressiva no cotidiano, e levar à piora nas condições saúde mental. Por vezes as gestantes apresentam sentimentos como angústia, medo e dúvida em relação ao futuro, e se sentem mais frágeis e sensíveis.^{1,2}

Durante a gestação, a mulher pode ter sentimentos que incluem ansiedade, tristeza, desânimo, culpa e insegurança. Esses sentimentos estão associados não somente ao nascimento da criança, mas a outros fatores, como a falta de afeto e apoio tanto de um companheiro, como da própria família, e preocupações acerca do futuro.³

As dificuldades que surgem nesse período frequentemente são expressas como sofrimento e incômodo, que sugerem sensações de desconforto. Náuseas e vômitos são frequentes durante a gestação, e remetem a etiologia das transformações hormonais, bioquímicas, fisiológicas, bem como fatores psicológicos, que compreendem mudanças nos aspectos emocionais de cada gestante, além do aumento da responsabilidade com o nascimento de uma criança.^{4,5}

Diversas alterações ocorrem durante a gestação no corpo feminino, contudo, no terceiro trimestre os sintomas depressivos podem aumentar, em decorrência das mudanças corporais, que compreendem o inchaço das pernas e pés, maior dificuldade na respiração e aumento do cansaço.⁵

As interações que ocorrem entre as transformações externas e as internas no corpo de cada mulher emitem sentimentos distintos em cada gestante, que se apresentam de forma particular.⁵ Sintomas comuns podem aparecer, como a alternância entre aumento e diminuição do apetite, náuseas, vômitos, sonolência, cansaço.^{6,7}

A saúde mental materna influencia na saúde da criança, e compreende desde o período da gravidez até um ano após o parto. O desenvolvimento da saúde da criança começa muito antes do nascimento, em experiências de vida precoce, que ocorrem no útero e já influenciam o desenvolvimento posterior. Condições relacionadas à depressão, estresse e ansiedade durante a gestação podem

acarretar em consequências negativas como nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, aumento do risco de problemas emocionais cognitivos e comportamentais na infância e adolescência, além de depressão na vida adulta.⁸

O sofrimento mental pode ser caracterizado por um conjunto de sintomas por vezes chamados de transtornos mentais comuns (TMC) que não são classificáveis pelos critérios de diagnóstico padrão e envolvem cansaço, irritabilidade, falta de memória, queixas somáticas, insônia e dificuldade de concentração.^{9,10}

Estudos brasileiros realizados com gestantes, que utilizaram o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) como forma de rastreio de sofrimento mental, apresentaram prevalência entre 41,4 a 57,1%.^{11,12} Pesquisas nacionais e internacionais apontam um consenso na literatura de que baixa escolaridade, baixa renda, ser mulher, não ter companheiro, fazer uso de medicamento controlado e maior número de filhos aumentam a chance de indicativos de TMC.^{12,13,14,15,16}

É fundamental a investigação dos fatores que contribuem para aumentar a prevalência de sofrimento mental em grupos sociais mais vulneráveis, como é o caso das gestantes. O pré-natal deve incluir toda a parte social, antropológica, econômica e cultural, jamais restringir-se às ações obstétricas e clínicas.³ Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de sofrimento mental e identificar sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentos relacionados à saúde, características obstétricas e condição de saúde em gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Colombo, Paraná.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal em uma coorte prospectiva, parte de um projeto maior intitulado “Estudo das condições de vida e saúde na gestação e puerpério”, realizado com gestantes que faziam acompanhamento pré-natal no SUS nas Unidades Básicas de Saúde do município de Colombo - Paraná, entre março de 2018 e setembro de 2019.

A população do estudo foi estimada a partir do número de cadastros do SisPrenatal (Sistema de acompanhamento das Gestantes) de 2016 (3.807). Foram estimados cálculos amostrais, considerando prevalência de 50% do desfecho,

margem de erro de quatro pontos percentuais, e nível de confiança de 95%, totalizando 520 gestantes a serem avaliadas. Adicionado, o percentual de 30% para perdas e recusas em estudos longitudinais, resultou em 676 gestantes a serem convidadas a participar do estudo. Durante a consolidação do trabalho de campo, observou-se presença de questionários incompletos para algumas variáveis, e de forma a aumentar o poder do estudo, mais 59 (11,3%) gestantes foram selecionadas para participar do estudo (N=735). As estimativas foram realizadas no aplicativo OpenEpi.

As variáveis foram investigadas por meio de um questionário que era composto por variáveis: Demográficas: faixa etária (em anos, menor ou igual a 19, 20 a 29 e 30 ou mais), cor/raça autodeclarada (branca e amarela, ou preta e parda), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), escolaridade em anos de estudo (0-7, 8-10, 11 ou mais). Os comportamentos relacionados à saúde: atividade física em que foi utilizado o Questionário de Atividade Física para Gestantes (QAFG), na sua versão traduzida e validada¹⁷ e investiga o nível de atividade física diária em cinco dimensões do cotidiano: tarefas domésticas e cuidar de outros; trabalho remunerado, esporte/exercício, deslocamento e inatividade física, classificada em sedentária, leve, moderada e intensa; tabagismo atual (sim, não); consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses (consumiu, não consumiu); Obstétricas: número de gestações (uma, duas ou três), planejamento da gestação (sim, não), trimestre gestacional, dividido por semanas (0-13, 14-26, 27 ou mais). Condição de saúde na gestação: morbidade (sem doença, diagnosticada antes ou durante), sintoma relacionado à gestação (sim, não). As doenças e/ou problemas de saúde foram listadas: infecção trato urinário, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, anemia e outras.

Para o rastreamento de sofrimento mental foi utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos realizados na atenção primária à saúde. É considerado de rápida e fácil aplicação e baixo custo, composto por 20 questões dicotômicas (sim ou não), onde cada resposta afirmativa equivale a um ponto.¹⁸ O ponto de corte utilizado para diagnóstico de sofrimento mental foi igual ou maior que sete pontos, valor similar a outros estudos realizados com gestantes.^{10,11,12,19}

A equipe da coleta de dados foi composta por entrevistadores treinados, e que eram estudantes da graduação e mestrado da Universidade Federal do Paraná

(UFPR). O controle de qualidade foi realizado por meio do contato telefônico com 11,6% (n=64) mulheres, o qual foi composto pela checagem dos dados informados pelas gestantes no momento das entrevistas.

Para o rastreamento de sofrimento mental foi utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos realizados na atenção primária à saúde. É considerado de rápida e fácil aplicação e baixo custo, composto por 20 questões dicotômicas (sim ou não), onde cada resposta afirmativa equivale a um ponto.¹⁸ O ponto de corte utilizado para diagnóstico de sofrimento mental foi igual ou maior que sete pontos, valor similar a outros estudos realizados com gestantes.^{10,11,12,19}

A equipe da coleta de dados foi composta por entrevistadores treinados, e que eram estudantes da graduação, residência, e mestrado da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O controle de qualidade foi realizado por meio do contato telefônico com 11,6% (n=64) mulheres, o qual foi composto pela checagem dos dados informados pelas gestantes no momento das entrevistas.

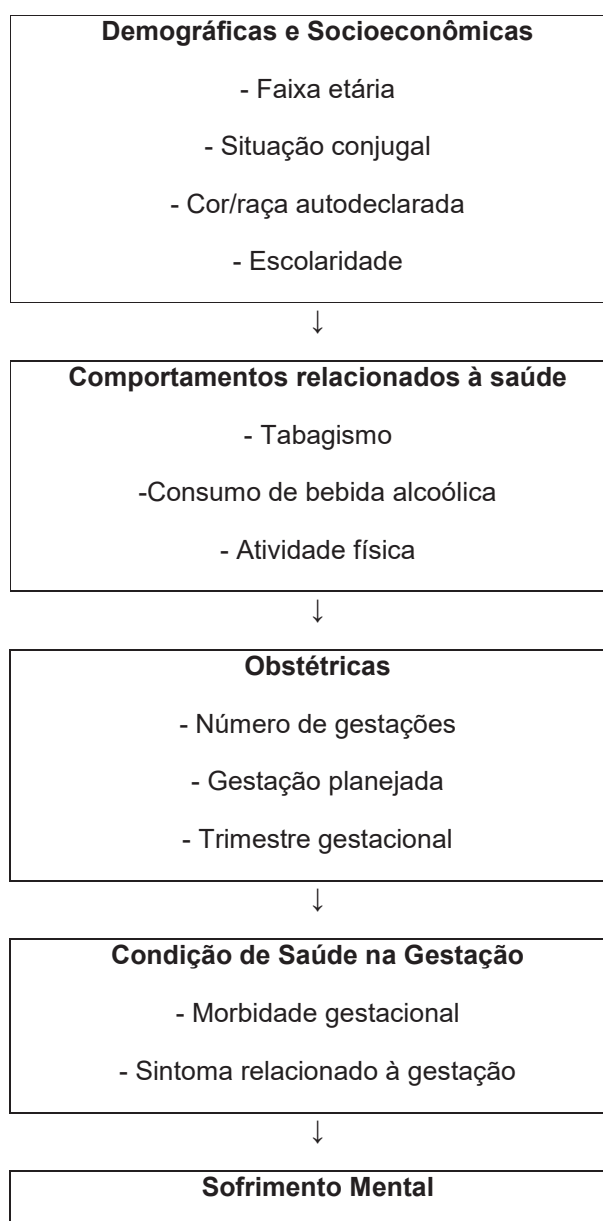
Para a digitação dos dados, foi elaborada uma planilha baseada em linguagem de programação. Todos os questionários tiveram dupla digitação para conferência. Os dados foram analisados por meio do Programa Stata 14 (STATA Corp. College Station, Texas, USA). As análises descritivas foram realizadas por meio do cálculo das frequências absolutas (n), relativas (%) e respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%. Razões de Prevalência (RP) foram estimadas por meio da Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.

Foram realizadas análises ajustadas dos dados, em que a ordem das variáveis considerou modelo hierárquico apresentado na Figura 1, foram introduzidas, primeiramente, as variáveis demográficas e socioeconômicas, seguidas pelos comportamentos relacionados à saúde, obstétricas e condição de saúde na gestação. Para entrada das variáveis no modelo ajustado foi considerado o valor de $p \leq 0,20$, e consideradas significativas quando valor de $p < 0,05$. A variável faixa etária foi mantida no modelo independentemente do valor de p na análise não ajustada. O ajuste do modelo foi verificado por meio dos critérios de informação de Akaike (AIC) e Bayesiano (BIC), e do teste do *deviance goodness of fit*. Para analisar colinearidade entre as variáveis, foi estimado o fator de inflação da variância (VIF).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPR pelo parecer de número 2405347 (29/11/2017). Todas as

gestantes maiores de 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as com idade inferior a 18 anos assinaram o Termo Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e seus responsáveis legais assinaram o TCLE.

FIGURA 1 – MODELO HIERÁRQUICO DE ANÁLISE MULTIVARIÁVEL DA ASSOCIAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO MENTAL E VARIÁVEIS EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019



RESULTADOS

Foram convidadas a participar da pesquisa 735 gestantes, e 605 aceitaram (82,3%). A idade média das gestantes foi de 25,9 anos (IC 95% 25,5;26,4), e não diferiu daquelas que se recusaram a participar (26,6 anos, IC 95% 25,7;27,5). A maioria das gestantes vivia com companheiro (79,7%) e autodeclarou cor de pele/raça branca ou amarela (54,2%); 43,9% tinham 11 ou mais anos de estudo; 44,8% afirmaram fazer algum tipo de atividade física leve, 7,6% eram tabagistas e 23,8% relataram ter consumido bebida alcoólica nos últimos 12 meses.

No que se refere às características obstétricas, 40,9% eram primigestas, 66,2% não planejaram a gestação e 49,8% estavam no terceiro trimestre gestacional; 71,4% afirmaram não ter nenhuma doença diagnosticada, entre as que tinham, as mais comuns foram: hipertensão arterial sistêmica (6,6%), infecção do trato urinário (6,5%) e anemia (5,3%); 81,3% referiram sintoma comum da gestação: enjoo (66,3%), azia (51,7%) e vômito (50,3%). A prevalência de sofrimento mental foi de 47,9% (IC 95% 44,0;51,9). (TABELA 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, OBSTÉTRICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE NA GESTAÇÃO E SOFRIMENTO MENTAL EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=605) (continua)

VARIÁVEIS	N	%
Demográfica e socioeconômica		
<u>Faixa Etária (anos)</u>		
≤ 19	99	16,4
20-29	377	62,3
≥ 30	129	21,3
<u>Situação conjugal</u>		
Vive com companheiro	472	79,7
Vive sem companheiro	120	20,3
<u>Cor/Raça autodeclarada</u>		
Branca/amarela	328	54,2
Preta/parda	277	45,8
<u>Escolaridade (anos de estudo)</u>		
0-7	109	18,1
8-10	229	38,0
≥11	264	43,9
Comportamentos relacionados à saúde		
<u>Atividade Física</u>		
Sedentária	126	20,8
Leve	271	44,8
Moderada ou intensa	208	34,4
<u>Tabagismo</u>		
Não fumavam	546	92,4
Fumavam	45	7,6
<u>Bebida alcoólica nos últimos 12 meses</u>		
Não consumiram	410	76,2
Consumiram	128	23,8
Obstétricas		
<u>Número de gestações</u>		
1	239	40,9
2	184	31,5
3	161	27,6

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, OBSTÉTRICAS, CONDIÇÕES DE SAÚDE NA GESTAÇÃO E SOFRIMENTO MENTAL EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=605) (conclusão)

VARIÁVEIS	N	%
<u>Gestação planejada</u>		
Não	394	66,2
Sim	201	33,8
<u>Trimestre gestacional</u>		
0-13 semanas	97	16,1
14-26 semanas	206	34,1
27 ou mais semanas	301	49,8
Condição de saúde na gestação		
<u>Morbidade gestacional</u>		
Sem doença	422	71,4
Antes da gestação	22	3,7
Durante a gestação	147	24,9
<u>Sintoma relacionado à gestação</u>		
Não	113	18,7
Sim	492	81,3
Sofrimento Mental		
Não	315	52,1
Sim	290	47,9

Na análise não ajustada, a prevalência de sofrimento mental foi significativamente maior entre as gestantes que não tinham companheiro (RP 1,32; IC95% 1,10;1,61), com até 7 anos de escolaridade (RP 1,33; IC95% 1,07;1,67), que praticavam atividade física moderada ou intensa (RP 1,32; IC95% 1,03;1,70), fumavam (RP 1,35; IC95% 1,07;1,70), consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses (RP 1,37; IC95% 1,15;1,63), estavam na terceira gestação (RP 1,31; IC95% 1,09;1,58), no terceiro trimestre da gestação (RP 1,34; IC95% 1,02;1,76), com alguma doença diagnosticada durante a gestação (RP 1,31; IC95% 1,10;1,56), e que referiram sintoma comum à gestação (RP 1,48; IC95% 1,13;1,93). (TABELA 2).

Após análise ajustada, observou-se que as gestantes que não tinham companheiro (RP 1,27; IC95% 1,06;1,52), e com menor escolaridade, com até 7

anos de estudo (RP 1,30 IC95% 1,04;1,63) permaneceram com maior prevalência de sofrimento mental. A associação entre sofrimento mental e atividade física e consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses permaneceu significativa. Dentre as variáveis obstétricas, as gestantes que estavam na terceira gestação (RP 1,33; IC95% 1,06;1,67) e no terceiro trimestre gestacional mantiveram significância estatística (RP 1,43; IC95% 1,06;1,94). Após o ajuste para variáveis dos demais blocos a referência a sintoma comum à gestação (RP 1,56; IC95% 1,15;2,11) permaneceu associada à maior prevalência de sofrimento mental. As variáveis tabagismo, gestação planejada e morbidade gestacional deixaram de ser estatisticamente significativas após ajuste para demais variáveis do modelo. (TABELA 2).

Os valores de AIC e BIC do modelo ajustado foram 825,9 e 880,6, respectivamente, enquanto o valor do *deviance goodness of fit* foi de 317,9 (valor de $p=1,000$), indicando boa qualidade do ajuste do modelo final. O valor médio do VIF foi de 1,11, e variou de 1,02 para presença de algum sintoma comum à gestação, a 1,26 para faixa etária e 1,37 para número de gestações.

TABELA 2 - PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, OBSTÉTRICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=605) (continua)

VARIÁVEIS	N (%)	RP (IC 95%)	Valor p*	RP Ajustada	Valor p
Demográfica e socioeconômica					
<u>Faixa Etária (anos)</u>			0,212		0,505 ^a
≤ 19	54 (54,6)	1,00		1,00	
20-29	177 (47,0)	0,86 (0,70;1,06)		0,94 (0,75;1,17)	
≥ 30	59 (45,7)	0,84 (0,65;1,09)		0,93 (0,72;1,22)	
<u>Situação conjugal</u>			0,002		0,010 ^a
Vive com companheiro	214 (45,3)	1,00		1,00	
Vive sem companheiro	72 (60)	1,32 (1,11;1,58)		1,27 (1,06;1,52)	
<u>Cor/raça autodeclarada</u>			0,598		
Branca/amarela	154 (46,9)	1,00			
Preta/parda	136 (49,1)	1,05 (0,89;1,23)			
<u>Escolaridade (anos de estudo)</u>			0,004		0,009 ^a
0-7	60 (55,0)	1,33 (1,07;1,67)		1,30 (1,04;1,63)	
8-10	121 (52,8)	1,28 (1,06;1,55)		1,25 (1,03;1,52)	
≥11	109 (41,3)	1,00		1,00	
Comportamentos relacionados à saúde					
<u>Atividade Física</u>			0,029		0,031 ^b
Sedentária	50 (39,7)	1,00		1,00	
Leve	131 (48,3)	1,22 (0,95;1,56)		1,34 (0,93;1,92)	
Moderada ou intensa	109 (52,4)	1,32 (1,03;1,70)		1,47 (1,02;2,12)	
<u>Tabagismo</u>			0,012		0,192 ^b
Não fumavam	261 (47,8)	1,00		1,00	
Fumavam	29 (64,4)	1,35 (1,07;1,70)		1,20 (0,91;1,57)	
<u>Bebida alcoólica nos últimos 12 meses</u>			0,001		0,004 ^b
Não consumiram	183 (44,6)	1,00		1,00	
Consumiram	78 (60,9)	1,37 (1,15;1,63)		1,29 (1,08;1,54)	
Obstétricas					
<u>Número de gestações</u>			0,011		0,021 ^c
1	110 (46)	1,00		1,00	
2	77 (41,9)	0,91 (0,73;1,13)		0,95 (0,75;1,20)	

TABELA 2 - PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, OBSTÉTRICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=605) (conclusão)

VARIÁVEIS	N (%)	RP (IC 95%)	Valor p*	RP Ajustada	Valor p
3	97 (60,3)	1,31 (1,09;1,58)		1,33 (1,06;1,67)	
<u>Gestação planejada</u>			0,058		0,182 ^c
Não	202 (51,3)	1,00		1,00	
Sim	86 (42,8)	0,83 (0,69;1,00)		0,88 (0,72;1,08)	
<u>Trimestre gestacional</u>			0,017		0,008 ^c
0-13 semanas	38 (39,2)	1,00		1,00	
14-26 semanas	93 (45,2)	1,15 (0,86;1,54)		1,21 (0,89;1,66)	
27 ou mais semanas	158 (52,5)	1,34 (1,02;1,76)		1,43 (1,06;1,94)	
Condição de saúde na gestação					
<u>Morbidade gestacional</u>			0,003		0,112 ^d
Sem doença	186 (44,1)	1,00		1,00	
Antes da gestação	9 (40,9)	0,93 (0,56;1,55)		0,90 (0,51;1,58)	
Durante a gestação	85 (57,8)	1,31 (1,10;1,56)		1,17 (0,97;1,40)	
<u>Sintoma relacionado à gestação</u>			0,004		0,004 ^d
Não	39 (34,5)	1,00		1,00	
Sim	251 (51)	1,48 (1,13;1,93)		1,56 (1,15;2,11)	

Legenda: RP= Razão de Prevalência, IC = Intervalo de Confiança.

*Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância

^a ajustada para variáveis socioeconômicas e demográficas; ^b ajustada para variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentos relacionados à saúde; ^c ajustada para variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentos relacionados à saúde e obstétricas; ^d ajustada para variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentos relacionados à saúde, obstétricas e condição de saúde.

DISCUSSÃO

Entre os achados do presente estudo destaca-se a elevada prevalência de sofrimento mental entre as gestantes, principalmente entre aquelas que viviam sem companheiro, com menor escolaridade, que faziam atividade física moderada ou intensa, que consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses, estavam na terceira gestação, no último trimestre gestacional e que apresentaram algum sintoma comum à gestação.

A prevalência de sofrimento mental entre as gestantes avaliadas foi de 47,9%. Em estudos nacionais realizados com gestantes em acompanhamento pré-natal e que utilizaram o mesmo instrumento de rastreio, a prevalência encontrada foi de 41,4%, em Pelotas no Rio Grande do Sul,¹¹ e 57,1% em município de médio porte na região Central do Brasil.¹²

A maior prevalência de sofrimento mental em pessoas que não tinham companheiro foi encontrada em outros estudos.^{12,13,14} Em um relacionamento com boa convivência os indivíduos compartilham as tarefas domésticas, cuidado com os filhos e gestão financeira, o que pode atenuar o desgaste psicológico.²⁰ As preocupações, dúvidas quanto ao aumento das despesas com a chegada de uma criança, e da responsabilidade tendem a aumentar no período gestacional, e podem afetar negativamente a saúde mental.³

A associação entre baixa escolaridade e sofrimento mental foi relatada previamente.^{11,13,14,16} A maior escolaridade gera maior capacidade para tomar decisões, habilidades cognitivas e assertividade, fatores que levam a maior independência financeira, controle de fertilidade e cuidado com a alimentação, fatores diretamente relacionados à saúde mental.¹⁶

Para as gestantes os benefícios da atividade física incluem o controle do ganho de peso, diminuição do desconforto musculoesquelético, melhora no sistema cardiovascular, estabilidade do humor, e maior controle de hipertensão gestacional e diabetes mellitus.²¹ Contudo, entre as gestantes avaliadas neste estudo, aquelas que foram classificadas em nível de atividade física moderada ou intensa apresentaram maior prevalência de sofrimento mental do que as sedentárias. Este resultado também foi encontrado por outros autores^{19,22} que empregaram instrumentos para medir atividade física que incorporaram dimensões de gasto energético, incluindo atividades do cotidiano, como tarefas domésticas e cuidados de outras pessoas. Entre as mulheres avaliadas aquelas com sofrimento mental apresentaram maiores medianas para os domínios de cuidado com outras pessoas e inatividade física, sem diferenças significativas nos demais domínios.

Desta forma, é possível que a maior parte das atividades realizadas pelas gestantes esteja relacionada a tarefas estressantes, como a sobrecarga doméstica, o cuidado com os filhos e atividades ocupacionais manuais, que podem estar relacionadas à maior sofrimento mental.^{19,22} Mulheres que têm aumento na carga de trabalho doméstico, principalmente pelo maior número de filhos, e não recebem

auxílio nas atribuições domésticas, muitas vezes atingem patamares mais elevados de TMC.²³

Entre as mulheres avaliadas aquelas que estavam na terceira gestação, tiveram maior prevalência de sofrimento mental. Em outro estudo, a média de filhos entre as mulheres com TMC foi de 2,9 filhos (dp=1,6), e aquelas que não tinham TMC 2,3 filhos (dp=1,3).²⁴ Exigências sociais, psicológicas e emocionais como cuidar de um recém nascido ou de outras crianças ao mesmo tempo e com baixo apoio, podem levar a preocupações constantes e conseqüentemente ser um importante fator de estresse para as mulheres.²⁵

Ter consumido bebida alcoólica nos últimos 12 meses também se associou a maior prevalência de sofrimento mental. Ainda são escassas pesquisas que abordem essa associação em gestantes. Um estudo em Pelotas, no Rio Grande do Sul, com 1.267 gestantes entre 2006 e 2008, constatou que a prevalência de TMC foi maior (58,6%) naquelas que consumiam bebida alcoólica.¹¹ Gestantes que consomem mais álcool têm mais chances de apresentarem sintomas depressivos, porém a associação inversa também é possível, na qual o consumo de álcool seja para amenizar esses sintomas.^{24,25}

As gestantes que estavam no terceiro trimestre gestacional apresentaram maior prevalência de sofrimento mental. A relação corporal pode ter um papel importante para esse resultado, visto que é ao final do segundo trimestre, que as mudanças corporais se tornam mais expressivas com aumento na indisposição, ocasionada pelo inchaço das pernas e dos pés, aumento do cansaço e sentimentos como insatisfação corporal, abalo na autoestima, insegurança com as transformações físicas, aumento de peso, sono desregulado, dores, desconfortos, alterações hormonais que podem resultar em menor disposição para o trabalho e para tarefas cotidianas.^{5,28,29}

Gestantes que relataram sintomas comuns da gravidez, como enjojo, azia e vômito, apresentaram maior prevalência de sofrimento mental. As mudanças autônomas e hormonais durante a gestação podem intensificar sinais e sintomas de sofrimento psíquico.¹² Sintomas como náuseas e vômitos, podem diminuir a qualidade de vida, têm impacto significativo na vida social das gestantes e podem interferir na capacidade de realização de atividades cotidianas e sociais.³⁰

Destaca-se que o SRQ-20 é um questionário validado, recomendado para rastrear casos de TMC, e não deve ser utilizado para diagnosticar doenças

mentais.¹⁸ O presente estudo apresenta algumas limitações. Como se trata de uma pesquisa transversal não é possível afirmar acerca da relação de causalidade entre as variáveis, como por exemplo, se a pior condição socioeconômica levou a mais alta prevalência de sofrimento mental, ou se ter sofrimento mental levou a apresentar pior condição socioeconômica. Destaca-se também que as informações foram questionadas pelo entrevistador, e pode ter ocorrido omissão de respostas ou subestimação dos relatos.

Ainda a amostra foi composta apenas por usuárias que realizavam o pré-natal exclusivamente no SUS, e isso poderia resultar em uma semelhança no perfil socioeconômico. Além disso, o desafio de incorporar mulheres que não realizam o pré-natal em pesquisas que ocorrem no ambiente de unidades de saúde é reconhecido. Apesar disto, a equipe de pesquisa esteve presente em diferentes datas e horários nas unidades de saúde, além de ter realizado coletas na Unidade de Saúde da Mulher, enquanto aguardavam por procedimento de ecografia, o que tende a aumentar as probabilidades de participação das gestantes.

CONCLUSÃO

Observou-se elevada prevalência de sofrimento mental entre as gestantes, principalmente entre aquelas que viviam sem companheiro, com menor escolaridade, que praticavam atividade física moderada ou intensa, que consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses, estavam na terceira gestação, no terceiro trimestre gestacional, e que apresentavam algum sintoma comum à gestação.

Esses resultados destacam a importância da atenção integral à saúde na gestação. A presença da gestante na atenção básica durante esse período traz uma janela de oportunidades para atenção na saúde que vai além do ciclo reprodutivo e reforça a importância de ações intersetoriais na prevenção e na compreensão de soluções no sofrimento mental. Estudos futuros podem investigar em profundidade os caminhos pelos quais a saúde mental está associada a demais variáveis e assim trazer benefícios tanto para a saúde das gestantes, como dos filhos e também de toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Costa ES, Pinon GMB, Costa TS, Santos RCA, Nóbrega AR, Sousa LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Rev Rene* 2010; 11(2): 86-93.
2. Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *Id on Line Rev M Psic* 2020; 14(49):114-126.
3. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AASD, Melo LPTD, Fialho AVDM. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicol Estud* 2014; 19(1):115-124.
4. Silva LJD, Silva LRD. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009; 13(2):393-401.
5. Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM, Spíndola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Cienc Enferm* 2010; 16(2):115-125.
6. Sarmiento R, Setúbal MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério. *Rev Cienc Med* 2003; 12(3):261-268.
7. Burti JS, Andrade LZ, Caromano FA, Ide MR. Adaptações fisiológicas do período gestacional. *Fisioter Bras* 2008; 7(5):375-80.
8. Lenze SN. Early childhood mental health: starting early with the pregnant mother. *Child adolesc psychiatr clin N Am* 2017; 26(3):411-426.
9. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.
10. Jebena MG, Taha M, Nakajima M, Lemieux A, Lemessa F, Hoffman R, et al. Household food insecurity and mental distress among pregnant women in Southwestern Ethiopia: a cross sectional study design. *BMC pregnancy childbirth* 2015; 15(1):250.
11. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RNR, Moraes IGS, Jansen K, Pinheiro RT. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2010; 26(9):1832-1838.
12. Lucchese R, Simões ND, Monteiro LHB, Vera I, Fernandes IL, Castro PA, Silva GC, Evangelista RA, Bueno AA, Lemos MF. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestantes: estudo transversal. *Esc Anna Nery* 2017; 21(3): e20160094.
13. Guimarães FJ, Santos FJDS, Leite AFB, De Holanda VR, De Sousa GS, Perrelli JGA. Mental disorders in pregnant. *Enferm glob* 2019; 18(1):523-534.

14. Furtado FMSF, Saldanha AAW, Moleiro CMMM, Silva J. Transtornos Mentais Comuns em Mulheres de Cidades Rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saude e pesqui* 2019; 12(1):129-140.
15. Gomes VF, Miguel TLB, Miasso AI. Common mental disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. *Rev Latinoam Enferm* 2013; 21(6):1203-1211.
16. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cien Saude Colet* 2018; 23(8): 2543-2554.
17. Silva FT, Araujo Júnior E, Santana EF, Lima, JW, Cecchino GN, Silva, CF. Translation and cross-cultural adaptation of the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) to the Brazilian population. *Ces Gynecol* 2015; 80(4):290-298.
18. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):380-390.
19. Silva KGM, Cavalcante Neto JL. Fatores associados ao transtorno mental comum e níveis de atividade física em gestantes. *Rev Bras Cienc Mov* 2015; 23(2):113-122.
20. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2014; 140(1):140-187.
21. Melzer K, Schutz Y, Boulvain M, Kayser B. Physical activity and pregnancy: Cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. *Sports med* 2010; 40(6):493-507.
22. Takahasi EHM, Alves MTSSB, Alves GS, Silva AAM, Batista RFL, Simoes VMF, Del-Ben CM, Barbieri MA. Mental health and physical inactivity during pregnancy: a cross-sectional study nested in the BRISA cohort study. *Cad Saude Publica* 2013; 29(8):1583-1594.
23. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(3):337-348.
24. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2017; 51: e03225.
25. Almeida MS, Nunes M A, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul

do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012; 28(2):385-394.

26. Pinheiro SN, Laprega M, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica 2005; 39(4):593-598.

27. Silva MMJ, Leite EPRC, Nogueira DA, Clapis MJ. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. Invest Educ Enferm 2016; 34(2):342-350.

28. Piccinini CA, Gomes AG, Nardi T, Lopes RS. Gestação e a constituição da maternidade. Psicol Estud 2008;13(1):63-72.

29. Rezende Filho M, Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

30. Kuo SH, Wang RH, Tseng HC, Jian SY, Chou FH. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. J Midwifery Womens Health 2007; 52(1):e1-7.

4.2 ARTIGO 2 - SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR NA GESTAÇÃO

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre sofrimento mental e Insegurança Alimentar (IA) em gestantes. **Métodos:** Estudo transversal, com mulheres em pré-natal em Colombo (PR). A prevalência de sofrimento mental foi investigada por meio do Self-Reporting Questionnaire, e de IA pela Escala Brasileira. Modelos de regressão de Poisson foram progressivamente ajustados para variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde e características obstétricas. **Resultados:** Entre as gestantes participantes (n=513) a prevalência de sofrimento mental foi de 50,1%, e de IA leve 38,2% e 6,4% para moderada/grave. A prevalência de sofrimento mental foi maior para aquelas com IA leve (RP 1,34 (IC95% 1,12;1,61) e moderada/grave (RP 1,70; IC95% 1,33;2,19). Individualmente, a variável que mais modificou a associação do desfecho e IA leve foi a renda (-4,48%), e para IA moderada/grave a escolaridade (-7,60%). A diferença da RP no modelo ajustado para o final foi de 10,5% para IA leve (RP 1,20; IC95% 1,00;1,45), e 15,9% para IA moderada/grave (RP 1,43; IC95% 1,12;1,83). Para IA leve e moderada/grave a maior redução ocorreu com variáveis socioeconômicas 4,5% (RP 1,27; IC95% 1,05;1,53) e 8,0% (RP 1,50; IC95% 1,17;1,93), respectivamente. **Conclusão:** A associação entre IA e sofrimento mental foi consistente, com maior redução para variáveis socioeconômicas. Ações que busquem reduzir o impacto da IA no sofrimento mental devem considerar os determinantes sociais de saúde.

Palavras-chave: Gravidez. Saúde Mental. Segurança Alimentar e Nutricional. Estudos transversais.

INTRODUÇÃO

A Insegurança Alimentar (IA) corresponde à violação do direito de estar livre da fome, e inclui as incertezas acerca do acesso regular e permanente a alimentos em qualidade e quantidade suficientes, sem comprometer o acesso as demais necessidades fundamentais.¹

IA pode ser classificada em níveis de gravidade: leve indica a preocupação de falta de alimento em breve, moderada a alimentação começa a ser restrita em qualidade e quantidade suficiente, e grave é caracterizada pela fome.^{2,3}

No mundo, a prevalência de IA no nível moderada/grave no ano de 2019 foi estimada em 25,9% da população mundial, aproximadamente dois bilhões de pessoas.⁴ No Brasil, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018, dos 68,9 milhões de domicílios do país, 36,7% estavam com IA, atingindo 84,9 milhões de brasileiros.⁵

Falta de acesso seguro aos alimentos, preocupações acerca da alimentação e fome são fontes de estresse diário, principalmente para mulheres. A IA envolve sentimentos de desespero, vergonha, angústia, desesperança, ansiedade contínua, que podem intensificar o sofrimento mental.⁶ Desta forma, a IA pode ser considerada um importante determinante de saúde, associada ao maior risco de sofrimento mental.⁷

Sofrimento mental pode ser definido como um conjunto de sintomas caracterizados por cansaço, falta de memória, irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração e que não são caracterizados por critérios diagnósticos psiquiátricos.^{7,8} Esse conjunto de sintomas recebeu o nome de Transtornos Mentais Comuns (TMC).⁸

Eventos adversos ao longo da vida, como estresse elevado, exclusão social, acesso inadequado aos cuidados de saúde, desnutrição e mudanças repentinas na renda podem ser algumas das explicações para a relação entre TMC e condições socioeconômicas desfavoráveis.⁹ Essa situação contribui para a ocorrência da IA, que é um evento estressante e tem efeitos diretos na saúde mental e na qualidade de vida. As mulheres, principalmente com baixa renda e escolaridade são mais suscetíveis à depressão e à ansiedade. A fome é um forte indicador da desigualdade social.¹⁰

A IA afeta a qualidade da alimentação e pode levar à desnutrição.¹¹ Durante

a gestação, a má nutrição resultante pode comprometer os sistemas do organismo e interferir no peso ao nascer¹² e está associada à maior prevalência de níveis pressóricos e glicêmicos inadequados.¹³

Visto que ainda são escassos os estudos que tenham investigado a associação entre IA e sofrimento mental,⁶ principalmente no contexto de grupos populacionais vulneráveis, como as gestantes, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre sofrimento mental e IA, em gestantes em acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODOS

Estudo transversal com gestantes em acompanhamento pré-natal no SUS nas Unidades Básicas de Saúde em Colombo no Paraná, na região Sul do Brasil, realizada entre março de 2018 e setembro de 2019. O município de Colombo pertence à região metropolitana de Curitiba, capital do estado do Paraná, com população estimada de 246.540 habitantes, e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 de 0,733.¹⁴

A população do estudo foi estimada a partir do número de cadastros do Sistema de acompanhamento das Gestantes de 2016, que totalizava 3.807 gestantes. Os cálculos amostrais consideraram a prevalência do desfecho de 50% (estudo de múltiplos desfechos), margem de erro de quatro pontos percentuais e nível de confiança 95%, obteve-se uma amostra mínima de 520 participantes. Acrescentado o percentual de 30% para perdas e recusas em estudos longitudinais, que resultou em 676 gestantes a serem convidadas. Durante a consolidação do trabalho de campo foram identificados questionários incompletos para variáveis, e, mais 59 (11,3%) gestantes foram selecionadas de forma a aumentar o poder do estudo (N=735), distribuídas proporcionalmente em relação ao número de pré-natais em cada Unidade.

As variáveis foram investigadas por meio de questionário composto por: faixa etária (em anos, menor ou igual a 19, 20 a 29 e 30 ou mais), cor/raça autodeclarada (branca e amarela, ou preta e parda), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), escolaridade em anos de estudo (0-7, 8-10, 11 ou mais), renda familiar per capita, dividida em tercís (1º-R\$0,00-R\$475,00; 2º-R\$ 476,00-R\$750,00; 3º-R\$751,00-R\$3.000,00); trabalho remunerado (sim, não),

atividade física por meio do Questionário de Atividade Física para Gestantes (QAFG), na sua versão traduzida e validada¹⁵ e classificada em sedentária, leve, moderada e intensa; tabagismo (sim, não), consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses (consumiu, não consumiu), número de gestações (um, dois ou três), planejamento da gestação (sim, não), trimestre gestacional (0-13, 14-26, 27 semanas ou mais).

Para o rastreamento de sofrimento mental foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos realizados na atenção primária à saúde. É composto por 20 questões com resposta dicotômica (sim ou não), cada resposta afirmativa equivale a um ponto.¹⁶ O ponto de corte utilizado foi igual ou maior que sete pontos empregado em outros estudos com gestantes.^{7,17,18}

A IA foi investigada a partir da Escala Brasileira de IA (EBIA)² que classifica a situação do domicílio nos últimos três meses, com pontos de corte distintos para domicílios com menores de 18 anos. A IA pode ser classificada em: leve, moderada ou grave.² Para este estudo, devido ao baixo número de gestantes classificadas em IA grave (n=14), foi agrupada à IA moderada.

O instrumento de coleta passou por pré-teste e teste com realização de ajustes para melhor entendimento e redução do tempo de preenchimento. Foi realizado estudo piloto compreendendo as etapas de pesquisa. O controle de qualidade foi realizado com 11,6% (n=64) das entrevistas com contato telefônico para checagem de informações. Os dados foram duplamente digitados para conferência.

Para as análises deste estudo, foram incluídas as gestantes que tinham dados completos para todas as variáveis, adotando o procedimento *listwise deletion*. As análises descritivas foram realizadas com frequências absolutas (n), relativas (%) e respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%.

Razões de Prevalência (RP) da associação entre sofrimento mental e IA foram estimadas por meio da Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. O percentual de modificação da RP após inserção de cada variável foi calculado. Posteriormente, foram ajustados modelos progressivos para blocos de variáveis: demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde e características obstétricas. Foi calculado o percentual de diferença na RP ajustada entre cada modelo, e do modelo inicial para o final. O ajuste dos modelos foi

investigado por meio do *deviance goodness of fit*. A colinearidade entre as variáveis do modelo final foi investigada por meio do VIF - *variance inflation factor*. As análises foram realizadas no programa Stata 14 (STATA Corp. College Station, Texas, USA).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPR pelo parecer de número 2405347 (29/11/2017). As gestantes maiores de 18 anos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e aquelas com idade inferior a 18 anos assinaram o Termo Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e seus responsáveis legais assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Dentre as 735 gestantes convidadas 605 aceitaram, e 513 possuíam dados completos para as variáveis. A idade média das gestantes com dados completos foi de 26,2 anos (IC 95% 25,7;26,7) e não diferiu daquelas que se recusaram a participar (26,6 anos, IC 95% 25,7;27,5). A maioria vivia com companheiro (81,3%); 58,9% não exerciam trabalho remunerado; 40,9% eram primigestas; 65,3% não planejaram a gestação e 49,3% estavam no terceiro trimestre gestacional. A prevalência de sofrimento mental foi de 50,1% (IC95% 45,8;54,4) e de IA leve 38,2% (IC95% 34,1;42,5) e de IA moderada/grave 6,4% (IC95% 4,6;8,9%). (TABELA 1).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (n=513) (continua)

VARIÁVEIS	N	%
Demográficas		
<u>Faixa Etária (anos)</u>		
≤ 19	80	15,6
20-29	320	62,4
≥ 30	113	22,0
<u>Situação conjugal</u>		
Vive com companheiro	417	81,3
Vive sem companheiro	96	18,7
<u>Cor/Raça autodeclarada</u>		
Branca/amarela	282	55,0
Preta/parda	231	45,0
Socioeconômicas		
<u>Escolaridade (anos de estudo)</u>		
0-7	89	17,4
8-10	191	37,2
≥11	233	45,4
<u>Renda domiciliar per capita (Tercil)</u>		
1º tercil (R\$0,00-475,00)	173	33,7
2º tercil (R\$476,00-750,00)	172	33,5
3º tercil (R\$751,00-3000,00)	168	32,8
<u>Trabalho remunerado</u>		
Não	302	58,9
Sim	211	41,1
Comportamentos relacionados à saúde		
<u>Atividade Física</u>		
Sedentária	91	17,7
Leve	234	45,6
Moderada ou intensa	188	36,7
<u>Tabagismo</u>		
Não fumavam	472	92,0
Fumavam	41	8,0
<u>Bebida alcoólica nos últimos 12 meses</u>		
Não consumiram	400	78,0

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (n=513) (conclusão)

VARIÁVEIS	N	%
Consumiram	113	22,0
Obstétricas		
<u>Número de gestações</u>		
1	210	40,9
2	165	32,2
3	138	26,9
<u>Gestação planejada</u>		
Não	335	65,3
Sim	178	34,7
<u>Trimestre gestacional</u>		
0-13 semanas	86	16,8
14-26 semanas	174	33,9
27 ou mais semanas	253	49,3
Sofrimento Mental		
Não	256	49,9
Sim	257	50,1
Insegurança Alimentar		
Sem IA	284	55,4
Leve	196	38,2
Moderada/grave	33	6,4

IA: Insegurança Alimentar

A prevalência de sofrimento mental foi maior nas gestantes em situação de IA leve (RP 1,34; IC95% 1,12;1,61) ou moderada/grave (RP 1,71; IC95% 1,33;2,19). Também entre as mulheres que viviam sem companheiro, que fumavam, que consumiram bebida alcoólica, estavam na terceira gestação, no terceiro trimestre gestacional. Por outro lado, foi menor naquelas que tinham 11 ou mais anos de estudo, com maior renda, e que planejaram a gestação (RP 0,82; IC95% 0,68;0,99), quando comparadas àquelas que não. (TABELA 2).

TABELA 2 – PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, OBSTÉTRICAS E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513) (continua)

VARIÁVEIS	N (%)	RP (IC95%)	Valor p*
Demográficas			
<u>Faixa Etária (anos)</u>			0,275
≤ 19	45 (56,3)	1,00	
20-29	158 (49,4)	0,88 (0,70;1,10)	
≥ 30	54 (47,8)	0,85 (0,65;1,12)	
<u>Situação conjugal</u>			0,001
Vive com companheiro	196 (47,0)	1,00	
Vive sem companheiro	61 (63,5)	1,35 (1,13;1,62)	
<u>Cor/Raça autodeclarada</u>			0,561
Branca/amarela	138 (48,9)	55,0	
Preta/parda	119 (51,5)	1,05 (0,89;1,25)	
Socioeconômicas			
<u>Escolaridade (anos de estudo)</u>			0,001
0-7	54 (60,7)	1,00	
8-10	104 (54,5)	0,90 (0,73;1,11)	
≥11	99 (42,5)	0,70 (0,56;0,88)	
<u>Renda domiciliar per capita (Tercil)</u>			0,002
1º tercil (R\$0,00-475,00)	105 (60,7)	1,00	
2º tercil (R\$476,00-750,00)	78 (45,4)	0,75 (0,61;0,92)	
3º tercil (R\$751,00-3000,00)	74 (44,1)	0,73 (0,59;0,89)	
<u>Trabalho remunerado</u>			0,124
Não	160 (53,0)	1,00	
Sim	97 (46,0)	0,87 (0,72;1,04)	
Comportamentos relacionados à saúde			
<u>Atividade Física</u>			0,362
Sedentária	43 (47,3)	1,00	
Leve	115 (49,2)	1,04 (0,81;1,34)	
Moderada ou intensa	99 (52,7)	1,11 (0,86;1,44)	
<u>Tabagismo</u>			0,043
Não fumavam	231 (48,9)	1,00	
Fumavam	26 (63,4)	1,30 (1,00;1,66)	
<u>Bebida alcoólica nos últimos 12 meses</u>			0,004
Não consumiram	188 (47,0)	1,00	
Consumiram	69 (61,0)	1,30 (1,08;1,56)	

TABELA 2 – PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE, OBSTÉTRICAS E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513) (conclusão)

VARIÁVEIS	N (%)	RP (IC95%)	Valor p*
<u>Número de gestações</u>			0,008
1	99 (47,1)	1,00	
2	71 (43,0)	0,91 (0,73;1,15)	
3	87 (63,0)	1,34 (1,10;1,62)	
<u>Gestação planejada</u>			0,045
Não	179 (53,4)	1,00	
Sim	78 (43,8)	0,82 (0,68;0,99)	
<u>Trimestre gestacional</u>			0,006
0-13 semanas	33 (38,4)	1,00	
14-26 semanas	83 (47,7)	1,24 (0,91;1,69)	
27 ou mais semanas	141 (55,7)	1,45 (1,09;1,94)	
Insegurança Alimentar			<0,001
Sem IA	121 (42,6)	1,00	
Leve	112 (57,1)	1,34 (1,12;1,61)	
Moderada/grave	24 (72,7)	1,71 (1,33;2,19)	

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; IA: Insegurança Alimentar

*Regressão de Poisson

Individualmente, a renda foi a variável que mais atenuou a RP entre sofrimento mental e IA leve (-4,48%); para IA moderada/grave a escolaridade (-7,60%), a paridade (-6,43%) e a situação conjugal (-4,78%) reduziram mais a força de associação (TABELA 3).

TABELA 3 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR E PORCENTAGEM DE MUDANÇA EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513)

Variáveis	Insegurança Leve	% Mudança da RP não ajustada**	Insegurança Moderada/Grave	% Mudança da RP não ajustada**	Valor p*
	RP (IC95%)		RP (IC95%)		
Não ajustada	1,34 (1,12; 1,61)	-	1,71 (1,33; 2,19)	-	<0,001
Faixa etária	1,34 (1,12; 1,61)	0	1,70 (1,33; 2,19)	-0,58	<0,001
Situação conjugal	1,33 (1,11; 1,59)	-0,75	1,63 (1,28;2,09)	-4,78	<0,001
Cor/raça autodeclarada	1,34 (1,12; 1,61)	0	1,70 (1,33; 2,18)	-0,58	<0,001
Escolaridade	1,31 (1,09; 1,57)	-2,24	1,58 (1,23; 2,04)	-7,60	<0,001
Renda domiciliar per capita	1,28 (1,06; 1,54)	-4,48	1,65 (1,29; 2,11)	-3,51	<0,001
Trabalho remunerado	1,34 (1,11; 1,60)	0	1,68 (1,31; 2,16)	-1,75	<0,001
Tabagismo	1,34 (1,12; 1,61)	0	1,70 (1,33; 2,18)	-0,58	<0,001
Consumo de bebida alcoólica	1,31 (1,09; 1,57)	-2,24	1,67 (1,30; 2,14)	-2,34	<0,001
Atividade física	1,34 (1,11;1,60)	0	1,70 (1,33; 2,18)	-0,58	<0,001
Número de gestações	1,32 (1,10; 1,58)	- 1,49	1,60 (1,24; 2,05)	-6,43	<0,001
Gestação planejada	1,33 (1,11; 1,59)	-0,75	1,70 (1,33; 2,18)	-0,58	<0,001
Trimestre gestacional	1,33 (1,11; 1,59)	-0,75	1,70 (1,33; 2,17)	-0,58	<0,001

*Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância

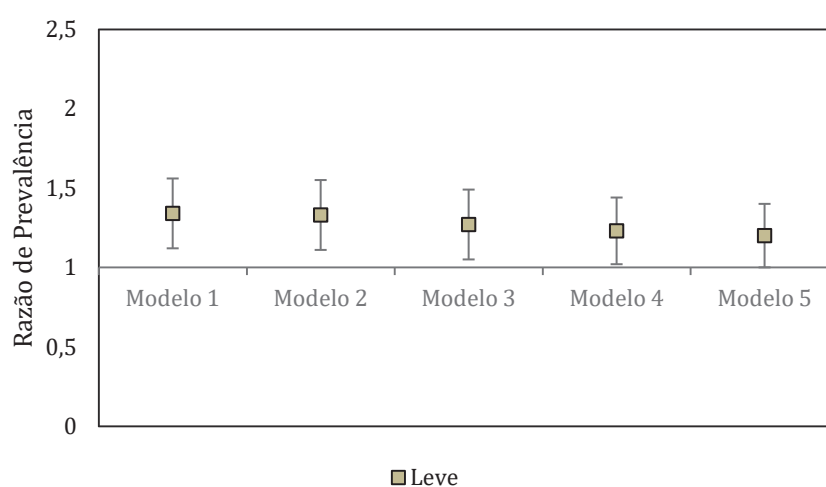
RP= Razão de Prevalência; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

** Diferença percentual em relação à RP não ajustada de sofrimento mental e insegurança alimentar com adição da variável.

A associação entre sofrimento mental e IA permaneceu significativa mesmo após o ajuste para todos os blocos de variáveis. As características socioeconômicas foram aquelas que mais reduziram a associação entre IA leve e sofrimento mental (4,5%) (RP 1,27; IC95% 1,05;1,53), seguidas dos comportamentos relacionados à saúde (3,2%) (RP 1,23; IC95% 1,02;1,48) e características obstétricas (2,4%) (RP 1,20; IC95% 1,00;1,45) e por último, as variáveis demográficas (0,8%) (RP 1,33; IC95% 1,11;1,59). Enquanto para IA moderada/grave, a maior redução ocorreu com a inclusão das variáveis socioeconômicas (8,0%) (RP 1,50; IC95% 1,17;1,93), seguidas das demográficas 4,1% (RP 1,63; IC95% 1,28;2,08), comportamentos relacionados à saúde (2,7%) (RP 1,46; IC95% 1,16;1,87), e por fim, para características obstétricas (2,1%) (RP 1,43; IC95% 1,12;1,83). A diferença da RP entre o modelo não ajustado e o modelo final foi de 10,5% na IA leve, e 15,9% para IA moderada/grave. (GRÁFICO 1 e GRÁFICO 2).

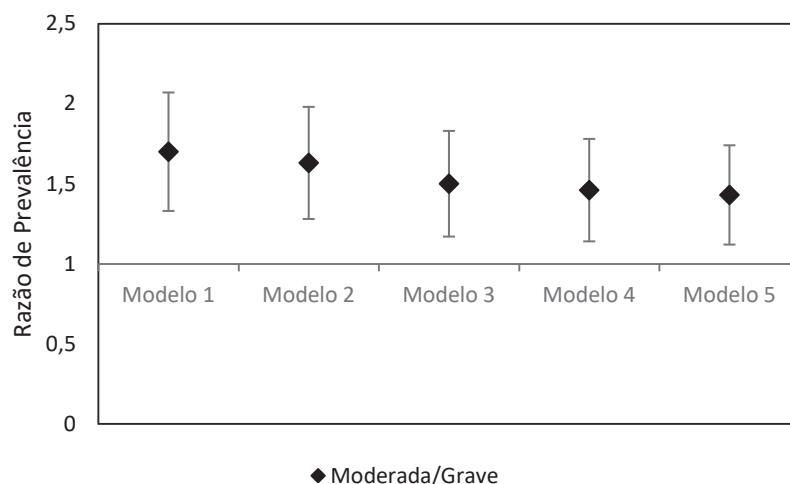
Foram observadas reduções progressivas do *deviance goodness of fit* em relação ao modelo inicial, com valores de $p=1,000$ em todos os modelos, o que indica bom ajuste dos modelos. O valor global do VIF foi 1,16, variando de 1,02 para variável trimestre da gestação à 1,44 para paridade, o que indica ausência de colinearidade entre as variáveis.

GRÁFICO 1 - ASSOCIAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR LEVE EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513)



Regressão de Poisson com ajuste robusto. Modelo 1: não ajustado; Modelo 2: ajustado para idade, companheiro e cor de pele; Modelo 3: ajustado para idade, companheiro, cor de pele, escolaridade, renda e trabalho remunerado; Modelo 4: ajustado para variável idade, companheiro, cor de pele, escolaridade, renda, trabalho remunerado, fumo, álcool e atividade física; Modelo 5: ajustado para variável idade, presença de companheiro, cor de pele, escolaridade, renda, trabalho remunerado, fumo, álcool, atividade física, paridade, planejamento da gestação e trimestre gestacional.

GRÁFICO 2 - ASSOCIAÇÃO ENTRE SOFRIMENTO MENTAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR MODERADA/GRAVE APÓS AJUSTES PARA VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS, COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EM GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM UNIDADES DE SAÚDE EM COLOMBO (PR). 2018-2019 (N=513)



Regressão de Poisson com ajuste robusto. Modelo 1: não ajustado; Modelo 2: ajustado para idade, companheiro e cor de pele; Modelo 3: ajustado para idade, companheiro, cor de pele, escolaridade, renda e trabalho remunerado; Modelo 4: ajustado para variável idade, companheiro, cor de pele, escolaridade, renda, trabalho remunerado, fumo, álcool e atividade física; Modelo 5: ajustado para variável idade, presença de companheiro, cor de pele, escolaridade, renda, trabalho remunerado, fumo, álcool, atividade física, paridade, planejamento da gestação e trimestre gestacional.

DISCUSSÃO

A prevalência de IA nas gestantes foi similar àquela observada em outros estudos nacionais realizados com gestantes: 42,7% em Maceió, destas, 24,8% com IA leve, 9,9% IA moderada e 8% estavam em IA grave¹³ e 45,1% (IC95% 39,6;50,6) em Colombo, que empregou a escala curta, que não diferencia níveis de IA.¹⁹ A prevalência de sofrimento mental foi de 50,1%. Em estudos nacionais, realizados com gestantes e que utilizaram o mesmo instrumento de rastreio, foi encontrada prevalência de 41,4% em Pelotas no Rio Grande do Sul¹⁷ e em município de médio porte na região Central do Brasil (57,1% IC95% 51,7;62,6).¹⁸

As gestantes com IA apresentaram maiores prevalências de sofrimento mental, sendo que a força de associação foi maior para IA moderada/grave. Estudo realizado na Etiópia (2013) com gestantes encontrou que a prevalência de TMC foi superior nas gestantes situação de IA (48,3%), comparadas àquelas em segurança alimentar (19,9%).⁷ Os mecanismos da associação entre sofrimento mental e IA são complexos e multifatoriais. A fome e a baixa ingestão de nutrientes podem resultar

em estresse elevado, alterações no peso corporal, constrangimento pela situação, má nutrição, fatores diretamente ligados ao sofrimento mental.²⁰ As evidências apontam à atuação bidirecional entre as variáveis, ou seja, a IA pode levar ao sofrimento mental, e o sofrimento mental pode levar a IA.²¹

No presente estudo, a associação entre IA e sofrimento mental permaneceu mesmo após ajuste para todos os blocos de variáveis em estudo. Apesar da associação entre sofrimento mental e IA ter sido consistente ao longo dos ajustes, as variáveis socioeconômicas e demográficas foram aquelas que mais reduziram a força da associação entre as variáveis, com maior impacto na IA moderada/grave. De fato, ao serem analisadas individualmente, as variáveis com maior porcentagem de mudança foram renda para IA leve e escolaridade para IA moderada/grave.

Em geral, a baixa renda está relacionada à dificuldade de inserção no mercado de trabalho, condições de vida incertas e baixa valorização. Essa associação pode levar a pior qualidade de vida e reflete em sofrimento mental.²² Situações como eventos adversos ao longo da vida, exclusão social, mudanças repentinas na renda, acesso inadequado aos cuidados de saúde e estresse, podem estar ligadas ao desencadeamento de TMC.^{9,23} A IA é uma expressão da desigualdade social, e está diretamente relacionada aos fatores socioeconômicos, como elevado preço dos alimentos, baixa renda e desemprego.²⁴

Ao analisar individualmente a relação de cada variável com sofrimento mental e IA moderada/grave observou-se que a escolaridade, a paridade e a ausência de companheiro se destacaram como potenciais fatores de confusão. Menor posse de bens de consumo, desemprego e baixa escolaridade são fatores associados a IA moderada e grave.²⁵ A maior escolaridade pode proteger da fome, expressão mais grave da IA, ao gerar melhores oportunidades no mercado de trabalho, e aumento da renda familiar, e acesso à alimentação.²⁵ Em situações que a pessoa responsável pelo domicílio possui baixa escolaridade, a tendência é que seus filhos percorram o mesmo caminho com limitações educacionais, e desta forma, menos oportunidades, salários inferiores, contribuindo para ciclo de pobreza intergeracional.²⁶

As prevalências de sofrimento mental são maiores para as mulheres que apresentam maior número de filhos, condição na qual a sobrecarga de trabalhos domésticos é maior, e a vulnerabilidade social aumentada.²⁷ A mulher, principalmente no papel de mãe e gestante, está vulnerável à desigualdade social e de gênero, carga e estigma do exercício da maternidade.²⁸ Relatos de mães que não

conseguiam alimentar os filhos pela falta de alimentos no domicílio, incluem sentimentos de tristeza, preocupação, frustração, cansaço, dor de cabeça e de estômago, resultantes do sentimento de fracasso ao cumprir seu papel social.²⁹

Na ausência de companheiro, a responsabilidade pela provisão de recursos financeiros e cuidados com a família recai de forma mais marcante sobre a mulher muitas vezes, a única responsável pela renda da família,³⁰ sem compartilhamento da questão financeira.³¹ Mulheres com companheiro possuem maior orçamento para aumentar a compra de alimentos no domicílio.³² Por outro lado, domicílios chefiados por mulheres apresentam maior prevalência de IA. Explicada pela colocação da mulher no mercado de trabalho, relacionada a percepção de salários inferiores, ocupação de cargos de menor prestígio, além do papel ainda tradicional como cuidadora dos filhos e da casa, o que implica na sua permanência no domicílio, e dificulta sua inserção e carreira no mercado de trabalho.³⁰

A IA pode causar sentimentos como angústia, desespero, menor envolvimento social, vergonha, deficiências nutricionais, bem como ansiedade e sentimentos depressivos. As gestantes com depressão correm um risco maior de permanecer na pobreza, e em situação de IA pela elevação dos gastos com saúde, exclusão social, redução das oportunidades de trabalho e menor renda. Na gestação, considerada um período de vulnerabilidade, o potencial de renda das mulheres diminui, e observa-se aumento nas suas próprias necessidades de saúde e dos filhos.³³

Nos demais blocos das variáveis investigadas houve redução na RP de sofrimento mental em relação à IA, embora de menor magnitude. O ajuste para características comportamentais, reduziu em 3,2% a força de associação para IA leve e 2,7% para IA moderada/grave. O elevado estresse que a IA causa pode aumentar o consumo de álcool e fumo. Em alguns casos são utilizados como estratégias para diminuir o apetite, o que resulta em ingestão alimentar inadequada. Em situações de provisão alimentar insuficiente, parte da renda pode ser direcionada à compra de fumo e álcool, ao invés de alimentos.^{34,35,36}

Desta forma, é importante observar os dados relativos aos fatores sociais, econômicos, comportamentais e culturais que estão associados ao sofrimento mental na criação de políticas públicas que possibilitem assegurar a saúde integral às gestantes. O direito humano a alimentação adequada está na Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU) de

1948,³⁷ e no Brasil, a alimentação é um direito básico, reconhecido na Constituição Brasileira desde 2010.³⁸

A IA é considerada um determinante que pode elevar o sofrimento mental. Porém o mecanismo dessa associação ainda não está claramente conhecido. Estudos longitudinais prospectivos são necessários para investigar e entender a relação bidirecional.⁷ No Brasil é essencial que esses estudos sejam realizados, e abordem a vulnerabilidade a IA entre famílias com gestantes, monitorem e avaliem as políticas públicas e ações que garantam a segurança alimentar a esse grupo populacional e visem o combate à IA.¹³

Apesar de este estudo ser inovador no contexto da investigação da relação entre IA e saúde mental e associação com variáveis em gestantes, principalmente em território nacional, visto que até setembro de 2020 não foi identificado nenhum estudo realizado no Brasil que tenha explorado esta associação, o presente estudo possui algumas limitações. O SRQ-20 é um instrumento que deve ser utilizado para rastrear sofrimento mental, e não para diagnosticar transtornos mentais psiquiátricos que são classificáveis segundo critérios específicos.¹⁶ Destaca-se que as gestantes avaliadas eram usuárias principalmente do serviço público de saúde, e não contemplou as gestantes que não realizavam pré-natal, e nem aquelas que realizavam pré-natal exclusivamente em serviços privados, o que pode ter gerado uma semelhança em relação ao perfil socioeconômico.

Devido ao delineamento transversal deste estudo, não foi possível estabelecer inferência de causa e efeito entre as variáveis. Para a realização de estudos futuros, recomenda-se a aplicação de pesquisas longitudinais e qualitativas, que possam investigar em profundidade as relações e consequências da IA e sofrimento mental durante a gestação, e que os serviços de saúde, e em especial as políticas e as ações públicas estejam atentos a esse grupo populacional, para que a saúde da gestante possa ser considerada integralmente e observado o contexto social que promove e mantém as condições de vulnerabilidade associadas ao sofrimento mental e IA.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 18 set.
2. Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM, Kurdian Maranhã L, Sampaio MFA, Marin-Leon L, Panigassi G. Na adapted version of the U.S. Departamento of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr* 2004; 134(8):1923-1928.
3. Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estud av* 2007; 21(60):143-154.
4. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2020. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets*. Rome, FAO.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2020. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: [s.n]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>
6. Weaver LJ, Hadley C. Moving beyond hunger and nutrition: a systematic review of the evidence linking food insecurity and mental health in developing countries. *Ecol food nutr* 2009; 48(4):263-284.
7. Jebena MG, Taha M, Nakajima M, Lemieux A, Lemessa F, Hoffman R, Tesfaye M, Belachew T, Workineh N, Kebede E, Gemechu T, Tariku Y, Segni H, Kolsteren P, al'Absi M. Household food insecurity and mental distress among pregnant women in Southwestern Ethiopia: a cross sectional study design. *BMC pregnancy childbirth* 2015; 15(1):250.
8. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.
9. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc sci med*, 2010; 71(3):517-528.
10. Pike IL, Patil CL. Understanding women's burdens: Preliminary findings on psychosocial health among Datoga and Iraqw women of northern Tanzania. *Culture Medicine and Psychiatry* 2006; 30(3):299-330.
11. Myers CA. Food Insecurity and Psychological Distress: a Review of the Recent Literature. *Curr Nutr Rep* 2020; 9(2): 107-118.
12. Chowdhury M, Dibley MJ, Alam A., Huda TM, Raynes-Greenow C. Household food security and birth size of infants: analysis of the Bangladesh Demographic and

Health Survey 2011. Current developments in nutrition 2018; 2(3): nzy003.

13. Oliveira ACMD, Tavares MCM, Bezerra AR. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. Cien Saude Colet 2017; 22(2):519-526.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2020. Panorama dos Municípios. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/colombo/panorama> Acesso em: 10 out. 2020

15. Silva FT, Araujo Júnior E, Santana EF, Lima, JW, Cecchino GN, Silva, CF. Translation and cross-cultural adaptation of the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) to the Brazilian population. Ces Gynekol 2015; 80(4):290-298.

16. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saude Publica 2008; 24(2):380-390.

17. Silva RA, Ores LC, Mondin TC, Rizzo RNR, Moraes IGS, Jansen K, Pinheiro RT. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. Cad Saude Publica 2010; 26(9):1832-1838.

18. Lucchese R, Simões ND, Monteiro LHB, Vera I, Fernandes IL, Castro PA, Silva GC, Evangelista RA, Bueno AA, Lemos MF. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestantes: estudo transversal. Esc Anna Nery 2017; 21(3):e20160094.

19. Fernandes RC, Manera F, Boing L, Höfelmann, DA. Desigualdades socioeconômicas, demográficas e obstétricas na insegurança alimentar em gestantes. Rev Bras Saúde Matern Infant 2018;18(4):815-824.

20. Gyasi RM, Obeng B, Yeboah JY. Impact of food insecurity with hunger on mental distress among community-dwelling older adults. PLoS ONE 2020; 15(3), e0229840.

21. Birhanu TT, Tadesse AW. Food Insecurity and Mental Distress among Mothers in Rural Tigray and SNNP Regions, Ethiopia. Psychiatry Journal, 2019.

22. Souza LPS, Barbosa BB, Silva CSDO, Souza AGD, Ferreira TN, Siqueira LDG. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev Port Enferm Saúde Mental 2017; (18):59-66.

23. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 2003; 81: 609-615.

24. Sousa LRM, Segall-Corrêa AM, Saint Ville A, Melgar-Quiñonez H. Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. Cad Saude Publica 2019; 35(7):e00084118.

25. Santos TGD, Silveira JACD, Longo-Silva G, Ramires EKNM, Menezes RCED.

Tendência e fatores associados à insegurança alimentar no Brasil: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009 e 2013. *Cad Saude Publica* 2018; 34: e00066917.

26. Netto Jr JLSN, Ramalho HMB, Silva EK. Transmissão intergeracional de educação e mobilidade de renda no Brasil. *Economia e Desenvolvimento* 2013; 12:6-34.

27. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(3):337-348.

28. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(40):107-120.

29. Piperata BA, Salazar M, Schmeer KK, Herrera Rodríguez A. Tranquility is a child with a full belly: Pathways linking food insecurity and maternal mental distress in Nicaragua. *Ecology of Food and Nutrition* 2020; 59(1):79-103.

30. Sabóia RCB, Santos MMD. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2015; 24(4):749-758.

31. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2014; 140(1):140-187.

32. Pellowski JA, Barnett W, Kuo CC, Koen N, Zar HJ, Stein DJ. Investigating tangible and mental resources as predictors of perceived household food insecurity during pregnancy among women in a South African birth cohort study. *Soc Sci Med* 2017;187:76–84.

33. Abrahams Z, Lund C, Field S, Honikman S. Factors associated with household food insecurity and depression in pregnant South African women from a low socio-economic setting: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(4):363-372.

34. Yim KS. Health-related behavioral factors associated with nutritional risks in Korean aged 50 years and over. *Korean J Community Nutr* 2007;12(5):592-605.

35. Iglesias-Rios L, Bromberg JE, Moser RP, Augustson EM. Food insecurity, cigarette smoking, and acculturation among Latinos: data from NHANES 1999-2008. *J Immigr Minor Health* 2015;17(2):349–357.

36. Chun IA, Ryu SY, Park J, Ro HK, Han MA. Associations between food insecurity and healthy behaviors among Korean adults. *Nutr Res Pract.* 2015;9(4):425-432.

37. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.

38. BRASIL. Emenda constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 fev. 2010. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc64.htm>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se elevada prevalência de sofrimento mental entre as gestantes em acompanhamento pré-natal no SUS de Colombo, principalmente entre aquelas que viviam sem companheiro, com menor escolaridade, que praticavam atividade física moderada ou intensa, que consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses, no terceiro trimestre gestacional e que apresentavam algum sintoma comum à gestação. A prevalência de IA foi elevada entre as gestantes, e a associação com sofrimento mental foi significativa, mesmo após o ajuste para todos os blocos de variáveis. As variáveis que mais reduziram a força de associação entre sofrimento mental e IA foram as socioeconômicas, com maiores força para as gestantes com IA moderada/grave, quando comparadas àquelas com IA leve.

Os resultados destacam importância da atenção integral à saúde na gestação, com atenção especial àquelas em situação de vulnerabilidade social. A presença da gestante na atenção básica durante a gravidez traz uma janela de oportunidades para atenção na saúde que vai além do ciclo reprodutivo e reforça a importância de ações intersetoriais na prevenção e na compreensão de soluções no sofrimento mental e na IA. Estudos futuros podem investigar em profundidade os caminhos pelos quais a saúde mental e IA estão relacionadas.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSON, Z. et al. Factors associated with household food insecurity and depression in pregnant south African women from a low socio-economic setting: a cross-sectional study. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 53, n. 4, p. 363-372, 2018.
- ADEWUYA, A. O. et al. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. **Depress Anxiety**, v. 24, n. 1, p. 15-21, 2007.
- ALMEIDA, M. S. de. et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-393, 2012.
- ALMEIDA, J. A. et al. Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 479-488, 2017.
- ALVARENGA, P. et al. Variáveis sociodemográficas e saúde mental materna em contexto de vulnerabilidade social. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p. 776-788, 2018.
- ARAÚJO, T. M. de; PINHO, P. S; ALMEIDA, M. M. G. de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.
- BARBOSA, R. L. **Saúde mental de mulheres segundo a condição de (In)Segurança Alimentar: estudo de base populacional no estado de Alagoas**. 2017. 76 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.
- BERGMANS, R. S.; MALECKI, K. M. The association of dietary inflammatory potential with depression and mental well-being among US adults. **Preventive Medicine**, v. 99, p. 313-319, 2017.
- BERGMANS, R. S. et al. Associations between food security status and dietary inflammatory potential within lower-income adults from the United States National Health and Nutrition Examination Survey, cycles 2007 to 2014. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 118, n. 6, p. 994-1005, 2018.
- BERGMANS, R. S. et al. Moderation of the Association Between Individual Food Security and Poor Mental Health by the Local Food Environment Among Adult Residents of Flint, Michigan. **Health Equity**, v. 3, n. 1, p. 264-274, 2019.
- BEZERRA, T. A.; OLINDA, R. A.; PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 637-651, 2017.
- BICKEL, G. et al. USDA Economic Research Service: Guide to measuring household

Food Security. p. 1-82, 2000.

BORBA, P. et al. Common mental disorders in mothers vs. infant and obstetric outcomes: a review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 34, n. 4, p. 171-177, 2012.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Justiça, 2006.

BRITO, J. G. de.; COSTA, E. R. Titularidade feminina no Programa Bolsa Família: Questões de gênero e segurança alimentar. **Revista Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura**, v. 1, n. 3, p. 1-17, 2015.

BRUENING, M.; DINOUR, L. M.; CHAVEZ, J. B. R. Food insecurity and emotional health in the USA: a systematic narrative review of longitudinal research. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 17, p. 3200-3208, 2017.

BURTI, J. S. et al. Adaptações fisiológicas do período gestacional. **Fisioterapia Brasil**, v. 7, n. 5, p. 375-380, 2006.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciência y enfermería**, v. 16, n. 2, p. 115-125, 2010.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CAMPOS, J. M. et al. Gênero, Segurança Alimentar e Nutricional e Vulnerabilidade Social: O Programa Mulheres Mil em Foco. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1529-1537, 2020.

CASTRO, D. F. A.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p.159-165, 2013.

CHAMPAGNE, C. M. et al. Poverty and Food Intake in Rural America: Diet Quality is lower in food insecure adults in the Mississippi Delta. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 11, p. 1886-1894, 2007.

CHAVES, S. dos.; S. M. C.; SANTOS; L. M. P. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002: Abordagem metodológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1029-1040, 2007.

CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, Á. J. M.; ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 6, p. S44-S51, 2015.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres

grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.

FACCHINI, L. A. et al. Insegurança Alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 161-174, 2014.

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). **The State of Food Security and Nutrition in the World 2019**. Rome, 2019.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2020. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. **Transforming food systems for affordable healthy diets**. Rome, FAO.

FERNANDES, R. C. et al. Desigualdades socioeconômicas, demográficas e obstétricas na insegurança alimentar em gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 4, p. 825-834, 2018.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008.

FURTADO, F. M. S. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 1, p. 129-140, 2019.

GAMA, C. A. P. da; CAMPOS, R. T. O; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

GOLDBERG, D. P; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. Londres, 1992. [s.l:s.n.]

GOMES, V. F.; MIGUEL, T. L. B.; MIASSO, A. I. Common mental disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1203-1211, 2013.

GONÇALVES, D. M; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em uma comunidade assistida pelo Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, 2008.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DMS-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GONÇALVES JUNIOR, M.; TOBIAS, G. C.; TEIXEIRA, C. C. Saúde mental na atenção primária à saúde. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 60, p. 101-116, 2019.

GUIMARÃES, F. C. et al. Políticas públicas e saúde mental: uma revisão

- bibliométrica. **Perspectivas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 129-144, 2015.
- GUIMARÃES, F. J. et al. Mental disorders in pregnant. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 523-534, 2019.
- HADLEY, C.; PATIL, C. Food insecurity in rural Tanzania is associated with maternal anxiety and depression. **American Journal of Human Biology**, v. 18, n. 3, p. 359-368, 2006.
- HANSON, K. L.; CONNOR, L. M. Food insecurity and dietary quality in US adults and children: a systematic review. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 100, n. 2, p. 684-692, 2014.
- HROMI-FIEDLER, A. et al. Household food insecurity is associated with depressive symptoms among low-income pregnant Latinas. **Maternal e Child Nutrition**, v. 7, n. 4, p. 421- 430, 2011.
- INOUE, D. Y. et al. Consumo alimentar de crianças de 12 a 30 meses que frequentam Centros Municipais de Educação Infantil no município de Colombo, Sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 5, p. 523-532, 2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2020. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>
- IPARDES. **CADERNO ESTATÍSTICO MUNICÍPIO DE COLOMBO**. Colombo, 2019.
- IVERS, L. C.; CULLEN, K. A. Food insecurity: special considerations for women. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 94, n. 6, p. 1740-1744, 2011.
- JEBENA, M. G. et al. Household food insecurity and mental distress among pregnant women in Southwestern Ethiopia: a cross sectional study design. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v. 15, n. 250, 2015.
- JEBENA, M. G. et al. Food insecurity and common mental disorders among Ethiopian youth: structural equation modeling. **PLoS One**, v. 11, n. 11, p. e0165931, 2016.
- JUNG, A. et al. Zinc deficiency is associated with depressive symptoms-results from the Berlin Aging Study II. **The Journals of Gerontology Series A**, v. 72, n. 8, p. 1149-1154, 2017.
- LARAIA, B. A. et al. Psychosocial factors and socioeconomic indicators are associated with household food insecurity among pregnant women. **Journal of Nutrition**, v. 136, n. 1, p.177-182, 2006.
- LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em estudo**, v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014.
- LUCCHESI, R. et al. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental

comum em gestante: estudo transversal. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, p. 1-6, 2017.

LUND, C. et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social Science and Medicine**, v. 71, n. 3, p. 517-528, 2010.

MAAS, N. M. et al. Insegurança Alimentar em famílias de área rural do extremo sul do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2605-2614, 2020.

MALHOTRA, S.; SHAH, R. Women and mental health in India: an overview. **Indian Journal Psychiatry**, v. 57, n. 6, p. 205-211, 2015.

MANJREKAR, S.; PATIL, S. Perception and attitude toward mental illness in antenatal mothers in rural population of Southern India: A cross-sectional study. **Journal of neurosciences in rural practice**, v. 9, n. 4, p. 473-477, 2018.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARIN-LEON, L. et al. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 1433-1440, 2005.

MELZER, K. et al. Physical activity and pregnancy. **Sports Medicine**, v. 40, n. 6, p. 493-507, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2011). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde.

MORAIS, D. C.; LOPES, S. O.; PRIORE, S. E. Indicadores de avaliação da Insegurança Alimentar e Nutricional e fatores associados: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2687-2700, 2020.

MORAES, R. S. A. M. et al. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 43-56, 2017.

MORENO-BLACK, G.; GUERRÓN-MONTERO, C. Speaking of hunger and coping with food insecurity: Experiences in the Afro-Ecuadorian highlands. **Ecology of food and nutrition**, v. 44, n. 5, p. 391-420, 2005.

MOYO, O. N.; KAWWEWE, S. M. Lone motherhood in Zimbabwe: the socioeconomic conditions of lone parents and their children. **Social Work in Public Health**, v. 24, p. 161-177, 2009.

MURCHO, N.; PACHECO, E.; JESUS, S. N. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 30-36, 2016.

MYERS, C. A. Food Insecurity and Psychological Distress: a Review of the Recent Literature. **Current Nutrition Reports**, v. 9, n. 2, p. 107-118, 2020.

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 2, p. 91-97, 2016.

OJIMA, R. et al. O estigma de morar longe da cidade: repensando o consenso sobre as "cidades-dormitório" no Brasil. **Cadernos metrópole**, v. 12, n. 24, p. 395-415, 2010.

OLIVEIRA, A. C. M.; TAVARES, M. C. M.; BEZERRA, A. R. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 519-526, 2017.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003.

PATEL, V. et al. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. **British Journal of Psychiatry**, v. 189, p. 547-555, 2006.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **The Journal of Nutrition**, v. 134, n. 8, p.1923-1928, 2004.

PIASEU, N.; BELZA, B.; SHELL-DUNCAN, B. Less money less food: voices from women in urban poor families in Thailand. **Health care for women international**, v. 25, n. 7, p. 604-619, 2004.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituiç o da maternidade. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PIPERATA, B. A. et al. Food insecurity and maternal mental health in León, Nicaragua: potential limitations on the moderating role of social support. **Social Science e Medicine**, v. 171, p. 9-17, 2016.

PIPERATA, B. A. et al. Tranquility is a child with a full belly: Pathways linking food insecurity and maternal mental distress in Nicaragua. **Ecology of Food and Nutrition**, v. 59, n. 1, p. 79-103, 2020.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Morbidade psiquiátrica e uso

de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 593-598, 2005.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

POBLACION, A. P. et al. Insegurança Alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1067-1078, 2014.

REZENDE FILHO, M., MONTENEGRO, C.A.B. *Obstetrícia Fundamental*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

ROBLES, T. F. et al. Marital quality and health: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin Journal**, v. 140, n. 1, p. 140-187, 2014.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: “a revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

SABÓIA, R. C. B. de; SANTOS, M. M, dos. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 749-758, 2015.

SALLES-COSTA, R. et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Nutrição**, v. 21, p. 99-109, 2008.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2012.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 61-71, 2010.

SANTOS, G. B. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00236318, 2019.

SAWYER, A.; AYERS, S.; SMITH, H. Pre and post natal psychological wellbeing in Africa: A systematic review. **Journal of affective disorders**, v. 123, p. 17-29, 2010.

SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança Alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, v. 21, n. 60, p.143-154, 2007.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 39-51, 2008.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, 2018.

SHIVAPPA, N. et al. Designing and developing a literature-derived, population-based dietary inflammatory index. **Public Health Nutrition**, v. 17, n. 8, p. 1689-1696, 2014.

SILVA, G. et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 404-417, 2017.

SILVA, K. G. M.; CAVALCANTE NETO, J. L. Fatores associados ao Transtorno Mental Comum e níveis de atividade física em gestantes. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 23, n. 2, p. 113-122, 2015.

SILVA, L. J. da.; SILVA, L. R. da. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009.

SILVA, R. A. et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1832-1838, 2010.

SILVA, M. M. J. et al. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. **Investigación y educación en enfermería**, v. 34, n. 2, p. 342-350, 2016.

SOUSA, L. R. M., de. et al. Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00084118, 2019.

SOUZA, N. N. S. et al. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 655-662, 2012.

SYMON, A. G.; DOBB, B. R. An exploratory study to assess the acceptability of an antenatal quality-of-life instrument (the Mother-generated Index). **Midwifery**, v. 24, n. 4, p. 442-450, 2008.

TAKAHASI, E. H. M. et al. Mental health and physical inactivity during pregnancy: a cross-sectional study nested in the BRISA cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p.1583-1594, 2013.

TAKITO, M. Y.; BENÍCIO, M. H. D. A.; NERI, L. C. L. Atividade física de gestantes e desfechos ao recém-nascido: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 43,

n. 6, p.1059-1069, 2009.

WEIGEL, M. M. et al. Association of household food insecurity with the mental and physical health of low-income urban Ecuadorian women with children. **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2016, 2016.

WEAVER, L. J.; HADLEY, C. Moving beyond hunger and nutrition: a systematic review of the evidence linking food insecurity and mental health in developing countries. **Ecology of Food and Nutrition**, v. 48, n. 4, p. 263-284, 2009.

B16	Se não: por que parou de estudar? (1) porque engravidei (2) porque precisei trabalhar (3) porque precisei cuidar da casa, de uma criança ou de um idoso (4) já atingi a escolaridade que desejava (5) não tem interesse (6) outro: (99) ignorado	F1B16 _____
B17	Até que série/ano você estudou ou qual a sua escolaridade? Nunca estudei: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) (9ª) Ensino médio: (1º) (2º) (3º) Ensino técnico: (1º) (2º) Ensino superior: (1º) (2º) (3º) (4º) (5º) Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado	F1B17 _____
B18	Até que série/ano o sua mãe estudou? Nunca estudou: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) (9ª) Ensino médio: (1º) (2º) (3º) Ensino técnico: (1º) (2º) Ensino superior: (1º) (2º) (3º) (4º) (5º) Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado Cursando: (0) não (1) sim (99) IGNORADO	F1B18 _____
B19	Até que série/ano o seu pai estudou? Nunca estudou: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) (9ª) Ensino médio: (1º) (2º) (3º) Ensino técnico: (1º) (2º) Ensino superior: (1º) (2º) (3º) (4º) (5º) Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado Cursando: (0) não (1) sim (99) IGNORADO	F1B19 _____
B20	Até que série/ano o pai da criança estudou? Nunca estudou: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) (9ª) Ensino médio: (1º) (2º) (3º) Ensino técnico: (1º) (2º) Ensino superior: (1º) (2º) (3º) (4º) (5º) Pós-graduação: () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado Cursando: (0) não (1) sim (99) IGNORADO	F1B20 _____
B21	Como você classifica a situação econômica da sua família quando você nasceu ou era criança? (0) rica (1) média (2) pobre (3) muito pobre	F1B21 _____
B22	Comparado com o padrão de vida que você tem agora, como era quando criança? (0) era melhor do que agora (1) era igual (2) era pior do que agora	F1B22 _____
B23	Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você? _____ pessoas	F1B23 _____
B24	Quem são essas pessoas? Nome: _____ (M)(F) Idade _____ O que ele é seu? _____ Nome: _____ (M)(F) Idade _____ O que ele é seu? _____ Nome: _____ (M)(F) Idade _____ O que ele é seu? _____ Nome: _____ (M)(F) Idade _____ O que ele é seu? _____	Aberta
B25	Sobre a sua situação conjugal, você: (1) Vive com companheiro (2) Tem companheiro, mas não vive com ele (3) Não tem companheiro	F1B25 _____
B26	Você tem algum outro tipo de fonte de renda? (0) Não (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Bolsa Família 4-Outros: _____	F1B26 _____
B27	Você ou algum morador do domicílio é beneficiado por: (0) Leite das Crianças (1) Cesta Básica (2) Tarifa social energia elétrica (3) Benefício de Prestação Continuada - BPC (4) Outros	F1B27 _____
INFORMAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS - Bloco C		
C1	Peso atual (mais recente) (Kg)	F1C1 _____
C2	Altura (m)	F1C2 _____
C3	Qual era seu peso antes de engravidar? _____ kg	F1C3 _____
C4	No total quantos quilos você gostaria de ganhar na gestação toda? (aqui considerar o peso que você já ganhou) _____ kg	F1C4 _____
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS - Bloco D		
D1	Quantas vezes você já esteve grávida? _____. Se apenas atualmente, pular para E1 Confirmar se ela teve algum aborto	F1D1 _____

D2	Você fez pré-natal nas outras gestações? 1ª gestação: (0) não (1) sim 2ª gestação: (0) não (1) sim 3ª gestação: (0) não (1) sim	F1D2 1 _____ 2 _____ 3 _____
D3	Já teve algum aborto? (0) não (1) sim. Quantos? _____	F1D3 _____
D4	Qual data dos partos anteriores? (Data de nascimento dos filhos anteriores) 1ª gestação: ____/____/____ 2ª gestação: ____/____/____ 3ª gestação: ____/____/____	F1D4 1 _____ 2 _____ 3 _____
D5	Quantos quilos você ganhou nas gestações anteriores? 1ª gestação: _____ Kg 2ª gestação: _____ Kg 3ª gestação: _____ Kg	F1D5 1 _____ 2 _____ 3 _____
D6	Qual era o seu peso antes de engravidar e seis meses após cada parto ? Antes da 1ª gestação: _____ Kg Após 6 meses na 1ª gestação: _____ Kg Antes da 2ª gestação: _____ Kg Após 6 meses na 2ª gestação: _____ Kg Antes da 3ª gestação: _____ Kg Após 6 meses na 3ª gestação: _____ Kg	F1D6 1a ____ 1b ____ 2a ____ 2b ____ 3a ____ 3b ____
D7	Qual o tipo de parto das gestações anteriores? 1ª gestação: (0) normal (1) cesáreo 2ª gestação: (0) normal (1) cesáreo 3ª gestação: (0) normal (1) cesáreo	F1D7 1 _____ 2 _____ 3 _____
D8	Nas gestações anteriores, você amamentou ? E por quanto tempo? 1ª gestação: (0) não (1) sim, por _____ (dias) (semanas) (meses) (anos) 2ª gestação: (0) não (1) sim, por _____ (dias) (semanas) (meses) (anos) 3ª gestação: (0) não (1) sim, por _____ (dias) (semanas) (meses) (anos)	F1D8 1 _____ 2 _____ 3 _____
SOBRE SUA GRAVIDEZ ATUAL - Bloco E		
E1	Qual a data da última menstruação (DUM): ____/____/____	F1E1 _____
E2	Você fez exame de ultrassom? (0) não (1) sim	F1E2 _____
E3	Qual o número de semanas pelo exame? _____ semanas	F1E3 _____
E4	Com quantas semanas você descobriu que estava grávida? _____ semanas	F1E4 _____
E5	Quantas consultas com o(a) médico(a) da unidade você já teve desde que descobriu a gestação? _____	F1E5 _____
E6	A gestação atual foi planejada? (0) não (1) sim, tempo de planejamento: _____	F1E6 _____
E7	Tomou algum suplemento de vitamina ou mineral antes da gestação? (0) não (1) sim. Qual?	F1E7 _____
E8	Atualmente você está tomando ou tomou desde que descobriu a gestação algum suplemento de vitaminas ou minerais? Se não: pular para questão E12 (0) não (1) sim, qual? () Acido fólico () Sulfato ferroso () Polivitaminico () outro	F1E8 _____
E9	Há quanto tempo começou a tomar o suplemento? _____ Dias/seman/mes/anos _____ Dias/seman/mes/Anos _____ Dias/seman/mes/anos _____ Dias/seman/mes/anos	F1E9 _____
E10	Quem recomendou que você usasse o suplemento? _____	F1E10 _____
E11	Onde você conseguiu o suplemento? (0) comprei (1) UBS (2) ganhei	F1E11 _____
E12	Qual o tipo de parto pretendido? (0) normal (1) cesáreo	F1E12 _____
E13	Teve/tem algum problema de saúde nessa gestação : (0) não (1) sim () ITU () DM () HAS () pré-eclâmpsia () eclâmpsia () anemia () parto prematuro () Outro? _____	F1E13 _____
E14	Se sim, recebeu diagnóstico antes ou durante a gestação? (0) antes (1) durante	F1E14 _____
E15	Toma algum medicamento/remédio ? (0) não (1) sim	F1E15 _____
E16	Se sim: a. Nome: _____ Desde ____ dias/sem/meses/anos Pra que toma: _____ Uso contínuo: (0) não (1) sim b. Nome: _____ Desde ____ dias/sem/meses/anos Pra que toma: _____ Uso contínuo: (0) não (1) sim c. Nome: _____ Desde ____ dias/sem/meses/anos Pra que toma: _____ Uso contínuo: (0) não (1) sim d. Nome: _____ Desde ____ dias/sem/meses/anos Pra que toma: _____ Uso contínuo: (0) não (1) sim	Aberta - repetir info
E17	Teve/tem algum sintoma comum da gestação, como: () enjoo; () vômito; () constipação () "intestino preso"; () refluxo; () azia ("queimação").	F1E17 _____

AMAMENTAÇÃO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR - Bloco F			
F1	Você foi amamentada quando bebê? (0) não (1) sim, por _____ dias/ semanas/ meses/ anos (99) ignorado		F1F1 _____
F2	você Pretende Amamentar? (0) não (1) sim. Por quanto tempo? ____ meses ____ anos		F1F2 _____
F3	Quando você pretende oferecer pela primeira vez, em meses do bebê? a. Água _____ i. Frutas _____ b. Chá _____ k. Legumes/Verduras _____ c. Suco de pacote _____ L. Carnes _____ d. Suco Natural _____ m. Ovos _____ e. Açúcar _____ n. Macarrão Instantaneo (miojo) _____ f. Iogurte _____ o. Salgadinho (de pacote, tipo chips) _____ g. Leite de vaca _____ p. Formula Infantil (nan/nestogeno) _____ h. Feijão _____		F1F3 a ___ b ___ c ___ d ___ e ___ f ___ g ___ h ___ i ___ j ___ k ___ l ___ m ___ n ___ o ___ p ___
Comportamentos de vida relacionados a saúde - Bloco G			
G1	Você fuma atualmente? (0) não (1) sim (2) ocasionalmente (3) parei de fumar SE NÃO PULAR PARA QUESTÃO G7		F1G1 _____
G2	Há quanto tempo você fuma(ou)?		F1G2 _____
G3	Você parou de fumar por causa da gravidez? (0) não (1) sim, quando: _____		F1G3 _____
G4	Quantos cigarros você fuma(va) por dia?		F1G4 _____
G5	Alguma vez tentou parar de fumar? (0) não (1) sim. Quantas vezes? _____ vezes		F1G5 _____
G6	Você pretende voltar a fumar? (0) não (1) sim, quando? _____		F1G6 _____
G7	Alguém que mora na mesma casa que você fuma? (0) não (1) sim Quantas pessoas? _____		F1G7 _____
G8	Você fuma Nargile? (0) não (1) sim		F1G8 _____
SAÚDE MENTAL - Bloco H			
H1	Você tem dores de cabeça freqüente?	(0) não (1) sim	F1H1 _____
H2	Falta de apetite?	(0) não (1) sim	F1H2 _____
H3	Dorme mal?	(0) não (1) sim	F1H3 _____
H4	Assusta-se com facilidade?	(0) não (1) sim	F1H4 _____
H5	Tem tremores nas mãos?	(0) não (1) sim	F1H5 _____
H6	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	(0) não (1) sim	F1H6 _____
H7	Tem má digestão?	(0) não (1) sim	F1H7 _____
H8	Tem dificuldade de pensar com clareza?	(0) não (1) sim	F1H8 _____
H9	Tem se sentido triste ultimamente?	(0) não (1) sim	F1H9 _____
H10	Tem chorado mais que de costume?	(0) não (1) sim	F1H10 _____
H11	Encontra dificuldade para realizar suas atividades diárias?	(0) não (1) sim	F1H11 _____
H12	Tem dificuldade para tomar decisões?	(0) não (1) sim	F1H12 _____
H13	Tem dificuldade no seu serviço? (seu trabalho lhe causa sofrimento)?	(0) não (1) sim	F1H13 _____
H14	É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	(0) não (1) sim	F1H14 _____
H15	Tem perdido interesse pelas coisas?	(0) não (1) sim	F1H15 _____
H16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	(0) não (1) sim	F1H16 _____
H17	Você tem tido idéia de acabar com a vida?	(0) não (1) sim	F1H17 _____
H18	Sente-se cansado o tempo todo?	(0) não (1) sim	F1H18 _____
H19	Você se cansa com facilidade?	(0) não (1) sim	F1H19 _____
H20	Tem sensações desagradáveis no estomago?	(0) não (1) sim	F1H20 _____
PERCEPÇÃO AMBIENTE ALIMENTAR - Bloco I			
I1	Quantos minutos leva para chegar ao local onde geralmente compra frutas, verduras e/ou legumes?		F1I1 _____
I2	Como você vai a este local em que compra alimentos? (0) veículo próprio (1) a pé (2) de bicicleta (3) ônibus/transporte público (4) outro. Qual? _____		F1I2 _____
I3	Como você avalia a qualidade dos alimentos frescos vendidos no local em que geralmente compra alimentos(1=pior 5=melhor) (a) Frutas (1)(2)(3)(4)(5) (b) Carnes (1)(2)(3)(4)(5) (c) Leite e laticínios (1)(2)(3)(4)(5) (d) Verduras e legumes (1)(2)(3)(4)(5) (e) Pães (1)(2)(3)(4)(5)		F1I3 a ___ b ___ c ___ d ___ e ___
I4	Existem alimentos que você precisa e não consegue encontrar em sua vizinhança? (0) não (1) sim Quais alimentos? _____		F1I4 _____
I5	Qual o principal problema em conseguir os alimentos que você precisa? (0) Preço dos alimentos (1) Qualidade do alimento (2) tempo para comprar (3)Segurança (4) Distância até o local para comprar (5) Outro. Qual? _____		F1I5 _____
I6	Você possui horta ou planta verduras/legumes/frutas no quintal para consumo em casa? (0) não (1) sim		F1I6 _____
I7	O que você gostaria que mudasse em sua vizinhança e no sistema alimentar de sua comunidade? (Escolha o mais importante) (0) Os mercados da vizinhança (1) Mais feiras direto com os produtores (2) Mais quintais comunitários (3) Cursos de como cultivar hortas (4) Lojas de prod. ecológicos/vendas do produtor (5) Mais alimentos frescos disponíveis nos mercados locais (6) Aulas de culinária e conservação de alimentos (7) Outras. Quais? _____		F1I7 _____

QUALIDADE DE VIDA - Bloco J							
Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:							
(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem Boa Nem Ruim (4) Boa (5) Muito Boa							
J1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	F1J1 ____
(1) Muito Insat. (2) Insatisfeito (3) Nem sat. nem insatis. (4) Satisfeito (5) Extrem. Satisfeito							
J2	Quão satisfeita você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	F1J2 ____
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.							
(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente							
J3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	F1J3 ____
J4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	F1J4 ____
J5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	F1J5 ____
J6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	F1J6 ____
J7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	F1J7 ____
J8	Quão segura você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	F1J8 ____
J9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	F1J9 ____
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.							
(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Completamente							
J10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	F1J10 ____
J11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	F1J11 ____
J12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	F1J12 ____
J13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	F1J13 ____
J14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	F1J14 ____
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.							
(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem Boa Nem Ruim (4) Boa (5) Muito Boa							
J15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	F1J15 ____
(1) Muito Insat. (2) Insatisfeito (3) Nem sat. nem insatis. (4) Satisfeito (5) Extrem. Satisfeito							
J16	Quão satisfeita você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	F1J16 ____
J17	Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	F1J17 ____
J18	Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	F1J18 ____
J19	Quão satisfeita você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	F1J19 ____
J20	Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	F1J20 ____
J21	Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	F1J21 ____
J22	Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	F1J22 ____
J23	Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	F1J23 ____
J24	Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	F1J24 ____
J25	Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	F1J25 ____
(1) Nunca (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Muito Frequentemente (5) Sempre							
J26	Nas últimas duas semanas, com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	F1J26 ____

Rede Social - Bloco K							
K1	Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta) _____ parentes						F1K1 _____
K2	Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta) _____ amigos						F1K2 _____
K3	Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? (0) não (1) sim SE SIM, COM QUE FREQUENCIA? (0) mais de uma vez por semana (1) uma vez por semana (2) 2 a 3 vezes por semana (3) algumas vezes no ano (4) uma vez no ano						F1K3 _____ _____
K4	Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos? (0) não (1) sim SE SIM, COM QUE FREQUENCIA? (0) mais de uma vez por semana (1) uma vez por semana (2) 2 a 3 vezes por semana (3) algumas vezes no ano (4) uma vez no ano						F1K4 _____ _____
K5	Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? (0) não (1) sim (0) mais de uma vez por semana (1) uma vez por semana (2) 2 a 3 vezes por semana (3) algumas vezes no ano (4) uma vez no ano	SE SIM, COM QUE FREQUENCIA?					F1K5 _____ _____
Apoio Social							
(1) Nunca (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Muito Frequentemente (5) Sempre							
Com que frequência você pode contar com alguém...							
K6	que o ajude, se ficar de cama?	1	2	3	4	5	F1K6 _____
K7	para lhe ouvir, quando você precisa falar?	1	2	3	4	5	F1K7 _____
K8	para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1	2	3	4	5	F1K8 _____
K9	para levá-lo ao médico?	1	2	3	4	5	F1K9 _____
K10	que demonstre amor e afeto por você?	1	2	3	4	5	F1K10 _____
K11	para se divertir junto?	1	2	3	4	5	F1K11 _____
K12	para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?	1	2	3	4	5	F1K12 _____
K13	em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1	2	3	4	5	F1K13 _____
K14	que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5	F1K14 _____
K15	com quem relaxar?	1	2	3	4	5	F1K15 _____
K16	para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	1	2	3	4	5	F1K16 _____
K17	de quem você realmente quer conselhos?	1	2	3	4	5	F1K17 _____
K18	com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5	F1K18 _____
K19	para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?	1	2	3	4	5	F1K19 _____
K20	para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1	2	3	4	5	F1K20 _____
K21	para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	1	2	3	4	5	F1K21 _____
K22	com quem fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5	F1K22 _____
K23	que compreenda seus problemas?	1	2	3	4	5	F1K23 _____
K24	que você ame e que faça você se sentir querido?	1	2	3	4	5	F1K24 _____
Escala de Auto Eficácia - Bloco L							
Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e marque com um X o número que melhor descreve você , conforme o esquema de respostas abaixo:							
1- não é verdade a meu respeito		2- é dificilmente verdade a meu respeito					
3- é moderadamente verdade a meu respeito		4- é totalmente verdade a meu respeito					
L1	Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário	1	2	3	4	F1L1 _____	
L2	Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4	F1L2 _____	
L3	Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	1	2	3	4	F1L3 _____	
L4	Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4	F1L4 _____	
L5	Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4	F1L5 _____	
L6	Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4	F1L6 _____	
L7	Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4	F1L7 _____	
L8	Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	F1L8 _____	
L9	Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4	F1L9 _____	
L10	Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentá-la.	1	2	3	4	F1L10 _____	

HÁBITOS ALIMENTARES - VIGITEL - Bloco M										Não preencha esta coluna	
Responda, por favor, quantos dias por semana você costuma comer estes alimentos.											
(Marcar a opção Raramente quando o alimento for consumido de tempos em tempos, ou não for consumido)											
	Alimento	Número de vezes na semana								Raramente	
M1	Feijão	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M1 _____	
M2	Pelo menos um tipo de verdura ou legume. Sem contar batata ou aipim.	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M2 _____	
M3	Salada ou legume CRU (exemplo: alface, rúcula, repolho, cenoura, tomate, beterraba ou outros)	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M3 _____	
M4	Legume COZIDO (exemplo: abobrinha, chuchu, quiabo, etc. Sem contar batata ou aipim)	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M4 _____	
M5	Carne vermelha (boi ou porco)	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M5 _____	
M6	Frango/galinha	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M6 _____	
M7	Frutas frescas	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M7 _____	
M8	Suco natural	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M8 _____	
M9	Refrigerante ou suco artificial (em pó ou pronto)	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M9 _____	
M10	Doces/ balas/ sobremesa/ chocolate/ sorvete	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M10 _____	
M11	Leite, queijo ou iogurte.	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M11 _____	
M12	Embutidos (Mortadela/ Presunto/ Salame/ Linguíça/ Salsicha (vina)/ Nuggets/ Hambúrguer)	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M12 _____	
M13	Toma café da manhã	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1J13 _____	
M14	Troca a comida do almoço por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M14 _____	
M15	Troca a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches	(7 x)	(6 x)	(5 x)	(4 x)	(3x)	(2 x)	(1 x)	(0 x)	F1M15 _____	
E agora, num dia comum você:											
M16	Coma salada CRUA: (exemplo: alface, rúcula, repolho, cenoura, tomate, beterraba ou outros) (1) no almoço (2) no jantar (3) no almoço e no jantar (2 vezes no dia)									F1M16 _____	
M17	Coma verdura ou legume COZIDO: (exemplo: abobrinha, chuchu, quiabo, etc. Sem contar batata ou aipim) (1) no almoço (2) no jantar (3) no almoço e no jantar (2 vezes no dia)									F1J17 _____	
M18	Coma carne vermelha com gordura: (1) tira sempre o excesso de gordura (2) come com a gordura (3) não come carne vermelha com muita gordura (4) não como carne vermelha									F1M18 _____	
M19	Coma frango/galinha com pele: (1) tira sempre a pele (2) come com a pele (3) não come pedaços de frango com pele (4) não como frango/galinha									F1M19 _____	
M20	Toma quantos copos de suco de frutas natural? (0) Zero Copos (1) 1 copo (2) 2 copos (3) 3 ou mais									F1M20 _____	
M21	Num dia comum, quantas vezes você come frutas? (0) 1x ao dia (1) 2x ao dia (2) 3x ou mais									F1M21 _____	
M22	Quantos copos/latinhas de refrigerante ou suco artificial, você costuma tomar por dia?									F1M22 _____	
Marcadores de consumo alimentar - SISVAN											
M23	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	(0) não	(1) sim								F1M23 _____
M24	Num dia normal, quais as refeições você faz ao longo do dia? (na frente ou não da tv, celular, computador) (1) Café da manhã (2) Lanche da manhã (3) Almoço (4) Lanche da tarde (5) Jantar (6) Ceia (7) Outras _____									F1M124 _____	
ONTEM você consumiu:											
M25	Feijão	(0) não	(1) sim								F1M25 _____
M26	Frutas frescas (não considerar suco)	(0) não	(1) sim								F1M26 _____
M27	Verduras e/ou Legumes (não considerar batata, aipim)	(0) não	(1) sim								F1M27 _____
M28	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguíça, salsicha, nuggets ou steaks)	(0) não	(1) sim								F1M28 _____
M29	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, suco de fruta com açúcar)	(0) não	(1) sim								F1M29 _____
M30	Macarrão tipo miojo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	(0) não	(1) sim								F1M30 _____
M31	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	(0) não	(1) sim								F1M31 _____

SOBRE SUA SEGURANÇA ALIMENTAR - Bloco N				Não preencha esta coluna
As perguntas abaixo são sobre os últimos três meses				
N1	Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?	(0) não	(1) sim	F1N1 _____
N2	Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	(0) não	(1) sim	F1N2 _____
N3	Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	(0) não	(1) sim	F1N3 _____
N4	Nos últimos 3 meses os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?	(0) não	(1) sim	F1N4 _____
N5	Nos últimos três meses, algum morador de 18 ANOS OU MAIS DE IDADE , deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) não	(1) sim	F1N5 _____
N6	Nos últimos três meses, algum morador de 18 ANOS OU MAIS DE IDADE , alguma vez, comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) não	(1) sim	F1N6 _____
N7	Nos últimos três meses, algum morador de 18 ANOS OU MAIS DE IDADE , alguma vez, sentiu fome mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) não	(1) sim	F1N7 _____
N8	Nos últimos três meses, algum morador de 18 ANOS OU MAIS DE IDADE , alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	(0) não	(1) sim	F1N8 _____
N9	Nos últimos 3 meses, algum morador com MENOS DE 18 ANOS DE IDADE alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) não	(1) sim	F1N9 _____
N10	Tem morador menor de 18 anos na residência? (0) Não (1) Sim. APENAS SE SIM CONTINUE RESPONDENDO, CASO NÃO TENHA MENOR DE IDADE NO DOMICILIO VÁ PARA PROXIMA PAGINA.	(0) não	(1) sim	F1N10 _____
N11	Nos últimos 3 meses, algum morador com MENOS DE 18 ANOS DE IDADE alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) não	(1) sim	F1N11 _____
N12	Nos últimos três meses, alguma vez foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com MENOS DE 18 ANOS DE IDADE , porque não havia dinheiro para comprar a comida?	(0) não	(1) sim	F1N12 _____
N13	Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com MENOS DE 18 ANOS DE IDADE deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	(0) não	(1) sim	F1N13 _____
N14	Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com MENOS DE 18 ANOS DE IDADE sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?	(0) não	(1) sim	F1N14 _____
N15	Nos últimos três meses, alguma vez algum morador com MENOS DE 18 ANOS DE IDADE fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?	(0) não	(1) sim	F1N15 _____

Questionário de Atividade Física para Gestantes - QAFG - Bloco O

É muito importante que você responda honestamente. Não há nenhuma resposta certa ou errada. **Assinale com X.** Nós estamos querendo saber o que você fez durante os últimos 3 meses. Durante este trimestre, quando você está em casa (**NÃO** está no trabalho), quanto tempo você geralmente passa:

O1	Preparando as refeições (cozinhando, colocando a mesa, lavando os pratos).	O2	Cuidando de criança - Vestindo, banhando, alimentando, enquanto você fica sentada	
	0 Nenhum		0 Nenhum	F101 _____
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia	F102 _____
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia	
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia	
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia	
O3	Cuidando de criança - Vestindo, banhando, alimentando enquanto você está em pé.	O4	Brincando com as crianças enquanto você está sentada ou em pé.	
	0 Nenhum		0 Nenhum	F103 _____
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia	F104 _____
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia	
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia	
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia	
O5	Brincando com as crianças enquanto você está caminhando ou correndo.	O6	Sentada: usando o computador, lendo, escrevendo, ou falando ao telefone. não estando trabalhando.	
	0 Nenhum		0 Nenhum	F105 _____
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia	F106 _____
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia	
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia	
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia	
O7	Cuidando de idoso adulto, incapacitado	O8	Carregando as crianças nos braços.	
	0 Nenhum		0 Nenhum	F1M7 _____
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia	F1M8 _____
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia	
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia	
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia	
O9	Assistindo TV ou vídeo	O10	Brincando com animais de estimação	
	0 Nenhum		0 Nenhum	F109 _____
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia	F1010 _____
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia	
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia	
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia	
O11	Fazendo limpeza leve (arrumar as camas, lavar, roupas, passar roupas, levar o lixo).	O12	Fazendo compras (roupas, comidas ou outros objetos).	
	0 Nenhum		0 Nenhum	F1011 _____
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia	F1012 _____
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia	
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia	
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia	
O13	Fazendo limpeza mais pesada (aspirar, varrer, esfregar o chão e lavar janelas).	O14	Empurrando cortador de grama ou trabalhando no jardim	
	0 Nenhum		0 Nenhum	F1013 _____
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia	F1014 _____
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia	
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia	
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia	

015	Caminhando lentamente para: pegar o ônibus, ir para trabalho ou fazer visitas.	016	Caminhando rapidamente para: pegar o ônibus, ir para trabalho ou escola.
0	Nenhum	0	Nenhum
1	Menos que 30 minutos por dia	1	Menos que 30 minutos por dia
2	De 30 minutos a 1 hora por dia	2	De 30 minutos a 1 hora por dia
3	De 1 hora a 2 horas por dia	3	De 1 hora a 2 horas por dia
4	De 2 hora a 3 horas por dia	4	De 2 hora a 3 horas por dia
5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia
017	Dirigindo, ou andando de carro ou de ônibus.	018	Caminhando lentamente por divertimento ou exercício.
0	Nenhum	0	Nenhum
1	Menos que 30 minutos por dia	1	Menos que 30 minutos por dia
2	De 30 minutos a 1 hora por dia	2	De 30 minutos a 1 hora por dia
3	De 1 hora a 2 horas por dia	3	De 1 hora a 2 horas por dia
4	De 2 hora a 3 horas por dia	4	De 2 hora a 3 horas por dia
5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia
Para se divertir ou exercício....			
019	Caminhando mais rápido, por divertimento ou exercício	020	Caminhando mais rápido ladeira a cima, por divertimento ou exercício.
0	Nenhum	0	Nenhum
1	Menos que 30 minutos por dia	1	Menos que 30 minutos por dia
2	De 30 minutos a 1 hora por dia	2	De 30 minutos a 1 hora por dia
3	De 1 hora a 2 horas por dia	3	De 1 hora a 2 horas por dia
4	De 2 hora a 3 horas por dia	4	De 2 hora a 3 horas por dia
5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia
021	Fazendo "caminhada rápida ou correndo levemente" (tipo COOPER)	022	Na aula de exercício pré-natal.
0	Nenhum	0	Nenhum
1	Menos que 30 minutos por dia	1	Menos que 30 minutos por dia
2	De 30 minutos a 1 hora por dia	2	De 30 minutos a 1 hora por dia
3	De 1 hora a 2 horas por dia	3	De 1 hora a 2 horas por dia
4	De 2 hora a 3 horas por dia	4	De 2 hora a 3 horas por dia
5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia
023	Nadando.	024	Dançando.
0	Nenhum	0	Nenhum
1	Menos que 30 minutos por dia	1	Menos que 30 minutos por dia
2	De 30 minutos a 1 hora por dia	2	De 30 minutos a 1 hora por dia
3	De 1 hora a 2 horas por dia	3	De 1 hora a 2 horas por dia
4	De 2 hora a 3 horas por dia	4	De 2 hora a 3 horas por dia
5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia
025	Fazendo outras coisa por divertimento ou exercício?	026	Sentada ou trabalhando em sala de aula
0	Nenhum	0	Nenhum
1	Menos que 30 minutos por dia	1	Menos que 30 minutos por dia
2	De 30 minutos a 1 hora por dia	2	De 30 minutos a 1 hora por dia
3	De 1 hora a 2 horas por dia	3	De 1 hora a 2 horas por dia
4	De 2 hora a 3 horas por dia	4	De 2 hora a 3 horas por dia
5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia

Por favor, preencha a próxima etapa, se você trabalha por salário, como voluntário, ou se você for estudante. SE NÃO PULE

PARA PRÓXIMO QUESTIONÁRIO

027	Em pé ou caminhando lentamente no trabalho, carregando coisas (mais pesado que uma garrafa de refrigerante de 2 litros).	028	De pé ou caminhando lentamente no trabalho não
0	Nenhum	0	Nenhum
1	Menos que 30 minutos por dia	1	Menos que 30 minutos por dia
2	De 30 minutos a 1 hora por dia	2	De 30 minutos a 1 hora por dia
3	De 1 hora a 2 horas por dia	3	De 1 hora a 2 horas por dia
4	De 2 hora a 3 horas por dia	4	De 2 hora a 3 horas por dia
5	De 3 horas ou mais por dia	5	De 3 horas ou mais por dia

O29	Caminhando rapidamente no trabalho enquanto carrega objetos (mais pesado do que uma garrafa de refrigerante de 2 litros).	O30	Caminhando rapidamente no trabalho, não carregando nada.	
	0 Nenhum		0 Nenhum	F1029 ____
	1 Menos que 30 minutos por dia		1 Menos que 30 minutos por dia	F1030 ____
	2 De 30 minutos a 1 hora por dia		2 De 30 minutos a 1 hora por dia	
	3 De 1 hora a 2 horas por dia		3 De 1 hora a 2 horas por dia	
	4 De 2 hora a 3 horas por dia		4 De 2 hora a 3 horas por dia	
	5 De 3 horas ou mais por dia		5 De 3 horas ou mais por dia	

CONSUMO DE ÁLCOOL - Bloco P

AS PERGUNTAS ABAIXO SERÃO SOBRE OS ÚLTIMOS 12 MESES		É
 muito importante que você responda honestamente.		
P1	Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.] (0) nunca (não precisa responder o restante do questionário) (1) uma vez por mês ou menos (2) duas a quatro vezes por mês (3) duas a três vezes por semanas (4) quatro ou mais vezes por semana	F1P1 ____
P2	Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? (0) uma ou duas (1) três ou quatro (2) cinco ou seis (3) de sete a nove (4) dez ou mais	F1P2 ____
P3	Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? (0) nunca (1) uma vez por mês ou menos (2) duas a quatro vezes por mês (3) duas a três vezes por semanas (4) quatro ou mais vezes por semana	F1P3 ____
P4	Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? (0) nunca (1) uma vez por mês ou menos (2) duas a quatro vezes por mês (3) duas a três vezes por semanas (4) quatro ou mais vezes por semana	F1P4 ____
P5	Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido? (0) nunca (1) menos de um vez por mês (2) pelo menos uma vez por mês (3) pelo menos uma vez por semana (4) diariamente ou quase diariamente	F1N5 ____
P6	Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca? (0) nunca (1) menos de um vez por mês (2) pelo menos uma vez por mês (3) pelo menos uma vez por semana (4) diariamente ou quase diariamente	F1P6 ____
P7	Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido? (0) nunca (1) menos de um vez por mês (2) pelo menos uma vez por mês (3) pelo menos uma vez por semana (4) diariamente ou quase diariamente	F1PN7 ____
P8	Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido? (0) nunca (1) menos de um vez por mês (2) pelo menos uma vez por mês (3) pelo menos uma vez por semana (4) diariamente ou quase diariamente	F1P8 ____
P9	Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido? 0 = não 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses	F1P9 ____
P10	Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber? 0 = não 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses	F1P10 ____
MUITO OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO. FOI MUITO IMPORTANTE PARA NÓS!!!		
Para equipe de pesquisadores: Foi entregue orientações nutricionais a gestante? (0) não (1) sim A gestante recebeu ajuda para responder o questionário (0) não (1) sim		
		F1Q1 ____ F1Q2 ____

APÊNDICE 2 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Estudo das Condições de Vida e Saúde na Gestação e Puerpério
 Pesquisador Responsável: Professora Dra. Doroteia A. Höfelmann
 Local da Pesquisa: Unidades de Saúde de Colombo (PR).
 Endereço: _____

O que significa assentimento?

Assentimento significa CONCORDAR; assim se você, menor de idade, deseja fazer parte desta pesquisa, precisa ler este Termo de Assentimento e assinar sua concordância em participar do estudo. Você terá seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao participante

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa, com o objetivo de conhecer as condições de vida e saúde na gravidez, e no primeiro ano após o parto, em mulheres que realizam o acompanhamento em serviços de saúde. Sobre o seu filho o objetivo é avaliar o desenvolvimento e a alimentação no primeiro ano de vida.

Esta pesquisa é importante para conhecermos as condições de vida e saúde durante a gravidez e primeiro ano de vida das mulheres que são atendidas pelo serviço público do município. Esperamos que no futuro as informações sejam usadas pela Secretaria Municipal de Saúde em ações para melhoria do atendimento de gestantes e bebês.

Como benefícios da pesquisa, esperamos contribuir respondendo eventuais dúvidas sobre alimentação e aleitamento materno.

Que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa?

Caso você aceite participar, será necessário responder a um questionário com informações sobre você e sua família. Até o final da sua gravidez a pesquisa será realizada enquanto você estiver na Unidade de Saúde. A partir do nascimento do bebê, e se você achar mais confortável poderemos realizar contatos telefônicos, ou ainda visitá-la em sua casa. A ida ao seu domicílio, se necessária, será agendada para o horário que lhe for mais conveniente, e as pesquisadoras poderão ir acompanhadas do agente comunitário de saúde, responsável pela área que você

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB.nº 2405347
 na data de 29/11/2012. RB

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: _____
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: _____
 Orientador: _____

reside, se você indicar que prefere esta opção no contato realizado para agendamento. A nutricionista irá aplicar um questionário que pode durar até 25 minutos. Além disso, as pesquisadoras irão buscar informações em seu prontuário, conforme formulário que foi apresentado. Do seu prontuário teremos as seguintes informações: seu peso durante toda a gestação, resultado de exames de sangue ou ultrassons, informações sobre nascimento e crescimento do bebê. Durante toda a pesquisa, você poderá ser contatada duas vezes durante a gravidez e três vezes depois do nascimento do bebê, até que ele complete um ano de idade. Para isso você precisa autorizar: () Autorizo () Não autorizo

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento.

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal (Prof. Doroteia A. Höfelmann) ou membro de sua equipe (mestrandas Fernanda Manera e Renata C. Fernandes), pelo telefone (41) 3360-4001 ou no endereço Av. Prof Lothario Meissner, 632, sala da prof. Doroteia, ao lado do laboratório de Higiene de Alimentos, bloco laranja, Jardim Botânico – Curitiba.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, pelo telefone 3360-7259.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Adolescente

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTANTE

Nós, Fernanda Manera e Renata Cordeiro Fernandes, nutricionista, alunas de pós-graduação, e Doroteia Höfelmann, professora da Universidade Federal do Paraná, convidamos você a participar de um estudo intitulado “ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO”.

- a) O objetivo desta pesquisa é conhecer as condições de vida e saúde na gravidez, e no primeiro ano após o parto, em mulheres que realizam o acompanhamento em serviços de saúde. Sobre o seu filho o objetivo é avaliar o desenvolvimento e a alimentação no primeiro ano de vida.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário com informações sobre você e sua família. Antes de decidir participar ou não, nós lhes mostraremos todos os questionários e as etapas para que você saiba quantas vezes nos encontraremos.
- c) Do momento do nosso primeiro encontro até o final da sua gravidez a pesquisa será realizada enquanto você estiver na Unidade de Saúde. A partir do nascimento do bebê, e se você achar mais confortável poderemos realizar contatos telefônicos, ou ainda visitá-la em sua casa. A ida ao seu domicílio, se necessária, será agendada para o horário que lhe for mais conveniente, e as pesquisadoras poderão ir acompanhadas do agente comunitário de saúde, responsável pela área que você reside. Para tanto, você deverá indicar que prefere esta opção no contato realizado para agendamento. A nutricionista, aluna de pós-graduação, irá aplicar um questionário que pode durar até 25 minutos.
- d) Além disso, as pesquisadoras irão buscar informações em seu prontuário, conforme formulário que foi apresentado. Do seu prontuário teremos as seguintes informações: seu peso durante toda a gestação, resultado de exames de sangue ou ultrassons, dados sobre nascimento e crescimento do bebê. Para isso você precisa autorizar: () Autorizo () Não autorizo
- e) Existem benefícios diretos e indiretos. Os diretos são para você ou para o bebê e esperamos poder contribuir orientando sobre alimentação e aleitamento materno. Indiretamente esperamos que no futuro as informações sejam usadas pela Secretaria Municipal de Saúde em ações relativas ao atendimento de gestantes e bebês.
- f) As pesquisadoras poderão ser contatadas pessoalmente na UFPR (Av. Prof. Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico – Curitiba, na sala da prof. Doroteia, ao lado do laboratório de Higiene de Alimentos, prédio laranja) ou pelos telefones (das 8 às 17hs) (041) 3360-4001, (041) 99612-3783 e (041) 99987-9917, ou ainda pelo e-mail pesquisagestantesufpr@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento no serviço de saúde, que está assegurado.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 2405347
na data de 29/11/2017. *[Assinatura]*

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: _____
Orientador: _____

- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pelo orientador desse estudo e outros integrantes da pesquisa que venha a fazer parte. Neste caso, garantiremos o anonimato e a privacidade. Somente o professor orientador autorizará outros alunos e a inclusão deles como membros da pesquisa será incluída no TCLE. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- i) Caso necessário, depois que nascer a criança as pesquisadoras irão entrar em contato com você para novas perguntas e poderão utilizar seu contato de telefone ou e-mail. Os contatos poderão ser realizados por pessoas que não haviam conversado com você, mas são integrantes do grupo nas condições referidas no item anterior, contudo, elas irão se identificar e você poderá se recusar a participar em qualquer etapa.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como o material para a aplicação do questionário não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Também tive a chance de ver e avaliar os questionários e formulários usados na pesquisa, o tempo necessário para responder ou preencher (deve variar entre 15 e 25 minutos), assim como as informações que serão obtidas nos prontuários. Fui informada de que poderei ser contatada duas vezes durante a gravidez, e três vezes depois do nascimento do bebê, até que ele complete um ano de idade.

A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento na Unidade de Saúde.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE