



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MATERNIDADE ESCOLA**  
**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**



**ANDRÉA CHRISTINA NOWAK DA ROCHA**

**GESTAÇÃO PÓS-BARIÁTRICA, PERFIL PSICOSSOCIAL  
E ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Rio de Janeiro  
2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

**ANDRÉA CHRISTINA NOWAK DA ROCHA**  
<http://lattes.cnpq.br/7931843557821816>

**GESTAÇÃO PÓS-BARIÁTRICA, PERFIL PSICOSSOCIAL  
E ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha  
<http://lattes.cnpq.br/9017520746153592>

Rio de Janeiro  
Fevereiro/ 2019

R582 Rocha, Andréa Christina Nowak Da  
Gestação pós-bariátrica, perfil psicossocial E assistência  
multiprofissional / Andréa Christina Nowak Da Rocha-- Rio de Janeiro:  
UFRJ/Maternidade Escola, 2019.  
95 f. ; 31 cm.  
Orientadora: Prof. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Perinatal) - Universidade  
Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal, 2019.  
Referências bibliográficas: f. 67  
1. Cirurgia Bariátrica. 2. Gravidez. 3. Saúde Mental. 4. Depressão. 5.  
Imagem Corporal. 6. Assistência Perinatal. 7. Responsáveis. 8. Saúde  
Perinatal – Dissertação. I. Cunha Ana Cristina Barros da. II. Universidade  
Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III. Título.



**Programa de Mestrado Profissional  
em Saúde Perinatal da Maternidade Escola  
da Universidade Federal do Rio de Janeiro**



**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ATA DO EXAME DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO PARA A CONCESSÃO DO GRAU DE  
MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL DA  
CANDIDATA**

**ANDRÉA CHRISTINA NOWAK DA ROCHA**

Aos doze dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezenove realizou-se em sessão pública o Exame de Defesa da Dissertação da candidata **Andréa Christina Nowak da Rocha**, DRE **117128349**, no Auditório Nobre da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, situada na Rua das Laranjeiras, 180, que submeteu sua Dissertação de Mestrado intitulada **“GESTAÇÃO PÓS-BARIÁTRICA, PERFIL PSICOSSOCIAL E ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”**, a uma Banca Examinadora formada pelos Professores: Dra. **Ana Cristina Barros da Cunha**; Dr. **João Régis Ivar Carneiro**; Dra. **Marisa Schargel Maia**; Dra. **Claudia Saunders** e Dra. **Denise Cavalcante de Barros**. O trabalho iniciou-se às 09h com a exposição oral da Dissertação por parte da candidata por cerca de 45 minutos, após o qual os membros da banca examinadora arguíram a candidata e atribuíram a menção:

- |   |
|---|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>APROVADA</b>, devendo a candidata entregar a versão final no prazo máximo de 60 dias.<br/>[ ] com louvor<br/>( ) <b>EM EXIGÊNCIA</b>, devendo a candidata satisfazer, no prazo máximo de 90 dias, às exigências listadas na Folha de Modificações de Dissertação de Mestrado anexa à presente ata.<br/>( ) <b>REPROVADA</b></p> |
|---|

Com a concordância de todos os presentes, nada mais havendo a tratar, subscrevemos esta ata.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2019.

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina Barros da Cunha (Orientador e Presidente da Banca)

Ass: [Assinatura]

Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Cavalcante de Barros (Avaliador Titular Externo)

Ass: [Assinatura]

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marisa Schargel Maia (Avaliador Titular Interno)

Ass: [Assinatura]

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Saunders (Avaliador Suplente Interno)

Ass:

Prof. Dr. João Régis Ivar Carneiro (Avaliador Suplente Externo)

Ass:

[Assinatura]

Candidata (assinar conforme consta na identidade)

Dedico este trabalho ao meu marido Rodrigo, pelo amor, parceria, cuidado e compreensão ao longo de mais esta jornada!

Dedico também, em especial, aos meus queridos pais, Manoel e Christina, por todo amor, carinho, proteção e cumplicidade compartilhados ao longo da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Rodrigo pelo companheirismo e compreensão da minha ausência em muitos momentos ao longo desse período.

Aos meus pais Manoel e Christina por primarem por minha educação e servirem de alicerce e exemplo para minha vida pessoal, acadêmica e profissional.

Ao meu irmão Eduardo pelos inúmeros ajustes de formatação de Word, de Excel, ou mesmo do próprio computador!

A minha irmã Christiane pela parceria, trocas de ideias e incansáveis revisões de texto.

A minha orientadora pela confiança, amparo nas adversidades, disponibilidade, opiniões e sugestões visando aprimorar o meu conhecimento profissional, além de uma melhor qualidade do trabalho acadêmico. Sem contar, na possibilidade que me proporcionou de contribuir cientificamente com a melhoria da saúde mental das gestantes que realizaram a cirurgia bariátrica.

A equipe do Lepids, em especial Camila e Isadora, pelo conhecimento e sugestões, além do auxílio na construção dos instrumentos e análises estatísticas utilizados na minha pesquisa.

A psicóloga Luciana pelo carinho, ensinamentos e apoio dispensados ao longo desta trajetória e à psicóloga Daniela pela ajuda nas análises estatísticas!

Aos docentes do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal pelos conhecimentos adquiridos para a vida acadêmica e pessoal.

Aos profissionais da Divisão de Ensino e da Biblioteca da Maternidade Escola por todo apoio ao longo deste percurso.

Por fim, aos meus colegas de mestrado, especialmente Caroline Pritsivelis, Ismê Catureba, Priscila Borges, Marcia Santos e Valéria Tavares, que deram leveza às dificuldades do percurso e amizade para desfrutar as nossas conquistas!

Muito obrigada a todos!

## RESUMO

A Cirurgia Bariátrica (CB) é uma opção eficaz de intervenção preventiva e terapêutica para tratamento das comorbidades associadas à obesidade. Além disso, tem sido um procedimento que resulta em importantes mudanças na fertilidade das mulheres, bem como na sua autoestima, sexualidade e interações sociais. Devido às rápidas transformações físicas após a cirurgia, alguns pacientes apresentam alterações psicológicas que podem resultar em depressão, alteração da imagem corporal e comportamentos compulsivos, o que ressalta a importância do acompanhamento multidisciplinar. Logo, as questões clínicas e psicológicas de gestantes com histórico de CB devem ser monitoradas e avaliadas durante todo o ciclo gravídico-puerperal para se evitar desfechos negativos para o binômio mãe-bebê. Com base nisso, considera-se que a presença de riscos psicológicos (como a sintomatologia depressiva e alterações na imagem corporal) em gestantes com histórico de CB representa condição de vulnerabilidade psíquica à saúde materna com desfechos negativos para o ciclo gravídico-puerperal. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco associados à sintomatologia depressiva e alteração da imagem corporal nas gestantes após CB e propor um Protocolo de Atenção à Saúde Mental voltado para esse público a fim de orientar a assistência pré-natal na Unidade de Transtornos Endócrino Metabólicos da Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ). Baseando-se em um delineamento quali-quantitativo, este estudo descritivo transversal adotou a netnografia para condução da pesquisa como um *survey* com uma amostra não probabilística de gestantes com histórico de CB de diferentes regiões brasileiras. O recrutamento das participantes e a coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2017 e novembro de 2018 com mulheres participantes de grupos em mídias sociais, como o *Facebook*. Para coleta de dados foram utilizados um Protocolo de dados gerais, a versão brasileira da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (Escala DASS-21) e a Escala de Medida da Imagem Corporal, que foram digitalizados em um questionário online elaborado no *Google Forms*. Os dados das escalas foram processados de acordo com as instruções dos instrumentos e análises descritivas e inferenciais foram realizadas. Já os dados obtidos pelas respostas abertas do Protocolo de dados gerais foram analisados qualitativamente. Todas as etapas da pesquisa seguiram os princípios éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos. Como resultado observou-se que a prevalência de sintomatologia depressiva nas participantes foi de 32,8%, com maior frequência no primeiro e terceiro trimestres. Estado civil, gestação planejada, gestação desejada, constrangimento na gestação pelo histórico de CB e histórico psiquiátrico se apresentaram como fatores de risco associados a este transtorno. Já a prevalência de alteração da imagem corporal das gestantes foi de 50,2%, com maior frequência no terceiro trimestre. Estado civil, tempo de CB e histórico psiquiátrico resultaram em fatores de risco que se relacionam a esta condição. Conclui-se que ao se considerar os transtornos mentais obstétricos, as graves consequências à saúde materno-fetal e o sub diagnóstico destes transtornos neste período, os resultados deste estudo fornecem evidências científicas para a identificação precoce de possíveis impactos psicológicos da CB na gestação. Destaca-se que os resultados encontrados podem ter aplicações diretas e preventivas no suporte para atenção integral à Saúde Perinatal dessa população. Recomendam-se novas pesquisas que possibilitem um maior número de fatores de risco associados a esta condição. Além disso, propõem-se estudos que aprimorem a especificidade dos instrumentos psicométricos voltados para a avaliação dos indicadores emocionais no período gestacional, neste caso, da depressão gestacional e da alteração da imagem corporal.

**Palavras-chaves:** Cirurgia Bariátrica, Gravidez. Saúde Mental. Depressão. Imagem Corporal. Assistência Perinatal.

## ABSTRACT

The Bariatric Surgery (BS) is an effective preventive and therapeutic intervention option for the treatment of comorbidities associated to the obesity. In addition, it has been a procedure that results in significant changes on the fertility of women, as well as on their self-esteem, sexuality and social interactions. Due to rapid physical changes after surgery, some patients present with psychological changes that can result on depression, body image changes and compulsive disorders, that highlights the importance of multidisciplinary follow-up. Therefore, the clinical and psychological issues of pregnant women with BS history should be monitored and evaluated throughout the pregnancy-puerperal cycle to avoid negative outcomes for the mother-baby binomial. Based on this, it is considered that the presence of psychological risks (such as depression and changes in body image) in pregnant women with BS history represents a condition of psychic vulnerability to maternal health with negative outcomes for the pregnancy-puerperal cycle. The objective of this study was to identify the risk factors associated with depressive symptomatology and body image changes in pregnant women after BS in order to propose a Protocol of Attention to Mental Health of these pregnant women that guides the prenatal assistance of the Unit of Metabolic-Endocrine Disorders in Pregnancy of School Maternity Hospital of UFRJ (ME / UFRJ) based on the particularities of mental health of these women. Based on a qualitative-quantitative design, this cross-sectional descriptive study adopted the netnography to conduct the research as a survey with a non-probabilistic sample of pregnant women with a history of BS from different Brazilian regions. Recruitment of participants and data collection occurred between October 2017 and November 2018 with women participants in social media groups such as Facebook. For data collection, a General Data Protocol, the Brazilian version of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21 Scale) and the Body Image Measurement Scale were used, which were scanned in an online questionnaire elaborated in Google Forms. Scale data were processed according to instrument instructions and descriptive and inferential analyzes were performed. The data obtained by the Protocol were analyzed qualitatively. All stages of the research followed the ethical principles of Resolution 466/12 and 510/16 of the National Health Council, which regulates research with human beings. As a result, it was observed that the prevalence of depressive symptomatology in the participants was 32.8%, more frequently in the first and third quarters. Marital status, planned gestation, desired gestation, pregnancy embarrassment due associated to BS history and psychiatric history were presented as risk factors associated with this disorder. The prevalence of alterations in the body image of pregnant women was 50.2%, more frequently in the third trimester. Marital status, BS time and psychiatric history resulted in risk factors that relate to this condition. Therefore, when considering obstetric mental disorders, the serious consequences to maternal-fetal health and the underdiagnosis of these disorders in this period, the results of this study provide scientific evidence for the early identification of possible psychological impacts of BS in gestation. It should be noted that the results found may have direct and preventive applications in the support for integral attention to the Perinatal Health of this population. Further research is recommended to enable a greater number of risk factors associated with this condition. In addition, we propose studies that improve the specificity of psychometric instruments aimed at the evaluation of emotional indicators in the gestational period, in this case, gestational depression and body image changes.

**Keywords:** Bariatric Surgery. Pregnancy. Mental Health. Depression, Body Image. Perinatal Care.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Classificação dos níveis de gravidade da DASS .....	33
<b>Tabela 2</b> – Dados do perfil sociodemográfico das participantes (N=247).....	41
<b>Tabela 3</b> – Dados do perfil psicossocial das participantes (N=247).....	43
<b>Tabela 4</b> – Dados de saúde física das participantes (N=247).....	44
<b>Tabela 5</b> – Dados de comportamentos compulsivos das gestantes (N=71) .....	46
<b>Tabela 6</b> – Níveis de sintomatologia depressiva das participantes (N=247).....	47
<b>Tabela 7</b> – Dados de associação entre sintomatologia depressiva e imagem corporal.....	49
<b>Tabela 8</b> – Correlação entre sintomatologia depressiva e imagem corporal ( $\rho$ ) .....	52
<b>Tabela 9</b> – Fatores associados à sintomatologia depressiva nas gestantes pós CB .....	53
<b>Tabela 10</b> – Fatores associados à alteração da Imagem Corporal nas gestantes pós CB.....	53
<b>Tabela 11</b> – Respostas das participantes por categorias à pergunta: “De que forma está recebendo ajuda? .....	55
<b>Tabela 12</b> – Respostas das participantes por categorias à pergunta “Tem algum aspecto relacionado a gestação que você acredita não ter sido abordado na pesquisa? Sinta-se à vontade para registrar!” .....	57

## LISTA DE SIGLAS

CB	Cirurgia Bariátrica (CB)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
DASS	Depression, Anxiety and Stress Scale
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V
IMC	Índice Massa Corporal
LEPIDS	Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTEM	Unidade de Transtornos Endócrino-Metabólicos na Gestação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>15</b>
1.1.1	Objetivo Geral.....	15
1.1.2	Objetivos específicos.....	15
<b>1.2</b>	<b>Justificativa</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Cirurgia Bariátrica: aspectos físicos e psíquicos na mulher</b> .....	<b>18</b>
2.1.1	Cirurgia Bariátrica e Gestação .....	21
<b>2.2</b>	<b>O corpo como fonte de experiência psíquica na gestação</b> .....	<b>22</b>
<b>2.3</b>	<b>Transtornos psiquiátricos na gestação</b> .....	<b>24</b>
<b>2.4</b>	<b>A importância do cuidado pré-natal multiprofissional para a saúde mental das gestantes</b> .....	<b>26</b>
<b>2.5</b>	<b>As redes sociais como recurso terapêutico</b> .....	<b>28</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Delineamento da pesquisa</b> .....	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>Participantes</b> .....	<b>31</b>
3.3.1	Critérios de inclusão .....	31
3.3.2	Critérios de exclusão .....	31
<b>3.4</b>	<b>Instrumentos de coleta de dados</b> .....	<b>32</b>
<b>3.5</b>	<b>Procedimentos para coleta de dados</b> .....	<b>34</b>
<b>3.6</b>	<b>Processamento e análise dos dados</b> .....	<b>35</b>
3.6.1	Análise quantitativa .....	36
3.6.2	Análise qualitativa.....	37
<b>3.7</b>	<b>Considerações éticas</b> .....	<b>38</b>
<b>3.8</b>	<b>Riscos e benefícios</b> .....	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
<b>4.1</b>	<b>Dados do perfil sociodemográfico</b> .....	<b>40</b>
<b>4.2</b>	<b>Dados do perfil psicossocial</b> .....	<b>42</b>
<b>4.3</b>	<b>Dados do perfil de saúde física</b> .....	<b>44</b>
<b>4.4</b>	<b>Dados do perfil de saúde mental</b> .....	<b>46</b>
4.4.1	Dados dos comportamentos compulsivos das gestantes .....	46
4.4.2	Dados da sintomatologia depressiva e imagem corporal das gestantes .....	47
4.4.3	Dados de correlação entre sintomatologia depressiva e imagem corporal.....	52
4.4.4	Dados da análise de Regressão Logística .....	52
<b>4.5</b>	<b>Dados de análise de conteúdo</b> .....	<b>54</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>67</b>
	<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>74</b>
	<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>82</b>
	<b>ANEXO A</b> .....	<b>94</b>

## APRESENTAÇÃO

Como psicóloga, o interesse pelo presente estudo com gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica (CB) se deu em virtude da recente implementação da Unidade de Transtornos Endócrino-Metabólicos na Gestação (UTEM) na Maternidade Escola da UFRJ e, conseqüentemente, das novas demandas psicossociais que surgiram neste contexto o qual a literatura ainda não contempla. Este fato dificulta tanto a abordagem dos profissionais envolvidos quanto a detecção de possíveis desajustes emocionais que podem surgir nesse cenário com desfechos negativos a curto, a médio e a longo prazo para o binômio mãe-bebê.

É válido ressaltar, que a Maternidade Escola da UFRJ é uma unidade especializada que dispõe de assistência ambulatorial e hospitalar, proporcionando uma assistência integral à saúde da mulher e da criança. Para isso, possui ambulatórios especializados, entre eles a UTEM, que visa criar um modelo de assistência multidisciplinar de atendimento pré-natal às gestantes com desordens endócrino-metabólicas, como no caso de gestantes obesas, diabéticas e com histórico de CB.

Inicialmente, a proposta do trabalho era coletar os dados na própria Instituição, porém em virtude da baixa adesão dessas gestantes à participação nesta pesquisa, recorremos a outras unidades de referência em gestação após CB na cidade do Rio de Janeiro, as quais também não obtivemos sucesso. Diante deste impasse, para viabilizar o estudo, considerando sua relevância para a saúde mental dessa população, adotamos o ambiente virtual como meio de coleta de dados. Para isso, ingressei em grupos no *Facebook* voltados para gestantes com esse perfil e expus minha proposta aos respectivos moderadores que pactuaram com a pesquisa, aprovando a divulgação do meu questionário virtual para as participantes.

Poder observar a rede de apoio e cuidado que se forma entre essas mulheres de diferentes regiões e culturas diante das incertezas, dúvidas e angústias referentes às experiências de gestação pós CB que, em muitos casos, não encontraram na equipe multiprofissional a receptividade necessária, foi uma rica experiência pessoal e profissional. O ambiente virtual se mostrou uma estratégia de enfrentamento e acolhimento às condições de particularidade e vulnerabilidade dessas gestações operando, portanto, como uma forma de promoção de saúde mental para essa população.

Por se tratar de um programa de Mestrado Profissional, ao final faz-se necessário criar um produto que possa intervir diretamente no ambiente institucional a partir das evidências científicas obtidas na pesquisa da dissertação. Neste caso, foi criado o Protocolo de Atenção em Saúde Mental de gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica que teve como objetivo

orientar a equipe multiprofissional envolvida no cuidado pré e pós-natal em relação à sintomatologia depressiva das gestantes com histórico de CB. A identificação precoce desses sintomas pelos diferentes profissionais envolvidos na assistência pré-natal, pode viabilizar o tratamento adequado e minimizar as consequências indesejadas pelo comprometimento da saúde mental dessas gestantes.

Portanto, este trabalho visa fornecer dados científicos a serem utilizados no planejamento e condução da prática de atenção pré e pós-natal dos profissionais envolvidos na assistência para que esses elementos possam contribuir para um olhar clínico, amplo e sensível voltado às questões subjetivas destas gestantes. Desse modo, enquanto equipe multiprofissional, poderemos proporcionar uma assistência integral à saúde perinatal das gestantes com histórico de CB e das suas famílias.

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema de saúde pública que ultrapassa as barreiras dos países desenvolvidos, tomando grandes proporções nos países em desenvolvimento, merecendo, portanto, atenção especial por parte das autoridades responsáveis (CARNEIRO et al, 2014). Trata-se de uma doença crônica, que envolve fatores genéticos, metabólicos, comportamentais, sociais, ambientais, culturais e psicológicos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Nos últimos anos no Brasil, a obesidade tem aumentado e dados recentes do IBGE mostram que mais de 50% da população brasileira está acima do peso, ou seja, entre o sobrepeso e a obesidade (BRASIL, 2013a; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016). Tais informações são preocupantes, e podem ser justificados pelas transformações comportamentais, sociais e alimentares da população, remetendo, portanto, às mudanças no padrão de saúde, de práticas de atividades físicas e de consumo alimentar dos brasileiros (BRASIL, 2013a; SILVA, 2005).

Nesse sentido, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN (BRASIL, 2013a) tem priorizado, por meio de suas diretrizes e articulações, ações de controle e prevenção da obesidade e promoção de saúde em âmbito nacional. Nos casos extremos de obesidade, a Cirurgia Bariátrica (CB) tem se mostrado uma opção eficaz de intervenção profilática e terapêutica para prevenção e tratamento das doenças associadas à obesidade grau III (BRASIL, 2013a; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016). De acordo com a Portaria 424 / 2013 do Ministério da Saúde e com as novas Diretrizes Brasileiras de Obesidade de 2016, o candidato ao procedimento deve apresentar Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40 kg/m<sup>2</sup> ou de 35 kg/m<sup>2</sup>, associado a uma ou mais comorbidades graves devido à obesidade e sem sucesso em técnicas não cirúrgicas por um período prévio de dois anos (BRASIL, 2013b; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

O maior benefício da intervenção bariátrica é a redução das comorbidades, mas também se destacam as mudanças na autoestima, na sexualidade e na interação social do indivíduo (SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013). Contudo, devido às rápidas transformações corporais, nutricionais e sociais após a CB, alguns pacientes apresentam alterações psicológicas como depressão, ansiedade, alcoolismo, bulimia, anorexia e compulsões

por jogos, compras ou sexo (LANGARO, et al., 2011; SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013). De acordo com Sacramento, Ferraz e Rodrigues (2013), essas alterações funcionariam como uma fuga das carências afetivas ou das razões inconscientes que os levaram a engordar. Portanto, remetem à fragilidade do sujeito em lidar com suas questões emocionais, corroborando a importância de um acompanhamento multidisciplinar.

Dos pacientes submetidos a essa opção terapêutica, 80% deles são do sexo feminino, com idades entre 18 e 45 anos. Nessa população, a síndrome dos ovários policísticos e a infertilidade geralmente estão presentes, resultando em grande dificuldade em engravidar (SANTO; RICCIOPO; CECCONELLO, 2010). Com o controle do peso obtido pelo tratamento cirúrgico, os ciclos menstruais se normalizam e as mulheres passam a ovular, assim como a resistência à insulina diminui, favorecendo o funcionamento metabólico. Além disso, a mulher passa a se sentir mais atraente e sua vida sexual tende a aumentar. Como resultado também se verifica a reversão da infertilidade dessas mulheres, tornando-se potencialmente capazes de engravidar (SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013).

A gestação após CB pode ser caracterizada como de alto risco, visto que a saúde da mãe e/ou do feto apresentam maiores probabilidades de serem acometidas por complicações do que a média das gestações (BRASIL, 2012). Em termos clínicos, as gestantes apresentam um déficit nutricional prévio em virtude da técnica cirúrgica, na maior parte dos casos disabsortivas, necessitando, portanto, de uma suplementação nutricional. Desse modo, essas pacientes podem evoluir com deficiências de alguns compostos como: ferro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina A, tiamina e cálcio, que podem resultar em complicações maternas, como, por exemplo, a anemia e fetais como: defeito no tubo neural, restrição no crescimento intrauterino e prematuridade. Além disso, os obstetras devem ficar alertas ao risco de hérnias internas e isquemia de intestino delgado nessas gestantes (MARQUES; MARQUES; MARQUES, 2016; MECHANICK, et al., 2013; SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013). Em termos de saúde mental, Oliveira, Madeira e Penna (2011) afirmam que, ao serem “rotuladas” como gestantes de alto risco, essas mulheres entram em sofrimento psíquico porque se sentem com medo, ansiedade, dentre outros afetos negativos envolvidos. Observa-se que, frequentemente, esses sentimentos se entrelaçam entre o prazer da percepção dos movimentos do filho e a dor oriunda das limitações impostas pela condição de risco (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011). Nesse sentido, o processo de enfrentamento dessa situação representa um desafio para a mulher no que tange aos aspectos emocional e relacional (BRASIL, 2012). Ademais, estudos apontam para o fato de que gestações de alto risco aumentam as chances de sintomas depressivos, ansiosos, além do declínio da qualidade de vida da mulher (KLIEMAN, 2017).

Outro fator a ser levado em consideração é a imagem corporal destas gestantes. Cairolli (2009) aponta que a satisfação corporal durante a gestação está diretamente relacionada a imagem corporal da fase pré-gravidez. Considerando, ainda, que se tratam de mulheres que já foram obesas e apresentam uma relação importante com a comida, o ganho de peso durante o ciclo gravídico-puerperal pode influenciar diretamente na imagem corporal dessas gestantes, que pode repercutir na sua saúde mental, com consequências para adesão no acompanhamento pré e pós-natal. Apesar de todas as particularidades descritas, Marques, Marques e Marques (2016) afirmam que a gestação após a CB é segura, tanto para o seu curso como para o desenvolvimento fetal intrauterino, a despeito da possível desnutrição induzida pelo procedimento. Para isso ocorrer, os autores destacam a qualidade da realização da técnica e da cirurgia aliadas aos acompanhamentos pós-cirúrgico e pré-natal eficientes.

Diante do exposto, este estudo parte da **hipótese de riscos psicológicos (como sintomatologia depressiva e alteração da imagem corporal) em gestantes com histórico de CB pode representar grande vulnerabilidade psíquica à saúde mental materna, com desfechos negativos para mãe e para o feto durante o ciclo gravídico-puerperal**. Assim, a identificação precoce destes riscos, com base nas necessidades e peculiaridades destas mulheres, pode ampliar a compreensão sobre as variáveis envolvidas no processo de gestação após uma CB. Com base nisso, é desejável que sejam propostas medidas para minimizar os desfechos negativos do impacto de riscos psicológicos sobre a saúde do binômio mãe-conceito.

## 1.1 Objetivos

### 1.1.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de cuidado pré-natal multiprofissional com foco na abordagem psicossocial na gestação após Cirurgia Bariátrica.

### 1.1.2 Objetivos específicos

Baseando-se no objetivo geral acima foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- 1) Analisar o perfil sociodemográfico, psicossocial, de saúde física e mental de gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica na perspectiva de orientar a prática clínica da equipe multiprofissional;
- 2) Identificar a prevalência de sintomatologia depressiva e de alteração da imagem corporal nesta população;
- 3) Investigar relações entre sintomatologia depressiva, alteração da imagem corporal e dados do perfil sociodemográfico, psicossocial e saúde física das gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica;
- 4) Propor um Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica para orientar a escuta e prática clínica dos profissionais do serviço pré-natal da Unidade de Transtornos Endócrino Metabólicos na Gestação da Maternidade Escola da UFRJ.

## 1.2 Justificativa

Diante do crescente cenário de obesidade na população brasileira, a relevância desse estudo se sustenta no aumento do número de CB realizadas no Brasil, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva que, após essa intervenção cirúrgica, melhoram significativamente sua fertilidade. Além disso, o hiato existente na literatura em relação aos aspectos psicossociais envolvidos nessas gestações demonstra a necessidade de investigações sobre o assunto, especialmente com o objetivo de oferecer evidências científicas para o planejamento da atenção pré-natal sob um enfoque multiprofissional.

Assim, conhecer o perfil psicossocial e clínico, sobretudo de saúde mental, destas gestantes pode auxiliar os profissionais de saúde no planejamento do cuidado baseado nas particularidades e nos riscos psicológicos que esta população está sujeita. Com base na identificação precoce deste perfil, a equipe pode intervir e, conseqüentemente, prevenir as alterações psicológicas já mencionadas, minimizando, portanto, danos e comprometimentos à gestação, ao binômio mãe-bebê e a vida futura da mulher.

Além disso, o estudo se justifica pela recente implementação da Unidade de Transtornos Endócrino-Metabólicos na Gestação (UTEM) na Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ). Essa unidade visa criar um modelo de assistência multidisciplinar de atendimento pré-natal às gestantes com desordens endócrino-metabólicas, como no caso de gestantes obesas, diabéticas

e com histórico de CB. Nesse caso, o estudo fornecerá evidências científicas a serem utilizadas no planejamento e implementação da prática de atenção pré e pós-natal daquela Unidade.

Cabe ressaltar que, esse projeto é um desdobramento do projeto de pesquisa: *Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde*, que é coordenado pela orientadora desta Dissertação, Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha, e vem sendo conduzido pelo LEPIDS, Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ME-UFRJ (Anexo A).

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Cirurgia Bariátrica: aspectos físicos e psíquicos na mulher

Os primeiros casos de Cirurgia Bariátrica (CB) no Brasil foram realizados em 1974, porém foi na década de 90 que surgiram as primeiras unidades especializadas no tratamento cirúrgico da obesidade grau III com uma equipe multidisciplinar, mobiliário e equipamento adequados para essa população. Ao longo dos anos, as técnicas foram se aperfeiçoando e uma maior difusão ocorreu a partir de 2000, com a abordagem laparoscópica que oferece vantagens, menores riscos e tempo de recuperação. Em vista disso, o número de CB cresceu significativamente e atualmente o Brasil é o segundo lugar ficando atrás apenas dos Estados Unidos em relação ao número de realização deste tipo de cirurgia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Há três procedimentos básicos da CB que podem ser feitos por abordagem aberta ou laparoscópica. Eles se diferenciam entre si em função do mecanismo resultante de funcionamento e podem ser caracterizados como: restritivos, disabsortivos e técnicas mistas. Os restritivos diminuem a quantidade de alimentos que o estômago pode comportar; os disabsortivos reduzem a capacidade de absorção do intestino; e, por fim, as técnicas mistas apresentam um pequeno grau de restrição, além de um desvio curto do intestino com discreta má absorção de alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

Quatro modalidades diferentes de CB no país são aprovadas: 1) *Bypass* gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”); 2) Banda gástrica ajustável; 3) Gastrectomia vertical; e 4) Duodenal Switch. Além disso, existe ainda o Balão intragástrico, que não é considerado um procedimento cirúrgico e sim, mas uma terapia auxiliar para pacientes com sobrepeso ou em preparo pré-operatório de pacientes superobesos (IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>). Nesse procedimento é introduzido um implante de silicone, por via endoscópica, que visa diminuir tanto a capacidade gástrica, quanto promover a saciedade e o paciente fica com o balão por cerca de seis meses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

O *Bypass* gástrico é estudado desde a década de 60 e é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das CB realizadas. Isso se deve em virtude da sua segurança, eficácia e bons resultados na perda de peso (cerca de 40 a 45% do peso inicial). Trata-se de um

procedimento misto em que é feito o grampeamento de parte do estômago e um desvio do intestino inicial, promovendo o aumento de hormônios que proporcionam à saciedade e a redução da fome. Já a Banda gástrica ajustável foi trazida ao Brasil em 1996 e representa cerca de 5% dos casos. Neste procedimento um anel de silicone inflável e ajustável é colocado ao redor do estômago. Ele é eficaz e seguro, apesar de não promover alterações na produção de hormônios como o *Bypass*. A redução de peso é de 20 a 30% em relação ao peso inicial. A Gastrectomia vertical é um procedimento relativamente novo, sendo realizado desde os anos 2000. Nela o estômago é transformado em um tubo com capacidade de 80 a 100 mililitros. Esse procedimento provoca boa perda de peso, comparável ao *Bypass* gástrico, ainda maior do que o proporcionado pela banda gástrica ajustável. Por fim, a técnica Duodenal Switch, criada em 1978, consiste na associação entre a gastrectomia vertical e o desvio intestinal. Nesse caso, 85% do estômago é retirado, apesar da sua anatomia e fisiologia de esvaziamento se manterem. A absorção dos nutrientes é reduzida levando a uma perda de 40 a 50% do peso inicial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

Nesse sentido, a CB é considerada uma opção eficaz para o tratamento da obesidade grau III, pois resulta em perda considerável de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017). Pode ainda proporcionar uma significativa melhora na qualidade de vida em termos dos aspectos físicos e mentais, pressupondo, assim, uma perspectiva biopsicossocial de cuidado (ALMEIDA et al., 2011; NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013). Observa-se, ainda, que com a CB reduz-se a morbimortalidade dos pacientes, em virtude da diminuição de patologias como hipertensão, dislipidemias e diabetes tipo 2 (MELO; MELO, 2017).

Além da busca por melhores condições de saúde, os pacientes que realizam a CB, sobretudo as mulheres, também são motivados a atender a um parâmetro cultural de magreza como um ideal corporal de feminilidade. Mulheres representam o segmento populacional que mais realiza a CB, constituindo cerca de 80% dos casos com idades entre 18 e 45 anos (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013; SANTO; RICCIOPO; CECCONELLO, 2010). Estudos evidenciam que a perda ponderal resultante da CB acarreta impacto positivo para a fertilidade feminina, com um melhor prognóstico obstétrico, pois reduz complicações obstétricas associadas ao sobrepeso, como: diabetes gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia, tromboembolismo, macrossomia fetal, infecções urinárias, prematuridade, morte intrauterina, complicações anestésicas e cirúrgicas (MELO; MELO, 2017; SANTO; RICCIOPO; CECCONELLO, 2010).

Ademais, a redução do peso melhora o ânimo em relação às atividades físicas, sociais, laborais e sexuais; além de aumentar a autoestima e reduzir a auto depreciação da imagem corporal. De acordo com Novaes e Vilhena (2018, p. 7), “ao mudar seu corpo, o indivíduo deseja mudar sua existência, isto é, remodelar um sentimento de identidade que se tornou obsoleto”. Nesse sentido, a partir da CB a mulher passa a ter uma maior aceitação da sua aparência física, melhorando sua satisfação com si mesma e dando novo sentido à vida (SEGURA, et al., 2016). Entretanto, apesar desses efeitos benéficos da CB, assegurados pela redução ou eliminação dos danos físicos, metabólicos e psíquicos associados à obesidade, é fundamental estar atento aos possíveis desajustamentos emocionais, que podem comprometer tanto a adesão do paciente ao tratamento, como a sua condição de adaptação sócio emocional (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013).

Em muitos casos, a nova silhueta, excessiva e subitamente magra, é percebida de modo distorcido em relação a imagem corporal anterior, o que resulta em alteração da própria identidade e em um mal-estar oriundo de uma incompatibilidade entre a imagem corporal atual e a anterior à CB (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013). Isso gera despersonalização e pode favorecer o surgimento ou reincidência de transtornos mentais no período pós CB, dentre estes anorexia, bulimia, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), alcoolismo, insônia, depressão e até mesmo o suicídio, ressaltando a importância do acompanhamento psicológico no período pós-operatório (FANDIÑO, et al., 2004; SEGURA, et al., 2016).

Importante, ainda, salientar que a imagem corporal se refere às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências, incluindo aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais que estão, permanentemente, correlacionados entre si (BARROS, 2005). Sendo assim, trata-se de uma experiência subjetiva, multifacetada, mutável e permeada por sentimentos sobre nós mesmos e sobre a forma como percebemos o mundo (BARROS, 2005) que resultará em um registro identitário que possibilita o sujeito se reconhecer e se fazer reconhecido pelo outro (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013). De acordo com Barros (2005, p. 552), a imagem corporal “apresenta-se como a parte mais consistente de nosso interior, mostrando-se ao mundo. Simboliza todo o nosso ser, apesar de nunca ser completa e esconder mistérios numa dimensão paradoxal”.

A partir da mudança física, a CB exige uma reorganização psíquica do indivíduo para que ele passe a ter uma percepção positiva de si (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013). Esse processo de adaptação da imagem corporal é complexo e demanda um tempo diferente das mudanças físicas ocasionadas pela intervenção cirúrgica (SCHAKAROWSKI;

OLIVEIRA, 2014). Ao longo do tempo, o sujeito pode minimizar o sentimento de estranhamento, resultando em uma gradual reestruturação identitária, visto que a modificação corporal decorrente da CB desencadeia a vivência de um distanciamento em relação a si, seja pela auto ou pela hetero percepção (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013).

Assim, a insatisfação, a depreciação e a distorção da imagem corporal são alterações importantes a serem investigadas e acompanhadas no pós-operatório da CB, especialmente porque estas manifestações estão relacionadas a busca pelo corpo magro exigido e disseminado na sociedade como um modo de vida, resultado da expressão psíquica e da identidade social do indivíduo (SCHAKAROWSKI; OLIVEIRA, 2014). Para Mota, Costa e Almeida (2014), a despeito da redução de peso e melhora dos sintomas associados à obesidade, mulheres que realizaram a CB apresentam distúrbios da imagem corporal. Apesar disso, esse novo corpo ajuda na auto aceitação e na promoção de um sentimento de pertencimento social, uma vez que a mulher passa a realizar atividades cotidianas como comprar roupas, frequentar festas e ambientes sociais, os quais, anteriormente, não conseguia e se sentia excluída (NASCIMENTO, BEZERRA; ANGELIM, 2013).

### 2.1.1 Cirurgia Bariátrica e Gestação

As mulheres em idade fértil que realizam a CB devem ser advertidas pela equipe sobre o tempo mínimo para a estabilização do peso após o procedimento, em virtude dos déficits da absorção de vitaminas, minerais e proteínas acarretados pelas mudanças na fisiologia digestiva pós-cirúrgica (SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013; SANTO; RICCIPO; CECCONELLO, 2010; KONDO et al., 2007). A rápida perda de peso característica dos primeiros meses que sucedem a CB pode acarretar a síndrome de *dumping* (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica e sintomas hipoglicemiantes), além de carências nutricionais e maior risco de crescimento intrauterino restrito (CIUR), que comprometem o desenvolvimento da gestação (FANDIÑO, et al., 2004; NARAYANAN; SYED, 2016).

Esse tempo varia em torno de 12 a 18 meses e corresponde a um intervalo mínimo para uma gestação após a CB mais favorável e com menos riscos (ILIAS, 2008; SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013; SANTO; RICCIPO; CECCONELLO, 2010; KONDO, et al., 2007). Ainda que se respeite o tempo mínimo para engravidar, a gestante também demandará cuidado multiprofissional especializado, visto que as questões nutricionais devem ser monitoradas devido aos sérios problemas de saúde para o neonato. Retardo do crescimento

fetal, desequilíbrios eletrolíticos, hemorragias cerebrais, lesão da retina permanente, anemia e morte fetal são exemplos de resultados neonatais desfavoráveis na gravidez pós CB (SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013; MARQUES; MARQUES; MARQUES, 2016). Para minimizar gestações anteriores ao intervalo de tempo recomendado, profissionais devem orientar as mulheres sobre o uso de contraceptivos hormonais, já que os anticoncepcionais orais passam a ter eficácia reduzida em função da alteração na absorção intestinal provocado pela CB. Em função disso, medicações via transdérmica, intramuscular, uso de anéis vaginais ou métodos contraceptivos de barreira devem ser recomendados (SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013; KONDO, et al., 2007).

Em vista disso, a gravidez após uma CB é classificada como de alto risco, já que a saúde da mãe e/ou do feto tem maior probabilidade de complicações quando comparadas à média das gestações (BRASIL, 2012). Embora essas condições de risco não exijam necessariamente recursos propedêuticos com tecnologias mais avançadas do que as comumente disponibilizadas na assistência pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012), gestantes com histórico de CB exigem acompanhamento mais frequente e atento aos possíveis desfechos negativos associados aos aspectos físicos, sociais e psíquicos resultantes do procedimento cirúrgico. Além disso, é importante destacar que essas mulheres apresentam em sua biografia um descontentamento da sua autoimagem corporal e se veem em uma condição de gestantes, a qual novas transformações, sobretudo em seu corpo, irão ocorrer. Assim, elas podem apresentar dificuldades em elaborar estas mudanças físicas, afetando, portanto, sua adesão ao tratamento perinatal.

## **2.2 O corpo como fonte de experiência psíquica na gestação**

A gestação compreende um período com inúmeras transformações vivenciadas no corpo da mulher que resultam em uma ambivalência típica deste momento. Desde o início da gravidez essa confusão de sentimentos se instala a partir de um conflito entre o desejar e o não desejar um filho, que irá mudar toda a sua vida e exigirá sua reinvenção para assumir um novo papel (SZEJER; STEWART, 1997). É uma “balança do querer e do não-querer” que se manifestará ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, caracterizando-se por sentimentos contraditórios peculiares desta fase da vida da mulher, com inúmeras incertezas relacionadas às perdas e ganhos dessa nova condição (MALDONADO, 1976). Trata-se, então, de um período crítico de transição psíquica no desenvolvimento da personalidade e do ciclo de vida da mulher.

Além das inúmeras alterações físicas e metabólicas, a maternidade exigirá reajustamentos sociais, interpessoais, intrapsíquicos e identitárias, que se apresentam com relativa uniformidade entre as diferentes classes sociais (MALDONADO, 1976). Apesar dessas mudanças serem consideradas como parte inerente à gravidez, muitas mulheres apresentam grandes dificuldades em aceitá-las, principalmente no que se refere ao ganho de peso (CAIROLI, 2009). De modo geral, para a mulher grávida existe um misto de insatisfações e dúvidas relacionadas ao temor das alterações corporais permanecerem após o parto, bem como à perda da identidade anterior à gestação, o que pode acarretar mudanças na percepção da imagem corporal (CAIROLI, 2009). É válido ressaltar que, de acordo com Cairolli (2009), a satisfação com a imagem corporal na gestação está diretamente relacionada ao período que antecedeu a gravidez. Portanto, mulheres que estavam insatisfeitas com seus corpos antes da gestação tendem a manter esse conceito da sua imagem corporal ao longo dela. Nesse sentido, a gestante com histórico de CB pode experimentar um maior conflito referente às transformações físicas corporais.

Para Szejer e Stewart (1997), as primeiras modificações do corpo são vivenciadas pela mulher como uma experiência que a desestabiliza emocionalmente e causa angústia, já que antecipa futuras alterações mais significativas próprias da gravidez. O ganho de peso mostra-se como uma grande preocupação para gestantes, sobretudo para aquelas que apresentam algum comportamento de desordem alimentar e ou distúrbio da imagem corporal anterior à gravidez (CAIROLI, 2009). Por outro lado, a gestação também pode ser uma justificativa para o ganho de peso nesse período, o que diminui os comportamentos patológicos dos distúrbios alimentares e as cobranças por um corpo ideal após as transformações físicas esperadas pela gravidez (CAIROLI, 2009). Em alguns casos, amigos, familiares e o cônjuge criticam o excessivo ganho de peso e exigem padrões estéticos que, quase sempre, são difíceis para as gestantes atenderem, o que sensibiliza a mulher grávida e a faz sofrer (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013).

Assim, mulheres muito preocupadas com seu ganho de peso podem vivenciar medo de engordar e, assim, maior ansiedade. Por outro lado, mulheres com seios habitualmente pequenos, por exemplo, podem sentir-se satisfeitas com o aumento deles. Já mulheres que não sentem quaisquer modificações corporais, mesmo após a constatação da gravidez, podem estar experienciando alguma espécie de negação, tal como se o “corpo” ainda não acenasse o registro da notícia da gravidez que até então existe somente em sua “mente” (SZEJER; STEWART, 1997). Ainda, Szejer e Stewart (1997), esse mecanismo de negação pode estar relacionado a

impossibilidade do inconsciente se adequar à imagem maternal, eventualmente relacionada a imagem de sua própria mãe.

É nesse cenário de extrema vulnerabilidade física e psíquica que se estabelece uma vivência ambivalente da gravidez, já que, se por um lado a mulher reafirma sua feminilidade, experimenta prazer pela realização do seu desejo de ser mãe e sua fertilidade após a CB; por outro lado ela sofre com as mudanças da sua imagem corporal, experimenta sentimentos auto depreciativos ou sofre com atitudes reprovadoras pelas pessoas do seu convívio (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013).

Considerando que o período da gravidez é extremamente dinâmico, é possível que a mulher que engravida após uma CB, evolua de uma percepção negativa da maternidade para a construção de uma imagem plena e positiva de ser mulher, gestante e mãe. Para Szejer e Stewart (1997), esse conflito pode ser superado a partir do momento em que a mulher se permita engordar, se mostrar e se sentir grávida. Para facilitar esse processo, Cairolli (2009) aponta ainda que é importante o apoio familiar e conjugal, além da educação pré-natal que permitirá a mulher manter uma boa imagem corporal e viver uma relação positiva com seu corpo e sua maternidade. Do contrário, o descompasso entre a aceitação das transformações físicas e psíquicas próprias do período da gestação, pode resultar em desajustes psicológicos e resultados negativos para a saúde mental materna e, conseqüentemente, saúde fetal.

### **2.3 Transtornos psiquiátricos na gestação**

Do ponto de vista social e cultural, a gestação é considerada um momento privilegiado, colorido e pleno para toda mulher. No entanto, é também um momento de grande complexidade e nem sempre apresenta cores suaves e harmônicas na vida da mulher, do casal e da família. As inúmeras mudanças físicas, hormonais, psíquicas e sociais refletem diretamente na saúde mental da gestante (CAMACHO, et al., 2006) e, conseqüentemente, na relação com sua família.

O período gravídico-puerperal corresponde a fase de maior vulnerabilidade para transtornos mentais para a mulher, sobretudo no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos 30 dias de puerpério (BRASIL, 2012; BOTEGA; DIAS, 2006). Isto pode, ainda, estar relacionado às questões relativas à adaptação à gestação e ao medo da proximidade do parto (RODRIGUES; SCHIARO, 2011; SILVA, et al., 2017; BOTEGA; DIAS, 2006), contrariando, inclusive, a ideia de que a gravidez pode ser um fator de proteção para a saúde mental da mulher (BRASIL, 2012). A intensidade de alterações psiquiátricas na gravidez estará diretamente

relacionada a fatores biológicos, familiares, conjugais, sociais, econômicos e da própria personalidade da mulher (FALCONE, et al., 2005). Nesse sentido, a avaliação de possíveis sintomas psiquiátricos na gestação é fundamental, visto que sua identificação precoce pode reduzir desfechos negativos para a saúde materna, para o desenvolvimento do feto, para o trabalho de parto e para a saúde do bebê (BRASIL, 2012; CAMACHO, et al, 2006).

Dados epidemiológicos apontam que na gestação os transtornos mentais têm alta prevalência e são semelhantes ao do período do pós-parto, apesar do maior destaque aos quadros psicológicos puerperais, como a depressão pós-parto e a psicose puerperal (CAMACHO, et al., 2006). Almeida et al. (2012) observaram que 41,7% das gestantes de serviços públicos de saúde na região Sul do Brasil manifestaram provável transtorno psiquiátrico. Os transtornos de humor com quadros depressivos, transtorno afetivo bipolar e todos os seus espectros; quadros ansiosos, psicóticos e de abuso e dependência de substâncias psicoativas, além dos distúrbios alimentares são as patologias psiquiátricas mais encontradas na gestação (BRASIL, 2012).

Por sua vez, episódios depressivos representam os transtornos mentais mais frequentes durante a gestação (BRASIL, 2012; BENNETT et al., 2004), podendo acarretar impactos negativos nos cuidados pré e pós-natais (BRASIL, 2012). A depressão, também denominada Transtorno Depressivo Maior, se caracteriza pela presença de sintomas como: tristeza, humor irritável, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, ideação suicida, desinteresse e perda de interesse pelo mundo por um período de, pelo menos, duas semanas, que interferem diretamente na funcionalidade pessoal e social do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), mulheres, sobretudo na idade reprodutiva (18 a 44 anos), são as mais acometidas pela depressão do que os homens. Apesar de existirem tratamentos eficientes para a depressão, menos da metade das pessoas acometidas no mundo são tratadas, seja pela falta de recursos; pela falta de profissionais treinados ou pelo estigma social associado aos transtornos mentais.

Já a depressão gestacional tem como principal sintoma o humor depressivo ou a anedonia, mas também pode apresentar alterações no sono e apetite, irritabilidade, diminuição da libido, lentificação psicomotora e ideação suicida, que impactam negativamente o funcionamento psicossocial da gestante (BRASIL, 2012). Entretanto, deve-se considerar que algumas dessas manifestações, tais como cansaço, mudanças no padrão do sono, apetite e libido, também podem ser características do período gestacional.

Estudos apontam que as taxas de prevalência de depressão durante a gravidez em países em desenvolvimento, como o Brasil, encontram-se em torno de 20% (BRASIL, 2012;

PEREIRA; LOVISI, 2008; BENNETT et al., 2004). Entre os fatores de risco associados à depressão na gravidez destacam-se os antecedentes psiquiátricos, sobretudo histórico de depressão; gravidezes de alto risco; fatores sociodemográficos relacionados à pobreza, como desemprego, dificuldades financeiras, baixa renda e escolaridade, gravidez indesejada, história de violência doméstica, dependência de álcool, tabaco ou outras drogas e carência de suporte social e emocional (ALMEIDA et al, 2012; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; BAPTISTA; BAPTISTA, 2005; BRASL, 2012; PEREIRA; LOVISI, 2008, KLIEMAN, 2017).

A presença de depressão não tratada na gestação pode acarretar desfechos materno-fetais e obstétricos, como aumento das taxas de abortamento, anormalidades placentárias, hemorragias, prematuridade, sofrimento fetal, déficits no auto cuidado, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, adesão ao acompanhamento pré-natal, vínculo materno-fetal durante a gravidez e relação mãe-bebê, desenvolvimento psicossocial da criança e riscos para depressão pós-natal (BRASIL, 2012; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; CAMACHO et al., 2006; MOLINA; KIELY, 2011; PEREIRA; LOVISI, 2008).

#### **2.4 A importância do cuidado pré-natal multiprofissional para a saúde mental das gestantes**

Tendo em vista as intensas transformações biopsicossociais na vida da mulher, o ciclo gravídico-puerperal corresponde a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando, portanto, cuidado e atenção para manter ou recuperar o bem-estar, além de evitar possíveis dificuldades com os filhos (FALCONE et al, 2005).

Quando se trata de gestação de alto risco, as condições de adaptação para as futuras mães são ainda maiores, pois além das transformações biopsicossociais, o rótulo de “alto risco” a essas gestantes lhe confere maior distinção quando comparadas às gestações “normais” (BRASIL, 2012). No caso de o risco gestacional estar associado a uma condição pré-existente, como o caso da CB, a gravidez pode ser tida como um triunfo pela mulher ou pode acarretar um desequilíbrio emocional da gestante e, conseqüentemente, um sentimento de baixa autoestima e incapacidade que acarretem dificuldade na vinculação mãe-bebê (FALCONE et al, 2005). Para minimizar esses efeitos negativos, destaca-se a importância do planejamento, da avaliação pré-concepcional e do início oportuno da gestação, quando possível (BRASIL, 2012), já que, de acordo com Oliveira; Madeira; Penna (2011), desejar e programar um filho são fatores que atravessam o sentimento de aceitação de tornar-se mãe.

Para haver um acompanhamento mais adequado dessas gestantes, o atendimento pré-natal deve ser composto por uma equipe multiprofissional, constituída por especialistas de outras áreas tais como: enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social, em um trabalho articulado e integrado visando promover a atenção integral da saúde desta população (BRASIL, 2012).

Os profissionais envolvidos no cuidado perinatal devem estar atentos a muitos fatores, tais como: história pessoal da gestante, antecedentes ginecológicos e obstétricos, o momento histórico da gestação na vida da mulher e da família, particularidades sociais, culturais e econômicas, além da qualidade da assistência pré-natal (FALCONE et al, 2005), visto que neste período fatores psíquicos pré-existent e atuais estão envolvidos, além dos ambientais e corporais (BRASIL 2012).

Nesse sentido, sentimentos como ansiedade, ambivalência, negação, regressão, introspecção e medo devem ser levados em consideração pela equipe, assim como a reação dos familiares que, em muitos casos, se assemelham à reação e aos sentimentos das gestantes (BRASIL, 2012). Além disso, o sentimento de solidão apontado por gestantes de alto risco deve ser observado, pois as mesmas relatam sentir falta de diálogo (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011). Entretanto, ainda de acordo com as autoras Oliveira, Madeira e Penna, (2011), a condição de alto risco não impossibilita que a gestante tenha alegria e expectativa de ter uma evolução satisfatória e um final feliz.

É válido ressaltar que o vínculo mãe-bebê consiste na melhor proteção contra os perigos do mundo exterior, não só no período gestacional, mas, apresenta efeitos na futura relação mãe-filho, diminui a morbimortalidade materno-fetal e influencia no desenvolvimento da criança. Os fatores que geralmente interferem de forma negativa no binômio materno-fetal têm sua origem no período pré- concepção ou pré-natal (MÄDER; NASCIMENTO; SPADA, 2002).

A literatura aponta para a redução da prevalência de transtornos afetivos, como a depressão, em gestantes adultas e adolescentes após a intervenção multiprofissional executada em um Programa de Atenção à Gestante (FALCONE et al, 2005).

Acolher a gestante, disponibilizando-se a ouvi-la é o recurso terapêutico mais eficaz para prevenir transtornos psicopatológicos (FALCONE et al, 2005). Por meio da sua fala, ela é capaz de se expressar e, conseqüentemente, de ter uma nova perspectiva sobre o mesmo a situação a qual está vivenciando (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011). Ademais, através deste encontro, o profissional é capaz de identificar variações do humor, dos pensamentos e dos comportamentos que possam configurar possíveis distúrbios psiquiátricos (FALCONE et al, 2005) e, se for o caso, encaminhar a gestante para o profissional e tratamento adequados.

Desse modo, a assistência integral a saúde da mulher visa proporcionar a mãe e ao seu filho um período de bem-estar e fortalecimento do vínculo entre eles, assim como promover uma gestação mais saudável (MÄDER; NASCIMENTO; SPADA, 2002).

Portanto, de acordo com Falcone et al (2005), a atuação multiprofissional no atendimento pré-natal de gestantes, sejam adultas ou adolescentes, é capaz de prevenir, identificar precocemente e, conseqüentemente tratar possíveis transtornos afetivos presentes no período gestacional e, por conseqüência, dos seus filhos.

## **2.5 As redes sociais como recurso terapêutico**

De acordo com a Pesquisa TIC Domicílios (2017), no Brasil há cerca de 120,7 milhões de usuários de internet, o que corresponde a 67% da população com 10 anos ou mais de idade. Das atividades realizadas na internet, 77% dos usuários utilizou redes sociais como Facebook, Instagram ou Snapchat (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2018). Esse crescimento do uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) também está acarretando transformações no acesso à informação, nas trocas de experiências entre pacientes e na relação médico-paciente (MIRANDA; ROCHA, 2018). Através do ambiente virtual, os participantes podem compartilhar as sensações do corpo, antes restritas ao âmbito privado, os conhecimentos biomédicos da condição de saúde, além de solicitarem e oferecerem ajuda, construindo amplas redes de lutas e esperança (FROSSARD; DIAS, 2016).

Nesse sentido, durante as duas últimas décadas vivemos uma nova modalidade em saúde: doentes e/ou seus familiares se organizam em associações ou movimentos sociais em torno de questões relacionadas as suas próprias vivências associadas à doença produzindo conhecimento de modo empírico e subjetivo a partir da interação entre seus pares (FROSSARD; DIAS, 2016). É válido salientar que a horizontalidade e a identidade entre as pessoas envolvidas neste processo são elementos fundamentais para a formação dessas redes sociais, uma vez que favorecem a cooperação e solidariedade entre si (MACHADO, 2014).

Essas associações e redes sociais virtuais formadas pelos pacientes e seus familiares funcionam como grupos de autoajuda / ajuda mútua, onde o relato da experiência em associação com outros testemunhos acarreta reflexividade, cuja conseqüência se deve, não só a ampliação do entendimento, como também do empoderamento das pessoas envolvidas (FROSSARD; DIAS, 2016; MIRANDA; ROCHA, 2018; MACHADO, 2014). Além disso, o conhecimento

construído leva em consideração tanto os aspectos emocionais, como os práticos que, normalmente, não são abordados na prática médica (FROSSARD; DIAS, 2016).

Nesse sentido, a literatura destaca que as mídias sociais podem promover a equidade em saúde, visto que o ambiente virtual é capaz de integrar e remover barreiras físicas e geográficas de determinadas populações consideradas, até então, em desvantagem, como, por exemplo, jovens, adultos mais velhos, pessoas com baixo nível socioeconômico e do meio rural (WELCH et al, 2016). Assim, com a facilitação da escrita digital e da participação de diferentes usuários, a internet favorece uma prática reflexiva por meio do encontro entre as vivências que são compartilhadas neste espaço público com poucas mediações (FROSSARD; DIAS, 2016; MACHADO, 2014).

Portanto, as diversas inovações nas áreas das TIC e nas mídias sociais estão influenciando a prática e promoção da saúde, seja pelas transformações no enfrentamento da doença, pela aquisição de informação, ou pela elaboração do conhecimento. Entretanto, apesar dessa postura mais ativa dos participantes, é importante destacar que nada substitui o encontro presencial, apesar de a presença física não garantir, obrigatoriamente, a construção de um vínculo entre duas pessoas (MIRANDA; ROCHA, 2018). Ainda de acordo com as autoras Miranda e Dias (2018): “Essa sensação pode ser construída tanto no ambiente físico quanto no virtual”.

Diante do exposto, é fundamental que profissionais da atenção perinatal reconheçam os riscos psicológicos, como os sintomas de depressão e alteração da imagem corporal, em gestantes com histórico de CB para que sejam propostas intervenções eficientes para validar a livre expressão da ambivalência afetiva própria da gestação e facilitar uma vivência positiva das transformações físicas, sociais e psíquicas da gravidez pela mulher e sua família. Com base nisso, o objetivo desse estudo é conhecer o perfil sociodemográfico, psicossocial e clínico de gestantes com histórico de CB, com auxílio do ambiente virtual, a fim de identificar os riscos psicológicos associados à gestação após CB para propor um protocolo de atendimento pré-natal que oriente a escuta e a prática clínica dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal destas gestantes.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, com caráter descritivo, exploratório e transversal conduzido com uma amostra não probabilística de gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica (CB) de diferentes regiões brasileiras

Para alcançar os objetivos específicos 1, 2 e 3 a coleta dos dados foi realizada por meio de uma pesquisa do tipo *survey*, que é um recurso metodológico para obtenção de informações sobre determinadas características de um grupo de pessoas que representarão uma população (FREITAS, et al., 2000). Já para alcançar o objetivo específico 4 será feita uma apresentação dos dados da pesquisa, especialmente do perfil sociodemográfico, psicossocial e de saúde mental (sintomatologia depressiva, comportamentos compulsivos e alteração da imagem corporal) das gestantes com histórico de CB para os profissionais da equipe multiprofissional da UTEM, em data previamente pactuada com a equipe. Essa etapa corresponderá ao produto do Projeto Aplicativo que se trata de um dos requisitos para conclusão do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da ME-UFRJ.

#### 3.2 Local do Estudo

Cabe inicialmente esclarecer que o estudo seria realizado com as gestantes com histórico de CB usuárias dos serviços de atenção pré-natal da Unidade de Transtornos Endócrino-Metabólicos (UTEM) da ME/ UFRJ; entretanto, devido à baixa adesão destas gestantes à participação nesta pesquisa, foi adotado a netnografia para condução da pesquisa que passou a ser realizada como um *survey* online em grupos de mídias sociais, como *Facebook*, de mulheres com o perfil da amostra. Desse modo, a captação das participantes ocorreu unicamente em ambiente virtual por meio de busca ativa de gestantes com histórico de CB em grupos do Facebook, formados, predominantemente, por mulheres que realizaram a CB e engravidaram ou desejavam engravidar.

### 3.3 Participantes

O estudo contou com 247 gestantes que engravidaram após a realização da CB, provenientes de diferentes regiões do território brasileiro e selecionadas segundo os critérios de inclusão e exclusão abaixo.

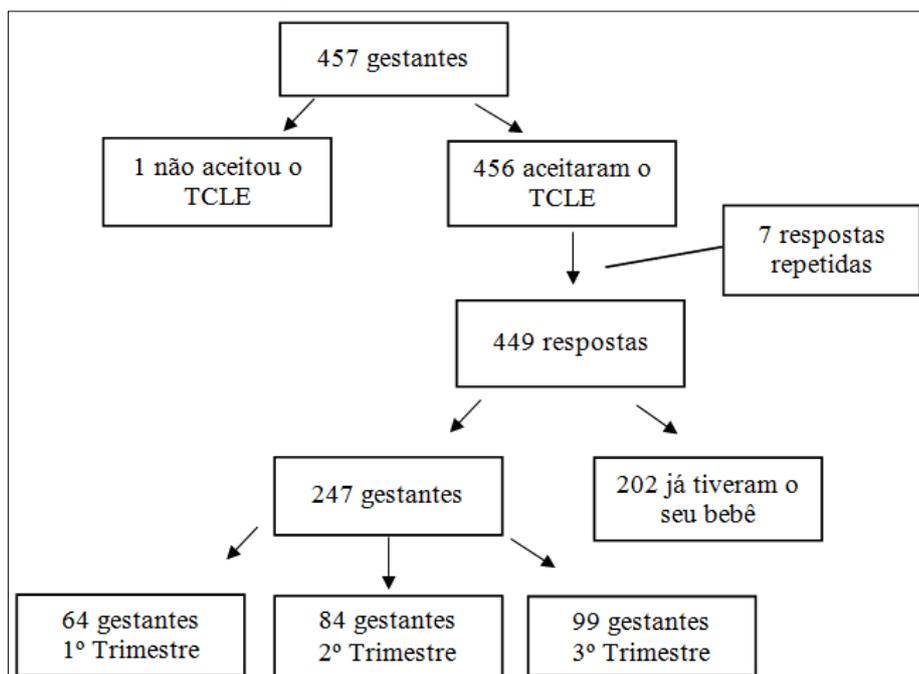
#### 3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que tivessem grávidas após terem realizada uma CB.

#### 3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo mulheres que responderam ao questionário e, mesmo com a CB prévia, não eram gestantes pois já haviam tido o parto. O fluxograma abaixo ilustra como ocorreu a captação das participantes nos grupos do *Facebook*, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão mencionados.

**Figura 1** – Fluxograma da seleção para participação da Pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

### 3.4 Instrumentos de coleta de dados

Foram adotados os seguintes instrumentos para coleta de dados, apresentados em um questionário virtual elaborado na plataforma *Google Forms* na seguinte ordem:

- A) Protocolo de dados gerais - Para identificação das *variáveis sócio demográficas* (faixa etária; estado de origem; escolaridade; estado civil; raça/etnia; renda familiar mensal; atividade laboral da gestante; profissão; acompanhamento pré-natal e religião/praticante); *psicossociais* (gestação planejada; gestação desejada; apoio na rotina doméstica, emocional e financeiro; preocupação atual da gestante; histórico de obesidade e constrangimento na gestação em relação à CB); *de saúde física* (tempo da CB; técnica cirúrgica; tempo de acompanhamento médico após a CB; idade gestacional; paridade, filhos anteriores; diagnóstico de infertilidade; tratamento para engravidar; método utilizado; histórico de aborto; risco gestacional, patologias clínicas; histórico psiquiátrico, IMC atual e anterior a CB e procedimento estético/cirurgia reparadora pós CB) e *de saúde mental* (comportamentos compulsivos);
- B) Escala *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21)* – Essa escala foi proposta por Lovibond, Lovibond (2004) para avaliar, simultaneamente, os indicativos das variações do humor relacionados à depressão; à ansiedade e ao estresse em adultos e adolescentes. Foi usada uma versão reduzida da escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS), adaptada e validada para a língua portuguesa do Brasil, por Vignola e Tucci (2014), com Índice de Consistência Interna - Alfa de Cronbach - de 0,92 para a subescala de Depressão, de 0,86 para Ansiedade e de 0,90 para Estresse foi de 0,90. Este instrumento consiste em um conjunto de 03 subescalas, do tipo *Likert* de 4 pontos, de auto relato. Cada subescala é composta por 7 itens, destinados a avaliar os indicadores emocionais de **Depressão** (itens: 03, 05, 10, 13, 16, 17 e 21), **Ansiedade** (itens: 01, 06, 08, 11, 12, 14 e 18) e **Estresse** (itens: 02, 04, 07, 09, 15, 19 e 20). Solicita-se que a participante atribua cada enunciado sua percepção sobre sua própria vivência, considerando as quatro semanas anteriores à aplicação da escala. Cada item é respondido com base em quatro possibilidades de resposta, de acordo com a gravidade ou frequência, distribuídas em uma escala de 0 a 3 pontos, sendo 0 (não se aplicou a mim de forma alguma); 1 (aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes); 2 (aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo) e 3 (aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo). O resultado de cada subescala (Depressão,

Ansiedade e Estresse) é obtido pelo somatório das respectivas respostas, sendo possível para cada uma delas a pontuação mínima de - 0 e a máxima de - 21, que ao final deve ser multiplicada por dois. Para obter o escore final do instrumento e classificação dos indivíduos segundo os níveis (normal, leve, moderado, grave e muito grave) de Depressão, Ansiedade e Estresse, serão admitidos os seguintes pontos de corte conforme tabela abaixo.

**Tabela 1** – Classificação dos níveis de gravidade da DASS

<b>Classificação</b>	<b>Z escore</b>	<b>Percentil</b>	<b>Depressão</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Estresse</b>
<b>Normal</b>	<0,5	0-78	0-9	0-7	0-14
<b>Leve</b>	0,5 – 1,0	78-87	10-13	8-9	15-18
<b>Moderado</b>	1,0-2,0	87-95	14-20	10-14	19-25
<b>Grave</b>	2,0-3,0	95-98	21-27	15-19	26-33
<b>Muito grave</b>	>3,0	98-100	28+	20+	34+

Fonte: Lovibond; Lovibond, 2004.

Nesse sentido, a *subescala da depressão* avalia sintomas como: inércia; anedonia; disforia; falta de interesse/ envolvimento; auto depreciação; desvalorização da vida e desânimo. Já a *subescala da ansiedade*, avalia a excitação do sistema nervoso autônomo; efeitos musculoesqueléticos; ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Por fim, a *subescala de estresse* contempla a dificuldade de relaxar; a excitação nervosa; a fácil perturbação/ agitação; a irritabilidade/ reação exagerada e a impaciência (APÓSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006; VIGNOLA; TUCCI, 2014; LOVIBOND; LOVIBOND, 2004);

- C) Escala de Medida da Imagem Corporal – Essa escala foi proposta por Souto (1999) para avaliar os seguintes constructos: **Realidade Corporal– RC** (itens: 01, 08, 09, 13, 16, 17 e 20); **Ideal Corporal – IC** (itens: 02, 04, 05, 06, 07, 10, 14, 18, 19, 21 e 22) e **Apresentação Corporal – AC** (itens: 03, 11, 12, 15 e 23), com Índice de Consistência Interna - Alfa de Cronbach - de 0,84. O instrumento contém 23 itens, sendo 05 com significado favorável (itens: 01, 02, 04, 08 e 09) e 18 com significado desfavorável (itens: 03, 05, 06, 07, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23). O instrumento se baseia na auto descrição da imagem corporal da participante e os itens estão dispostos em uma escala do tipo *Likert*, com avaliação de 1 a 5 pontos, com as seguintes opções: “Nunca”, “Raramente”, “Às vezes”, “Frequentemente” e “Sempre”.

Nos itens desfavoráveis, a pontuação é reversa. Por meio desta escala é possível identificar as percepções em relação ao próprio corpo, bem como a maneira como essas percepções são vivenciadas. Os escores podem variar entre 23 a 115 pontos. Apesar de não se ter estabelecido um ponto de corte para o instrumento, pode-se afirmar que pontuações altas são indicativas de uma imagem corporal favorável, ao passo que pontuações baixas são indicativas de alteração na imagem corporal (SOUTO, 1999). Para isso, foi realizada uma média das pontuações obtidas pelo somatório das respostas das participantes para classificá-las como tendo uma “imagem corporal favorável” ou “imagem corporal alterada”.

### 3.5 Procedimentos para coleta de dados

De modo geral, o estudo contou com as seguintes etapas:

1) Em uma fase exploratória, foram pesquisados no *Facebook* grupos relacionados ao tema “Gestação após Cirurgia Bariátrica” e foram encontrados em um primeiro momento os seguintes grupos: “Ser mãe após Cirurgia Bariátrica”, “Gestação após Cirurgia Bariátrica”, “Gravidez pós Bariátrica”; “Quero ser mãe! Tentantes, Grávidas e Mamães pós bariátrica!”; “Mães após Cirurgia Bariátrica do Espírito Santo” e “Tentantes, grávidas e mamães após bariátrica”;

2) Após a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética da ME/UFRJ, foi solicitado ao moderador de cada um dos respectivos grupos a minha entrada como membro dos grupos a fim de propor a realização da pesquisa junto às integrantes dos grupos. Nesse momento, me apresentei como psicóloga e aluna de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da ME/ UFRJ para que o moderador avaliasse a pertinência da inserção da minha pesquisa em relação à proposta ou perfil do grupo;

3) Em seguida ao aceite do moderador de cada grupo para meu acesso como membro participante, além da respectiva autorização para divulgação da pesquisa, foi feito um convite às gestantes do grupo por meio da publicação do seguinte texto: “*Atenção gestantes após Cirurgia Bariátrica! Olá Mamãe! Tudo bem? Meu nome é Andréa Nowak, sou psicóloga e aluna de mestrado da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Peço a sua atenção e ajuda, pois o objetivo do meu estudo é caracterizar o perfil de gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica. Respondendo a pesquisa abaixo você colabora com a saúde da sua gestação e de outras futuras mamães pós-bariátricas! Lembrando que a sua identidade*

*será totalmente preservada. Sintam-se à vontade para colocar aqui nos comentários suas observações a respeito de aspectos que possam ser sugeridos para minha pesquisa! Quando o estudo terminar, serão enviadas via e-mail todas as conclusões encontradas. Ficarei feliz com a sua contribuição respondendo e divulgando essa pesquisa através do link abaixo. Será rápido e simples!”;*

Através do link, as gestantes tiveram acesso ao questionário elaborado na plataforma *Google Forms* (Apêndice A) iniciando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que era requisito obrigatório para a participante prosseguir e responder aos instrumentos de coleta. Destaca-se que a coleta de dados durou 13 meses (outubro de 2017 a novembro de 2018) e foi iniciada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola (CAEE: 65713417.9.0000.5275) em 22/09/2017.

Por fim, para a realização do Projeto Aplicativo (Apêndice B), que corresponde ao objetivo 4 deste estudo, ou seja, a elaboração de um Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de CB, estão previstas as seguintes etapas:

- 1) Apresentação dos dados da pesquisa, especialmente do perfil sociodemográfico, psicossocial e de saúde mental (indicadores psicológicos estudados) para os profissionais da equipe multiprofissional da UTEM, em data previamente pactuada com o intuito de pensar conjuntamente um Protocolo de Atenção à Saúde Mental para subsidiar o serviço pré-natal daquela Unidade;
- 2) Elaborar uma versão inicial do Protocolo e apresentar à direção clínica do Serviço pré-natal e o responsável pela equipe da UTEM para sugestões e possíveis adequações do material;
- 3) Solicitar ao Setor de multimídia da ME/UFRJ para elaborar uma versão-teste do Protocolo a ser usada temporariamente pelo Serviço da UTEM;
- 4) Realizar nova reunião com a equipe da UTEM para realizar os últimos ajustes para a versão final do Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de CB a ser disponibilizado no endereço eletrônico da ME/UFRJ, para profissionais, estudantes e usuárias interessadas no assunto.

Após a conclusão do estudo, serão enviadas mensagens devolutivas individuais para as participantes via *e-mail*, contemplando os desfechos e contribuições do estudo.

### **3.6 Processamento e Análise dos dados**

Os dados foram analisados de acordo com as instruções dos instrumentos e processados para análise descritiva e inferencial utilizando-se o *Statistical Package for Social Science* (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais – SPSS 20.0), adotando-se como nível de significância  $p=0.05$  para testar correlações e associações entre as variáveis estudadas. Já as respostas às perguntas abertas (itens 39 e 44) do Protocolo de dados gerais foram analisadas com base na Metodologia de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977).

### 3.6.1 Análise quantitativa

Os dados quantitativos obtidos pelos instrumentos psicométricos (Escala DASS-21 e Escala de medida em Imagem Corporal), foram tabulados e tratados em uma planilha no programa estatístico *Statiscal Package for Social Science* (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais- SPSS 22.0) e analisados descritivamente com o objetivo de calcular a frequência, simples e porcentual, médias, desvio-padrão, variância e amplitude de variação das variáveis (DANCEY; REIDY, 2006).

Com base no resultado do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (K-S) da distribuição dos dados numéricos foram escolhidos os testes estatísticos para análise inferencial de correlações. Como a distribuição dos dados do estudo foi não-normal, foram usados os seguintes testes não-paramétricos: a) Teste Qui-quadrado para verificar associações entre as variáveis categóricas sócio demográficas, psicossociais, de saúde física e mental com os indicadores de sintomatologia depressiva e imagem corporal; b) Correlação de Spearman ( $\rho$ ), para testar correlações entre os escores da depressão e imagem corporal (FIELD, 2011).

Finalmente, foi testado um Modelo de Regressão Logística binária para ampliar a análise inferencial dos dados. Este modelo visou prever a razão de chance da presença da sintomatologia depressiva e de alteração da imagem corporal em função de variáveis sociodemográficas, psicossociais e de saúde física nas gestantes com histórico de CB. De acordo com Field (2011), trata-se de uma regressão múltipla, com uma variável de saída categórica dicotômica (com ou sem sintomatologia depressiva e imagem corporal favorável e alterada, respectivamente) que permitirá prever a qual das duas categorias (com ou sem sintomatologia depressiva; alterada ou favorável) a gestante tem maior probabilidade de apresentar níveis de gravidade.

Em todos as análises foram considerados um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de  $p < 0,05$  (DANCEY; REIDY, 2006; LEVIN, 1987).

### 3.6.2 Análise qualitativa

As respostas referentes às perguntas abertas do questionário (itens 39 e 44) foram analisadas com orientação da metodologia de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977), visando criar algumas modalidades de codificação referentes às respostas das participantes. Desse modo, a análise qualitativa embasou-se nas seguintes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

- 1) A primeira fase, a pré-análise, consistiu na organização propriamente dita dos resultados, ou seja, o material que foi submetido à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos visando a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final escolhida. Para isso, a primeira atividade baseou-se no contato com os registros que se deram ao longo das respostas dos questionários, deixando-se invadir pelas percepções e orientações do documento. Essa fase é denominada *leitura flutuante*, em analogia a prática da escuta psicanalítica. Em função das hipóteses formuladas e das teorias projetadas sobre o material a leitura se torna mais precisa. A formulação das hipóteses se deu a partir de uma afirmação provisória ou de uma questão a qual nós propusemos alcançar uma resposta, a partir dos dados encontrados. Os objetivos apoiaram-se no propósito a que nos dispomos. Nesse sentido, a hipótese do estudo consiste em “essas gestantes apresentam dificuldades em relação a sua gestação e contam com uma rede de apoio para o seu enfrentamento” e o objetivo foi “enumerar dificuldades propostas pelas próprias gestantes, assim como verificar quais estratégias utilizam para o seu enfrentamento”. Foram escolhidos índices e indicadores para a realização da interpretação dos dados que se deram em função da hipótese e da menção explícita de determinados temas presentes nas respostas apresentadas, partindo-se do princípio que foram destacadas as palavras ou temas que apareceram mais frequentemente. A partir disso, foram determinadas operações de *recorte do texto* em unidades comparáveis de *categorização* para análise temática e de *modalidade de codificação* para o registro dos dados.
- 2) Após as operações da fase da pré-análise, a fase da análise dos resultados correspondeu à sistematização e à continuação das tomadas de decisão já realizadas na organização dos resultados.
- 3) Os resultados obtidos foram submetidos a provas estatísticas simples (porcentagens) as quais permitiram estabelecer um quadro de resultados e tabelas, colocando em

evidência as informações fornecidas pela análise. A partir disso, inferências e interpretações puderam ser propostas em função da hipótese e objetivo previstos.

É importante destacar que ao longo da coleta de dados, fui muito bem recebida tanto pelos moderadores dos grupos (que compreenderam a proposta da pesquisa e também salientaram a sua relevância para a população de gestantes com histórico de CB), quanto pelas participantes dos grupos. Grande parte delas, elogiaram a importância do tema estudado diretamente com a pesquisadora nos próprios grupos abordados, além de ressaltarem que se sentem pouco acolhidas por parte da equipe médica. Falas como: “[...] agradeço pela pesquisa e acredito que essa área deva ser estudada”; “[...] muito legal... espero que publique para sabermos as análises”; “Gostaria de ler depois que você terminar”; “Pesquisa respondida! Gostei!”; “Muito interessante as questões”; “Perguntas bem próximo a realidade. Adorei participar!”; “[...] tive dificuldades com médicos sem experiência com gestante pós bariátricas. Falta atualização desses profissionais”; “Vou responder e já estou curiosa pela conclusão!”; “Muito legal a iniciativa. Muitas de nós sofremos com algumas deficiências e na gestação creio que são maiores!”; ilustram a receptividade e acolhimento de algumas das participantes com a pesquisadora, além da relevância do tema.

### **3.7 Considerações éticas**

É válido ressaltar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola em 22.09.2017 (CAEE: 65713417.9.0000.5275) e os procedimentos do projeto respeitaram a Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; 2012; 2016), que regulamentam as pesquisas realizadas com seres humanos. A pesquisadora se comprometeu com o sigilo dos dados coletados os quais serão utilizados somente pelo estudo proposto. Os procedimentos que foram realizados apresentam riscos mínimos para as participantes, já que as aplicações dos instrumentos psicométricos só se deram com o devido consentimento das gestantes. No início da aplicação da coleta de dados, o TCLE com os devidos esclarecimentos sobre os objetivos do projeto foi apresentado a todas as participantes, destacando-se as questões de sigilo e confidencialidade das informações coletadas.

### **3.8 Riscos e benefícios**

Como a coleta de dados da pesquisa encontra-se em um ambiente virtual, os procedimentos a serem realizados apresentam riscos mínimos para as participantes na medida em que elas só responderão ao questionário caso se sintam confortáveis e motivadas para tal. Como benefícios para as participantes, bem como para a equipe envolvida na assistência, esse estudo poderá contribuir com os dados encontrados do perfil psicossocial, de saúde física e mental desta população para aprimorar a atenção pré-natal de gestantes com histórico de CB. Com isso, acredita-se ser possível a identificação precoce de indicadores psicológicos que representam riscos à saúde materno-fetal a fim de serem adotadas medidas preventivas pela equipe multiprofissional responsável pela assistência pré-natal à população de gestantes com histórico de CB. Outrossim, os dados do estudo também podem facilitar a percepção da equipe sobre os possíveis desfechos negativos relativos à saúde mental característicos desse tipo de gravidez.

## 4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três partes. A primeira contemplará a descrição dos *dados do perfil sociodemográfico* (faixa etária; estado de origem; escolaridade; estado civil; raça/etnia; renda familiar mensal; atividade laboral da gestante; profissão; acompanhamento pré-natal e religião/praticante); *dados do perfil psicossocial* (gestação planejada; gestação desejada; apoio na rotina doméstica, emocional e financeiro; preocupação atual da gestante; histórico de obesidade e constrangimento na gestação em relação à CB); *dados do perfil de saúde física* (tempo da CB; técnica cirúrgica; tempo de acompanhamento médico após a CB; idade gestacional; paridade, filhos anteriores; diagnóstico de infertilidade; tratamento para engravidar; método utilizado; histórico de aborto; risco gestacional, patologias clínicas; histórico psiquiátrico, IMC atual e anterior a CB e procedimento estético/cirurgia reparadora pós CB). Na segunda parte, serão apresentados os *dados do perfil de saúde mental* (comportamentos compulsivos e sintomatologia depressiva e imagem corporal); os dados de prevalência, associação e correlação da *sintomatologia depressiva e da alteração da Imagem Corporal* com os perfis investigados, além do modelo de regressão logística com os resultados sobre os fatores que podem aumentar os riscos para a sintomatologia depressiva e alteração da imagem corporal. Por fim, na terceira parte dos resultados serão apresentados os dados de análise qualitativa referente às perguntas abertas do Protocolo.

É válido ressaltar que algumas variáveis, como: a) Histórico de obesidade; b) Diagnóstico de infertilidade feminina; c) Tratamento para engravidar; d) Método utilizado para engravidar; e) Histórico de aborto; f) Comportamentos Compulsivos; g) Índice de Massa Corporal (IMC) antes da CB e h) Índice de Massa Corporal (IMC) atual apresentaram *missings*. Isso se deve ao fato de as mesmas terem sido incluídas no Protocolo de dados gerais após o início da coleta de dados, conforme sugestão da Banca Examinadora da Qualificação do projeto de mestrado realizada em 17/05/2018.

### 4.1 Dados do perfil sociodemográfico

Os dados sociodemográficos das gestantes com histórico de CB estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2** – Dados do perfil sociodemográfico das participantes (N=247)

<b>Indicadores sociodemográficos</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
<u>Faixa Etária</u>		
20 a 24 anos	18	7,3
25 a 29 anos	70	28,3
30 a 34 anos	95	38,5
35 a 39 anos	54	21,9
40 a 44 anos	10	4
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Regiões:</u>		
Norte	2	0,8
Nordeste	33	13,4
Centro-Oeste	16	6,5
Sudeste	132	53,4
Sul	64	25,9
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Escolaridade</u>		
Ensino Fundamental incompleto	1	0,4
Ensino Fundamental completo	2	0,8
Ensino Médio incompleto	8	3,2
Ensino Médio completo	66	26,7
Ensino Superior incompleto	54	21,9
Ensino Superior completo	116	47,0
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Estado Civil</u>		
Solteira	33	13,4
Casada	209	84,6
Divorciada	5	2,0
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Raça/ etnia</u>		
Amarela	3	1,2
Branca	160	64,8
Parda	61	24,7
Negra	14	5,7
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Renda familiar mensal</u>		
Sem rendimentos	7	2,8
Até R\$ 1908,00 (até 2 salários mínimos)	32	13,0
De R\$ 1.908,01 a R\$ 3.816,00 (de 2 a 4 salários mínimos)	108	43,7
De R\$ 3.816,01 a R\$ 9.540,00 (de 4 a 10 salários mínimos)	82	33,2
De R\$ 9.540,01 a R\$ 19.080,00 (de 10 a 20 salários mínimos)	13	5,3
De R\$ 19.080,01 ou mais (acima de 20 salários mínimos)	5	2,0
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Trabalha</u>		
Sim	184	74,5
Não	63	25,5
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Profissão</u>		
Professora	21	8,5
Enfermeira	13	5,3
Funcionário Público	11	4,4

Secretária / recepcionista	8	3,8
Pedagoga	6	1,6
Técnico de enfermagem	5	2,0
Empresária	5	2,0
Outros	122	49,7
Não responderam	56	22,7
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<hr/>		
<u>Acompanhamento pré-natal</u>		
Instituição pública	50	20,2
Instituição privada	188	76,1
Sem acompanhamento	9	3,6
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<hr/>		
<u>Religião</u>		
Católica	96	38,9
Evangélica	87	35,2
Espírita/candomblecista/umbandista	29	11,7
Outros	12	4,9
Não Possui	23	9,3
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<hr/>		
<u>Praticante</u>		
Sim	152	61,5
Não	95	38,5
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

Nota: \* (%) = Porcentagem de frequência.

Verifica-se que a faixa etária predominante das participantes foi de 30 a 34 anos (38,5%), seguida pela faixa de 25 a 29 anos de idade (28,3 %). A região Sudeste, com 53,4% das participantes, mostrou-se dominante em relação à CB. Além disso, observou-se que apenas duas participantes da região Norte do Brasil responderam ao questionário.

A amostra era majoritariamente de mulheres casadas (84,6%), de etnia/raça branca (64,8%) e com ensino superior incompleto ou completo (68,9%). As participantes afirmaram que exerciam atividades laborais (74,5%), com rendimentos mensais concentrados na faixa de 2 a 4 salários mínimos (43,7%), seguidos pela faixa de 4 a 10 salários mínimos (33,2%). A profissão de professora (8,5%) foi a de maior frequência, seguida pela profissão de enfermeira (5,3%). Do total das participantes, 96,4% delas estavam realizando acompanhamento pré-natal, sendo a maior parte 79% em instituição privada. Em relação à religião, 61,5% das gestantes afirmaram ser praticante de religiões diversas, sendo a religião católica a mais frequente (38,9%), seguida pela religião evangélica (35,2%).

## 4.2 Dados do perfil psicossocial

Os dados do perfil psicossocial das gestantes com histórico de CB estão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3** – Dados do perfil psicossocial das participantes (N=247)

<b>Indicadores psicossociais</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
<u>Gestação planejada</u>		
Sim	121	49,9
Não	126	51,0
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Gestação desejada</u>		
Sim	214	86,6
Não	33	13,4
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Auxílio na rotina doméstica</u>		
Sim	169	68,4
Não	78	31,6
<u>Rede de suporte social e emocional</u>		
Apoio financeiro	7	2,8
Apoio emocional	93	37,7
Ambos	8	3,2
Não	139	56,3
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Preocupação atual</u>		
A saúde do bebê	122	25,5
O parto	80	16,8
Ganhar peso	107	22,4
O fato da CB ser recente	14	2,9
A amamentação	56	11,7
Dificuldades financeiras	79	16,5
Não	20	4,2
<b>Total das respostas</b>	<b>478</b>	<b>100</b>
<u>Histórico de obesidade</u>		
Obesa desde criança	30	42,3
Começou a engordar na adolescência	26	36,6
Começou a engordar na idade adulta	15	21,1
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Não responderam	176	0
<u>Constrangimento na gestação pelo histórico de obesidade</u>		
Sim, por parte de familiares	22	8,9
Sim, por parte de amigos	7	2,8
Sim, por parte da equipe médica	16	6,5
Sim, no trabalho	5	2,0
Não	197	79,8
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: \* (%) = Porcentagem de frequência.

As mulheres declararam que suas gestações foram predominantemente desejadas (86,6%). A maior parte delas relatou que recebeu auxílio na rotina doméstica (68,4%), porém negou auxílio financeiro e emocional (56,3%). Apresentaram como maior preocupação do momento a saúde do bebê (25,5%), seguida pelo ganho de peso (22,4%).

Em relação ao histórico de obesidade, a maior parte das participantes afirmaram que são obesas desde criança (42,3%) ou começaram a engordar na adolescência (36,6%) e também negaram (79,8%) ter sofrido algum tipo de constrangimento durante a gestação pelo seu histórico de obesidade. Entretanto, 20,2% delas declararam terem sofrido este tipo de

constrangimento, seja por parte dos familiares (8,9%), da equipe médica (6,5%), de amigos (2,8%) ou de colegas de trabalho (2,0%).

### 4.3 Dados do perfil de saúde física

Os dados do perfil de saúde física das gestantes com histórico de CB estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4** – Dados do perfil de saúde física das participantes (N=247)

<b>Indicadores de saúde física</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
<u>Tempo da CB</u>		
Menos de 6 meses	7	2,8
6 a 11 meses e 30 dias	28	11,3
12 a 17 meses e 30 dias	55	22,3
18 meses a 23 meses e 30 dias	35	14,2
Mais de 24 meses	122	49,4
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Tipo de CB</u>		
Bypass gástrico	216	87,4
Gastrectomia vertical	31	12,6
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Tempo de acompanhamento médico após a CB</u>		
Menos de 6 meses	25	10,1
6 meses a 1 anos	52	21,1
1 ano a 2 anos	53	21,5
Ainda estou em acompanhamento	117	47,4
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Idade gestacional</u>		
1 a 13 semanas (1º Trimestre)	64	25,9
14 a 26 semanas (2º Trimestre)	84	34,0
27 a 40 semanas (3º Trimestre)	99	40,1
<u>Primeira gestação</u>		
Sim	127	51,4
Não	120	48,6
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Filhos anteriores à gestação pós CB</u>		
Sim, nasceu depois que fiz a CB	6	2,4
Sim, nasceu antes de fazer a CB	109	44,1
Não, esse é o meu primeiro filho	132	53,4
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Diagnóstico de infertilidade feminina</u>		
Sim	20	29,2
Não	51	70,8
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Não responderam	176	0
<u>Tratamento para engravidar</u>		
Sim, antes da CB	15	22,2
Sim, após a CB	4	5,6
Não, fiz a CB com intuito de engravidar	14	19,4
Não	38	52,8
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Não responderam	176	0

<u>Método utilizado para engravidar</u>		
Relação sexual programada	19	27,8
Uso de medicamentos	1	1,4
Não	51	70,8
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Não responderam	176	0
<u>Histórico de aborto</u>		
Sim	13	18,1
Não	58	81,9
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Não responderam	176	0
<u>Gravidez de risco anterior</u>		
Sim	51	20,6
Não	196	79,4
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Risco Materno/Fetal</u>		
Materno (Ex.: Hipertensão arterial sistêmica; pré-eclâmpsia; diabetes mellitus gestacional; sífilis; anemia)	35	14,2
Fetal (Ex.: Malformação congênita; crescimento intrauterino restrito; ameaça de parto prematuro)	23	9,3
Ambos	17	6,9
Nenhum	172	69,6
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Doenças anteriores a gestação</u>		
Patologias clínicas	132	53,4
Histórico Psiquiátrico	30	12,1
Ambos	33	13,4
Nenhuma	52	21,1
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>
<u>Índice de Massa Corporal (IMC) antes da CB</u>		
De 25 a 29.9 kg/m <sup>2</sup>	3	4,2
De 30 a 34.9 kg/m <sup>2</sup>	5	7,0
De 35 a 39.9 kg/m <sup>2</sup>	18	25,4
Acima de 40 kg/m <sup>2</sup>	45	63,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Não responderam	176	0
<u>Índice de Massa Corporal (IMC) atual</u>		
De 18.6 a 24.9 kg/m <sup>2</sup>	12	6,4
De 25 a 29.9 kg/m <sup>2</sup>	71	38,2
De 30 a 34.9 kg/m <sup>2</sup>	63	33,9
De 35 a 39.9 kg/m <sup>2</sup>	34	18,3
Acima de 40 kg/m <sup>2</sup>	6	3,2
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100</b>
Não responderam	61	0
<u>Procedimento estético/cirurgia reparadora</u>		
Sim	7	9,6
Não	64	90,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Não responderam	176	0

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: \* (%) = Porcentagem de frequência.

Observa-se que a maior parte (63,6%) das participantes se submeteu a CB há mais de 18 meses, pela técnica do *Bypass* gástrico (87,4%) e ainda se encontravam em acompanhamento médico (47,4%). Em relação aos trimestres gestacionais, 25,9% das participantes estavam no primeiro trimestre; 34% no segundo trimestre e 40,1% delas no terceiro trimestre.

A amostra se assemelhou em relação à paridade: 51,4% das participantes afirmaram ser a sua primeira gestação ao passo que 48,6% já tinham engravidado anteriormente. Nesse segundo grupo, 95,8 % afirmaram terem tido seu primeiro filho após ter feito a CB, embora a maior parte delas (70,8%) não terem o diagnóstico médico de infertilidade. Entretanto, 27,8% das gestantes afirmaram ter feito algum tratamento para engravidar, seja antes da CB (22,2%); seja depois da CB (5,6%). Além disso, 19,4% delas fizeram a CB com o intuito de engravidar. Nesses casos, o método mais utilizado por elas foi a relação sexual programada (27,8%). A maior parte das gestantes (81,9%) negou histórico de aborto e também negou (79,4%) alguma gravidez de risco anterior.

No que tange aos riscos materno/fetais, a maioria das mulheres (69,6%) negaram risco materno/fetal, mas 14,2% delas afirmaram ter apenas riscos maternos como: hipertensão arterial sistêmica, pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, sífilis e anemia. Já uma menor parte (9,3%), apontaram a presença de riscos fetais na gestação atual como: malformação congênita, crescimento intrauterino restrito e ameaça de parto prematuro e 6,9% das gestantes registraram ter ambos os riscos (materno/fetais).

Grande parte delas (78,9%;) afirmou ter alguma doença anterior à gestação, sendo que 53,4% delas apontaram patologias clínicas como: hipertensão arterial sistêmica, anemia, hipotireoidismo, diabetes, doenças osteomusculares, esteatose hepática entre outras. Por sua vez, 12,1% declarou ter problemas psiquiátricos anteriores como: depressão e crise de ansiedade/ síndrome do pânico e 13,4% das mulheres apresentavam ambos os transtornos.

Já em relação ao IMC, observou-se que as participantes apresentavam predominantemente (63,4%) IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> antes da CB, classificado como obesidade grau III. Na gestação (após a CB), a maior parte delas apresentavam IMC de 25 a 29.9 Kg/m<sup>2</sup> (38,2%), seguido pelo IMC de 30 a 34,9 (33,9%), correspondendo, respectivamente, as classificações de sobrepeso e obesidade tipo I.

#### 4.4 Dados do perfil de saúde mental

##### 4.4.1 Dados de comportamentos compulsivos das gestantes

A Tabela 5 ilustra os indicadores dos comportamentos compulsivos das participantes.

**Tabela 5** – Dados de comportamentos compulsivos das gestantes (N=71)

Indicadores de Comportamentos Compulsivos	Frequência	(%)
Bulimia Nervosa	8	11,3

Anorexia Nervosa	2	2,8
Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)	13	18,3
Transtorno por uso de álcool	2	2,8
Transtorno relacionado ao uso de substâncias (sedativos, hipnóticos, ansiolíticos ou drogas (ex.: <i>cannabis</i> ou cocaína)	1	1,4
Outras compulsões (sexo, jogo, exercício físico, compras...)	2	2,8
Não	43	60,6
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Não responderam	176	0

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Com base na descrição dos critérios diagnósticos do DSM 5 (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013), 39,6% das participantes afirmaram apresentar algum tipo de comportamento compulsivo na gravidez, tais como: Bulimia nervosa (11,3%); Anorexia nervosa (2,8%); Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (18,3%); Transtorno por uso de álcool (2,8%); Transtorno relacionado a uso de substâncias (1,4%); Outras compulsões (2,8%).

#### 4.4.2 Dados de sintomatologia depressiva e da imagem corporal das gestantes

A Escala DASS – 21 foi o instrumento psicométrico utilizado para identificar a presença da sintomatologia depressiva nas gestantes com histórico de CB. Na Tabela 6 estão apresentados os dados de sintomatologia depressiva em função da sua classificação.

**Tabela 6** – Níveis de sintomatologia depressiva das participantes (N=247)

<b>Classificação</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
Normal- sem sintomas de depressão	131	53
Leve	35	14,2
Moderado	39	15,8
Grave	8	3,2
Muito grave	34	13,8
Total	247	100

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

Nota: \* (%) = Porcentagem de frequência.

Sintomas relacionados à depressão foram observados em quase metade da amostra (47%), sendo classificados em níveis: leve (30%), moderado (34%), grave (7%) e muito grave (29%).

A prevalência estimada da sintomatologia depressiva gestacional entre as mulheres com histórico de CB participantes foi 32,8%, considerando o ponto de corte de  $\geq 14$  (nível de sintomatologia depressiva moderada pela DASS-21). A média dos escores foi de  $M=11,4$ , com desvio-padrão de  $DP=11,5$  e amplitude de variação de  $A.V.= 0- 42$ .

Já a imagem corporal das gestantes com histórico de CB foi avaliada com base na Escala de Medida da Imagem Corporal. Assim, encontramos 49,8% (n=123) das gestantes com imagem corporal favorável, enquanto 50,2% (n=124) delas com indicativo de alteração de imagem corporal. A prevalência das alterações da Imagem Corporal nas gestantes com histórico de CB participantes foi de 50,2%. A média dos escores obtidos na amostra foi  $M=81,2$ ; com desvio padrão de  $DP=19,2$  e amplitude de variação de  $A.V.= 29- 113$ .

Na Tabela 7 estão as frequências e o valor do Teste do Qui-quadrado para análise de associações entre sintomatologia depressiva e alterações de imagem corporal com os dados sociodemográficas, psicossociais e de saúde física das gestantes com histórico de CB.

**Tabela 7 – Dados de associação entre sintomatologia depressiva e imagem corporal**

Variável	Sintomatologia Depressiva				p	Imagem Corporal				p
	Sem sintomatologia		Com sintomatologia			Favorável		Alterada		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<u>Escolaridade</u>					0,062					0,074
Ensino Fundamental completo e incompleto	3	100	0	0		2	66,7	1	33,3	
Ensino Médio completo e incompleto	56	75,7	18	24,3		35	47,3	39	52,7	
Ensino Superior completo e incompleto	107	66	55	34		86	50,6	84	49,4	
<u>Renda familiar mensal</u>					0,096					0,443
Sem rendimentos	4	57,1	3	42,9		5	71,4	2	28,6	
Até 2 Salários Mínimos	17	53,1	15	46,9		15	46,9	17	53,1	
De 2 a 4 Salários Mínimos	79	73,1	29	26,9		48	44,4	60	55,6	
De 4 a 10 Salários Mínimos	52	63,4	30	36,6		44	53,7	38	46,3	
De 10 a 20 Salários Mínimos	10	76,9	3	23,1		6	41,2	7	58,8	
Acima de 20 Salários Mínimos	4	80	1	20		5	100	0	0	
<u>Idade Gestacional</u>					0,122					0,836
1º Trimestre	38	59,4	26	40,6		33	51,6	31	48,4	
2º Trimestre	63	75	21	25		43	51,2	41	48,8	
3º Trimestre	65	65,7	34	34,3		47	47,5	52	52,5	
<u>Histórico de obesidade</u>					0,974					0,139
Obesa desde criança	21	70	9	30		15	50	15	50	
Obesa a partir da adolescência	18	69,2	8	30,8		14	53,9	12	46,1	
Obesa a partir da idade adulta	10	66,7	5	33,3		12	80	3	20	
<u>Comportamentos Compulsivos</u>					0,197					0,410
Transtornos alimentares	11	52,4	10	47,6		9	42,9	12	57,1	
Transtorno relacionado ao uso de substâncias	2	66,7	1	33,3		2	66,7	1	33,3	
Outras compulsões	1	50	1	50		1	50	1	50	
Não	35	77,8	10	22,2		29	64,4	16	35,6	
<u>Estado civil</u>					0,000**					0,059*
Não casada	16	41	23	59		14	36,4	25	63,2	
Casada	150	72,1	58	27,9		109	52,4	99	47,6	
<u>Apoio emocional</u>					0,605					0,484
Sim	66	65,3	35	34,7		66	65,3	35	34,7	
Não	100	68,5	46	31,5		100	68,5	46	31,5	Continua

Variável	Sintomatologia Depressiva				p	Imagem Corporal				p
	Sem sintomatologia		Com sintomatologia			Favorável		Alterada		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<u>Apoio financeiro</u>					0,238					0,178
Sim	8	53,3	7	46,7		10	66,7	5	33,3	
Não	158	68,1	74	31,9		113	48,7	119	51,3	
<u>Atividade laboral</u>					0,177					0,202
Sim	150	71,1	58	28,9		96	52,2	88	47,8	
Não	16	41	23	59		27	42,7	36	57,1	
<u>Religião</u>					0,185					0,187
Possui religião	154	68,4	71	31,6		115	51,1	110	48,9	
Não possui religião	12	54,5	10	45,5		8	36,4	14	63,6	
<u>Praticante de religião</u>					0,070					0,210
Sim	108	71	44	29		65	52,6	72	47,4	
Não	58	61	37	39		43	45,3	52	54,7	
<u>Gravidez planejada</u>					0,0001**					0,408
Sim	96	77,4	28	22,6		65	52,4	59	47,6	
Não	70	56,9	53	43,1		58	47,2	65	52,8	
<u>Gravidez desejada</u>					0,004*					0,363
Sim	151	70,6	63	29,4		109	50,9	105	49,1	
Não	15	45,5	18	54,5		14	42,4	19	57,6	
<u>Paridade</u>					0,323					0,752
Primípara	89	70,1	38	29,9		62	48,1	65	51,2	
Múltipara	77	64,2	43	35,8		61	50,8	59	49,2	
<u>Histórico de aborto</u>					0,985					0,759
Sim	9	69,2	4	30,2		8	61,5	5	38,2	
Não	40	69	18	31		33	56,9	25	43,1	
<u>Diagnóstico de infertilidade</u>					0,647					0,173
Sim	13	65	7	35		9	45	11	55	
Não	36	70,6	15	29,4		32	54,2	19	45,8	
<u>Tratamento para engravidar</u>					0,985					0,784
Sim, <i>antes</i> da CB	10	66,7	5	33,3		8	53,3	7	46,7	
Sim, <i>depois</i> da CB	3	75	1	25		3	75	1	25	
Fez a CB para engravidar	10	71,4	4	28,6		10	71,4	4	28,6	
Não	26	68,4	12	31,6		23	60,5	15	39,5	

Continua

Variável	Sintomatologia Depressiva				p	Imagem Corporal				p
	Sem sintomatologia		Com sintomatologia			Favorável		Alterada		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<u>Constrangimento pelo histórico de CB</u>					0,059*					0,062
Sim	28	56	22	44		19	38	31	62	
Não	138	70,1	59	29,1		104	52,8	93	47,2	
<u>Tempo de CB</u>					0,206					0,058*
Abaixo de 18 meses	56	62,2	34	37,8		52	57,8	38	42,2	
Acima de 18 meses						71	45,2	86	54,8	
<u>Procedimento Estético após a CB</u>					0,884					0,100
Sim	5	71,4	2	28,6		2	28,6	5	5	
Não	44	68,7	20	31,2		39	60,9	25	44	
<u>Histórico Psiquiátrico</u>					0,000**					0,031*
Sim	31	49,2	32	50,8		24	38,1	85	61,9	
Não	45	86,5	7	13,5		99	53,8	39	46,2	
<u>Patologias clínicas</u>					0,113					0,447
Sim	89	67,4	43	32,6		72	54,5	60	48,4	
Não	45	86,5	7	13,5		51	44,3	64	51,6	
<u>IMC atual</u>					0,700					0,197
IMC < 25 Kg/m <sup>2</sup>	57	68,7	26	31,3		49	49,5	34	41	
IMC ≥ 25 Kg/m <sup>2</sup>	72	71,3	29	28,7		50	50,5	51	50,5	
<u>IMC anterior a CB</u>					0,300					0,136
Entre 30 e 39,9 Kg/m <sup>2</sup>	6	75	2	25		7	87,5	1	12,5	
Acima de 40 Kg/m <sup>2</sup>	43	68,3	20	31,7		54	68,3	46	31,7	

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: \* p ≤ 0,05; \*\*p ≤ 0,01 estatisticamente significativo

Conclusão

Observa-se que estado civil ( $p = 0,000$ ), gestação planejada ( $p=0,001$ ), gestação desejada ( $p=0,004$ ), constrangimento na gestação pelo histórico de CB ( $p=0,059$ ) e histórico psiquiátrico ( $p=0,000$ ) apresentaram associação estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva. Nesse caso, as mulheres que não eram casadas; que não planejaram e não desejaram a gestação, passaram por constrangimento devido à CB e tinham histórico psiquiátrico demonstraram maior frequência de sintomatologia depressiva.

No que se refere a imagem corporal das participantes, constata-se que o estado civil ( $p=0,059$ ), o tempo de CB ( $p=0,058$ ) e o histórico psiquiátrico ( $p=0,031$ ) apresentaram associação estatisticamente significativa. Nesse caso, verificamos que as mulheres que não eram casadas e com histórico psiquiátrico apresentaram maiores frequências de alteração da imagem corporal. Já as mulheres que engravidaram antes dos 18 meses da CB demonstram imagem corporal mais favorável.

#### 4.4.3 Dados de correlação entre a sintomatologia depressiva e imagem corporal

Para analisar correlações entre sintomatologia depressiva e alterações de imagem corporal nas gestantes com histórico de CB adotou-se  $p=0,05$  como nível de significância, que podem ser observadas na Tabela 8.

**Tabela 8** – Correlação entre Sintomatologia depressiva e Imagem Corporal ( $\rho$ )

	Sintomatologia depressiva	Imagem Corporal
Depressão	1,000	-0,471**
Imagem Corporal	-0,471**	1,000

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Foi observada moderada correlação negativa entre depressão e imagem corporal ( $\rho = -0,471$ ).

#### 4.4.4 Dados da análise de Regressão Logística

Foi realizado o modelo de regressão logística binária para prever a razão de chance (*odds ratio*) dos fatores associados à sintomatologia depressiva (estado civil, gestação planejada,

gestação desejada, constrangimento na gestação e histórico psiquiátrico), conforme demonstrado na Tabela 9.

**Tabela 9** – Fatores associados à sintomatologia depressiva nas gestantes pós CB

Variáveis	B	Razão de chance (OR)	IC 95 %	p
Estado civil	1,219	3,38	1,586- 7,221	0,002*
Gestação planejada	-0,530	0,59	0,312 - 1,111	0,102
Gestação desejada	-0,592	0,55	0,234 - 1,305	0,438
Constrangimento durante a gestação	0,496	1,64	0,820 - 3,287	0,161
Histórico psiquiátrico	0,994	2,70	1,438 - 5,081	0,002*

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

O modelo com essas variáveis foi significativo [ $X^2(5) = 276,759$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2$  Nagelkerke = 0,188] e confirmou-se que o estado civil (O.R.=3,38; IC 95%= 1,586– 7,221) e o histórico psiquiátrico (O.R.=2,70; IC 95%= 1,438 – 5,081) são fatores preditores da sintomatologia depressiva em gestantes pós CB. Assim, mulheres que não eram casadas com histórico de CB têm três vezes mais chances ( $p=0,002$ ) de apresentarem sintomas depressivos do que mulheres casadas. Do mesmo modo, gestantes com histórico psiquiátrico apresentam o dobro de chances de apresentarem esses sintomas, com p valor de 0,002. Já o constrangimento durante a gestação ( $p=0,161$ ), a gestação planejada ( $p=0,102$ ) e gestação desejada ( $p=0,438$ ), apesar de estarem associados, não são fatores preditores significativos do desenvolvimento da sintomatologia depressiva nessa população. Apesar disso, verifica-se que a gestação planejada ( $B = - 0,530$ ; O.R= 0,59) e desejada ( $B = - 0,592$ ; O.R.= 0,55) remetem a fatores de proteção para essa população, já que nesses casos as mulheres apresentam cerca de 40% (41% e 45%, respectivamente) a menos de probabilidade de manifestarem os sintomas.

Igualmente, foi realizado o modelo de regressão logística entre as variáveis estado civil, tempo de CB e histórico psiquiátrico para prever a ocorrência de alteração da imagem corporal nas gestantes com histórico de CB, conforme a Tabela 10.

**Tabela 10** – Fatores associados à alteração da imagem corporal nas gestantes pós CB

Variáveis	B	Razão de chance (OR)	IC 95 %	p
Estado civil	0,693	1,99	0,974 - 4,103	0,059*
Tempo de CB	-0,466	1,62	0,368 - 1,069	0,087
Histórico psiquiátrico	0,604	1,83	1,010 - 3,314	0,046 *

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

O modelo testado com essas variáveis foi significativo [ $X^2(3) = 11,306$ ;  $p < 0,05$ ;  $R^2$  Nagelkerke = 0,060] e confirmou-se que o estado civil (O.R.= 1,99; IC 95%= 0,974– 4,103) e

o histórico psiquiátrico (O.R.= 1,83; IC 95%= 0,974– 4,103) são fatores preditores para alterações de imagem corporal nas gestantes com histórico de CB. Desse modo, as mulheres que não eram casadas e com histórico psiquiátrico apresentam quase o dobro de chances de apresentarem alteração na imagem corporal, com p valor de 0,059 e 0,046, respectivamente. Já o tempo de CB (p= 0,087) não constitui um fator preditor estatisticamente significativo da alteração da imagem corporal em gestantes com histórico de CB. No entanto, o tempo da CB (B= - 0,466; O.R.= 1,62), ou seja, ter sido realizada antes dos 18 meses, indica ser um fator de proteção à alteração da imagem corporal dessas gestantes, pois representa 38 % a menos de probabilidade de desenvolver alterações de imagem corporal.

#### **4.5 Dados de análise de conteúdo**

Na Tabela 11 estão sumarizados os dados de respostas das participantes referentes às respostas da pergunta “De que forma está recebendo ajuda?” (item 39). Essas foram divididas em 04 categorias: 1) Relacionamento Conjugal; 2) Apoio familiar e social; 3) Apoio materno; 4) Prestadores de serviço.

**Tabela 11** – Respostas das participantes por categorias à pergunta: “De que forma está recebendo ajuda?”

Unidades de categorização	Modalidade de Codificação	Frequência	(%)
Relacionamento Conjugal	“filho e esposo lavando, cozinhando e fazendo mercado”; “esposo cuida de toda rotina doméstica”; “marido ajuda pois estou em repouso devido a gestação complicada”; “meu companheiro me ajuda na casa e com nosso filho”; “por passar mal no início recebi muita ajuda do meu esposo”; “compartilho tarefas do mesmo modo que antes da gravidez”; “meu esposo quando está em casa, limpa a casa já que estou de repouso absoluto”; “meu marido praticamente faz tudo, cuida do filho e faz as coisas de casa”; “recebo ajuda do meu marido para realizar atividades cotidianas da casa e deslocamento ao trabalho por ter que ficar muitas horas em pé no transporte público”; “marido financeiramente”.	76	45
Apoio familiar e social	“avó”; “percebo que tentam me poupar de situações estressantes”; “Toda família”; “pais olham os outros filhos”; “minha irmã faz todo o trabalho doméstico”; “ajuda financeira da família”; “apoio emocional da família”; “minha sobrinha”; “filho cozinhando, lavando, fazendo mercado e etc”; “filhos ajudam em casa”; “sogra ajuda muito”; “amigos vem fazer atividades domésticas ou companhia”; “amigos tem nos ajudado financeiramente e com remédios”	19	11,2
Apoio materno	“minha mãe me ajuda nas tarefas domésticas”; “minha mãe mora conosco e ajuda com higiene e limpeza”; “minha mãe fica com a minha filha mais velha para que eu possa trabalhar”; “minha mãe me ajuda muito”	23	13,6
Prestadores de serviços	“ajuda com filho mais velho”; “ajuda com trabalho de casa”; “ajuda nas atividades diárias da casa e nos momentos que exigem força”; “cuida da casa e da comida”; “cuidados com o meu filho mais velho”; “empregada fixa diariamente”; “babá”; “funcionária do lar”; “tenho uma doméstica em casa”; “tive que contratar uma pessoa”	51	30,2
Total		169	100

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

Nota\* (%) = Porcentagem de frequência

A categoria Relacionamento Conjugal, representada predominantemente pelas unidades de codificação “marido/ companheiro / esposo”, foi a mais frequente dentre as participantes (45%), com relatos de que ele contribui para a saúde delas, através dos afazeres domésticos, dos cuidados com os filhos mais velhos e com auxílio financeiro. Além de se sentirem cuidadas pelos parceiros, as participantes também destacaram a participação de outros familiares e amigos nessas funções, destacando-se o papel da mãe (13,6%), sobretudo nas questões relacionadas aos cuidados com os outros filhos e com a rotina da limpeza da casa. O auxílio das prestadoras de serviço representado pelas subcategorias “diaristas”, “domésticas”, “faxineiras”, “babás” e “funcionárias” também se destacou (30,2%), contribuindo, da mesma maneira, com as tarefas domésticas e cuidado com os outros filhos das gestantes.

Desse modo, observa-se que as maiores demandas de cuidados enumeradas por essas gestantes se relacionam, sobretudo, com os cuidados com os demais filhos, com o trabalho doméstico e com o auxílio financeiro.

Já para a segunda pergunta “*Tem algum aspecto relacionado à gestação que você acredita não ter sido abordado na pesquisa? Sinta-se à vontade para registrar!*” (item 44). Foram contabilizadas 53 respostas do total de 66 participantes, das quais foram possíveis extrair 07 categorias: 1) Vitaminas e alimentação na gestação, 2) Relacionamento conjugal, 3) Dores e mal-estar na gestação, 4) Alterações corporais, 5) Intervenções e repercussões clínicas após CB, 6) Atenção perinatal e 7) Perda gestacional. Na Tabela 12 estão resumidas as respostas das participantes nas 07 categorias.

**Tabela 12** – Respostas das participantes por categorias à pergunta “Tem algum aspecto relacionado a gestação que você acredita não ter sido abordado na pesquisa? Sinta-se à vontade para registrar!”

Unidades de categorização	Modalidade de Codificação	Frequência	(%)
Vitaminas, alimentação na gestação	“Importância de um acompanhamento nutricional, bem como uso das vitaminas”; “Alimentação na gestação e exames relacionados ao estado atual da mãe grávida como as vitaminas, anemia, etc”; “Dificuldade para se alimentar”; “O fato de sentir muita fome e muita fraqueza ter vitaminas baixas mesmo tomando certinho os remédios que te deixam mais suscetíveis a prostração”; “Minha relação com a comida! Como quantidade maior e menor qualidade, nada faz mal, sem dumping ou entalos”; “Como está os exames e vitaminas da gestante pós bariátrica”; “suplementação para bebês com RCIU”; “Sobre a nutrição pós-bariátrica, muitas pessoas (inclusive eu) desenvolvem anemia e deficiência de B12 e a preocupação com o desenvolvimento adequado do bebê devido a baixa absorção de nutrientes”	14	26,4
Relacionamento conjugal	“a atenção do marido muda. Na gestação sinto falta dele mais presente. De corpo e alma e não simplesmente de corpo”; “Sobre sexo na gravidez. Sei que é saudável e faz bem para mãe e o bebê, mas eu não consigo (...). Uma decisão consensual. (...) mas tenho sentimento de culpa”; “Desejo sexual na gravidez”	4	7,5
Dores e mal-estar na gestação	“Tive dores abdominais a gravidez toda”; “O mal-estar foi muito grande, fraqueza, desânimo em excesso!”; “Cansaço físico e sentimentos...”; “Prostração”	6	11,3
Alterações Corporais	“[...] as mudanças com a cirurgia e mais a gestação na sequência torna difícil acompanhar a imagem mental que tenho de mim... Passei a vida pensando que ter barriga grande era feio e vergonhoso, aí dois anos depois me livro dela e um ano depois tenho que me acostumar a ter barriga de novo e pensar que é lindo e símbolo de esperança. Fora outros elementos estéticos como cabelo, pele... É pouco tempo para se acostumar! São mudanças grandes e rápidas para a mente acompanhar”; “Medo de não perder o peso ganho na gestação após o parto”; “Se a gestação influenciou na aceitação da imagem ou medo do reganho de peso”; “Medo de não	9	17

Continua

Unidades de categorização	Modalidade de Codificação	Frequência	(%)
	conseguir voltar ao peso de antes de engravidar”; “Tenho pelanquinha na barriga e seios murchos”; “preocupação de engordar e para evitar ansiedade tive que tomar remédio antidepressivo (fluoxetina) que resolveu muito”; “Excesso de pele. Barriga de avental, que eu percebo incomodar a maioria”		
Intervenções e repercussões clínicas após CB	“Síndrome de <i>dumping</i> ”; “Cirurgias posteriores a CB que interferem na gestação”; “se possuem sequelas pós bariátrica como hérnia incisional ou Lesões gastrintestinais?”; “o excesso de palpites, por ser bariátrica”; “Medo de não ter leite”; “fui encaminhada para atendimento na em hospitais particulares alegando gravidez de risco por conta da gastroplastia, hérnia e ferida, porém nos hospitais dizem que não sou”	13	24,6
Atenção perinatal	“Exames relacionados ao estado atual da mãe grávida”; “abordar mais questões médicas, malformações, falta de vitaminas e minerais na gestação, exames realizados, ganho de peso do bebê”; “Medo da idade avança para ser mãe”; “Se a equipe da bariátrica (...) está ciente de que a paciente queria engravidar”; “Estou procurando um profissional adequado, mas não existe ninguém na minha cidade com essa especialidade. Entrei no grupo gravidez pós bariátrica para ver como as mães lidam com a questão nutricional. Seria bom saber quantas pessoas são consideradas de risco pelos seus médicos”	5	9,4
Perda Gestacional	“Eu já sofri dois abortos, um antes da CB e outro após”; “ficou faltando a opção de gravidez ectópica”	2	3,8
Total		53	100

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

Nota: (%) = Porcentagem de frequência.

Conclusão

Constatou-se que as questões corporais foram majoritariamente apontadas pelas participantes. Assim, 26,4% delas estavam preocupadas com a suplementação de vitaminas, mudanças e cuidados com sua alimentação para não afetar no desenvolvimento do bebê. As intervenções e repercussões da CB (24,6%) que remetem aos sintomas característicos da síndrome de dumping e às possíveis intercorrências em virtude do procedimento cirúrgico da CB na gestação também foram registradas. Além disso, as participantes ratificaram as preocupações com as alterações corporais que ocorreriam ao longo da gravidez, sobretudo o ganho de peso, bem como o retorno das silhuetas corporais anteriores à gestação (17%). As dores abdominais e mal-estares na gestação (11,3%), a atenção perinatal (9,4%), o relacionamento conjugal (7,5%) e perda gestacional (3,8%) também foram destacados como fonte de apreensão e inquietude das participantes.

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico, psicossocial e de saúde física e mental de gestantes com histórico de CB a fim de identificar os riscos psicológicos (como sintomatologia depressiva e alteração da imagem corporal), fatores preditores e de proteção associados ao histórico de CB antes da gravidez. Com base neles, pretende-se propor um protocolo de atendimento pré-natal para essa população.

Primeiramente, é importante salientar que a captação das participantes e coleta de dados ocorreu exclusivamente em ambiente virtual por meio de busca ativa em grupos de auto-ajuda/ajuda mútua no *Facebook*, nos quais mulheres que realizaram a CB, engravidaram e/ou desejam engravidar, dividem suas experiências de gestação. De acordo com Rabeharisoa (2008), esses grupos se caracterizam por participantes que são portadores de uma mesma condição clínica e interessados em um mesmo tema, neste caso a gestação após uma CB. Com base no compartilhamento das suas vivências, as participantes conseguem construir maneiras para lidar com as dificuldades encontradas na sua trajetória da maternidade. De acordo com Frossard e Dias (2016), esses grupos inseridos na internet facilitam a comunicação entre pares e possibilita a reunião, organização e circulação das necessidades e atenção das respectivas demandas. No presente estudo, verificou-se que nos grupos do Facebook as informações sobre gestação após a CB eram de caráter mais prático e não médico ou de rigor científico, o que pode ter facilitado a condução da pesquisa, uma vez que as participantes podem ter se sentido mais à vontade para responder as perguntas do questionário, fato que representa uma vantagem da utilização do método para a pesquisa. Ademais, nota-se uma integração das participantes das diferentes regiões do Brasil que, apesar das particularidades culturais, resulta na construção de elos que proporcionam uma rede de suporte emocional para elas. Contudo a ausência do encontro físico do pesquisador e da participante pode ter acarretado dificuldades no esclarecimento de dúvidas em relação às questões dos instrumentos de coleta de dados e na captação das nuances de informações não verbais que este encontro poderia produzir; além da falsa noção de neutralidade entre os participantes e o pesquisador própria do ambiente virtual (NOVELI, 2010). Representam, portanto, limitações da metodologia do presente estudo. De todo modo, é importante destacar que, logo no início da coleta junto aos grupos, fui bem recebida tanto pelos moderadores dos grupos, quanto pelas participantes. Grande parte delas elogiou a importância do tema estudado, além de ressaltarem que se sentiram pouco acolhidas pela equipe médica em relação às demandas da gestação após uma CB.

Destaca-se que como a proposta da pesquisa foi reconhecer indicativos de sintomatologia depressiva em gestantes com histórico de CB, salientando a importância do rastreio desses sinais e o encaminhamento precoce da população atingida, optou-se por não utilizar ao longo do estudo o termo depressão. Entende-se que a depressão é um transtorno psicopatológico que, para seu diagnóstico, exige-se uma avaliação psiquiátrica e psicológica mais amplas. Outrossim, os instrumentos utilizados para identificar a sintomatologia depressiva, a Escala DASS-21 e para avaliar a Imagem Corporal, a Escala de Medida da Imagem Corporal, podem ser instrumentos interessantes para a identificação de problemas de saúde mental na gestação, embora apresentem algumas limitações. Ambas as escalas não possuem versão validada para utilização com gestantes, apesar de serem consideradas instrumentos com boas propriedades psicométricas para uso com a população geral no Brasil (VIGNOLA; TUCCI, 2014; SOUTO, 1999). Para dirimir isto, considerando que a DASS-21 estabelece escores abaixo de 10 para classificação normal (sem sintomas de depressão), foram feitas análises da sintomatologia depressiva na amostra adotando-se dois pontos de corte: depressão em nível leve ( $p \geq 10$ ) e moderado ( $p \geq 14$ ). Adotando-se o primeiro ponto de corte, foi encontrada uma prevalência de 46,9%, que se mostrou discrepante quando comparada às gestantes de baixo risco. Por isso, adotamos o nível moderado para admitir a presença de sintomas de depressão nas gestantes. Contudo, a escolha por aquelas escalas se deveu ao fato de que são ambas de aplicação e correção fácil, além de terem uma linguagem acessível, sobretudo se tratando de uma coleta de dados em ambiente virtual.

Assim sendo, verifica-se que a faixa etária predominante das participantes foi de 30 a 34 anos (38,5%), seguida pela faixa de 25 a 29 anos de idade (28,3 %) e teve a região Sudeste, com maior representatividade (53,45). A amostra era majoritariamente de mulheres casadas (84,6%), de etnia/raça branca (64,8%) e com ensino superior incompleto ou completo (68,9%). As participantes afirmaram que exerciam atividades laborais (74,5%), com rendimentos mensais concentrados na faixa de 2 a 4 salários mínimos (43,7%), seguidos pela faixa de 4 a 10 salários mínimos (33,2%). A profissão de professora (8,5%) foi a de maior frequência, seguida pela profissão de enfermeira (5,3%;). Do total das participantes, 96,4% delas estavam realizando acompanhamento pré-natal, sendo a maior parte 79% em instituição privada. Em relação à religião, 61,5% das gestantes afirmaram ser praticante de religiões diversas, sendo a religião católica a mais frequente (38,9%), seguida pela religião evangélica (35,2%).

No que tange a saúde física, observa-se a preponderância de gestações após 18 meses da CB (63,6%), logo respeitando o intervalo mínimo para uma gestação favorável e com menos riscos (ILIAS, 2008; SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013; SANTO; RICCIPO;

CECCONELLO, 2010; KONDO et al., 2007). Além disso, constatou-se predomínio da técnica cirúrgica do *Bypass* Gástrico (87,4%) que, de acordo com Santo, Riccioppo e Cecconello (2010), é considerada a técnica padrão-ouro para este tipo de medida de tratamento da obesidade. A maior parte das gestantes (55,4%) encontravam-se acima do peso adequado para engravidar, fato que se associa a desfechos perinatais negativos (BRASIL, 2012; ABESO, 2011; SBCBM, 2017). Apesar disso, as participantes apontaram a alimentação e a suplementação de vitaminas (26,4%), além das intervenções e repercussões da CB (24,6%) como alvo de suas preocupações. No entanto, o IMC atual das gestantes não se associou com a presença ou ausência de sintomas depressivos ou alteração da imagem corporal.

A literatura considera que a CB é um procedimento que melhora a fertilidade feminina (ILIAS, 2008; SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013; KONDO et al., 2007), o que pode ter relação com mais da metade da amostra do estudo ser de mulheres primíparas (51,4%), terem negado tratamento para engravidar (72,2%) ou afirmaram ter realizado a CB com esse intuito (19,4%), visto que a maioria das gestantes (70,8%) não havia recebido diagnóstico médico de infertilidade. Apesar da melhoria do funcionamento metabólico e reprodutivo após o procedimento cirúrgico (SANTO; RICCIOPPO; CECCONELLO, 2010; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016; ILIAS, 2008), não houve diferença significativa entre o número de mulheres que planejaram (49%) com aquelas mulheres que não planejaram a gravidez (51%). Ainda assim, a maior parte delas (86,6%) afirmaram que a gestação era desejada. Ressalta-se, portanto, que tanto a gravidez planejada ( $B = -0,530$ ;  $O.R. = 0,589$ ), quanto a desejada ( $B = -0,592$ ;  $O.R. = 0,553$ ) se associam à sintomatologia depressiva e remetem a fatores de proteção para essa população. Nessas condições, as gestantes apresentam cerca de 40% a menos de chance de manifestarem esses sintomas.

Em relação ao histórico de obesidade, a maior parte das participantes afirmaram que são obesas desde criança (42,3%) ou começaram a engordar na adolescência (36,6%), além disso negaram (79,8%) ter sofrido algum tipo de constrangimento durante a gestação em virtude do histórico de obesidade. Entretanto, 20,2% delas declararam ter sofrido este tipo de constrangimento, seja por parte dos familiares (8,9%), da equipe médica (6,5%), de amigos (2,8%) ou de colegas de trabalho (2,0%). Destaca-se esse achado, pois o constrangimento na gestação após a CB se mostrou associado à sintomatologia depressiva das gestantes.

Grande parte das mulheres (78,9%) afirmaram ter problemas de saúde anterior a gestação, sendo relacionados às patologias clínicas (hipertensão arterial, diabetes, anemia, hipotireoidismo, doenças osteomusculares, ovários policísticos, entre outras) corroborando

estudos que apontam para a presença de tais patologias em gestantes com sobrepeso e com histórico de CB (BRASIL(b), 2013; ILIAS, 2008; MELO; MELO, 2017; SANTO, RICCIOPPO, CECCONELLO, 2010; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Além disso, o histórico psiquiátrico (crise de ansiedade / síndrome do pânico e depressão) esteve presente em 25,5% das participantes. Este dado deve ser considerado, já que é dado pela literatura como um importante fator de risco a saúde mental de gestantes e de mulheres com histórico de CB (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; BRASIL, 2012; PEREIRA; LOVISI, 2008). De fato, nesse estudo foi observada uma prevalência estimada de 32,8% de sintomatologia depressiva dentre as participantes que se mostrou superior quando comparada às gestantes de baixo risco, que é em torno de 20% (BRASIL, 2012; BENNETT et al., 2004; PEREIRA; LOVISI, 2008). Sintomas de depressão foram mais frequentes no primeiro (53,1%) e terceiro trimestre (34,3%), o que reforça a necessidade de medidas de atenção à saúde das gestantes em momento mais críticos da gravidez, concordando com a literatura vigente (BRASIL, 2012; BOTEAGA; DIAS, 2006). Esse dado reforça a ideia de que a gestação consiste, portanto, em um momento de grande vulnerabilidade para quadros psiquiátricos (BRASIL, 2012; BOTEAGA; DIAS, 2006) devido as inúmeras mudanças físicas, hormonais, psíquicas e sociais próprias da gestação (CAMACHO et al., 2006; NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013). Igualmente, a presença de antecedentes psiquiátricos pode refletir diretamente na saúde física e mental dessas mulheres, com desfechos como aumento das taxas de abortamento, anormalidades placentárias, hemorragias, prematuridade, sofrimento fetal, déficits no auto cuidado, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, adesão ao acompanhamento pré-natal, vínculo materno-fetal durante a gravidez e relação mãe-bebê, desenvolvimento psicossocial da criança e riscos para depressão pós-natal (BRASIL, 2012; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; CAMACHO et al., 2006; MOLINA; KIELY, 2011; PEREIRA; LOVISI, 2008).

Esse achado merece atenção quando se observa que 39,4% das participantes relataram algum tipo de comportamento compulsivo, sobretudo aqueles relacionados aos transtornos alimentares: Transtorno da Compulsão Alimentar periódica (TCAP) (18,3%), seguido por Bulimia nervosa (11,3%) e Anorexia nervosa (2,8%). Tais dados confirmam pesquisas que reconhecem estes tipos de comportamentos em pacientes com histórico de CB (LANGARO, et al., 2011; SACRAMENTO, FERRAZ; RODRIGUES, 2013; EDLER, 2017) e também corroboram com estudos que questionam o destino da voracidade, desespero e impulso

relacionados à comida em indivíduos com histórico de obesidade mórbida que realizaram a CB (EDLER, 2017; NOVAES; ROCHA, 2008).

Para Mota, Costa e Almeida (2014), mulheres submetidas à CB apresentam distúrbios da imagem corporal, o que também foi observado neste estudo com destaque para a associação entre sintomatologia depressiva e alteração da imagem corporal. Correlação moderada e negativa entre a sintomatologia depressiva e a imagem corporal ( $\rho = -0,471$ ) indica que quando os sintomas relativos à depressão variam, a imagem corporal varia proporcionalmente no sentido oposto. Assim, maiores níveis de depressão refletem em alterações da imagem corporal da gestante com histórico de CB, o que remete a uma imagem menos favorável da sua aparência física, podendo repercutir, diretamente, na saúde materno-fetal. A prevalência de alteração da imagem corporal das participantes foi de 50,2%, com maior frequência da sua alteração no terceiro trimestre (52,5%). Esse resultado é corroborado pela preocupação com o ganho de peso (22,4%) e alterações corporais resultantes da gestação (17%) destacadas e apontadas pelas próprias participantes. Reforçando esse dado, encontramos como fator de proteção à alteração da imagem corporal das gestantes, o tempo de CB, uma vez que mulheres que realizaram a CB antes dos 18 meses e ainda estão em uma fase de perda e estabilização do peso, apresentam quase 40% a menos de chances de manifestarem alteração na imagem corporal. É possível associar tais resultados à questão da imagem corporal anterior ao período gestacional, além de estar mais próximo da imagem corporal idealizada, tal como foi apontado pelas autoras Cairolli (2009) e Schakarowski e Oliveira (2014).

Nesse sentido, a literatura salienta que indivíduos que ganharam peso após a CB, a despeito da grande perda de peso inicial, apresentam mais comportamentos alimentares compulsivos e encontram-se insatisfeitos com a sua imagem corporal (MATOS, PAULA, FIGUEIREDO, 2017; SOUSA ET AL, 2014), apontando, portanto, para um valor simbólico da comida no desenrolar da vida do sujeito (EDLER, 2017). Esse fato pode estar presente nas participantes do estudo tanto pela alteração da imagem corporal (50,2%), quanto pela presença de comportamentos compulsivos associados à alimentação (39,4%) e pelo sobrepeso e obesidade grau I observados (72,1%). Além disso, de acordo com Sousa et al. (2014), a relação do comportamento alimentar, ganho de peso e imagem corporal também se associam diretamente à sintomatologia depressiva no pós-operatório da CB. Talvez por estas razões, as próprias participantes tenham apontado a alimentação e a suplementação de vitaminas (28%), além das intervenções e repercussões da CB (25%) como alvo de suas preocupações.

Outras variáveis estudadas, como idade gestacional, apoio financeiro, paridade, nível socioeconômico, escolaridade, religião/prática, atividade laboral, rede de apoio social e

emocional não se apresentaram relacionadas significativamente com os indicadores de sintomatologia depressiva, contrariando os estudos que afirmam que esses fatores se relacionam com a presença de sintomas de depressão na gestação (BAPTISTA; BAPTISTA, 2005; BAPTISTA, BAPTISTA, TORRES, 2006; ALMEIDA, 2011; BRASL, 2012; PEREIRA; LOVISI, 2008; WOODS, et al., 2010; GONÇALVEZ, 2011).

Já o estado civil (não casada) e histórico psiquiátrico configuram fatores preditores associados tanto à sintomatologia depressiva, quanto à alteração da imagem corporal nas gestantes com histórico de CB. No caso da sintomatologia depressiva, o estado civil pode representar 3,4 vezes mais chances e o histórico psiquiátrico, 2,7 vezes mais chances de manifestarem essa condição. Já o estado civil e histórico psiquiátrico na alteração da imagem corporal, representam quase o dobro de chances de apresentarem tal insatisfação. Esse resultado se relaciona aos fatores de risco descritos pela literatura em relação às gestantes de alto risco, como é o caso da gestação após a CB (BRASL, 2012; PEREIRA; LOVISI, 2008, KLIEMAN, 2017). Apesar disso, tal achado vai de encontro às respostas das participantes sobre a função do “marido/ companheiro / esposo” como referência de apoio a saúde delas, de ajuda com os afazeres domésticos e de cuidado com os filhos mais velhos e com elas próprias.

Conclui-se que a avaliação das possíveis manifestações psiquiátricas na gestação com CB é fundamental, já que o rastreio, diagnóstico e tratamento precoces podem minimizar o impacto dessas condições, tanto para a saúde da mãe quanto para a saúde do filho (BRASIL, 2012; ALMEIDA et al, 2012).

O conhecimento dos fatores de risco e proteção associados a gravidez com CB permite planejar uma intervenção específica que previna os desfechos negativos associados a estes riscos. A equipe multiprofissional deve estar preparada, para assim, realizar ações de promoção de saúde mental destas gestantes durante toda a assistência pré-natal até o puerpério, com atenção a transtornos próprios deste período que é a depressão pós-natal. Para isso, o *Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica* elaborado através do Projeto Aplicativo deste estudo (Apêndice B), visa auxiliar este processo.

Por fim, ressalta-se que pode ser difícil para a mulher pedir ajuda quando está vivenciando sofrimento psíquico na gestação. Socialmente, a gestação é considerada um momento colorido e pleno no qual a mulher grávida deverá vivenciá-lo plenamente feliz e aquelas que não se enquadram neste padrão, por estarem em situação de sofrimento, podem até se sentirem culpadas e inadequadas ao exercício de uma plena maternidade (KLIEMANN, 2017; SZEJER; STEWART, 1997).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, constatamos que a prevalência da sintomatologia depressiva nas gestantes com histórico de CB é superior àquela encontrada nas gestantes de baixo risco, assim como observamos que metade das participantes apresentaram alteração da imagem corporal. Esses dados remetem à relevância de o controle psicológico dessas mulheres estar vinculado à consulta pré-natal, uma vez que essas condições podem apresentar impactos para o binômio mãe-bebê com desfechos a curto, médio e longo prazos. Fatores como estado civil, gestação planejada, gestação desejada, constrangimento na gestação pelo histórico de CB, histórico psiquiátrico e tempo de CB mostram-se fatores que devem ser observadas pelos profissionais envolvidos. Além disso, destaca-se que o planejamento e o desejo pela gravidez parecem funcionar como fatores de proteção à sintomatologia depressiva, ainda que sejam temas pouco estudados no campo da Psicologia Perinatal.

Ao se considerar os transtornos mentais obstétricos, as graves consequências à saúde materno-fetal e o subdiagnóstico destes transtornos neste período, os resultados deste estudo mostram a relevância da identificação do perfil psicológico das gestantes com CB, a necessidade de novos estudos sobre o tema para ampliar o conhecimento científico e o reconhecimento de fatores de risco e de proteção associados a essa condição de gestação. Com base nas evidências científicas produzidas nestes estudos será possível capacitar a equipe multiprofissional para identificar e direcionar gestantes com sinais de transtornos mentais para uma avaliação psicodiagnóstica e tratamentos adequados, minimizando os desfechos obstétrico e neonatais negativos.

Destaca-se, então, a importância destes estudos para a avaliação de indicadores de depressão gestacional e de alteração da imagem corporal durante a gestação, para que possam subsidiar a construção de um olhar clínico, amplo e sensível, voltado às questões subjetivas das gestantes com histórico de CB, tendo em vista uma atenção integral à saúde perinatal de mulheres com esta particularidade e das suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4 ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019.
- ALMEIDA et al., 2011. Aspectos psicossociais em Cirurgia Bariátrica: A associação entre variáveis emocionais, trabalho, relacionamentos e peso corporal. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v 24, n 3, p. 226-231, 2011.
- ALMEIDA, M. S.; et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v 28, n 2, p.385-393, Fev., 2012.
- ALMEIDA, S.S.; ZANATTA, D.P.; REZENDE, F.F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudo de psicologia**, v 17, n1, p. 153-160, Jan/Abril, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5**. 5 ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2013.
- APÓSTOLO, J. L. A; MENDES, A. C; AZEREDO, Z. A. Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v 14, n 6, Nov/Dec. 2006.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v 7, n 1, p.39-48, Jan./Jun., 2006.
- BAPTISTA, A.S.D; BAPTISTA, M.N. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. **Interação em psicologia**, v 9, n 1, p.155-163, Jan/ Jun, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Saúde, Doença-Manguinhos**, v 12, n 2, p.547-54 Maio/ Agosto, 2005.
- BENNET, H. A.; et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstetrics & Gynecology**, v 103, n.4, p. 698-709, Abr., 2004.

BOTEGA, N. J.; DIAS, M. K. Gravidez e puerpério. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2 ed. Porto Alegre: 2006, p.341-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1ª ed. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 84 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Portaria n. 424, de 19 de março de 2013. No anexo I da Portaria dispõe sobre as diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade que constitui apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas na portaria, sendo, portanto, apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. **Diário Oficial da União**, 19 de março de 2013b.

CAIROLI, P. B. **Avaliação da imagem corporal e da (in) satisfação com o corpo gravídico pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde de vinhedo - SP**. 2009, 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas. – UNICAMP-, Campinas, 2009.

CAMACHO, R. S.; et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v 33, n 2, p.92-102, 2006.

CARNEIRO, J. R. I.; et al. Gestação e Obesidade: um problema emergente. **Revista HUPE**, v13, n 3, Jul./Set., 2014.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil: TIC Domicílios 2017**. São Paulo, 2018.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. **Diário Oficial da União**, 12 de dezembro de 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**, 07 de abril de 2016.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia: usando o SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

EDLER, S. V. **Tempos Compulsivos: a busca desenfreada pelo prazer**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2017.

FALCONE, V. M.; et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista Saúde Pública**. v 39, n 4, p. 341-54, ago. 2005.

FANDIÑO, J.; et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio grande do Sul**, v 26, n 1, p. 47-51, jan./abr., 2004.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAS, H.; et al. O método de pesquisa Survey. **Revista de Administração**, v 35, n 3, p. 105-112, jul./set., 2000.

FROSSARD, V. C.; DIAS, M. C. M. O impacto da internet na interação entre pacientes: novos cenários em saúde. **Interface: Comunicação e Saúde**; v. 20, n 57, p. 349- 361, 2016.

GONÇALVEZ, F. B. L. **Estresse em gestantes primíparas e múltiparas e sua relação com o cronótipo**. 2011. 72f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.

ILIAS, E. J. Considerações sobre gravidez após Cirurgia Bariátrica: evidências atuais e recomendações. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v 54, n 6, p. 471-86. nov./dez., 2008.

KLIEMANN, A. **Sintomas depressivos na gestação: fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco**. 2017. 208f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, 2017.

KONDO, W.; et al. Gravidez após a cirurgia bariátrica. **Femina**, v 35, n 4, p.239-248, abr., de 2007.

LANGARO, F.; et al. Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 71-79, 2011.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2 ed. São Paulo: HARBRA, 1987.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. **Manual for the depression anxiety stress scales**, 2 ed.. Sydney: Psychology Foudationof Australia, 2004.

MÄDER, C.V.N.; NASCIMENTO, C.L.; SPADA, P.V. Avaliação e fortalecimento do vínculo materno-fetal. **Revista Paulista de Pediatria**, v 5, p. 236-40, 2002.

MACHADO, J. **A mudança começa na rede**. Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e da comunicação no Brasil: TIC Domicílios 2013. São Paulo, 2014.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 12 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.

MARQUES, R. R.; MARQUES, R. R.; MARQUES, I. Gestação após cirurgia bariátrica: série de casos e revisão de literatura. **Unoesc & Ciência – ACBS Joaçaba**, v 7, n 1, p.69-76, Jan/Jun 2016.

MATOS, C. S.; PAULA, L. A.; FIGUEIREDO, M. D. Comportamento alimentar e fatores emocionais em paciente pós-cirurgia bariátrica. **Caderno PAIC 2016-2017: Programa de Apoio à Iniciação Científica**, v. 18. n 1, 2017.

MECHANICK, J. I; et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient -2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. **Endocrine Practice: official journal of The American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists**, v 19, n 2, p. 337-72, mar/abr., 2013.

MELO, F. L. E.; MELO, M. Impacto da cirurgia bariátrica na fertilidade feminina: Revisão. **Reprodução & Climatério**, v 32, n 1, p. 57-62, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, F.S.; ROCHA, D.G. O uso do Facebook na promoção da saúde: uma revisão bibliográfica sobre empoderamento e participação popular. **Revista Eletrônica Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, v 12, n 2, p 232- 243, 2018.

MOLINA, K. M.; KIELY, M. Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. **Womens Health Issues**, v 21, n 4, p. 293-303, 2011.

MOTA, D. C. L.; COSTA, T. M. B.; ALMEIDA, S. S. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Revista Psicologia: teoria e prática**, v 16, n 3, p.100-113, 2014.

NARAYANAN, R. P.; SYED, A. A. Pregnancy following bariatric surgery: medical complications and management. **Obesity Surgery**, v26, n 10, p. 2523–2529, 2016.

NASCIMENTO, C. A. D.; BEZERRA, S. M. M. S.; ANGELIM, E. M. S. Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, v 18, n 2, p. 193-201, Ab./Jul., 2013.

NOVAES, J. V.; VILHENA, J (Orgs). **O Corpo que nos possui**: corporeidade e suas conexões. Curitiba: Appris, 2018.

NOVAES; J. V.; ROCHA, L. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. 8, n. 2, p. 379-406. Jun. 2008.

NOVELI, M. Do off-line para o online: a netnografia como um método de pesquisa ou o que pode acontecer quando tentamos levar a etnografia para a internet? **Organizações em contexto**, ano 6, n 12, Jul./Dez., 2010.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F; PENNA, C. M. M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, n. 1, p. 49- 56, Jan/ Mar, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Salud de la mujer**. Datos y cifras. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>. Acesso em: 06/11/2018.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v 35, n 4, p. 144- 53, 2008.

RABEHARISOA, V. Experience, knowledge and empowerment: the increasing role of patient organizations in staging, weighting and circulating experience and knowledge. In: Akrich, M; Nunes, J; Paterson, F; Rabeharisoa, V editors. **The dynamics of patient organizations in Europe**. Paris: Presses de l' École des Mines, p. 13-34, 2008.

RODRIGUES, O. M. P.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 33, n 9, p. 252-257, set., 2011

SACRAMENTO, L. S.; FERRAZ, L. G. F; RODRIGUES, A. S. Atenção à saúde da gestante pós- cirurgia bariátrica. **Revista eletrônica Estácio saúde**, v 2, n 2, p. 47-60, 2013.

SANTO, M. A.; RICCIOPO, D.; CECCONELLO, I. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: implicações gestacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v 56, n 6, p 616-19, 2010.

SCHAKAROROWSKI, F. B.; OLIVEIRA, V. Z. O corpo (im) possível através da intervenção cirúrgica: uma revisão sobre a imagem corporal, obesidade e cirurgia bariátrica. **Aletheia**, n 45, p. 177-189, set./dez 2014.

SEGURA, D. C. A.; et al. Análise da Imagem Corporal e satisfação com o peso em indivíduos submetidos à Cirurgia Bariátrica. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v 17, n 3, p. 170-174, set./-dez., 2016.

SILVA, S. R. Obesidade: conceito, diagnóstico e classificação. In: SILVA, R. S.; KAWAHARA, N. T. (Orgs.), **Cuidados pré e pós-operatórios na cirurgia da obesidade**. Porto Alegre: AGE, 2005. p. 25-33.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA - SBCBM. **Técnicas Cirúrgicas**. São Paulo, 2017.

SOUSA, P.; et al. Compreender a sintomatologia depressiva após a Cirurgia Bariátrica: o Papel do peso, da Alimentação e da Imagem Corporal. **Revista Acta Médica Portuguesa**, v 27, n 4, p. 450-457, Julho/Agosto, 2014.

SOUTO, C. M. R. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, 1999.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VIGNOLA, R. C; TUCCI, A.M. Adaption and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v 155, p 104-109, Fev., 2014.

WELCH et al. Interactive social media interventions to promote health equity an overview of reviews. **Health Promote and Chronic Disease Prevention in Canada**, v 36, n 4, p 63 – 7, april 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: WHO, 2000. (Technical Report Series, 894)

WOODS, S. M.; et al. Psychosocial stress during pregnancy. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v 202, n 1, p 61- 67, jan. 2010.

## Apêndice A – Questionário *Google Forms*

### Gestação pós-bariátrica e Imagem Corporal

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa “Gestação pós-bariátrica, perfil psicossocial e assistência multiprofissional”, que corresponde à uma atividade de pesquisa de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ da psicóloga Andréa Christina Nowak da Rocha, sob orientação da professora Dra. Ana Cristina Barros da Cunha. Você está sendo convidada por estar grávida e ter histórico de Cirurgia Bariátrica (CB). A participação nesse questionário não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de preenchê-lo. Todo o material recolhido será utilizado somente em trabalhos acadêmicos e científicos com os objetivos específicos de: a) Caracterizar o perfil psicossocial de mulheres com histórico de CB; b) Descrever os indicadores psicológicos de saúde mental da mulher grávida com CB, especialmente indicadores de estresse, ansiedade, depressão e autoimagem corporal; c) Propor um protocolo de atendimento para a atenção multiprofissional à saúde mental de gestantes com essa condição, a partir dos resultados encontrados. Para tanto, serão utilizados protocolos e instrumentos de avaliação psicológica padronizados. A pesquisa oferecerá informações para melhorar o serviço de atenção integral à saúde materno-fetal de gestantes com esse perfil. Seguindo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos, você tem todas as garantias de liberdade para aceitar a participação voluntária na pesquisa ou de abandoná-la a qualquer tempo; e também fica garantido o sigilo dos dados confidenciais e assegurada à sua privacidade em todas as formas possíveis de identificação na divulgação dos resultados da pesquisa. Quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados ao Comitê de Ética da Maternidade-Escola da UFRJ, pelo telefone (21) 2285-7935 (ramal 261) ou, ainda, para a própria responsável pela pesquisa, Andréa Christina Nowak da Rocha, pelo e-mail [gestanteposbariatrica@gmail.com](mailto:gestanteposbariatrica@gmail.com); ou sua orientadora Profa. Dra Ana Cristina Barros da Cunha pelo email [abcunha@yahoo.com.br](mailto:abcunha@yahoo.com.br). Estando assim de acordo, para iniciar a resposta e participação na pesquisa favor assinalar que concorda em participar na opção abaixo.

**\*Obrigatório**

**1. Concordo em participar voluntariamente da pesquisa. \***

- Sim
- Não

**2. E-mail para contato: \*** \_\_\_\_\_

Registros de dados gerais e socioeconômicos

**3. Gênero: \***

- Feminino
- Masculino

**4. Idade: \*** \_\_\_\_\_

**5. Estado: \***

- Acre (AC), Alagoas (AL), Amapá (AP), Amazonas (AM), Bahia (BA), Ceará (CE), Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES), Goiás (GO), Maranhão (MA), Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG), Pará (PA), Paraíba (PB), Paraná (PR), Pernambuco (PE), Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Rondônia (RO)
- Roraima (RR), Santa Catarina (SC), São Paulo (SP), Sergipe (SE), Tocantins (TO)

**6. Escolaridade: \***

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto Ensino superior completo

**7. Estado civil: \***

- Solteira
  - Casada
  - Viúva
  - Divorciada
-

**8. Raça/etnia: \***

Branca  
 Negra  
 Parda  
 Amarela  
 Indígena

**9. Renda familiar mensal: \***

Sem rendimentos  
 até R\$ 1908,00 (até 2 salários mínimos)  
 de R\$ 1908,01 a R\$ 3816,00 (de 2 a 4 salários mínimos)  
 de R\$ 3816,01 a R\$ 9540,00 (de 4 a 10 salários mínimos)  
 de R\$ 9540, 1 a R\$ 19,080,00 (de 10 a 20 salários mínimos)  
 R\$ 19.080,01 ou mais (acima de 20 salários mínimos)

**10. Há quanto tempo fez a cirurgia bariátrica? \***

Menos de 6 meses  
 6 meses a 11 meses e 30 dias  
 12 meses a 17 meses e 30 dias  
 18 meses a 23 meses e 30 dias Mais de 24 meses

**11. Tempo aproximado de acompanhamento médico após a cirurgia: \***

Menos de 6 meses  
 6 meses a 1 ano  
 1 ano a 2 anos  
 Ainda estou em acompanhamento

**12. Tipo de cirurgia bariátrica realizada: \***

Bypass gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”)  
 Banda gástrica ajustável  
 Gastrectomia vertical (Sleeve Gástrico)  
 Duodenal switch  
 Terapia auxiliar - balão intragástrico

**13. Idade Gestacional: \***

Caso seu filho já tenha nascido, favor especificar qual a idade dele na opção OUTROS.  
 1 a 13 semanas (1º Trimestre)  
 14 a 26 semanas (2º Trimestre)  
 27 a 40 semanas (3º Trimestre)  
 Outro: \_\_\_\_\_

**14. Primeira gestação? \***

Sim  
 Não

**15. A gestação foi planejada? \***

Sim  
 Não

**16. A gestação foi desejada? \***

Sim  
 Não

**17. Já pensou no nome do bebê? (Caso tenha respondido NÃO na resposta anterior, pode deixar em branco).**

Sim  
 Não

**18. Gostaria de informar o nome escolhido para o seu bebê? \_\_\_\_\_**

**19. Já teve o diagnóstico médico de infertilidade feminina? \***

Sim  
Não

**20. Fez algum tratamento para engravidar? \***

Sim, ANTES da cirurgia bariátrica  
Sim, APÓS a cirurgia bariátrica  
Não, fiz a CB com o intuito de aumentar as possibilidades de engravidar  
Não  
Outro: \_\_\_\_\_

**21. Caso positivo, qual método utilizado? (Caso tenha respondido NÃO na pergunta anterior, pode deixar em branco)**

Sim, relação sexual programada ou coito programado (Essa técnica consiste em permitir que o casal consiga realizar a fecundação do óvulo por vias naturais. O tratamento consiste em acompanhar a ovulação da mulher, para determinar o melhor momento para se manter relações sexuais, ou seja, durante o período fértil da mulher)

Sim, inseminação artificial ou intrauterina (Colocação dos espermatozoides (contidos no líquido seminal ou sêmen do homem) diretamente no útero da mulher, aumentando as chances de encontro entre essas células masculinas e o óvulo feminino. Para tornar-se mais receptiva aos espermatozoides, a mulher passa por um tratamento medicamentoso que induz a sua ovulação)

Sim, fertilização em vitro (O encontro entre o óvulo e o espermatozoide acontece fora do corpo da mulher, no laboratório, e o embrião resultante é colocado no útero para que possa se desenvolver de forma saudável. Também neste caso é importante que a mulher esteja preparada para receber o embrião e promover o seu desenvolvimento)

Não

**22. Já sofreu algum aborto espontâneo (perda de uma gravidez antes da 20ª semana)? \***

Sim  
Não

**23. Apresenta algum risco materno/fetal? \***

Materno (Ex.: Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, diabetes mellitus gestacional, sífilis, anemia)  
Fetal (Ex: Malformação congênita, crescimento intrauterino restrito, ameaça de parto prematuro)  
Ambos  
Nenhum

**24. Está em acompanhamento pré-natal? \***

Sim, em instituição pública  
Sim, em instituição privada  
Não

**25. Qual o seu Índice de Massa Corporal (IMC) ANTES da cirurgia bariátrica? \***

De 25,0 a 29,9 Kg/ m<sup>2</sup>  
De 30,0 a 34,9 Kg/ m<sup>2</sup>  
De 35,0 a 39,9 Kg/ m<sup>2</sup>  
Acima de 40,00 Kg/ m<sup>2</sup>

**26. Em que momento da sua vida você percebeu que estava acima do peso? \***

Desde criança as pessoas me falavam  
Comecei a engordar na adolescência  
Comecei a engordar quando já era adulta

**27. Qual o seu Índice de Massa Corporal (IMC) ATUAL? \***

Abaixo de 18,5 Kg/ m<sup>2</sup>  
De 18,6 a 24,9 Kg/ m<sup>2</sup>  
De 25,0 a 29,9 Kg/ m<sup>2</sup>

De 30,0 a 34,9 Kg/ m<sup>2</sup>  
 De 35,0 a 39,9 Kg/ m<sup>2</sup>  
 Acima de 40,00 Kg/ m<sup>2</sup>

**28. Possui algum problema de saúde ANTERIOR à gestação? \***

Hipertensão Arterial Sistêmica  
 Hipotireoidismo  
 Diabetes  
 Depressão  
 Crises de ansiedade / síndrome do pânico  
 Anemia  
 Doenças do sistema osteomuscular (Ex.: artrose, hérnia de disco, transtornos Musculoesqueléticos...)  
 Outro: \_\_\_\_\_

**29. Teve alguma gravidez de risco anteriormente? \***

Sim  
 Não

**30. Tem outros filhos? \***

Sim, nasceu depois que fiz a Cirurgia Bariátrica  
 Sim, nasceu antes de fazer a Cirurgia Bariátrica  
 Não, esse é meu primeiro filho

**31. Durante a gestação, você sofreu algum constrangimento devido ao histórico de obesidade?\***

Sim, por parte de familiares  
 Sim, por parte de amigos  
 Sim, por parte da equipe médica  
 Sim, no trabalho  
 Não  
 Outro: \_\_\_\_\_

**32. Já realizou algum procedimento estético/ cirurgia reparadora em virtude das alterações corporais da cirurgia bariátrica? \***

Sim  
 Não

**33. Qual (is)? (Caso tenha respondido NÃO na pergunta anterior, pode deixar em branco) \_\_\_\_\_**

**34. Você trabalha? \***

Sim  
 Não

**35. Qual a sua profissão? (Caso tenha respondido SIM na pergunta anterior) \_\_\_\_\_**

**36. Religião: \***

Católica  
 Evangélica  
 Testemunha de Jeová  
 Espírita/candomblecista/umbandista  
 Budista  
 Judia  
 Não possui  
 Outro: \_\_\_\_\_

**37. É praticante? \***

Sim  
 Não

**38. Nessa gravidez, alguém tem te ajudado na rotina de casa e/ou cuidando dos filhos e/ou outras atribuições? \***

- Sim  
Não

**39. De que forma está recebendo essa ajuda?** (Caso tenha respondido NÃO na pergunta anterior, pode deixar em branco) \_\_\_\_\_

**40. Além dessa ajuda, você tem recebido algum outro tipo de auxílio? \***

- Sim, apoio financeiro (Bolsa-família/Pensão alimentícia/outros)  
Sim, apoio emocional (Familiares/Igreja/Amigos/Atendimento profissional particular)  
Ambos  
Não

**41. Já apresentou/apresenta algum dos comportamentos abaixo? \***

Episódios recorrentes de compulsão alimentar (ingestão, em um período de tempo determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes e sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio); Comportamentos compensatórios inapropriados para evitar o ganho de peso (vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso) – pelo menos uma vez por semana durante três meses.

Restrição persistente da ingesta calórica e medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso levando a um peso corporal significativamente baixo (inferior ao peso mínimo normal – menor do que o IMC 18,5 kg/m<sup>2</sup>). Pode estar associado a episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas), nos últimos três meses. Além disso, há uma perturbação no modo como o peso e a forma do corpo são vivenciados que influencia na autoavaliação e no reconhecimento do baixo peso corporal.

Episódios de comer grandes quantidades de comida sem - necessariamente- estar com fome de modo mais rápido do que o habitual até sentir-se desconfortavelmente cheio e sozinho por se envergonhar da quantidade que está comendo. Com isso sente-se mal, deprimido e/ou muito culpado - ao menos uma vez por semana durante três meses.

Ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares e inapropriadas ao estágio de desenvolvimento, durante um período mínimo de um mês. Este comportamento alimentar não faz parte de uma prática culturalmente aceita. Ex.: papel, sabão, tecido, cabelo, fios, terra, giz, talco, tinta, cola, metal, pedras, carvão vegetal ou mineral, cinzas, detergente ou gelo.

Uso repetido de álcool, podendo estar associado a sintomas como: forte desejo de beber; dificuldade de controlar o consumo (não conseguir parar de beber depois de ter começado); uso continuado apesar das consequências negativas; maior prioridade ao álcool do que de outras obrigações ou atividades; necessidade de doses maiores de álcool para atingir o mesmo efeito obtido anteriormente e/ ou um estado de abstinência física (sintomas como sudoreses, tremedeira e ansiedade) quando está sem o álcool.

Consumo de sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, drogas (ex: cannabis ou cocaína) em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente apesar do desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância. Além disso, gasta-se muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos e a qualquer momento pode-se ter uma necessidade intensa de usá-la. O uso recorrente desta substância pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola e/ou no lar ou resultar em situações que envolvem risco à integridade física.

Padrões comportamentais repetitivos, como "adição sexual", "adição ao jogo", "adição por exercício" ou "adição por compras" que produzem uma sensação de bem-estar, perda de controle e negligência das atividades diárias.

Outro: \_\_\_\_\_

**42. Alguma coisa está preocupando você nesse momento? \***

- Sim, a saúde do bebê
- Sim, o parto
- Sim, ganhar peso
- Sim, o fato de a cirurgia ser recente
- Sim, a amamentação
- Sim, dificuldades financeiras
- Não

**43. Como foi convidada a participar da pesquisa? \***

- Grupo do Facebook "Quero ser Mãe! Tentantes, Gestantes e Mamães após a Bariátrica!"
- Grupo do Facebook "Gestação após a Cirurgia Bariátrica"
- Grupo do Facebook "Gravidez após Bariátrica"
- Outros grupos do Facebook
- Indicação de amigos
- Outro: \_\_\_\_\_

**Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21)**

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa se aplica a você, sendo:

- 0- Não se aplicou a mim de forma alguma;
- 1- Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes;
- 2- Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo;
- 3- Aplicou-se a mim muito ou na maior parte do tempo.

Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas. Por favor, na hora de responder, considere as últimas quatro semanas.

Itens	Não se aplicou a mim de forma alguma	Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes	Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo	Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo
Eu tive dificuldade para me acalmar				
Eu percebi que estava com a boca seca				
Eu não conseguia ter sentimentos positivos				
Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)				
Eu achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas				
Eu tive reações exageradas às situações				
Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos)				
Eu senti que estava bastante nervoso(a)				
Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo				
Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada				
Eu notei que estava ficando agitado(a)				
Eu achei difícil relaxar				
Eu me senti abatido(a) e triste				
Eu não tive paciência com nada que interrompesse o que eu estava fazendo				
Eu senti que estava prestes a entrar em pânico				
Eu não consegui me empolgar com qualquer coisa				
Eu senti que não tinha muito valor como pessoa				
Eu senti que eu estava muito irritado(a)				

Eu percebi as batidas do meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)				
Eu me senti assustado(a) sem qualquer razão				
Eu senti que a vida não tinha sentido				

### Escala de Medida da Imagem Corporal

Este questionário contém uma série de afirmativas referentes ao modo como as pessoas podem pensar, sentir ou se comportar em relação ao seu próprio corpo. Por gentileza, leia atentamente essas afirmativas e, em seguida, marque a alternativa que relata com que frequência você pensa, sente ou se comporta dessa forma, sendo:

- 1- Nunca;
- 2 - Raramente;
- 3 - Às vezes;
- 4 - Frequentemente;
- 5- Sempre.

Não existem respostas certas ou erradas. É a sua opinião sincera que nos interessa.

AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1) Gosto do meu corpo como ele é					
2) Considero que meu corpo é exatamente o que sempre sonhei					
3) Escondo alguma parte de meu corpo, porque ela não é perfeita					
4) Estou satisfeita com meu peso corporal					
5) Evito olhar para alguma parte de meu corpo, porque ela me desagrada					
6) Evito tocar para alguma parte de meu corpo, porque ela me desagrada					
7) Desejaria ser uma pessoa com uma aparência física diferente					
8) Gosto do formato e da aparência de minha face					
9) Gosto do formato e da aparência de meus seios					
10) Há coisas em minha aparência física que eu detesto					
11) Percebo mudanças negativas no meu relacionamento com outras pessoas por causa de minha aparência física					
12) Não importa que roupas ou enfeites eu esteja usando, minha aparência física me desagrada					
13) Escondo das pessoas as mudanças negativas que ocorrem no meu corpo					
14) Penso que meu corpo é insignificante					
15) Preocupo-me em excesso com a opinião das pessoas a respeito de minha aparência física					
16) Preocupo-me em excesso com as mudanças que ocorrem no meu corpo					
17) Recuso-me a aceitar as mudanças que ocorrem no meu corpo					

18) Sinto ressentimento porque meu corpo não é aquele que eu desejaria que fosse					
19) Sinto-me desapontada com as mudanças que ocorrem no meu corpo					
20) Sinto-me incapaz de me adaptar às mudanças que ocorrem no meu corpo					
21) Sinto-me insatisfeita com minha aparência física atual					
22) Sinto-me insatisfeita em relação a alguma parte de meu corpo					
23) Tenho medo da rejeição das pessoas às mudanças que ocorrem no meu corpo					

**Muito obrigada pela participação!**

**44. Tem algum aspecto relacionado a gestação que você acredita não ter sido abordado na pesquisa? Sinta-se a vontade para registrar!** \_\_\_\_\_

**Apêndice B – Projeto Aplicativo**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE ESCOLA  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
PERINATAL**



**ANDRÉA CHRISTINA NOWAK DA ROCHA**  
<http://lattes.cnpq.br/7931843557821816>

**ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE GESTANTES  
COM HISTÓRICO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial necessário à obtenção do título de Mestre.

Orientadora:  
Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha  
<http://lattes.cnpq.br/9017520746153592>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Árvore de problemas .....	80
Quadro 1 – Matriz de identificação e relevância dos atores sociais .....	81
Quadro 2 – Plano de ação -1ª ação estratégica .....	82
Quadro 3 – Plano de ação -2ª ação estratégica .....	82
Quadro 4 – Plano de ação - 3ª ação estratégica .....	83

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>76</b>
1.1 Contextualização da metodologia utilizada no estudo .....	77
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>78</b>
2.1 Objetivo geral .....	78
2.2 Objetivos específicos .....	78
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>78</b>
<b>3.1 Conceito do problema: dificuldade na detecção precoce dos sintomas de depressão em gestantes com histórico de CB .....</b>	<b>78</b>
<b>3.2 Conceito da estratégia: Rastreamento de risco para a depressão pela equipe multiprofissional e família .....</b>	<b>79</b>
<b>3.3 Ambiente organizacional: A Maternidade e o cuidado do binômio .....</b>	<b>79</b>
<b>3.4 Criação do Protocolo de Atenção em Saúde Mental de gestantes com histórico de CB .....</b>	<b>79</b>
3.4.1 Conceito de Planejamento Estratégico Situacional .....	80
<b>4ANÁLISE DOS PROBLEMAS .....</b>	<b>80</b>
4.1 Árvore de problemas .....	80
4.2 Árvore de problemas do projeto aplicativo proposto .....	80
<b>5 ATORES SOCIAIS .....</b>	<b>81</b>
5.1 Conceito .....	81
5.2 Matriz de Identificação e Relevância dos Atores .....	81
<b>6 PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>81</b>
6.1 Apresentação das Operações .....	81
<b>7 PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE GESTANTES COM HISTÓRICO DE CIRURGIA BARIÁTRICA .....</b>	<b>83</b>
<b>8 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>85</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema de saúde pública que ultrapassa as barreiras dos países desenvolvidos, tomando grandes proporções nos países em desenvolvimento merecendo, portanto, atenção especial por parte das autoridades responsáveis (CARNEIRO et al, 2014). Trata-se de uma doença crônica, que envolve fatores genéticos, metabólicos, comportamentais, sociais, ambientais, culturais e psicológicos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física (WHO, 2000).

No Brasil, a obesidade tem aumentado nos últimos anos e dados recentes do IBGE mostram que mais de 50% da população brasileira está acima do peso, ou seja, entre o sobrepeso e a obesidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, 2016). Tais dados podem ser justificados pelas transformações comportamentais, sociais e alimentares da população (SILVA, 2005).

Nestes casos, a Cirurgia Bariátrica (CB) tem se mostrado uma opção eficaz de intervenção profilática e terapêutica no que tange as doenças associadas à obesidade grau III. De acordo com as novas Diretrizes Brasileiras de Obesidade de 2016, o candidato ao procedimento deve apresentar IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup> ou 35 kg/m<sup>2</sup> associado a uma ou mais comorbidades graves associadas a obesidade e não ter tido sucesso em técnicas não cirúrgicas por um período prévio de dois anos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE, 2016).

No Brasil, quatro modalidades diferentes de CB são aprovadas: 1) *Bypass* gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”); 2) Banda gástrica ajustável; 3) Gastrectomia vertical; e 4) Duodenal Switch. Além disso, existe ainda o Balão intragástrico, que não é considerado um procedimento cirúrgico e sim, mas uma

terapia auxiliar para pacientes com sobrepeso ou em preparo pré-operatório de pacientes superobesos (IMC acima de 50 kg/m<sup>2</sup>) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2017).

O maior benefício da intervenção bariátrica corresponde à redução das comorbidades, como a infertilidade, mas também se destacam as mudanças na autoestima, na sexualidade e na interação social do indivíduo (SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013). Contudo, devido às rápidas transformações corporais, nutricionais e sociais após a CB, alguns pacientes apresentam alterações psicológicas como depressão, ansiedade, alcoolismo, bulimia, anorexia e compulsões por jogos, compras ou sexo (LANGARO et al., 2011; SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013). De acordo com Sacramento, Ferraz e Rodrigues (2013), essas alterações funcionariam como uma fuga das carências afetivas ou das razões inconscientes que os levaram a engordar. Portanto, remetem à fragilidade do sujeito em lidar com suas questões emocionais, corroborando a importância de um acompanhamento multidisciplinar.

Dos pacientes submetidos a essa opção terapêutica, 80% deles são do sexo feminino, com idades entre 18 e 45 anos. Nessa população, a síndrome dos ovários policísticos e a infertilidade geralmente estão presentes, resultando em grande dificuldade em engravidar (SANTO; RICCIPO; CECCONELLO, 2010). Com o controle do peso obtido pelo tratamento cirúrgico, os ciclos menstruais se normalizam e as mulheres passam a ovular, assim como a resistência à insulina diminui, favorecendo o funcionamento metabólico. Além disso, a mulher passa a se sentir mais atraente e sua vida sexual tende a aumentar. Como resultado deste processo, verifica-se a reversão da infertilidade dessas mulheres, tornando-se potencialmente capazes de engravidar (SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013).

A gestação após CB pode ser caracterizada como de alto risco, visto que a saúde da mãe e/ou do feto apresentam maiores probabilidades de serem acometidas por complicações do que a média das gestações (BRASIL, 2012). Nestes casos, as gestantes apresentam um déficit nutricional prévio em virtude da técnica cirúrgica, na maior parte dos casos disabsortivas, necessitando, portanto, de uma suplementação nutricional. Desse modo, essas pacientes podem evoluir com deficiências de alguns compostos como: ferro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina A, tiamina e cálcio, que podem resultar em complicações maternas, como, por exemplo, a anemia e fetais como: defeitos defeito no tubo neural, restrição no crescimento intrauterino e prematuridade. Além disso, os obstetras devem ficar alertas ao risco de hérnias internas e isquemia de intestino delgado (MARQUES; MARQUES; MARQUES, 2016; MECHANICK et al, 2013; SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013), bem como às alterações psicológicas que apresentam pelo histórico de CB (LANGARO et al., 2011; SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013).

Oliveira, Madeira e Penna (2011) afirmam que, ao serem “rotuladas” como gestantes de alto risco, essas mulheres sentem-se apavoradas, com medo, ansiedade e sofrimento. Observa-se que, frequentemente, esses sentimentos se entrelaçam entre o prazer da percepção dos movimentos do filho e a dor oriunda das limitações impostas pela condição de risco (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011).

Nesse sentido, o processo de enfrentamento dessa situação para a mãe e/ou filho representa um desafio no que tange aos aspectos emocional e relacional (BRASIL, 2012a). Ademais, estudos apontam para o fato das gestações de alto risco aumentarem as chances do surgimento de sintomas depressivos, ansiosos, além do declínio da qualidade de vida da mulher (KLIEMAN, 2017).

Desse modo, este estudo se justifica pelo hiato existente na literatura em relação aos aspectos psicossociais envolvidos nas gestações com esta particularidade demonstrando a necessidade de investigações sobre o assunto, especialmente com o objetivo de oferecer evidências científicas para o planejamento da atenção pré-natal sob um enfoque multiprofissional. Além disso, a recente implementação da Unidade de Transtornos Endócrino-Metabólicos na Gestação (UTEM) na Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ) que visa criar um modelo de assistência multidisciplinar de atendimento pré-natal às gestantes com desordens endócrino-metabólicas, como no caso de gestantes obesas, diabéticas e com histórico de CB, também ampara este projeto. Nesse caso, o estudo forneceria dados a serem utilizados no planejamento e condução da prática de atenção pré e pós-natal daquela Unidade.

Apesar de todas as particularidades descritas, Marques, Marques e Marques (2016) afirmam que a gestação após a CB é segura, tanto para o seu curso como para o desenvolvimento fetal intrauterino, a despeito da possível desnutrição induzida pelo procedimento. Para isso ocorrer, os autores destacam a qualidade da realização da técnica e da cirurgia aliadas aos acompanhamentos pós-cirúrgico e pré-natal eficientes.

## 1.2 Contextualização da metodologia da pesquisa utilizada

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, com caráter descritivo, exploratório e transversal conduzido com uma amostra não probabilística de gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica (CB) de diferentes regiões brasileiras.

A coleta dos dados foi realizada por meio de uma pesquisa do tipo *survey*, que é um recurso metodológico para obtenção de informações sobre determinadas características de um grupo de pessoas que representarão uma população (FREITAS, OLIVEIRA, SACCOL & MOSCAROLA, 2000).

Inicialmente o estudo seria realizado com a população de gestantes com histórico de CB usuárias dos serviços de atenção pré-natal da UTEM da ME/ UFRJ; entretanto, devido à baixa adesão destas gestantes à participação neste estudo, para viabilizar o estudo, optamos pela busca de grupos na rede social *Facebook*, nos quais participassem mulheres com o perfil da amostra. Tratam-se de grupos de auto-ajuda/ ajuda mútua formados predominantemente por mulheres que realizaram a CB, engravidaram ou desejam engravidar e compartilham as suas próprias experiências.

Desse modo, foram realizadas aplicações virtuais por meio de um link que dava acesso a um questionário elaborado na plataforma *Google Forms*. Após acessar o link da pesquisa e aceitar as condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), requisito obrigatório para a participante prosseguir e responder o questionário virtual, ela respondeu aos seguintes instrumentos de coleta de dados: 1. *Protocolo de Dados Gerais* para identificar o perfil sociodemográfico, psicossocial e dados de saúde física; 2. *Escala Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)* para avaliar a sintomatologia depressiva.

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2017 e novembro de 2018, com a participação total de 247 gestantes, sendo 64 no primeiro trimestre, 84 no segundo trimestre e 99 no terceiro trimestre. Foram incluídas no estudo mulheres que estivessem grávidas e apresentassem histórico de CB, com idade igual ou superior a 18 anos e foram excluídas do estudo mulheres que responderam ao questionário e apesar do histórico de CB, já tivessem tido seus filhos e, portanto, não se tratavam de gestantes.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Elaborar um Protocolo de Atenção à saúde mental com ênfase na sintomatologia depressiva para gestantes com histórico de cirurgia bariátrica, a fim de aprimorar a assistência e promover saúde perinatal para esta população.

### 2.2 Objetivos específicos

- Apresentar a prevalência, os fatores preditores, de risco e de proteção associados à sintomatologia depressiva;
- Sensibilizar os profissionais sobre a importância da identificação precoce dos sintomas da depressão ao longo do período perinatal das gestantes pós CB para a promoção de saúde materno-fetal;
- Elaborar o *Protocolo de Atenção em Saúde Mental de gestantes com histórico de cirurgia bariátrica*;
- Disponibilizar o *Protocolo de Atenção em Saúde Mental de gestantes com histórico de cirurgia bariátrica* no endereço eletrônico da Maternidade Escola da UFRJ.

## 3 REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 Conceito do problema: dificuldade na detecção precoce dos sintomas de depressão em gestantes com histórico de CB

A Cirurgia Bariátrica (CB) se apresenta não só como uma opção eficaz de intervenção preventiva e terapêutica às comorbidades associadas à obesidade, como também proporciona importantes mudanças na fertilidade das mulheres (SACRAMENTO; FERRAZ; RODRIGUES, 2013; SANTO; RICCIPO; CECCONELLO, 2010).

Apesar dos efeitos benéficos da CB, assegurados pela redução ou eliminação dos danos físicos, metabólicos e psíquicos associados à obesidade, é fundamental estar atento às possibilidades de desajustamentos emocionais que podem comprometer tanto a adesão do paciente ao tratamento, como a sua condição de adaptação socioemocional (NASCIMENTO; BEZERRA; ANGELIM, 2013). Em vista disso, nos casos de gravidezes, as questões nutricionais e psicológicas dessas mulheres devem ser monitoradas e avaliadas ao longo do ciclo gravídico-puerperal, devido aos possíveis desfechos negativos que podem acometer o binômio mãe-bebê.

De acordo com Brasil (2012) e Botega e Dias (2006), o período gravídico-puerperal corresponde a fase de maior vulnerabilidade de transtornos mentais para a mulher, sobretudo no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos 30 dias de puerpério; podendo estar relacionado às questões de adaptação à gestação e ao medo da proximidade do parto (RODRIGUES; SCHIARO, 2011; SILVA et al, 2017; BOTEGA et al, 2006).

Nesse sentido, a avaliação de possíveis sintomas psiquiátricos na gestação é fundamental, visto que sua identificação precoce pode reduzir desfechos negativos para a saúde da mãe, para o desenvolvimento do feto, para o trabalho de parto e para a saúde do bebê (BRASIL, 2012; CAMACHO, et al, 2006).

Dados epidemiológicos demonstram que a gestação possui prevalências de transtornos mentais semelhantes ao período pós-parto, apesar de se constatar um maior destaque em relação aos quadros psicológicos do pós-parto, como a depressão pós-parto e a psicose puerperal (BRASIL, 2012; CAMACHO, et al, 2006).

As patologias psiquiátricas mais encontradas na gestação são os transtornos de humor que incluem os quadros depressivos que podem acarretar impactos negativos nos cuidados pré e pós-natais (BRASIL, 2012).

A depressão gestacional tem como principal sintoma o humor depressivo ou a anedonia, mas também pode apresentar alterações no sono e apetite, irritabilidade, diminuição da libido, lentificação psicomotora e ideação suicida impactando negativamente o funcionamento psicossocial da gestante (BRASIL, 2012). Entretanto, deve-se considerar que algumas dessas manifestações tais como cansaço, mudanças no padrão do sono, apetite e libido também podem ser características do período gestacional.

A taxa estimada de prevalência de sintomas de depressão em gestantes com histórico de CB é de 32,8%. Já a prevalência de depressão durante a gravidez de baixo risco em países em desenvolvimento, como o Brasil, encontra-se em torno de 20% (BRASIL, 2012a; PEREIRA; LOVISI, 2008; BENNETT et al, 2004).

Entre os fatores de risco associados à depressão na gravidez temos: antecedentes psiquiátricos, sobretudo histórico de depressão; gravidezes de alto risco; fatores relacionados à pobreza (desemprego, dificuldades financeiras, baixa renda e escolaridade), gravidez indesejada, história de violência doméstica, dependência de álcool, tabaco ou outras drogas e carência de suporte social e emocional (ALMEIDA et al, 2017; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; BRASL, 2012 a; PEREIRA; LOVISI, 2008, KLIEMAN, 2017).

A presença de depressão não tratada na gestação pode acarretar desfechos materno-fetais e obstétricos como: aumento das taxas de abortamento; anormalidades placentárias; hemorragias; prematuridade; sofrimento fetal; déficits no autocuidado; baixo peso ao nascer; pré-eclâmpsia; adesão ao acompanhamento pré-natal; vínculo materno-fetal durante a gravidez e relação mãe-bebê; desenvolvimento psicossocial da criança, além do risco para depressão pós-natal (BRASIL, 2012a; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; CAMACHO et al, 2006; MOLINA; KIELY, 2011; PEREIRA; LOVISI, 2008).

### **3.2 Conceito da estratégia: Rastreamento de risco para a depressão pela equipe multiprofissional e família**

Tendo em vista a elevada prevalência de sintomas de depressão nas gestantes pós CB, propõe-se uma avaliação do comportamento e humor da gestante ao longo do pré-natal, atentando-se aos fatores preditores, de risco e de proteção relacionados a essa condição. Com base nisso, pretende-se que a equipe multiprofissional reconheça precocemente a presença desses sintomas nas gestantes e as encaminhe para os profissionais adequados.

Após pactuar com a equipe envolvida na assistência perinatal sensibilizando-a para essa condição de sofrimento psíquico e para a inclusão da participação dos familiares que estão no convívio direto com essas mulheres para observar possíveis alterações de comportamento e humor, tendo em vista que, em muitos casos, é difícil para própria a gestante reconhecer e pedir ajuda.

O ideal seria que em todas as instituições o cuidado com a saúde mental das gestantes com histórico de CB, por meio da disponibilidade de psicólogos e psiquiatras, que integrassem a assistência perinatal. Entretanto, esse cenário se torna pouco viável, tendo em vista a realidade da saúde pública brasileira. Assim sendo, uma maneira de minimizar os danos à saúde da mãe, do bebê e os desfechos negativos, seria implicar todos os atores envolvidos neste processo. O Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de CB seria um instrumento útil para melhorar esse processo.

### **3.3 Ambiente organizacional: A Maternidade e o cuidado do binômio**

A Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ) disponibiliza seus protocolos assistências em seu *site*, além de publicação impressa dos mesmos. Desse modo, esta instituição poderia disponibilizar o Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de CB online e com isso informar e sensibilizar as próprias mulheres, seus familiares e/ou equipe de saúde envolvida na promoção de saúde perinatal.

### **3.4 Criação do Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de CB**

Este projeto tem como objetivo criar o **Protocolo de Atenção em Saúde Mental de gestantes com histórico de Cirurgia Bariátrica** de fácil visualização e simples orientação voltada aos profissionais da saúde, familiares e para as próprias gestantes por meio da divulgação do mesmo no endereço eletrônico da ME/UFRJ.

A metodologia utilizada para a criação do Protocolo foi o Planejamento Estratégico Situacional que será apresentada com os seus percursos e desdobramentos.

#### 3.4.1 Conceito de Planejamento Estratégico Situacional

Planejamento corresponde ao cálculo que precede e preside a ação frente a um problema. Ele incorpora aspectos gerenciais, organizacionais, com ênfase no momento tático- operacional do plano (ARTMAN, 2000).

Os métodos tradicionais de planejamento foram difundidos na América Latina a partir da década de 50 e estavam pautados em projeções para o futuro baseadas em diagnósticos do passado e, portanto, se apresentavam de modo estático e acabado. Além disso, havia um distanciamento entre a equipe de planejamento e a de execução da ação, fazendo com que ou plano ficasse esquecido ou desatualizado assim que fosse posto em prática. Essas particularidades tornavam o planejamento tradicional pouco eficiente para solucionar problemas complexos (IIDA, 1993, p.115).

Tendo em vista essas dificuldades, na década de 70, Carlos Matus idealizou o Planejamento Estratégico Situacional – PES, a partir da sua vivência como ministro da Economia do governo chileno e da observação de outras experiências de planejamento da América Latina que não obtiveram sucesso (ARTMAN, 2000).

Trata-se de um método de planejamento para problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução conhecida (ARTMAN, 2000; IIDA, 1993). Para Matus, apud Artman (1993), “um problema suscita à ação: é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade” (p.4), ou seja, ele não será realizado por completo, mas sim produzirá efeitos positivos em uma determinada realidade. Nesse contexto surgiu o PES. Ele é flexível e adaptável às modificações da situações-problema, uma vez que aproxima a parte responsável pelo planejamento com a parte da execução da ação (IIDA, 1993). Desse modo, o PES se destaca por sua plasticidade e aposta estratégica, já que visa transformar um problema de alta complexidade em outro de menor dificuldade e, portanto, capaz de ser resolvido ou amenizado (HUERTAS, 1993; IIDA, 1993).

De acordo com Iida (1993), o PES se assemelha a um jogo de xadrez um jogador deve jogar com o outro e nenhum deles é destacado. Antes de cada jogada deve ser realizada uma análise situacional para efetuar a jogada mais adequada para o momento, tendo em vista o objetivo final. É importante destacar, que o prosseguimento do jogo depende de ambas as partes, sendo uma fundamental para a ação e reação da outra. Desse modo, as atuações dos atores sociais envolvidos serão balizadas pelo PES, mas estarão abertas a alterações de acordo com as necessidades do momento.

Por tudo isso, o Protocolo pretende nortear os profissionais da saúde no que tange à saúde mental das gestantes com histórico de CB, aumentando o seu olhar para a prática e saber clínicos. Seja encaminhando as pacientes aos profissionais adequados quando necessário, acolhendo e incluindo os familiares envolvidos, ou mesmo adaptando condutas a essa condição de sofrimento da mulher, faz-se necessário uma adequação do profissional à singularidade das demandas de cada paciente.

## 4 ANÁLISE DOS PROBLEMAS

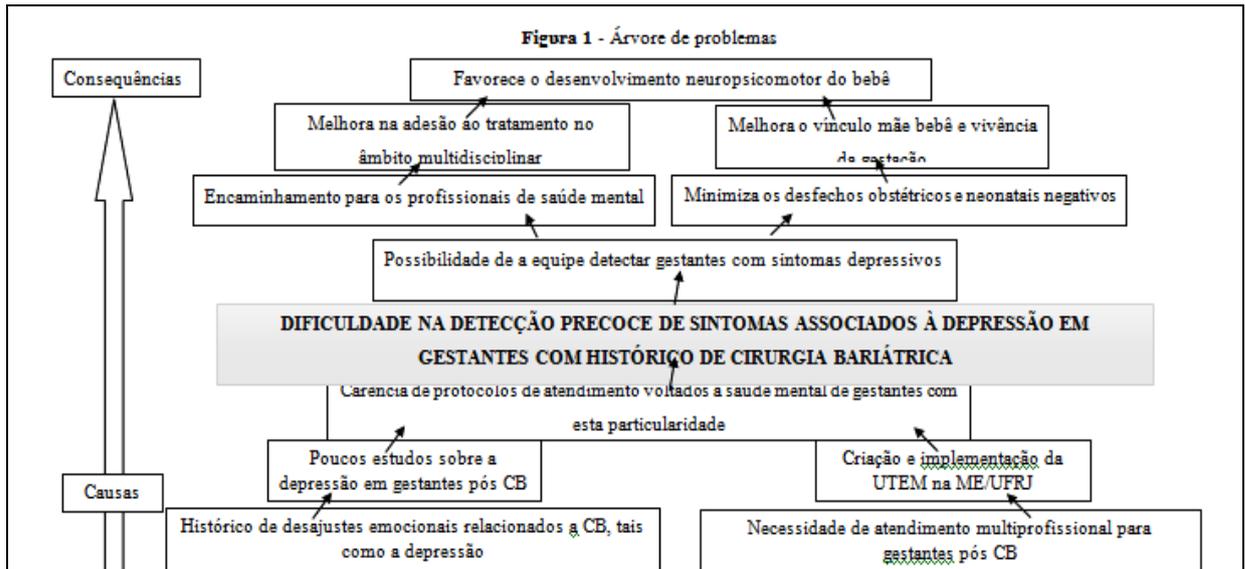
### 4.1 Árvore de problemas

A árvore de problemas é “uma versão resumida do fluxograma situacional” (IIDA, 1993; p.120) que explica de forma gráfica (IIDA, 1993) as causas e consequências de um problema central (SOUZA, 2010). Para elaborá-lo é essencial pormenorizar e descrever o problema em frases curtas que serão denominadas como descritores. Para avaliar se os descritores foram bem formulados, devemos retirar a carga negativa deles e em seguida nos perguntar se o problema seria resolvido. Com base nos descritores será construído o fluxograma situacional (IIDA, 1993).

Nesse sentido, adotamos os seguintes descritores: riscos psicológicos relacionados ao pós-operatório da CB e da gestação; ausência de evidências científicas associadas à gestação pós CB; necessidade de atenção à saúde mental dessas mulheres. Assim, com base no problema situacional “dificuldade na detecção precoce dos sintomas de depressão em gestantes com histórico de CB” e seus respectivos descritores “riscos psicológicos relacionados ao pós-operatório da CB e da gestação; ausência de evidências científicas associadas à gestação pós CB; necessidade de atenção à saúde mental dessas mulheres” construímos a árvore de problemas. Essa será capaz de demonstrar graficamente a relação entre suas causas e consequências do problema, possibilitando as melhores “jogadas” dos atores envolvidos, neste caso os profissionais da saúde, para promover a saúde mental das gestantes pós CB.

### 4.2 Árvore de problemas do projeto aplicativo proposto

A árvore de problemas, ilustrada pela Figura 1, foi construída para o presente estudo e apresenta como problema “A dificuldade na detecção precoce dos sintomas de depressão em gestantes com histórico de CB”.



## 5 ATORES SOCIAIS

### 5.1 Conceito

De acordo com o método PES, os atores sociais constituem os autores e sujeitos da execução da estratégia e devem ser compreendidos no contexto político, social e/ou econômico (HUERTAS, 1996). As percepções da realidade desses atores serão fundamentais para apoiar ou resistir às mudanças propostas pelo plano de ação e suas operações, visto que detêm algum tipo de controle sobre os recursos (IIDA, 1993).

### 5.2 Matriz de Identificação e Relevância dos Atores

**Quadro 1 – Matriz de identificação e relevância dos atores sociais**

Ator social	Valor	Interesse
A1 – Mestranda	Alto	+
A2- Orientadora	Alto	+
A3 – Equipe do Laboratório de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Desenvolvimento e Saúde (LEPIDS) – estagiárias e bolsistas	Alto	+
A4 – Equipe multidisciplinar da UTEM	Alto	+
A5 - Chefia da UTEM	Alto	+
A6 – Direção da ME/UFRJ	Alto	+
A7- Familiares das gestantes	Alto	+

## 6 PLANO DE AÇÃO

Trata-se do caminho que construímos para promover a solução de um problema, após a análise situacional e seleção dos nós críticos do problema, isto é, as saídas que satisfazem o problema. A situação-objetivo passa a ser o alvo a ser atingido (ARTMAN, 2000).

Dado que o PES é mutável e flexível, é importante destacar que as operações apresentadas podem ser alteradas a qualquer momento, caso seja necessário.

### 6.1 Apresentação das operações e ações estratégicas

Para atuar sobre o problema, elaboram-se algumas operações que correspondem a ações capazes de produzir um impacto positivo sobre o descritor (IIDA, 1993).

Este projeto aplicativo possui as seguintes operações (Op):

**Op1**–Realizar uma roda de conversa para apresentar os dados da pesquisa, especialmente do perfil sociodemográfico, psicossocial e de saúde mental (sintomatologia de depressão) para a equipe multiprofissional da UTEM;

**Op3** - Elaborar uma versão inicial do Protocolo e apresentar à direção clínica do Serviço pré-natal e o responsável pela equipe da UTEM para sugestões e possíveis adequações do material;

**Op4** - Solicitar ao Setor de multimídia da ME/UFRJ para elaborar uma versão-teste do Protocolo a ser usada temporariamente pelo Serviço da UTEM;

**Op 5**- Realizar nova reunião com a equipe da UTEM para realizar os últimos ajustes para a versão final do Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de CB a ser disponibilizado no endereço eletrônico da ME/UFRJ, para profissionais, estudantes e usuárias interessadas no assunto.

Abaixo serão ilustradas as ações estratégicas, que terão como base as operações, que pretendem solucionar o problema visando, sobretudo, reduzir o subdiagnóstico de depressão em gestantes com histórico de CB.

#### Quadro 2 –Plano de ação - 1ª ação estratégica

##### Apresentação dos dados relacionados à sintomas de depressão nas gestantes com histórico de cirurgia bariátrica

Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Financeiro	Organizativo	Poder	Material				
<b>1ª Operação</b>										
Realizar uma roda de conversa com a equipe multiprofissional da UTEM para apresentar os dados da pesquisa, especialmente do perfil sociodemográfico, psicossocial e de saúde mental das gestantes	Tempo disponível  Coincidência dos diferentes horários dos profissionais  Local para a realização do encontro	Colaboração da equipe  Equipe motivada  Unidade de ensino em que essas propostas têm boa aceitação	Próprios	Reunião com a coordenação do serviço, direção da Unidade e chefia do ambulatório	Chefia do serviço e da equipe	Canetas, papel, gravador e espaço físico	02 meses	Andréa Rocha  Profa. Ana Cunha	Avaliar através da participação e colaboração dos profissionais envolvidos na roda de conversa	Coletar 100% das sugestões dos profissionais e da chefia do setor tendo em vista a importância da sua construção coletiva do instrumento.

#### Quadro 3 - Plano de ação - 2ª ação estratégica

##### Elaboração do Protocolo de Atenção a Saúde Mental das gestantes com histórico de CB

Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma
			Financeiro	Organizativo	Poder	Material	
<b>1ª Operação</b>							
Elaborar uma versão inicial do Protocolo e apresentar ao responsável pela equipe da UTEM e à direção clínica do Serviço pré-natal e para sugestões e possíveis adequações do material	Reunião de todos as informações encontradas	Informações reunidas a partir da literatura, dados obtidos pela pesquisa e sugestões da equipe e direção  Qualificação profissional	Próprios	Tempo disponível	Própria e do orientador	Computador, canetas e papel	02 meses

<b>Quadro 4 - Plano de ação - 3ª ação estratégica</b>										
<b>Disponibilizar e avaliar o Protocolo para facilitar o diagnóstico precoce da depressão gestacional nas gestantes com histórico de CB</b>										
Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
			Financeiro	Organizativo	Poder	Material				
<u>1ª</u> Operação										
Solicitar ao Setor de multimídia da ME/UFRJ para elaborar uma versão-teste do Protocolo a ser usada temporariamente pelo Serviço da UTEM	Tempo disponível  Coincidência de horários dos profissionais no horário de serviço	Versão do Protocolo online, alcançado um grande número de pessoas e baixo custo	Institucional	Reunião com os profissionais de informática da ME	Direção da ME e chefia do serviço de informática	Computador e rede de internet	02 meses	Profissional da informática	Protocolo disponível no endereço eletrônico da ME no prazo previamente pactuado	Coletar 100% da avaliação dos profissionais do setor que irão utilizar este novo instrumento
<u>2ª</u> Operação:										
Realizar nova reunião com a chefia da UTEM para realizar os últimos ajustes para a versão final do Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de CB a ser disponibilizado no endereço eletrônico da ME/UFRJ, para profissionais, estudantes e usuárias interessadas no assunto	Escrita clara e resumida do material que será disponibilizado  Tempo disponível e coincidência de horários dos profissionais no horário de serviço  Local para a realização do encontro	Informações reunidas a partir da literatura  Qualificação profissional	Próprio e Institucional	Tempo disponível da chefia, equipe e responsável pela informática	Própria do orientador, Chefia da UTEM e informática	Computador e rede de internet	02 meses	Andréa Rocha  Profa. Ana Cunha	Participação e colaboração da chefia da UTEM e direção da ME	Coletar 100% da avaliação dos profissionais do setor que irão utilizar este novo instrumento
<b>7 PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE GESTANTES COM HISTÓRICO DE CIRURGIA BARIÁTRICA</b>										
<b>Dados da depressão na gestação</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>O período gravídico-puerperal corresponde a fase de maior vulnerabilidade de transtornos mentais para a mulher.</li> </ul>										

- O primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos 30 dias de puerpério correspondem a maior vulnerabilidade, pois podem estar relacionados às questões de adaptação à gestação e ao medo da proximidade do parto, respectivamente.
- O principal sintoma é o humor depressivo ou a anedonia, mas também pode apresentar alterações no sono e apetite, irritabilidade, diminuição da libido, lentificação psicomotora e ideação suicida, impactando negativamente o funcionamento psicossocial da gestante.
- Entre os fatores de risco relacionados à depressão na gravidez temos: antecedentes psiquiátricos, sobretudo histórico de depressão; gravidezes de alto risco; fatores relacionados à pobreza (desemprego, dificuldades financeiras, baixa renda e escolaridade), gravidez indesejada, história de violência doméstica, dependência de álcool, tabaco ou outras drogas e carência de suporte social e emocional.
- A prevalência de depressão durante a gravidez de baixo risco em países em desenvolvimento, como o Brasil, encontra-se em torno de 20%.

#### **Prevalência da sintomatologia depressiva na gestação após a CB**

- A prevalência estimada da sintomatologia depressiva gestacional em mulheres com histórico de CB foi de 32,8%.
- O ponto de corte considerado foi de  $\geq 14$  (nível de sintomatologia depressiva moderada pela *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS – 21)
- A média dos escores foi de  $M=11,4$ , com desvio-padrão de  $DP=11,5$  e amplitude de variação de  $A.V=0-42$ .

#### **Fatores de risco associados a sintomatologia depressiva na gestação com histórico de CB**

- Estado civil - mulheres solteiras ou não casadas.
- Gestação não planejada.
- Gestação não desejada.
- Vivência de algum constrangimento na gestação pelo histórico de CB – seja por parte de familiares, de amigos, de colegas de trabalho ou da equipe médica.

#### **Fatores preditores da sintomatologia depressiva em gestação com histórico de CB**

- Estado civil - mulheres solteiras ou não casadas com histórico de CB têm 3,4 vezes mais chances de terem sintomas depressivos que mulheres casadas.
- Gestantes com histórico psiquiátrico apresentam 2,7 vezes mais chances de apresentarem esses sintomas.

#### **Fatores de proteção da sintomatologia depressiva em gestação com histórico de CB**

- Gestação planejada – mulheres que planejam a gestação apresentam menos riscos de desencadearem a sintomatologia.
- Gestação desejada – mulheres que desejam a gestação apresentam menos riscos de desencadearem a sintomatologia.

#### **Estratégias para a prevenção da depressão em gestantes com histórico de CB**

- Investigar a presença de fatores de risco da gestante ao longo do acompanhamento pré-natal.
- Observar possíveis alterações de humor e/ou comportamento da gestante.
- Sensibilizar os familiares a essa condição da gestante, quando for o caso.
- Se necessário, encaminhar a paciente para o psicólogo ou psiquiatra da instituição para avaliação e tratamento.

Conclui-se que a avaliação das possíveis manifestações psiquiátricas na gestação com CB é fundamental, já que o rastreio, diagnóstico e tratamento precoces podem minimizar o impacto dessas condições, tanto para a saúde da mãe quanto para a saúde do filho. O conhecimento dos fatores de riscos associados à gravidez com CB permite planejar uma intervenção específica que previna os desfechos negativos associados ao binômio mãe-bebê. Para tal, a equipe multiprofissional deve estar preparada, visto que grande parte destas gestantes não terá contato direto com psicólogos ou psiquiatras ao longo do seu pré-natal. Ao se considerar os transtornos mentais obstétricos, as graves consequências à saúde materno-fetal e o subdiagnóstico destes transtornos neste período, incluir a avaliação da saúde mental dessas gestantes pela equipe corresponderia a ações de promoção de saúde para gestantes e seus familiares.

#### **LEITURA SUGERIDA**

ALMEIDA, M. S.; et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, n. 2, p. p.385-393, fev., 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. **DSM-5**, 5 ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2013

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v 7, n 1, p. 39-48, jan./jun., 2006.

BENNET, H. A.; et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstetrics & Gynecology**., v. 103, n. 4, p. 698-709, 2004.

BOTEGA, N. J.; DIAS, M. K. Gravidez e puerpério. In: BOTEGA, N. J (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2ª ed. Porto Alegre: 2006, p. 341-354.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v 35, n 4, p. 144- 53, 2008.

## 8 RESULTADOS ESPERADOS

Diante do cenário de superior prevalência da sintomatologia depressiva nas gestantes com histórico de CB, quando comparadas às gestantes de baixo risco, destaca-se a importância de o controle psicológico da mulher grávida estar vinculado à consulta pré-natal.

Espera-se que este Protocolo de Atenção à Saúde Mental de gestantes com histórico de CB sensibilize os profissionais da saúde e as famílias das gestantes a ampliarem o olhar diante dessa forma de sofrimento psíquico dessa população.

Ao se considerar os transtornos mentais obstétricos, as graves consequências à saúde materno-fetal e o subdiagnóstico destes transtornos neste período, os resultados deste estudo mostram a relevância da identificação do perfil psicológico das gestantes com CB a fim de subsidiar a atenção multiprofissional dessas gestantes e proporcionar uma perspectiva biopsicossocial de cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. S.; et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n 2, p.385-393, fev., 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. **DSM-5**, 5 ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2013.

ARTMAN, E. Planejamento Estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multifatorial. **Cadernos da Oficina Social**, 2000.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v 7, n 1, p. 39-48, jan./jun., 2006.

BENNET, H. A.; et al., Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstetrics & Gynecology**, v 103, n 4, p. 698-709, abr., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMACHO, R. S.; et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v 33, n 2, p.92-102, 2006.

HUERTAS, F. El método PES. Entrevista a Carlos Matus. Fondo Editorial Attadir, Caracas, 1996.

KLIEMANN, A. **Sintomas depressivos na gestação: fatores de risco e de proteção em gestantes de alto risco.** 2017. 208f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, 2017.

LANGARO, F.; et al. Características de personalidade de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 71-79, 2011.

MOLINA, K. M.; KIELY, M. Understanding depressive symptoms among high-risk, pregnant, African-American women. **Womens Health**, v 21, n 4, p. 293- 303. 2011.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v 35, n 4, p. 144- 53, 2008.

SACRAMENTO, L. S.; FERRAZ, L. G. F; RODRIGUES, A. S. Atenção à Saúde da Gestante Pós- Cirurgia Bariátrica. **Revista eletrônica Estácio saúde**, v 2, n 2: p. 47-60, 2013.

SANTO, M. A.; RICCIOPO, D.; CECCONELLO, I. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: implicações gestacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v 56, n 6, p 616-619, 2010.

VIGNOLA, R.C; TUCCI, A. M. Adaption and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v 155, p 104-109, fev., 2014.

**ANEXO A - Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ**



MATERIDADE-ESCOLA-DA  
UNIVERSIDADE-FEDERAL-DO  
RIO-DE-JANEIRO/ME-UFRJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Trajetórias desenvolvimentais da gravidez à infância: práticas clínicas em contextos de vulnerabilidade ao desenvolvimento e saúde

**Pesquisador:** Ana Cristina Barros da Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54895216.3.0000.5275

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Patrocinador Principal:** FUN CARLOS CHAGAS F. DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – FAPERJ

**DADOS DO PARECER Número do Parecer:** 1.792.522

**Apresentação do Projeto:**

Considerando condições de risco à saúde e ao desenvolvimento como fatores estressores responsáveis por acarretar maior vulnerabilidade física e psicológica, exigindo estratégias de enfrentamento (coping) mais resilientes, o presente projeto apresenta uma proposta de pesquisa-intervenção no campo da Psicologia Pediátrica e Perinatal, em consonância com estudos anteriores conduzidos por mim desde 2010, quando ingressei como pesquisadora na Maternidade-Escola/UFRJ (ME\UFRJ). O objetivo geral do projeto será investigar possíveis associações entre variáveis moderadoras e mediadoras do enfrentamento do estresse em populações sob condições de vulnerabilidade física no contexto hospitalar a fim de propor estratégias de prevenção aos riscos e de promoção do desenvolvimento e saúde

**Objetivo da Pesquisa:**

Com interesse no estudo de novas possibilidades de avaliação (medida de biomarcadores, autorregulação e otimismo) e intervenção (mindfulness e acupuntura) psicológicas na área da Saúde Materno-infantil e em consonância com estudos anteriores realizados desde meu ingresso no GT Psicologia Pediátrica em 2008 e na Maternidade-Escola da UFRJ, a proposta geral desse projeto será investigar variáveis moderadoras e mediadoras do enfrentamento do estresse a fim de propor medidas de prevenção aos riscos e de intervenção/promoção do desenvolvimento e saúde em populações sob condição de vulnerabilidade física no contexto hospitalar, desde mulheres e casais que vivenciam uma gravidez de risco até profissionais de saúde que lidam com condições de risco à gravidez e ao nascimento, e seus consequentes estressores. Em linhas gerais, tais medidas serão planejadas com base na avaliação, identificação e análise de indicadores emocionais e de estratégias de enfrentamento do estresse, buscando estudar variáveis relacionadas a esse enfrentamento, como a autorregulação, o otimismo, dentre outros, que afetam a forma como as pessoas enfrentam situações de vulnerabilidade física e psicológica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os procedimentos a serem realizados apresentam riscos mínimos para os participantes na medida que será oferecido a eles local apropriado no momento da coleta de dados para que se sintam confortáveis e motivados no momento da avaliação e da intervenção. As pesquisas realizadas neste projeto poderão trazer benefícios para os participantes, assim como para o serviço público de saúde, particularmente da Maternidade-Escola da UFRJ, na medida em que se espera que os tratamentos propostos (terapias complementares) apresentem resposta de redução significativa de níveis de ansiedade, estresse e depressão no grupo estudado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um projeto bem elaborado, com metodologia compatível com o desenho da pesquisa. A pesquisa não infringe a ética e apresenta pequeno risco para os participantes.

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

Os termos apresentados no projeto estão corretos. Nenhum termo adicional foi necessário para a emenda proposta.

**Recomendações:**

Aprovação do projeto.

Continuação do Parecer: 1.792.522

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

Não há inadequações relacionadas ao aspecto ético.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_814216 E1.pdf	21/10/2016 20:46:09	
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	03/04/2016 10:16:26	Ana Cristina Barros da Cunha
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAnaCunha.pdf	02/04/2016 12:40:48	Ana Cristina Barros da Cunha
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CV_Ana_Cunha.pdf	31/03/2016 01:10:19	Ana Cristina Barros da Cunha
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Livre_Consentimento.pdf	31/03/2016 01:03:06	Ana Cristina Barros da Cunha

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de outubro de 2016

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Ivo Basílio da Costa Júnior**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180

**Bairro:** Laranjeiras

**CEP:** 22.240-003

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2556-9747

**Fax:** (21)2205-9064

**E-mail:** cep@me.ufrj.br