UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JERSSICA RENALLY DE ARAÚJO SILVA

PESO AO NASCER E FATORES RELACIONADOS AO PERÍODO GESTACIONAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

CAMPINA GRANDE
2024

JERSSICA RENALLY DE ARAÚJO SILVA

PESO AO NASCER E FATORES RELACIONADOS AO PERÍODO GESTACIONAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde da Mulher.

Orientador(a): Prof. Dr. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira.

CAMPINA GRANDE - PB
2024

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa comoeletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586p Silva,Jerssica Renally de Araujo.
Peso ao nascer e fatores relacionados ao período gestacional [manuscrito]:um estudo transversal em hospital de referência / Jerssica Renally de Araujo Silva. - 2024.
28p.:il.colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.
"Orientação : Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS. "

1.Pesoaonascer.2.Saúdematerno-infantil.
3.Saúde pública . 4. Puérperas. I. Título

21.ed.CDD610.73

Elaborada por Pfeyffemberg de M. Guimarães - CRB - 15/1020 BC/UEPB
15/1020

JERSSICA RENALLY DE ARAÚJO SILVA

PESO AO NASCER E FATORES RELACIONADOS AO PERÍODO GESTACIONAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde da Mulher.

Aprovado(a) em: 13/06/2024.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Ana carolina Dantas Rocha Cerqueira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Profª. Dra. Michelinne Oliveira Machado Dutra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Profª. Dra. Rosilene Santos Baptista
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**.....	5
2	**METODOLOGIA**.....	8
3	**RESULTADOS**.....	9
4	**DISCUSSÕES**.....	14
5	**CONCLUSÃO**	16
	REFERÊNCIAS.....	17
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	20
	APÊNDICE B – Questionário de Caracterização dos Participantes	23
	ANEXO A - SRQ 20 - Self Report Questionnaire.....	24
	ANEXO B – Parecer de aprovação da pesquisa.....	26

PESO AO NASCER E FATORES RELACIONADOS AO PERÍODO GESTACIONAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

BIRTH WEIGHT AND FACTORS RELATED TO THE GESTATIONAL PERIOD: A CROSS-CROSS STUDY IN A REFERENCE HOSPITAL

Jerssica Renally De Araújo Silva[1*]

RESUMO

Introdução: O peso ao nascer tem sido considerado o parâmetro de maior importância no processo saúde-doença durante a infância e na idade adulta e constitui um parâmetro fundamental para avaliar as condições intrauterinas a que o bebê foi exposto durante o seu desenvolvimento. **Objetivo:** Conhecer o perfil do peso ao nascer e avaliar fatores gestacionais relacionados, em um hospital de referência em assistência ao parto do município do Campina Grande, Paraíba. **Método:** Trata-se de estudo transversal e quantitativo conduzido em um Hospital Geral da Paraíba. A população do estudo foi de 229 mulheres no puerpério imediato, ou seja, durante as primeiras 8 a 48 horas do pós parto das mulheres. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista individual, e consulta ao prontuário, utilizando um instrumento de coleta contendo informações demográficas, socioeconômicas, clínico-obstétricas, da assistência pré-natal e características comportamentais relacionadas a saúde das puérperas**. Resultados:** Verificou-se 90,4% de peso normal, 2,2% de baixo peso ou peso insuficiente e 7,4% de excesso de peso. Analisando a distribuição do peso ao nascer de acordo com as variáveis preditoras, mostraram-se associadas ao desfecho as variáveis número de filhos, gestação planejada e a via de parto. **Conclusão:** Nove virgula seis porcento dos nascidos no período analisado apresentaram peso inadequado ao nascer, seja excessivo ou baixo. Esse quadro, além de comprometer a saúde individual dos bebês, impacta significativamente os índices de morbimortalidade neonatal.

Palavras-chave: peso ao nascer; saúde materno-infantil; saúde pública; puérperas.

[1*] Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campus I, Campina Grande - PB. Email: enf.jerssica@gmail.com. Currículo Lattes: **https://lattes.cnpq.br/5419619729670624**

ABSTRACT

Introduction: Birth weight has been considered the most important parameter in the health-disease process during childhood and adulthood and is an important marker of intrauterine conditions in which the child was submitted during the gestational period. **Objective:** To evaluate gestational factors related to birth weight in a reference hospital in childbirth care in the city of Campina Grande, Paraíba. **Method:** This is a cross-sectional and quantitative study to be conducted at CLIPSI - Hospital Geral de Campina Grande/ PB. The study population will be composed of 229 women who are in the immediate postpartum period in Joint Housing. Data collection will be performed in a hospital environment through individual interview, during the first 8 to 48 hours of postpartum women, and consultation of the medical record, using an instrument of collection containing demographic, socioeconomic, clinicalprenatal care and behavioral characteristics related to the health of postpartum women. The outcome variable of the study will be birth weight. The research for involving human beings, will be submitted to the Research Ethics Committee of the State University of Paraíba, respecting principles of rights and duties of the Code of Ethics of Nursing and resolution 466/2012 of the National Health Council. **Results:** Therefore, 90.4%, 2.2% and 7.4% were normal weight, underweight or insufficient weight and overweight, respectively. Analyzing the distribution of birth weight according to the predictor variables, the variables number of children, planned pregnancy and method of delivery were associated with the outcome. **Conclusion:** Therefore, a worrying scenario emerged: 9.6% of those born in the analyzed period had inadequate birth weight, whether excessive or low. This reinforces the need for a healthier reality among newborns and postpartum women, it is necessary to optimize prenatal care, combat violence and humanize care.

Keywords: birth weight; maternal and child health; public health; puerperal women.

1 INTRODUÇÃO

O peso ao nascer é um importante marcador das condições intrauterinas em que a criança foi submetida durante o período gestacional e também é o fator individual de maior influência na saúde e sobrevivência da criança recém-nascida (Viana *et al*., 2013). O período do desenvolvimento intrauterino consiste em um dos mais vulneráveis no ciclo de vida, com uma profunda e duradoura influência no crescimento subsequente, todavia, sua avaliação é complexa. Desta forma, o peso ao nascer pode ser utilizado como parâmetro indireto para avaliar as condições de saúde do recém-nascido, vez que consegue resumir as condições gestacionais e a evolução durante o período fetal e é, isoladamente, o principal fator associado ao risco de morte no período neonatal (Ramalho *et al., 2*020).

Segundo Tourinho; Reis (2012, p)

> Esse indicador de saúde geral e nutricional pode evidenciar a influência de variáveis ambientais sobre os fatores genéticos individuais, como as de caráter social, cultural, econômico, que variam de uma população para a outra.

Desvios no peso ao nascer, sejam eles para o aumento do peso ou para o retardo de crescimento, estão relacionados com o aumento da morbimortalidade infantil e devem ser avaliados precocemente. Com a identificação de crescimento anormal para aquela população, estratégias de terapia antes ou imediatamente após o nascimento podem ser traçadas, reduzindo a morbimortalidade perinatal e o retardo físico e mental do recém-nascido (Tourinho; Reis, 2012).

O peso ao nascer é a primeira medida de peso do recém-nascido obtida logo após o nascimento. De acordo com o peso ao nascer, os recém-nascidos são classificados em: baixo peso ao nascer: menor que 2.500 g; muito baixo peso ao nascer: menor que 1.500 g; extremo baixo peso ao nascer: menor que 1.000 g (Brasil, 2016), sendo a categoria de peso entre 3.000 e 3.999 gramas a considerada a mais favorável, por representar um fator de proteção à mortalidade infantil (Barbas *et al*., 2001).

Os principais responsáveis pela condição do baixo peso ao nascer são: o retardo do crescimento intrauterino (RCIU) e a prematuridade, ou seja, idade gestacional inferior a 37 semanas. Além desses principais fatores a literatura também destaca partos múltiplos, hipertensão arterial, baixo índice de massa corporal e baixa estatura materna, tabagismo e baixo ganho de peso durante a gravidez, primiparidade, anomalias congênitas e fatores genéticos (Capelli *et al*., 2020).

No outro extremo, para a gestação de um feto macrossômico, tem-se como principal fator de risco, o diabetes mellitus, seja ele gestacional ou pré-gestacional. Além disso, idade materna superior a 35 anos, multiparidade, pós-datismo, obesidade materna prévia e ganho ponderal excessivo durante a gestação também estão associados com fetos grandes para idade gestacional, sendo a prevalência de macrossomia de cerca de 5% da população geral. Já entre mães diabéticas esses valores variam entre 15 a 25%, podendo chegar até a 48%. Geralmente, esse crescimento exacerbado é maior em mães diabéticas com perfil glicêmico pouco controlado, em função da maior oferta de nutrientes ao feto (Kerche *et al*., 2005).

A macrossomia fetal (> 4.000g) é relacionada à asfixia neonatal, maior risco de hipoglicemia fetal, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, desproporção feto- pélvica, traumas esqueléticos, distúrbios hidroeletrolíticos, aspiração de mecônio, entre outros. Não obstante um dos principais fatores de risco para a morte neonatal é o baixo peso ao nascer (BPN), especialmente abaixo de 2500g (Tourinho; Reis, 2012).

A prevalência global de baixo peso ao nascer é de 15,5%, o que significa que cerca de 20,6 milhões de crianças nascem todos os anos com este tipo de condição, sendo 96,5% delas em países em desenvolvimento. Nascer com baixo peso geralmente reconhecido como uma desvantagem para a criança, já que estão em maior risco de retardo de crescimento precoce, doenças infecciosas, atraso no desenvolvimento e morte durante a infância (WHO, 2011).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), incluindo apenas crianças menores de 24 meses de vida apontam que a prevalência de baixo peso ao nascer no Brasil foi de 6,1% e que os fatores de risco identificados foram sexo feminino, residir nas macrorregiões Sul e Sudeste e ser filho de mães com baixa escolaridade ou tabagistas. Houve mudanças no perfil do baixo peso ao nascer, com maior prevalência em regiões mais desenvolvidas economicamente, refletindo a transição epidemiológica perinatal, caracterizada por mudanças nos padrões de assistência ao parto e incorporação dos avanços

tecnológicos na assistência perinatal, além de fatores de risco biológicos conhecidos associados à pobreza e à desinformação (PNDS, 2006).

No Brasil, no ano de 2012, o BPN foi estimado em 8,5% de todos os nascimentos, apresentando pequenas variações por região, de 9,2% na região Sudeste 12 a 7,5% na região Norte (Brasil, 2014). Ademais, revisão sistemática da literatura sobre o baixo peso ao nascer no Brasil, considerando os estudos que utilizaram a base de dados do sistema de informações sobre nascidos vivos como fonte de informação ao analisar 20 artigos transversais sobre o baixo peso ao nascer e três de tendência secular evidencia que a maioria dos estudos foram desenvolvidos em âmbito municipal, listando 15 variáveis associadas ao baixo peso ao nascer, sendo as mais citadas: idade materna, número de consultas de pré-natal, sexo da criança, duração da gestação e escolaridade da mãe, e, mostrando uma ampla variação nos valores de prevalência do baixo peso, entre 5,6 e 10,6%, não atingindo o patamar considerado como problema de saúde pública (15%) (Pedraza, 2014).

Não obstante, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014) no geral, estima-se que 15% a 20% de todos os nascimentos no mundo são de baixo peso, representando mais de 20 milhões de nascimentos por ano. Em 2012, Assembleia Mundial da Saúde aprovou um plano de implementação abrangente para a saúde materna, infantil e nutrição infantil, que especificou seis metas globais de nutrição para 2025, sendo a terceira meta a redução de 30% no baixo peso ao nascer. Isto se traduziria em uma redução relativa de 3% por ano entre 2012 e 2025 e uma redução de aproximadamente 20 milhões a cerca de 14 milhões de crianças com baixo peso ao nascer (WHO, 2014).

O crescente aumento da disponibilidade e utilização do cuidado pré-natal têm sido associados à melhoria do bem-estar da mãe e da criança e consequente redução de resultados perinatais adversos, sendo, neste contexto, o peso ao nascer um dos indicadores de resultado mais estudados, pois, além de ser o principal determinante da mortalidade infantil, é uma medida obtida com facilidade e confiança a partir de registros de nascimentos (Silveira; Santos, 2004; Pedraza; Rocha; Cardoso, 2013).

Os recém-nascidos de baixo peso apresentam prematuridade e/ou retardo do crescimento intrauterino (RCIU), sendo que os pré-termos são associados mais frequentemente a fatores biológicos maternos e o RCIU, a fatores socioeconômicos. Não há, entretanto, uma linha divisória clara entre estes fatores, uma vez que fatores socioeconômicos podem ser mediados pelos fatores biológicos maternos e cuidados pré-natais, assim como a presença de doenças pode afetar a situação socioeconômica. Ademais, as políticas sociais e a descentralização de serviços de saúde também são fatores relevantes, pois podem reduzir os efeitos da desigualdade da saúde (Minamisawa, 2004).

Neste contexto, considerando que o peso ao nascer constitui um importante indicador da saúde da população por refletir as condições sociais, econômicas e ambientais às quais a mulher se encontra durante o período de gestação (Capelli *et al*., 2014), e, que possui estreita relação com problemas de desenvolvimento na infância e doenças na vida adulta, dada a importância desse indicador (Viana *et al*., 2013), o objetivo deste estudo foi investigar os fatores envolvidos na sua determinação.

A identificação de fatores relacionados ao peso ao nascer da população de puérperas atendidas pelo SUS é fundamental para garantir a discussão de políticas e ações em saúde pública, voltadas para manter os esforços no cuidado e atenção à saúde no período pré-natal. É fundamental analisar os principais fatores

demográficos, socioeconômicos, clinico-obstétricos e de comportamentos de saúde relacionados ao peso ao nascer, pois desta forma poderá se trazer à tona a necessidade de atenção diferenciada diante de determinadas condições. Ademais, o conhecimento das características dos nascidos vivos de uma região pode melhorar os serviços de saúde tornando-os mais resolutivos e qualificados na atenção à saúde materno-infantil. Conhecer o perfil do peso ao nascer e os fatores que estão associados a essa condição são fundamentais no planejamento de programas e políticas públicas de saúde e nutrição.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório e com análise quantitativa, desenvolvido no Hospital Geral de Campina Grande/PB. A unidade é de cunho público, dispõe de sala de parto, Centro Cirúrgico e Obstétrico moderno, Maternidade com Alojamento Conjunto, Unidade de Terapia Intensiva infantil e neonatal, Apartamentos e Enfermarias, além de equipes multidisciplinar que promove assistência qualificada ao binômio materno-infantil. A escolha do local de estudo foi definida em virtude do fato do referido hospital apresentar um grande fluxo de puérperas, possuir título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e ser referencial municipal em assistência ao parto.

A população de estudo foi composta por mulheres que pariram no Hospital Geral de Campina Grande CLIPSI e que estão no puerpério imediato. Para determinar a amostra do estudo considerou-se o número de partos, normais e cesarianas, ocorridos no serviço durante o ano de 2022, que foi de 3300.

Para a delimitação da amostra foi utilizado a fórmula exposta por Luiz e Magnanini (2000), onde: N = tamanho da amostra; N = tamanho da população (N = 3300); P = prevalência estimada desconhecida (utilizando-se do valor p = 0,50 que maximiza o tamanho da amostra); Z = valor obtido na curva de distribuição normal padronizada, sendo 1,96 para nível de 95% de confiança; E = erro máximo de estimativa amostral (e = 0,05 ou 5%). Considerando o exposto, a amostra de estudo correspondeu a 229 puérperas. Foram incluídas no estudo puérperas maiores de 18 anos de idade, em puerpério imediato, entre 8 e 48 horas de pós parto e que estavam em alojamento conjunto.

A coleta de dados ocorreu em ambiente hospitalar durante as primeiras 8 a 48 horas do pós parto das mulheres e realizadas de forma individual em ambiente privativo, garantindo o respeito à dignidade da pessoa entrevistada e sendo preservada a identidade da participante, respeitando o anonimato no projeto. As participantes não tiveram nenhum prejuízo ao participar da coleta de dados.

As puérperas foram, no Alojamento Conjunto, explicadas sobre os objetivos da pesquisa e convidadas a participar do estudo e receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelecido na resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde CNS/MS, tendo total liberdade de aceitar ou não (Brasil, 2012). Uma vez que aceitaram participar foram direcionadas a uma sala privativa junto com seu bebê para que respondessem aos instrumentos de coleta. Os dados foram coletados após submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

O instrumento utilizado para a coleta de dados tratou-se de um formulário estruturado contendo informações sobre a puérpera e seu recém-nascido, que incluiram questões: demográficas (idade, raça); socioeconômicas (estado conjugal, escolaridade, renda), clínico-obstétricas (número de gestações, número de partos,

número de filhos, planejamento da gravidez, peso pré-gestacional, problemas de saúde anterior a gestação, gestação classificada como de risco, complicações gestacionais, via de parto, prematuridade, intercorrência no trabalho de parto); da assistência pré-natal (se realizou acompanhamento pré-natal, número de consultas e idade gestacional no início do pré-natal - caso tenha realizado) e características comportamentais relacionadas a saúde das puérperas durante a gravidez (uso de tabaco e álcool). Sobre o recém-nascido coletou-se as informações de peso ao nascer e idade gestacional por meio de consulta ao prontuário.

A medida da idade gestacional a ser registrada teve como base a data da última menstruação, quando possível, corroborada pelo exame de ultrassonografia. Os dados de intercorrências no trabalho de parto e aqueles relacionados a assistência pré-natal também foram consultados no prontuário. A variável desfecho do estudo tratou-se do peso ao nascer. Para classificação do peso ao nascer foi utilizado o critério da Organização Mundial da Saúde, que considera baixo peso (<2500g), peso insuficiente (2500-2999g), peso adequado (3000-3999g) e excesso de peso (≥4000g) (Puffer; Serrano,1987).

Os dados foram digitados e consolidados utilizando-se os softwares Excel for Windows 2007 e o SPSS, versão 20.0. Na análise estatística utilizou-se, inicialmente, tabelas de frequências para caracterização da amostra. O teste do qui-quadrado e o t-student foram aplicados para comparação de frequências entre variáveis categóricas e contínuas, respectivamente. Adotou-se o nível de significância de 5% em todas as análises.

Pesquisas que envolvem seres humanos apresentam possibilidade de riscos, podendo ser imediatos ou tardios. A presente pesquisa apresentou risco mínimo, considerando o cunho das informações investigadas, não obstante considerando a labilidade emocional própria do período puerperal, que pode evocar sentimentos de desconforto emocional, com objetivo de minimizar os possíveis desconfortos, as questões de pesquisa não tiveram obrigatoriedade de preenchimento e a entrevista poderia ser interrompida ou ocorrer a desistência da participação a qualquer momento; o contato da pesquisadora foi reforçado no questionário para que os entrevistados entrassem em contato caso apresentassem alguma dúvida relacionada a pesquisa.

Dentre os benefícios do estudo, destaca-se a determinação do perfil de peso ao nascer dos recém nascidos assistidos em um hospital de referência em assistência ao parto do município de Campina Grande, Paraíba, bem como análise dos fatores gestacionais que estão relacionados com o peso ao nascer, questões fundamentais no planejamento de programas e políticas públicas de saúde e nutrição.

3 RESULTADOS

O gráfico 1 mostra o perfil de peso ao nascimento dos recém-nascidos da amostra de estudo (N=229). Verifica-se portanto, 90,4%, 2,2% e 7,4% de peso normal, baixo peso ou peso insuficiente e excesso de peso, respectivamente.

Gráfico 1 - Perfil de peso ao nascimento dos recém-nascidos da amostra de estudo (N=229).

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 1 apresenta a descrição demográfica, socioeconômica, clinico obstétrica e de comportamentos relacionados a saúde da amostra de mulheres no puerpério imediato e a distribuição do peso ao nascer de acordo com as variáveis preditoras. Observa-se predomínio de puérperas com idade entre 26 e 35 anos (49,3%), pardas (70,3%), em união estável (41%), com 8 a 12 anos de escolaridade (65,1%), que não trabalham (63,3%) e que auferem renda entre um e dois salários mínimos (54,1%).

No que diz respeito aos aspectos clínicos e obstétricos evidencia-se que a maioria possui de 2 a 3 filhos (49,3%), teve uma gestação não planejada (60,3%), realizou acompanhamento pré-natal (99,1%), foi gestante de baixo risco (86,5%) sem complicações gestacionais (78,6%), não sofreu violência na gestação (99,6%), pariu a termo (96,5%), sem intercorrências no trabalho de parto (95,6%) e amamentou na primeira hora após o parto (72,5%). Com relação aos comportamentos relacionados à saúde, houve predomínio do não uso do tabaco e do álcool (95,2%), não uso de drogas ilícitas (99,6%) e não uso de medicações antidepressivas (96,9%). Quanto ao sono, 77,8% dormiam menos de oito horas por dia.

Com relação ao peso normal do RN, sobressaiu a categoria de idade das mães entre 26 e 35 anos (100), de raça parda (147), que possuíam união estável (84), com 8-12 anos de escolaridade (135), que não trabalham (131), que possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (110), e que tenham 2-3 filhos (102). Nesse aspecto também houve predominância de gestação não planejada (126), mães que realizaram o pré-natal (205), e que a gestação não foi classificada como de risco (177) ou não apresentou complicação gestacional (160). A maioria das mães de crianças com peso normal não sofreram violência na gestação (206), não tiveram prematuridade (199), nem intercorrência no parto (197), não fez uso do tabagismo (197), de álcool (198), de drogas ilícitas ou de medicação antidepressiva (206). Quanto as horas de sono prevaleceu a categoria entre 6 e 8 horas (123).

O peso do RN excessivo foi mais presente entre mulheres com 26-35 anos, pardas (12), que possui União Estável (8), com 8-12 anos de escolaridade, que não

trabalham (12), que possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (10), e que tenham 2-3 filhos (10), Gestação planejada (10), Acompanhamento pré-natal (17), a gestação não foi classificada como de risco (17), não apresentou complicação gestacional, Violência sofrida na gestação (17) ou Prematuridade (17), nem intercorrência no parto (16), não fez uso do tabagismo (16), de álcool (15), de drogas ilícitas ou de medicação antidepressiva (17). Quanto as horas de sono prevaleceu a categoria entre 6 e 8 horas (8).

O baixo peso ao nascer esteve mais presente entre as mulheres com 26-35 anos (3), pardas (2), que possuíam união estável ou solteiras (2), com 8-12 anos de escolaridade (3), as que trabalham (3) e as que possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (4), e que tenha 1 filho. O peso muito baixo ou baixo foi maior nos casos em que a gestação não foi planejada (5), quanto ao pré-natal houve predomínio das mães que realizaram o acompanhamento (5). Dos RN com extremo ou baixo peso, apenas 1 teve a gestação classificada como de risco e 2 apresentaram complicações gestacionais. Nessa categoria não foi apresentado Violência sofrida na gestação, Prematuridade, Intercorrência no parto, Uso de tabagismo na gestação, Uso de álcool na gestação, Uso de drogas ilícitas na gestação, Uso de medicação antidepressiva na gestação. Apenas 1 não foi amamentado na primeira hora de vida, e as horas de sono foi predominante entre 6 e 8h.

Analisando a distribuição do peso ao nascer de acordo com as variáveis preditoras, mostraram-se associadas ao desfecho as variáveis número de filhos, gestação planejada e a via de parto. Há uma associação significativa entre ter mais de 4 filhos e o peso ao nascer excessivo (p=0,007); entre ter uma gestação não planejada e o RN nascer com peso muito baixo ou baixo (p=0,052); e entre ter um parto normal e o RN nascer com peso normal (p=0,011).

Tabela 1 - Descrição demográfica, socioeconômica, clínico-obstétricos e de comportamentos relacionados a saúde da amostra de mulheres no puerpério imediato e distribuição do peso ao nascer de acordo com as variáveis preditoras. Campina Grande-PB, 2023. N = 229.

Variáveis	Total N (%)	Peso ao Nascer			P-valor
		Muito baixo ou baixo	Normal	Excessivo	
Idade (anos)					
18-25	90 (39,3%)	1	83	6	0,722
26-35	113 (49,3%)	3	100	10	
≥36	26 (11,4%)	1	24	1	
Raça					
Branca	51 (22,3%)	1	47	3	0,065
Amarela	8 (3,5%)	1	7	0	

Parda	161 (70,3%)	2	147	12	
Preta	9 (3,9%)	1	6	2	
Estado conjugal					
Casada	73 (31,9%)	1	68	4	0,898
União Estável	94 (41,0%)	2	84	8	
Solteira	61 (26,6%)	2	54	5	
Divorciada	1 (0,4%)	0	1	0	
Escolaridade (anos)					
<8	51 (31,9%)	1	44	6	0,286
8-12	149 (41,0%)	3	135	11	
>12	29 (12,7%)	1	28	0	
Trabalha					
Sim	84 (36,7%)	3	76	**5**	0,436
Não	145 (63,3%)	2	131	12	
Renda familiar per capita (em salários mínimos)					
<1	76 (33,2%)	0	71	5	0,570
1-2	124 (54,1%)	4	110	10	
>3	29 (12,7%)	1	26	2	
Nº de filhos					
1	101 (44,1%)	3	95	3	**0,006**
2-3	113 (49,3%)	1	102	10	
≥4	15 (6,6%)	1	10	4	
Gestação planejada					
Sim	91 (39,7%)	0	81	10	**0,047**
Não	138 (60,3%)	5	126	7	
Acompanhamento pré-natal					
Sim	227 (99,1%)	5	205	17	1,000
Não	2 (0,9%)	0	2	0	
Gestação classificada como de risco					

Sim	30 (13,1%)	1	29	0	0,257
Não	198 (86,5%)	4	177	17	
Não respondeu	1 (0,4%)	0	1	0	
	Apresentou complicação gestacional				
Sim	48 (21,0%)	2	46	0	0,069
Não	180 (78,6%)	3	160	17	
Não respondeu	1 (0,4%)	0	1	0	
	Violência sofrida na gestação				
Sim	1 (0,4%)	0	1	0	1,000
Não	228 (99,6%)	5	206	17	
	Via de parto				
Cesariana	201 (87,7%)	3	186	12	**0,014**
Vaginal	28 (12,2%)	2	21	5	
	Prematuridade				
Sim	8 (3,5%)	0	8	0	1,000
Não	221 (96,5%)	5	199	17	
	Intercorrência no parto				
Sim	10 (4,4%)	0	10	0	1,000
Não	219 (95,6%)	5	197	17	
	Amamentou na primeira hora de vida				
Sim	166 (72,5%)	4	150	12	1,000
Não	63 (27,5%)	1	57	5	
	Uso de tabagismo na gestação				
Sim	11 (4,8%)	0	10	1	0,675
Não	218 (95,2%)	5	197	16	
	Uso de álcool na gestação				
Sim	11 (4,8)	0	9	2	0,375
Não	218 (95,2%)	5	198	15	
	Uso de drogas ilícitas na gestação				

Sim	1 (0,4%)	0	1	0	1,000
Não	228 (95,2%)	5	206	17	
Uso de medicação antidepressiva na gestação					
Sim	7 (3,1%)	0	7	**0**	1,000
Não	222 (96,9%)	5	200	17	
Horas de sono por dia					
Menos que 6 h	43 (18,8%)	0	38	5	0,634
Entre 6 e 8h	135 (59,0%)	4	123	8	
Mais que 8h	51 (22,3%)	1	46	4	

Fonte: Dados da pesquisa.

4 DISCUSSÃO

A prevalência para o baixo peso ao nascer de acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 2022 foi de 238.024 nascimentos de bebês com peso inferior a 2.499g no Brasil. Apenas na região Nordeste foram cerca de 63 mil nascimentos com Baixo Peso Ao Nascer (BPN). Em nosso estudo, conforme representado no gráfico 1, houve uma pequena parcela de BPN, com um percentual de 2,2%. Enquanto o excesso de peso ao nascer foi encontrado em 7,4% da população estudada, em nível nacional, representou cerca de 109.347 nascimentos em 2022, de acordo com o SINASC (Brasil, 2022).

É consenso na literatura que a prematuridade está relacionada ao baixo peso ao nascer. Pavesi *et al*. (2023), destacam a prematuridade como determinante das complicações de saúde neonatais. No Brasil, a ocorrência de baixo peso ao nascer e prematuridade se manteve entre 1995 e 2015 em 8% e 11%, respectivamente (Cesar *et al.* 2020). Além disso, o baixo peso ao nascer vem sendo significativamente associado a um risco aumentado de morte neonatal. Estudos do estado de Pernambuco, Brasil, mostraram que bebês com baixo peso ao nascer têm maior risco de mortalidade, especialmente em regiões com acesso limitado aos serviços de saúde (Canuto *et al*. 2021).

No presente estudo, a idade e a raça da mãe não apresentaram associação com o peso ao nascer, entretanto, Machado, Carla e Jorge (2006) reforçam que mulheres abaixo de 20 e acima de 29 anos tiveram chances significativamente maiores de parir recém-nascidos com baixo peso ou prematuros. A gravidez na adolescência e desnutrição na primeira infância vem sendo amplamente discutidos, sendo relevantes no estudo de Assis *et al*. (2022), que apresentou forte associação entre essas variáveis e o baixo peso ao nascer.

Quanto ao estado conjugal, apesar de não apresentar associação estatística no nosso estudo, a figura paterna pode ser a principal fonte de renda ou significar uma rede de apoio, necessária para bons resultados gestacionais (Capelli *et al*. 2014). Samano *et al*. (2019), identificou um risco três vezes maior de ter um recém-nascido pequeno para a idade gestacional em famílias cujo núcleo tinha como principal

referência a sogra, e o pai não tinha representação. O autor aponta ainda que adolescentes com menos de 9 anos de escolaridade, indicando níveis mais baixos de educação, tiveram resultados piores na gravidez.

No que diz respeito a análise da relação entre a empregabilidade da mãe e as influências no peso ao nascer, o estudo de Wust, Miriam (2015) evidencia que o emprego materno durante o primeiro trimestre esteve associado a um menor risco de parto prematuro, porém nosso estudo não mostrou essa associação. A renda familiar per capita e o número de filhos tem sido associada ao peso ao nascer, com famílias de baixa renda tendo uma maior prevalência de bebês com baixo peso ao nascer (Capelli *et al*., 2014).

Com relação ao número de filhos, Defilipo *et al*. (2020) mostrou uma redução no peso ao nascer em bebês primogênitos em comparação com aqueles nascidos de mães com nascimentos múltiplos, o que corrobora com o achado desta investigação que evidencia uma associação significativa entre ter mais de 4 filhos e o peso ao nascer excessivo (p=0,007).

Santana *et al*. (2020) destacaram a influência do índice de massa corporal materno antes da gravidez e o ganho de peso gestacional no peso ao nascer, sendo o ganho de peso inadequado na gestação um fator determinante no ganho de peso do recém-nascido. Uma vez que as condições maternas pré-gestacionais afetam diretamente o feto, é imprescindível considerar todas essas questões durante o planejamento da gravidez. O presente estudo mostrou associação significativa entre o não planejamento da gravidez e o nascimento do RN com peso muito baixo ou baixo.

O baixo peso ao nascer tem sido associado à utilização inadequada do pré-natal em algumas regiões do Brasil (Cesar *et al*., 2020) e a inadequação do pré-natal alimentou as chances de desfechos negativos como near miss neonatal (Assis *et al*., 2022). A evolução do cuidado, incluindo melhorias na qualidade e no acesso ao pré-natal, pode contribuir para reduzir a incidência de bebês com baixo peso ao nascer (Cesar *et al*., 2020). As condições de saúde maternas como hipertensão, diabetes, anemia e outras complicações também contribuem para um peso ao nascer inadequado (Cesar *et al*., 2020) e a presença de destas complicações podem impactar os resultados de quase acidentes neonatais (Assis *et al*., 2022).

As complicações durante a gravidez e o parto, como eclampsia, anemia e hemorragia, têm o potencial de aumentar a probabilidade de partos prematuros e de bebês com baixo peso ao nascer. Esses problemas de saúde materna durante a gestação podem ter um impacto direto no peso do recém-nascido, influenciando as circunstâncias do nascimento e a saúde do bebê. Portanto, é essencial estar atento e monitorar de perto as complicações que surgem durante a gravidez, pois elas estão associadas ao peso do bebê ao nascer e podem ter consequências no desenvolvimento fetal (Santana *et al*., 2020). Não obstante, o presente estudo, a utilização do pré-natal e as complicações gestacionais não mostraram-se associadas ao peso do RN.

O estudo de Carreno *et al*. (2024) analisou o impacto da exposição materna e fetal à violência sofrida na gestação, e demonstrou que diferentes formas combinadas ou isoladas de violência praticada por parceiro íntimo foram consideravelmente associadas ao menor peso ao nascer. No presente estudo apenas uma puérpera referiu ter sofrido violência durante a gestação.

No que concerne aos hábitos de vida durante a gestação, Defilipo *et al*. (2020) afirma que o tabagismo ativo materno durante a gravidez mostrou uma forte associação com o baixo peso ao nascer nas Américas, e o consumo de álcool foram

significativamente associados a uma maior frequência de recém-nascidos com peso inadequado ao nascer (Santana *et a.,* 2020), que também tem sido associado a fatores como quase acidente materno, baixo peso anterior na gravidez, gravidez gemelar, (Assis *et al*., 2022). Nesta investigação apenas 4,8% das mulheres consumiram álcool/tabaco durante a gestação, não sendo estabelecida associação destas variáveis com o desfecho peso ao nascer.

No que diz respeito a via de parto, o presente estudo evidencia associação entre parto normal e adequação do peso ao nascer. Não obstante, de acordo com Pavesi *et al*. (2023), o tipo de parto não mostrou associação significativa com o peso ao nascer nas análises ajustadas, todavia o autor reconhece que o parto vaginal geralmente está associado a menores riscos de complicações, como baixo peso ao nascer, em comparação com o parto cesáreo. É relevante destacar que, na presente amostra, 87,7% dos partos ocorreram por cesariana, enquanto as taxas esperadas pela OMS são de 15% (UNASUS, 2015).

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa, ao investigar o perfil do peso ao nascer e os fatores associados a essa condição, evidenciou que nove vírgula seis porcento dos nascidos no período analisado apresentaram peso inadequado ao nascer, seja excessivo ou baixo. Esse quadro, além de comprometer a saúde individual dos bebês, impacta significativamente os índices de morbimortalidade neonatal.

Dentre os fatores associados ao peso ao nascer, destaca-se a falta de planejamento gestacional, o número de filhos e a via de parto. Tais constatações reforçam a necessidade de políticas públicas que transcendam a esfera dos direitos sexuais e abordem o planejamento reprodutivo de forma abrangente. Dessa forma, são necessárias políticas públicas para uma realidade mais saudável entre os neonatos e puérperas, considerando o planejamento familiar como aliado do acesso à educação em saúde sexual e reprodutiva, além de desmistificar métodos contraceptivos e oferecer acompanhamento profissional para o planejamento reprodutivo.

Além disso, faz-se necessário adequar pré-natal, ofertando cuidados que incluam orientações sobre a fisiologia do trabalho de parto e realização do plano de parto, considerando as características e necessidades de cada gestante, promovendo e incentivando o parto normal como a via de parto ideal, sempre que possível, garantindo uma assistência humanizada e qualificada.

O combate à violência doméstica, por meio da implementação de medidas de proteção à mulher durante a gestação, com vistas a garantir um ambiente seguro para o desenvolvimento fetal deve ser priorizado, assim como a prevenção do uso de substâncias através da intensificação de campanhas de conscientização sobre os riscos do consumo de álcool, drogas e outros teratógenos durante a gravidez.

A realização de estudos adicionais que investiguem a relação entre o peso ao nascer e as características gestacionais, com foco em diferentes contextos socioeconômicos e culturais, fica recomendada, com vistas a fornecer subsídios valiosos para a definição de políticas públicas mais eficazes na promoção da saúde materna e infantil.

REFERÊNCIAS

ASSIS, T. S. C.; *et al*. Associated factors of neonatal near miss among newborns of adolescent mothers in Brazil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56:e20210359, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0359en

BARBAS, D. da S.; *et al*. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. **Epidemiol. Servir. Saúde**, v.2, p. 161-170, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde.** Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, p. 249 -263, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação em Saúde.** Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, p. 384, 2014.

_____. Ministério da Saúde**. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF): MS; 2012.

CANUTO, I. M. de B.; *et al*. Perfil epidemiológico, padrões espaciais e evitabilidade da mortalidade fetal em Pernambuco. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE001355, 2021.

CAPELLI, J. de C. S.; *et al*. Baixo peso ao nascer e fatores associados ao prénatal: estudo seccional em uma maternidade de referência de Macaé. **Saúde em Redes**, v.6, n.1, p.163-173, 2020.

CAPELLI, J. de C. S.; *et al*. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p. 2063–2072, 2014.

CARRENO, B. S.; *et al*. (2024) Linkages between maternal experience of intimate partner violence and child nutrition outcomes: A rapid evidence assessment. **PLoS ONE**, v. 19, n. 3: e0298364. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298364

CESAR, J. A.; Mendoza-Sassi, R. A.; Marmitt, L. P. Evolução da assistência à gravidez e ao parto no extremo sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública** [on-line], v. 55, n. 50.

DEFILIPO, É. C.; *et al*. Fatores associados ao baixo peso ao nascer: estudo caso-controle em município de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 71, 2020.

KERCHE, L. T. R. L.; *et al*. Fatores de risco para macrossomia fetal em gestações complicadas por diabete ou por hiperglicemia diária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.10, p. 580–587, 2005.

MACHADO C. J. Impact of maternal age on birth outcomes: a population-based study of primiparous Brazilian women in the city of São Paulo. **J Biosoc Sci**, v. 38, n. 4, p. 523-535, 2006. Doi: 10.1017/S0021932005026660.

MINAMISAWA, R.; *et al*. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v.6, n.3, p. 336-349, 2004.
PAVESI, E.; *et al*. Influência do consumo de álcool e tabaco nos resultados maternos e perinatais de puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, e20220286, 2023.

PEDRAZA, D. P.; Baixo peso ao nascer no Brasil: Revisão sistemática de estudos baseados no Sistema de Informações sobre nascidos vivos. **Revista de Atenção à Saúde**, v.12, n.41, p.37-50, 2014.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.35, n.8, p. 349–356, 2013.

PUFFER, R.R.; SERRANO, C. Patterns of birth weight. PAHO Scientific Publication, Washington: PAHO, n. 504, p.109, 1987.

RAMALHO, A. A.; *et al*. Peso ao nascer por idade gestacional em uma coorte de nascidos vivos em Rio Branco, Acre. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v.7, n.1, p. 525–540, 2020.

SÁMANO, R.; *et al*. “Characteristics of the Family Support Network of Pregnant Adolescents and Its Association with Gestational Weight Gain and Birth Weight of Newborns.” **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 7 1222, 2019.

SANTANA, J. da M. *et al*. Associação entre ganho de peso gestacional e peso ao nascer: Coorte NISAMI. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, p. 411–420, abril. 2020.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p. 1160–1168, 2004.

TOURINHO, A. B.; REIS, L. B. S. M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. **Com. Ciências Saúde**, v.23, n.1, p.19-30, 2012.

UNASUS, 2015. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas. Acesso em: 27/05/2024.

VIANA, K. de J.; *et al*. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.2, p. 349–356, 2013.
WHO. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Washington: WHO, OPAS; 2011.

WHO. Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief (WHO/NMH/NHD/14.5). Geneva: World Health Organization, 2014.
O
WÜST, M. Maternal employment during pregnancy and birth outcomes. In: **Journal of Maternal and Child Health**, v. 10, n. 4, p. 723-725, 2014.

.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: "SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MULHERES NO PUERPÉRIO E FATORES ASSOCIADOS" sob a responsabilidade de: Janaina Cesario Araujo e da orientadora Prof. Dr. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A pesquisa se justifica pelo fato de durante o puerpério as mulheres apresentarem maior vulnerabilidade psíquica devido as alterações fisiológicas e sociais, havendo, pois, durante este período, risco aumentado para sofrimento mental e adoecimento psíquico, em mulheres predispostas.

Diante do exposto o presente estudo tem por objetivo geral identificar a presença de sofrimento psíquico em mulheres no puerpério imediato. Os objetivos específicos são rastrear sintomas autopercebidos que acarretam diminuição da funcionalidade e autonomia no puerpério imediato e que se apresentam através de sofrimento mental; verificar a prevalência de TMC no período puerperal; e observar a relação entre os perfis das puérperas e a ocorrência de TMC.

As informações serão coletadas entre mulheres no puerpério imediato internadas no Alojamento Conjunto da CLIPSI - Hospital Geral de Campina Grande/PB, localizado na Rua Treze de Maio, 366 - Centro, Campina Grande - PB, 58400-290 nos turnos da manhã, por uma acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. A coleta será realizada em sala privativa sem a presença de terceiros. Os dados serão coletados através do autopreenchimento por parte do participante de dois questionários: o SRQ – 20 e um instrumento de caracterização do participante que deverá demorar em média 10 minutos.

Assumimos o compromisso perante ao comitê de ética de seguir rigorosamente os preceitos éticos previstos no artigo preconizado na resolução 466/2012. A participação nesse projeto não terá remuneração para nenhuma das partes participantes da pesquisa. Como também não representa custos para o colaborador.

Sua participação é voluntária, tendo liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo o momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

Os questionários de pesquisa serão identificados por meio do sistema de classificação numérica, garantindo, portanto, o anonimato do sujeito de pesquisa.

Pesquisas que envolvem seres humanos apresentam possibilidade de riscos, podendo ser imediatos ou tardios. A presente pesquisa apresenta risco mínimo, relacionado ao cunho das informações investigadas, que inclui questões relacionadas a investigação de emoções e sentimentos vivenciados durante um período de considerável vulnerabilidade psíquica.

Com objetivo de minimizar os possíveis desconfortos, as questões de pesquisa não deverão ser preenchidas obrigatoriamente; os participantes receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa, e a entrevista poderá ser interrompida ou poderá ocorrer a desistência de participar a qualquer momento; o contato da pesquisadora será reforçado no questionário para que os entrevistados entrem em contato caso apresentem alguma dúvida relacionada a pesquisa. Ademais, as mulheres que

apresentarem algum grau de sofrimento psíquico, identificado mediante aplicação do questionário, serão orientadas, por uma enfermeira especialista em saúde mental, que dará apoio as atividades de campo, a buscar suporte na Rede de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande.

Os dados advindos da coleta serão analisados e divulgados apenas no ambiente acadêmico, com a finalidade de contribuir com as condutas que reduzam os danos aos participantes, logo, estes serão resguardados quanto à divulgação dos resultados.

Dentre os benefícios do estudo, destaca-se a determinação da prevalência de transtorno mental comum em mulheres no puerpério imediato internadas no AC. Como benefícios indiretos tem-se o fato de os achados da pesquisa poderem auxiliar no manejo das pacientes que vivenciam o sofrimento psíquico no período puerperal, tanto na seleção de assistência mais adequadas, quanto no manejo dos eventos adversos no sentido de melhor compreender o sofrimento psíquico em seus elementos de base.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados sempre que for solicitado pelo participante ou pelo CEP-UEPB, e ao término da pesquisa.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto aos danos não previsíveis se houver este serão indenizados e a pesquisadora se responsabilizará pelos mesmos. Será, portanto, garantido ressarcimento se o participante tiver algum prejuízo financeiro.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com a pesquisadora responsável, através do telefone (83) 98808-2043 ou e-mail: ana.cerqueira@servidor.uepb.edu.br. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315-3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO E FATORES ASSOCIADOS” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos

sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____de _____de _____.

_____
Assinatura do Participante/ Colaborador do estudo

_____
Assinatura do Pesquisador
Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
QUESTIONÁRIO Nº:
CÓD. DO PARTICIPANTE:
DATA DA COLETA:
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS
Idade: ( ) 18-25 / ( ) 26-35 / ( ) 36 e mais
Raça: ( ) Branca ( ) Amarela ( )Parda ( )Preta
Estado conjugal: ( ) Casada ( ) União estável ( ) Solteira ( ) Separada
Escolaridade, anos: ( )<8 ( )8-12 ( )>12
Trabalha: ( )Sim ( )Não
Renda familiar per capita (em salários mínimos): ( )<1 ( )1-2 ( )>2
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS
Filhos: ( ) 1 ( ) 2-3 ( ) ≥4
Gestação Planejada: ( ) Sim ( ) Não
Gestação Classificada de risco: ( ) Sim ( ) Não
Apresentou alguma complicação gestacional: ( ) Sim ( ) Não Qual:
Violência conjugal sofrida na gestação: ( ) Sim ( ) Não
Prematuridade: ( ) Sim ( ) Não
Tempo de puerpério:
Intercorrência no parto: ( ) Sim ( ) Não
Amamentou na primeira hora de vida? ( ) Sim ( ) Não
Pretende amamentar exclusivamente? ( ) Sim ( ) Não
CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS RELACIONADAS A SAÚDE
Uso de tabagismo na gestação: ( ) Sim ( ) Não
Uso de álcool na gestação: ( ) Sim ( ) Não
Uso de drogas na gestação: ( ) Sim ( ) Não
Uso de medicação antidepressiva na gestação: ( ) Sim ( ) Não
Horas de sono por dia: ( ) Menos que 6 ( ) Entre 6 e 8 ( ) Mais que 8

ANEXO A - SRQ 20 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE

TESTE QUE AVALIA O SOFRIMENTO MENTAL

Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

INSTRUÇÕES

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1 – Você tem dores de cabeça frequente?	(1) SIM (0) NÃO
2 – Tem falta de apetite?	(1) SIM (0) NÃO
3 – Dorme mal?	(1) SIM (0) NÃO
4 – Assusta-se com facilidade?	(1) SIM (0) NÃO
5 – Tem tremores nas mãos?	(1) SIM (0) NÃO
6 – Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	(1) SIM (0) NÃO
7 – Tem má digestão?	(1) SIM (0) NÃO
8 – Tem dificuldades de pensar com clareza?	(1) SIM (0) NÃO
9 – Tem se sentido triste ultimamente?	(1) SIM (0) NÃO
10 – Tem chorado mais do que de costume?	(1) SIM (0) NÃO
11 – Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	(1) SIM (0) NÃO
12 – Tem dificuldades para tomar decisões?	(1) SIM (0) NÃO
13 – Tem dificuldades no serviço (seu trabalho lhe causa sofrimento)?	(1) SIM (0) NÃO
14 – É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	(1) SIM (0) NÃO
15 – Tem perdido o interesse pelas coisas?	(1) SIM (0) NÃO
16 – Você se sente uma pessoa inútil?	(1) SIM (0) NÃO

17 – Tem tido ideia de acabar com a vida?	(1) SIM (0) NÃO
18 – Sente-se cansado (a) o tempo todo?	(1) SIM (0) NÃO
19 – Você se cansa com facilidade?	(1) SIM (0) NÃO
20 – Tem sensações desagradáveis no estômago?	(1) SIM (0) NÃO
TOTAL DE RESPOSTAS SIM	_____

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - UEPB / PRPGP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70879323.7.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.237.710

Apresentação do Projeto:

Lê-se: " A pesquisa se justifica pelo fato de durante o puerpério as mulheres apresentarem maior vulnerabilidade psíquica devido as alterações fisiológicas e sociais, havendo, pois, durante este período, risco aumentado para sofrimento mental e adoecimento psíquico, em mulheres predispostas."

DIANTE DO EXPOSTO, O ESTUDO SE MOSTRA RELEVANTE.

Objetivo da Pesquisa:

OS OBJETIVOS GERAIS E ESPECIFICOS ATENDEM AO RECORTE TEMÁTICO

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ATENDE A RESOLUÇÃO
466/12

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ATENDE A RESOLUÇÃO
466/12

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - UEPB / PRPGP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ATENDE A RESOLUÇÃO
466/12

Recomendações:

APÓS A PESQUISA CONCLUÍDA, RECOMENDAMOS A INCLUSÃO NA PLATAFORMA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ATENDE A RESOLUÇÃO
466/12

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS A PESQUISA CONCLUÍDA, RECOMENDAMOS A INCLUSÃO NA PLATAFORMA DO RELATÓRIO FINAL DO ESTUDO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2161485.pdf	18/07/2023 08:41:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJANAINACEPALTERACOES1807.docx	18/07/2023 08:41:25	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCJANAINA1807CEPALTERACOES.docx	18/07/2023 08:40:51	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Outros	TCPJANAINAOKOK.pdf	23/06/2023 11:16:32	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Outros	TCPJANAINAOK.pdf	23/06/2023 11:14:40	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Declaração de concordância	anuenciajanainaokok.pdf	23/06/2023 10:02:35	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Folha de Rosto	folharostojanainaok.pdf	23/06/2023 09:58:54	Ana Carolina Dantas Rocha	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - UEPB / PRPGP

Continuação do Parecer: 6.237.710

Folha de Rosto	folharostojanainaok.pdf	23/06/2023 09:58:54	Cerqueira	Aceito
Outros	InstrumentosdecoletaJanaina1506.docx	15/06/2023 21:51:13	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPINA GRANDE, 14 de Agosto de 2023

Assinado por:
Patricia Meira Bento
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br