



**UFOP**  
Universidade Federal  
de Ouro Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
ESCOLA DE NUTRIÇÃO



ISABELLA ALVES CORDEIRO

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO E PÓS-PARTO, E CONSUMO DE  
ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS**

OURO PRETO

2023

**ISABELLA ALVES CORDEIRO**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO E PÓS-PARTO, E CONSUMO DE  
ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Alfenas de Oliveira  
Sório

**OURO PRETO  
2023**

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

C794s Cordeiro, Isabella Alves.

Sintomas depressivos na gestação e pós-parto, e consumo de alimentos ultraprocessados. [manuscrito] / Isabella Alves Cordeiro. - 2023.

69 f.: il.: gráf., tab..

Orientadora: Profa. Dra. Marília Sírio.

Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição. Graduação em Nutrição .

1. Depressão. 2. Sintomas depressivos. 3. Gravidez. 4. Gestantes. 5. Mães. 6. alimentos ultraprocessados. I. Sírio, Marília. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 616.89:618.2

Bibliotecário(a) Responsável: Sônia Marcelino - CRB6/2247



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Isabella Alves Cordeiro**

**Sintomas depressivos na gestação e pós-parto, e consumo de alimentos ultraprocessados**

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição

Aprovada em 27 de outubro de 2023

### Membros da banca

Dra Marília Alfenas de Oliveira Sírío - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto  
Dra Maria Cristina Passos - Universidade Federal de Ouro Preto  
Dra Silvana Mara Luz Turbino Ribeiro - Universidade Federal de Ouro Preto

Marília Alfenas de Oliveira Sírío, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 27/10/2023



Documento assinado eletronicamente por **Marília Alfenas de Oliveira Sírío, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 27/10/2023, às 22:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0616673** e o código CRC **CE82C1BC**.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me feito forte e resiliente para enfrentar todos os obstáculos, tendo me permitido chegar onde estou. Agradeço também, a minha Nossa Senhora das Graças, a quem sou muito devota e deposito toda a minha fé.

Agradeço à minha mãe por todo apoio e incentivo, por desde criança me encorajar na busca do conhecimento, e por sempre valorizar o estudo e a educação como pilares fundamentais, os bens imateriais que ninguém me tira e que levarei por toda a minha vida.

Agradeço também aos meus familiares, meus avós, José Alves e Maura, meus tios e tias em especial a minha tia Indinha, na qual sinto um apreço imensurável.

Agradeço, ao meu namorado Pedro, por sempre estar comigo, me auxiliando em tudo que preciso, saiba que você é muito mais do que o meu companheiro, é meu amigo, confidente, meu porto seguro, meu ponto de equilíbrio e paz.

Sou muito grata também às minhas meninas, as quais sinto uma imensa admiração e orgulho em tê-las como amigas. Paloma, Waléria e Malu, vocês são os maiores presentes que recebi da UFOP, sinto um carinho inestimável por cada uma de vocês. Só tenho a agradecer por tanta bondade, empatia, consideração, conhecimento compartilhado, ajuda nas disciplinas, por todas as risadas e momentos felizes, de alegria e descontração, vocês foram às responsáveis por deixarem todo o processo mais leve. Agradeço também, a Débora, meu outro achado precioso da UFOP, amiga você é inspiração, forte, guerreira, e batalhadora, agradeço por cada conversa, cada conselho e desabafo.

Gostaria de agradecer à minha orientadora Marília Alfenas de Oliveira Sirio, por toda confiança depositada em mim, por ter me recebido de braços abertos desde o primeiro dia que fui à sua sala pedir para ser orientada. Por todo o trabalho que desempenhamos juntas durante este magnífico tempo, por ter me auxiliando em absolutamente tudo que precisei. Marília, a sua dedicação e empenho foi crucial para o desenvolvimento deste trabalho que foi construído com muito esforço e também muito amor.

Agradeço a todas as mulheres que aceitaram participar do estudo, contribuindo com a ciência, fornecendo os dados primordiais para o desenvolvimento do meu trabalho. Saibam que são por vocês e para vocês que dedico este estudo, a fim de propor melhorias à gestão municipal de Saúde do Município de Ouro Preto, no atendimento às mulheres durante o pré-natal e o pós-parto.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto. A toda à equipe das Unidades Básicas de Saúde; São Cristóvão, Padre Faria e Policlínica.

Agradeço à banca avaliadora deste TCC, por ter aceitado o convite para participar e contribuir para o enriquecimento do meu trabalho.

E por fim, agradeço às estimadas e honrosas Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e a Escola de Nutrição (ENUT) por terem feito parte da minha história, da minha formação acadêmica e profissional.

## **EPIGRAFE**

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.*

*(Arthur Schopenhauer)*

## RESUMO

A depressão é definida como uma desordem psíquica heterogênea e complexa que envolve diversos fatores, tais como: a genética, a biologia, o ambiente, além dos aspectos psicológicos. Estima-se que, mundialmente, mais de trezentos milhões de pessoas possuem este transtorno, sendo o Brasil o quinto país com as maiores taxas deste distúrbio. Além disso, estudos indicam que as mulheres possuem uma propensão de risco duas vezes maior para desenvolver depressão do que os homens, sendo este risco ainda mais elevado durante a gravidez e o pós-parto, como reflexo das transformações físicas, hormonais e emocionais inerentes a esses períodos. Pelo fato da depressão ser um distúrbio de caráter multifatorial, a relação entre o padrão alimentar da mulher durante a gravidez e o pós-parto e o desenvolvimento de sintomas depressivos durante estas fases do ciclo da vida, surge como uma hipótese a ser averiguada no presente estudo. A busca pelas mulheres se deu em três serviços de saúde do município de Ouro Preto-MG. Para a coleta de dados, foram aplicados um questionário sociodemográfico, com perguntas sobre idade, escolaridade, estado civil, composição familiar, dentre outras, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) constituída de 10 questões e um Questionário de frequência alimentar qualitativo, sendo utilizado o programa SPSS v.20, nas análises estatísticas descritivas. O estudo contou com a participação voluntária de 17 gestantes e 27 mães de crianças de até seis meses de idade. Os resultados confirmaram associação da presença de sintomas depressivos em mães de crianças com consumo regular de alimentos ultraprocessados, mas não com gestantes. Com relação a outras variáveis, em gestantes, o estado civil, a falta de trabalho remunerado e casos de depressão familiar se associaram à presença de sintomas depressivos; já em relação às mães de crianças de até seis meses de idade, constatou-se associação dos sintomas depressivos também com a idade e com a ausência de trabalho remunerado. Conclui-se que a frequência de sintomas depressivos no grupo estudado é preocupante, pois pode afetar não somente a saúde materna, mas também os cuidados maternos com o bebê, a amamentação e os cuidados de puericultura da criança, por isso, ações estratégicas de promoção da alimentação saudável e saúde mental devem ser prioritárias da gestão municipal de saúde.

**Palavras-chave:** Depressão, sintomas depressivos, gravidez, pós-parto, gestantes, mães, alimentos ultraprocessados.

## ABSTRACT

Depression is defined as a heterogeneous and complex psychological disorder involving various factors, such as genetics, biology, environment, and psychological aspects. It is estimated that globally, more than three hundred million people suffer from this disorder, with Brazil being the fifth country with the highest rates of this disturbance. Furthermore, studies indicate that women have a twofold higher risk propensity for developing depression compared to men, with this risk even higher during pregnancy and postpartum, reflecting the physical, hormonal, and emotional transformations inherent to these periods. Given that depression is a multifactorial disorder, the relationship between women's dietary patterns during pregnancy and postpartum and the development of depressive symptoms during these phases of the life cycle emerges as a hypothesis to be investigated in this present study. The search for participants took place across three healthcare services in the municipality of Ouro Preto, MG. For data collection, a sociodemographic questionnaire was administered, with questions about age, education, marital status, family composition, among others. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), consisting of 10 questions, and a qualitative food frequency questionnaire were utilized, with statistical analyses conducted using SPSS v.20 for descriptive statistics. The study included the voluntary participation of 17 pregnant women and 27 mothers of infants up to six months old. The results confirmed an association between the presence of depressive symptoms in mothers of infants and regular consumption of ultra-processed foods, but not in pregnant women. Regarding other variables, in pregnant women, marital status, lack of paid employment, and cases of familial depression were associated with the presence of depressive symptoms; conversely, among mothers of infants up to six months old, depressive symptoms were also associated with age and lack of paid employment. It is concluded that the frequency of depressive symptoms in the studied group is concerning, as it can impact not only maternal health but also maternal care for the baby, breastfeeding, and child care. Therefore, strategic actions promoting healthy eating and mental health should be prioritized by municipal health management.

**Keywords:** Depression, depressive symptoms, pregnancy, postpartum, pregnant women, mothers, ultra-processed foods.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das gestantes (n=17) quanto aos dados sociodemográficos e econômicos. Ouro Preto, MG, 2023 .....	31
Tabela 2 - Caracterização das gestantes (n=17) quanto aos dados obstétricos e de depressão na gestação. Ouro Preto, MG, 2023.....	32
Tabela 3 - Associação entre as variáveis socioeconômicas, obstétricas, depressão prévia, atual e pregressa, consumo de AUP e sintomas depressivos nas gestantes.....	40
Tabela 4 - Caracterização das mães de crianças de até seis meses de idade (n= 27) quanto aos fatores sociodemográficos e econômicos. Ouro Preto, MG, 2023.....	42
Tabela 5 - Caracterização das mães de crianças de até seis meses de idade (n=27) quanto aos dados obstétricos e de depressão atual ou pregressa. Ouro Preto, MG, 2023	43
Tabela 6 - Associação entre as variáveis socioeconômicas, obstétricas, depressão prévia, atual e pregressa, consumo de AUP e sintomas depressivos nas mães de crianças de até seis meses de idade .....	51

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Frequência das respostas das gestantes, às questões 1, 2, 3 e 4 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023 .....	34
Figura 2 - Frequência das respostas das gestantes, às questões 5, 6, 7 e 8 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023 .....	35
Figura 3 - Frequência das respostas das gestantes, às questões 9 e 10 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023 .....	36
Figura 4 - Frequência das respostas das mães de crianças de até seis meses de idade, às questões 1, 2, 3 e 4 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023.....	44
Figura 5 - Frequência das respostas das mães de crianças de até seis meses de idade, às questões 5, 6, 7 e 8 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023.....	45
Figura 6 - Frequência das respostas das mães de crianças de até seis meses de idade, às questões 9 e 10 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023.....	46

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual das gestantes que apresentaram sintomas depressivos ou não, pelo somatório da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023 .....	36
Gráfico 2 - Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) das gestantes (n=17). Ouro Preto, MG, 2023 .....	37
Gráfico 3 - Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) das gestantes (n=17). Ouro Preto, MG, 2023 .....	38
Gráfico 4 - Distribuição das gestantes que tiveram sintomas depressivos, segundo a regularidade do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Ouro Preto, MG, 2023 .....	39
Gráfico 5 - Distribuição das gestantes que não tiveram sintomas depressivos, segundo a regularidade do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Ouro Preto, MG	39
Gráfico 6 - Percentual das mães de crianças de até seis meses de idade que apresentaram sintomas depressivos ou não, pelo somatório da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023.....	46
Gráfico 7 - Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) das mães de crianças de até seis meses de idade (n=27). Ouro Preto, MG, 2023 .....	47
Gráfico 8 - Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) das mães de crianças de até seis meses de idade (n=27). Ouro Preto, MG,2023 .....	48
Gráfico 9 - Distribuição das mães que tiveram sintomas depressivos, segundo a regularidade do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Ouro Preto, MG, 2023 .....	49
Gráfico 10 - Distribuição das mães de crianças de até 6 meses de idade que não tiveram sintomas depressivos, segundo a regularidade do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Ouro Preto, MG, 2023 .....	50

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AUP - Alimentos Ultraprocessados

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

DPP - Depressão Pós-Parto

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EPDS - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

GBD - Global Burden of Disease

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

POF - Pesquisa de Orçamento Familiar

QFA - Questionário de Frequência Alimentar Qualitativo

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância ESF- Estratégia de Saúde da Família

## SÚMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1 DEPRESSÃO.....	15
2.2 ASPECTOS EMOCIONAIS NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO .....	17
<b>2.2.1 Depressão na gestação e pós-parto .....</b>	<b>18</b>
2.2 NUTRIÇÃO E GESTAÇÃO .....	20
<b>2.2.1 Alimentos ultraprocessados (AUP).....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.2 Alimentos ultraprocessados e consequências negativas na saúde materno-infantil .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.3 Alimentos ultraprocessados e sintomas depressivos .....</b>	<b>25</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>27</b>
<b>4 HIPÓTESE.....</b>	<b>27</b>
<b>5 OBJETIVOS .....</b>	<b>28</b>
5.1 OBJETIVO GERAL .....	28
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>6 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
7.1 RESULTADOS CONSIDERANDO AS GESTANTES .....	31
7.2 RESULTADOS CONSIDERANDO AS MÃES DE CRIANÇAS DE ATÉ 6 MESES DE IDADE.....	41
<b>8 DISCURSSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>58</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>66</b>
Anexo 1.....	66
ANEXO 2 .....	67
Anexo 3.....	68
Anexo 4.....	69

## 1 INTRODUÇÃO

A depressão é um distúrbio de caráter multifatorial que engloba a genética, a biologia, o ambiente, além dos fatores psicológicos, e que vem ganhando destaque na comunidade científica, devido à crescente prevalência nas últimas décadas, em todo o mundo. Estima-se que, globalmente, mais de trezentos milhões de pessoas possuem este transtorno. A depressão apresenta muitos impactos negativos, por interferir na capacidade física, mental e intelectual, trazendo prejuízos na realização de atividades cotidianas, como: trabalhar, estudar, dormir, se alimentar e socializar (OPAS, 2022). O Brasil é o quinto país que possui as taxas mais elevadas de depressão, cerca de 5,8% dos brasileiros, o que corresponde a 11,5 milhões de casos no país (WHO, 2017).

Estudos indicam que as mulheres possuem um risco duas vezes maior de desenvolver depressão em comparação aos homens, sendo esta predisposição feminina ainda mais potencializada com a chegada da maternidade. Os períodos gravídico e puerperal são tidos como de alto risco para o desenvolvimento de depressão, uma vez que as mulheres transitam por inúmeras transformações físicas, hormonais e emocionais (WHO, 2009, apud, HARTMANN *et al.*, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, a DPP é classificada como uma condição de profunda tristeza, desespero e falta de esperança que acontece após o parto, trazendo muitas consequências no relacionamento entre mãe e filho. Dentre as causas para o surgimento da mesma, estão: fatores físicos, hormonais, emocionais, estilo de vida e histórico anterior de transtornos mentais (BRASIL, 2022). Desse modo, acerca dos sintomas intrínsecos da DPP, observa-se: a irritabilidade, o choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e entusiasmo, alterações no padrão alimentar e na qualidade do sono, sensação de inutilidade e incapacidade (DA COSTA *et al.*, 2016).

Sobre as causas multifatoriais da depressão, estudos observacionais indicam sistematicamente a relação entre a qualidade da dieta habitual e a depressão (JACKA *et al.*, 2015). Assim, a alta ingestão de alimentos ultraprocessados, os quais, já existem muitas evidências científicas dos danos que causam a saúde, expressa um achado importante ao risco de favorecer a depressão (LOUZADA *et al.*, 2022). Em gestantes e puérperas, alguns alimentos parecem melhorar o quadro clínico da depressão pós-parto, podendo revertê-los ou mesmo preveni-los (DOS SANTOS *et al.*, 2021). Desse modo, o

que vem ganhando notoriedade é a relação entre o padrão alimentar da mulher durante a gestação e o puerpério com o aparecimento e o desenvolvimento de sintomas depressivos. A todo momento constata-se que alguns micronutrientes sinalizam para a promoção e manutenção da saúde mental, assim o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados possuem efeitos benéficos, dado que, uma dieta variada, rica em frutas, legumes e hortaliças auxiliam no fornecimento de adequadas quantidades de vitaminas e minerais que atuam no bem-estar físico e mental (BARBOSA, 2020). Ademais, se por um lado uma alimentação saudável, variada e balanceada é eficaz em diminuir a prevalência da depressão e dos sintomas depressivos, podendo ter um efeito protetor no risco do surgimento da depressão perinatal, o oposto também é válido, uma vez que, uma alimentação não saudável e desbalanceada pode se tornar um fator de propensão desse distúrbio (SPARLING *et al.*, 2017).

O consumo excessivo de alimentos ultraprocessados é uma das justificativas que parece demonstrar haver um vínculo na predisposição da origem da DPP (BADANAI *et al.*, 2019). Um estudo transversal realizado com gestantes revelou uma associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e sintomas depressivos (LOUZADA *et al.*, 2022).

Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar a relação entre o consumo de alimentos ultraprocessados com o aparecimento ou não de sintomas depressivos durante a gestação e pós-parto. Desse modo, um dos objetivos foi estimar a prevalência da DPP e as possíveis correlações entre o consumo de alimentos ultraprocessados e as variáveis relacionadas à depressão pós-parto em gestantes e mães de crianças de até seis meses de idade, em três Unidades de Saúde (UBS) do município de Ouro Preto -MG.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 DEPRESSÃO

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a depressão pode ser compreendida como sendo “a presença do humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam de modo significativo a capacidade funcional do indivíduo como um todo”. Nesse sentido, a depressão é concebida como uma doença de natureza psíquica, na qual estão presentes alguns sinais e sintomas bem característicos, associados ao sistema nervoso central, como também, a outros fatores que englobam a genética, funções cerebrais, determinantes psicológicos e sociais (CORDÁS e EMÍLIO, 2017).

Inicialmente descrita como “melancolia”, de origem grega (melan, negro e cholis, bÍlis), o termo foi descrito primeiramente por Hipócrates (460-377a.C), o qual sugeria que a bÍlis negra e a fleugma ou fleuma eram as responsáveis por alterarem o funcionamento cerebral desencadeando a melancolia. Junto ao pensamento de Hipócrates, o também filósofo Aristóteles indagou sobre o porquê dos mais sábios, estudiosos e detentores de conhecimento da época possuírem um pensamento nitidamente melancólico (CHARAM. I., 2016). Já na Idade Média, mais especificamente a partir do século XIV, o termo “acedia” ou “acÍdia” que significa “falta de cuidado” é correlacionado ao termo melancolia. Isso porque os sintomas que caracterizam ambos os termos se assemelham e acabam se combinando. Com isso, tanto a acedia, como a melancolia surgem “pelas faltas, pelos erros, pelo diabo”, sendo considerados pela igreja católica, um grande pecado (MENDES *et al.*, 2014).

Contudo, na era renascentista, período marcado pela valorização do homem, da razão e da ciência, a doença mental passa a ser vista e explicada sob uma ótica mais congruente, levando em consideração: a biologia, a filosofia e a psicologia em oposição à visão que se tinha durante a Idade Média. Sendo assim, Robert Burton, acadêmico inglês, autor da obra *The Anatomy of Melancholy* (1557-1640) é considerado um estudioso pioneiro no campo das doenças mentais, trazendo grandes contribuições a respeito da melancolia na época (LACERDA; SOUZA (2013), apud ASSUMPÇÃO, G. L.S.; OLIVEIRA.L.A.; & de SOUZA, M.F.S., 2018).

Além disso, em menção ao século XVIII e XIX, com o movimento iluminista, nomes como William Cullen, químico e psiquiatra britânico trouxeram grande

contribuição na abordagem da melancolia. Sendo assim, entre 1850 e 1860, a melancolia passou a ser designada como um sintoma de um conjunto de doenças mentais relacionadas ao humor. No século XIX, Emil Kraepelin considerou a melancolia como uma síndrome oriunda da denominada “angústia psicológica” que ocorre quando “sentimentos de insatisfação, ansiedade e miséria ganham grandes proporções que são capazes de interferir e dominar o humor do indivíduo”. A partir disso, o conceito de melancolia anterior foi sendo desconstruído e o novo conceito moderno de depressão foi adquirindo espaço e maior relevância na linguagem médica (APRAHAMIAN, I *et al.*, 2020).

No decorrer das décadas o debate acerca das doenças mentais foi ganhando notoriedade, principalmente no que diz respeito à depressão, chegando a ser considerada como um grande agravo de saúde pública. Segundo a OMS, a depressão pode atingir qualquer pessoa independentemente da cor, gênero, classe social e faixa etária. À vista disso, de acordo também com a OMS, a prevalência deste transtorno amplificou em 18% entre os anos de 2005 e 2017. No relatório anual da Organização de 2017, avaliou-se que 11,5 milhões de pessoas são acometidas por essa psicopatologia. O Brasil ficou em quinta posição com as taxas mais elevadas a nível mundial, assim, o país ficou com a maior prevalência entre os países em desenvolvimento, além de obter a maior morbidade relacionada à depressão na América Latina e a segunda mais elevada de todas as Américas (DE SOUZA, A. F. *et al.*, 2019).

Com isso, o que se encontra na literatura é a designação e a disseminação da depressão, como sendo “O mal do século XXI”. Isso ocorre porque houve um reconhecimento acerca dos transtornos mentais entre uma das causas demorbimortalidade da população a nível global, o que resultou na inclusão de temas relacionados à saúde mental entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, por meio de estimativas do estudo Global Burden of Disease (GBD), 2019, a depressão foi considerada como um dos principais determinantes que contribui com a carga global das doenças relacionadas à saúde mental. Em 2019, o GBD estimou que mais de 270 milhões de pessoas mundialmente possuíam transtornos depressivos. Já em relação ao Brasil, a prevalência destes transtornos era de aproximadamente 4,3% (BRITO *et al.*, 2022).

Portanto, são critérios diagnósticos, segundo a American Psychiatric Association, sintomas depressivos, como: “humor deprimido, acentuada diminuição do interesse, perda ou ganho significativo de peso de forma não intencional, insônia ou hipersonia quase diária, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia quase todos os

dias, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar ou indecisão quase todos os dias, pensamentos de morte e ideação suicida recorrentes, sendo estes sintomas causadores de sofrimento, acarretando em prejuízos social, profissional e em outras áreas da vida do indivíduo. Além disso, esses episódios não podem ser atribuídos a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica”. Com isso, se um ou mais destes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de duas semanas, representando uma mudança em relação ao funcionamento dito “normal” do indivíduo, o mesmo é classificado com depressão (QUEVEDO, NARDI, SILVA, 2019).

## 2.2 ASPECTOS EMOCIONAIS NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO

O início da vida ocorre através de um extraordinário e complexo sistema fisiológico que sucintamente é oriundo da etapa de fecundação, também chamada de fertilização, na qual o encontro entre o espermatozoide e o óvulo são responsáveis por dar origem a um novo ser. Logo, o tempo de gestação dita “a termo” varia entre 37 semanas gestacionais a 42 semanas incompletas, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Já o período puerperal tem início após o parto se estendendo até 42 dias pós-parto. Sendo assim, o puerpério pode ser definido em três momentos, denominados de: “puerpério imediato (até o fim da segunda hora após o parto), puerpério mediato (do início da terceira hora até o final de 10 dias após o parto) e puerpério tardio (de 11 dias até o retorno da menstruação ou de 6 a 8 semanas nas lactantes)” (ZUGAIB, 2015). Tanto a gestação como o puerpério constituem um ciclo de intensas mudanças na vida das mulheres em nível fisiológico, hormonal e psicossocial.

A literatura científica evidencia uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade de gestantes e puérperas desenvolver algum tipo de sintoma ou transtorno relacionado a aspectos emocionais. Maldonado (1976), autora referência no tema psicologia na gravidez, reflete que por ser a gestação e o puerpério considerados períodos bemdelicados e complexos, a passagem e a experiência por esta etapa pode ser bem conflitante, o que pode ocasionar sentimentos de ambiguidade em algumas mulheres. Isso se deve a partir do momento da certeza da gravidez, momento no qual já se inicia a construção da relação materna com o bebê, e de toda a conjuntura social em torno dessa mulher, o que desencadeia um forte sentimento de ansiedade e expectativa, comotambém, de medo e exorbitante preocupação. Além disso, é importante ressaltar que

existem diversos determinantes que influenciam no estado psíquico materno, como: se a gravidez foi planejada ou não, como é a relação da mulher com o pai do bebê, se a mulher é primigesta ou não, se a mesma possui uma rede de apoio, principalmente familiar, dentre outros determinantes (DE CASTRO, GERMANO, FERREIRA 2019).

Vale ainda destacar que a romantização acerca da maternidade possui um grande impacto na saúde mental da mulher. Badinter (1985), em sua obra já se opunha acerca do mito do amor materno, o qual é atribuído à natureza inata da mulher. Entretanto, a idealização deste amor, tido como incondicional, ainda se faz muito presente na literatura e no senso comum. Sendo assim, as mulheres sofrem uma cobrança muito grande em relação à maternidade. Não obstante, todas as pressões históricas, culturais e sociais impõem padrões de perfeição que dificilmente serão alcançados, os quais podem contribuir negativamente no estado psicológico e emocional das mulheres (BADINTER, 1985, apud MARQUES, SANTOS, DANIEL, 2022).

Ademais, é importante ressaltar que na literatura, os transtornos puerperais são classificados da seguinte maneira: Síndrome da Tristeza Pós-Parto; Depressão Puerperal ou Pós-Parto e Psicose Puerperal. Em relação à Síndrome da Tristeza Pós-Parto, também denominada de Baby Blues, a mesma é considerada como um estado de humor depressivo que costuma aparecer precocemente a partir da primeira semana após o parto. Já a Depressão Puerperal ou Depressão Pós-Parto possui um quadro clínico mais agudo e severo que afeta significativamente a capacidade funcional da mulher, a qual exige um acompanhamento psicológico mais efetivo. Por outro lado, a Psicose Puerperal já é categorizada como um quadro psicopatológico de alta gravidade, no qual ocorre perda brusca de humor, distorção da realidade, delírios e alucinações (VIEIRA *et al.*, 2022).

### **2.2.1 Depressão na gestação e pós-parto**

Durante todo o processo que ocorre desde a descoberta da gravidez e durante todo o período gestacional (pré-natal) até o momento do nascimento de um filho, a mulher atravessa um longo caminho repleto de múltiplas sensações. Neste período, o seu corpo fisicamente muda, os seus hormônios ficam mais a florados, o seu psicológico também se altera e socialmente, a mulher é colocada em um novo contexto. É neste momento que a mulher necessita de uma maior atenção, uma vez que todas essas transformações psíquicas, hormonais e humorais impactam diretamente na sua saúde mental, o que contribui para o surgimento de sintomas relacionados aos transtornos psicológicos, como

a depressão (VIEIRA et al., 2022). A presença da depressão durante a gestação se diferencia da crença transmitida popularmente de que a gravidez é um momento de plena realização e alegria para todas as mulheres. Pelo contrário, muitas delas se sentem tristes ou ansiosas devido ao aparecimento de alguns transtornos de humor que podem surgir durante este período, causando mudanças no padrão alimentar, de sono, sensação de lentidão, desânimo, dificuldade de concentração, e muitas vezes pode-se observar a presença de sentimento de culpa e aparecimento de ideação suicida. Nesse ínterim, a presença dos transtornos de humor acaba por expor mais as mulheres ao risco de desenvolver a depressão pós-parto (DPP) (DA ROCHA ARRAIS *et al.*, 2016).

A DPP é tida como um dos transtornos puerperais mais conhecidos e prevalentes e é definida e caracterizada como um transtorno que desencadeia significativas alterações físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais, podendo surgir entre a quarta e oitava semana após o parto ou até mesmo dentro de um ano após o nascimento da criança, e seus sintomas perdurar por além deste período (DE AQUINO *et al.*, 2022).

Segundo Da Costa e colaboradores (2016), a fim de melhor identificar a presença da DPP, os seguintes sintomas devem ser observados como sinais de alerta: irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, baixa libido, alterações no padrão alimentar e do sono, sensação de inutilidade e de incapacidade, além de queixas psicossomáticas. Entretanto, alguns estudos identificaram que a DPP é prevalente em muitas puérperas, porém os sinais acabam por se tornar imperceptíveis, os quais muitas vezes podem ser confundidos com a tristeza pós-parto. Além disso, alguns fatores foram investigados e associados como possíveis causas mais comuns para o aparecimento da DPP, sendo estes: “menor nível de escolaridade materna, baixo nível socioeconômico, pouca rede de apoio, histórico de doenças psiquiátricas anteriores à gestação, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa autoestima, ansiedade pré-natal, estresse, gravidez não planejada, como também fatores genéticos”.

No Brasil, a relevância e a notoriedade sobre o tema DPP se deram a partir de 1990, através do ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), em São Paulo, pioneiro no tratamento e intervenções de distúrbios relacionados ao puerpério (DA ROCHA *et al.*, 2017). Segundo dados de Theme & Leal, (2016), no Brasil, em média, 25% das mulheres que deram à luz apresentaram sintomas depressivos no período de 6 a 18 meses após o parto, sendo a prevalência a nível mundial de 26,3%.

A depressão pós-parto traz uma sucessão de desfechos negativos que não são restritos apenas às puérperas, afetando também o desenvolvimento infantil, comprometendo, por exemplo, o aleitamento materno. Por conseguinte, por ser o leite humano um alimento completo nutricionalmente, o mesmo é essencial durante a fase inicial da vida da criança, para mais, o ato de amamentar contribui com o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, o que promove imensuráveis benefícios, como a liberação do hormônio ocitocina, responsável por reduzir o estresse e os sintomas depressivos (ROJAS *et al.*, 2021).

Da mesma forma, a depressão pós-parto também prejudica nos cuidados maternos para com a criança, pois diminui a interação entre mãe e filho, a qual é marcada por episódios de hostilidade, rejeição, negligência, agressividade, baixa afetividade e ansiedade. Para as crianças, as consequências estão no baixo desempenho em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego e insegurança em relação à genitora (MOLL *et al.*, 2019).

## 2.2 NUTRIÇÃO E GESTAÇÃO

Muito se sabe sobre os benefícios e a importância de uma alimentação saudável e equilibrada durante todas as fases do ciclo da vida. Durante a gestação isso não é diferente, uma vez que uma alimentação qualitativa e quantitativamente adequada e diversificada nutricionalmente é a base para a manutenção do bom funcionamento do organismo que está responsável por gerar um novo ser (DOS SANTOS ARAÚJO *et al.*, 2016). Diante disso, devem ser consideradas as diretrizes oficiais específicas para as gestantes em relação ao ganho de peso adequado, à necessidade energética durante cada trimestre gestacional, além das recomendações dos micronutrientes importantes para a saúde materna e fetal, a exemplo do ferro, cálcio, ácido fólico e da vitamina A (GANDOLFO; BONATO; MAXIMINO, 2023). Uma das estratégias para implementação da diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, é o Guia Alimentar para a População Brasileira. Este Guia constitui em um instrumento valioso para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população brasileira (BRASIL, 2019). Em conformidade com as recomendações nutricionais para as gestantes, o Ministério da

Saúde do Brasil, em 2021, publicou para utilização no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Gestante - Fascículo 3, o qual orienta uma forma de melhor aconselhar as gestantes brasileiras sobre uma alimentação saudável, promovendo uma boa nutrição, favorecendo o bom desenvolvimento fetal e a saúde e o bem-estar materno, além de prevenir intercorrências tais como: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e o ganho excessivo de peso, que estão associados a eventos mal sucedidos para a mãe e bebê durante a gravidez, o parto e após o parto.

Dessa forma, o Fascículo 3 ressalta a importância do consumo diário do feijão e de outras leguminosas, como também, de legumes, verduras e frutas, por serem estes grupos de alimentos ricos em fibras, vitaminas e minerais que são essenciais no período gestacional. Além disso, orienta evitar o consumo de bebidas adoçadas e de alimentos ultraprocessados, como: refrigerantes, sucos de caixinhas e sucos em pó, linguiça, salsicha, presunto, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, biscoitos, doces ou guloseimas, por serem estes alimentos pobres nutricionalmente e densamente calóricos (BRASIL,2021).

Por isso, ao desfrutar de uma alimentação saudável, o ganho de peso adequado durante a gestação é um dos fatores que irá diminuir o risco de intercorrências, a exemplo, do diabetes e da pressão alta. Isso porque o excesso de peso é fator de risco para o aparecimento de complicações para a gestante durante a gestação, no momento do parto e para o bebê (DE GÓES SOLIGO, 2017). Nesta circunstância, como o Brasil nunca desenvolveu suas próprias curvas e recomendações de ganho de peso gestacional e alto ganho de peso gestacional, se utilizava tabelas e recomendações que eram desenvolvidas em outros países, fato que dificultava o monitoramento do que seria um ganho de peso adequado durante a gravidez, acarretando em muitos resultados adversos para a mãe e para o bebê, a exemplo de crianças pequenas (PIG) ou grandes (GIG) para a idade gestacional, grandes números de cesarianas e retenção de peso pós parto. Sendo assim, a nova Caderneta da Gestante (2023) foi elaborada com o propósito de diminuir estas irregularidades, uma vez que, as novas recomendações contaram com a base de dados do Consórcio Brasileiro de Nutrição Materno-Infantil (BMCNC) de mulheres brasileiras dos anos de 1990 a 2018 (KAC *et al.*, 2021).

### 2.2.1 Alimentos ultraprocessados (AUP)

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, os alimentos ultraprocessados são definidos e classificados como sendo:

“Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleo, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes)” (BRASIL, 2014).

Em conformidade, “alimentos ultraprocessados” são aqueles, cuja produção e fabricação consistem em variadas etapas técnicas de processamento, como: extrusão, moldagem e pré-processamento por fritura ou cozimento. São exemplos de alimentos ultraprocessados: refrigerantes, bebidas açucaradas, guloseimas, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, embutidos, produtos congelados, desidratados, temperos prontos e macarrão instantâneos. De acordo com o Guia, os alimentos ultraprocessados estão na categoria de alimentos que devem ser evitados, uma vez que, são “nutricionalmente desbalanceados”, densos em calorias, pobres em fibras, vitaminas e minerais. Além disso, todo o processo de produção, seguindo todas as etapas desde o seu processamento até a sua comercialização possuem um grande impacto no meio ambiente e na saúde humana (BRASIL, 2014).

O consumo demasiado de alimentos ultraprocessados é uma das principais causas do desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como também de sua alta prevalência a nível global. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT foram as responsáveis por 68% dos 56 milhões de óbitos em todo o mundo em 2012 (WHO, 2014). Sendo, a alimentação pouco saudável, umas das principais causas do aparecimento das DCNT, o que resulta na elevada prevalência dessas doenças e suas complicações (MARTINS, 2018). No Brasil, de acordo com MALTA (2019) foi estimado que, por ano, as DCNT sejam as responsáveis por 72,6% do total de óbitos.

Nesse contexto, o que pode ser observado são as altas prevalências e incidências das DCNT, que vem aumentando de forma expressiva nas últimas décadas, e que apesar do emprego de modernas práticas de manejo clínico, o número de indivíduos que possuem

doenças crônicas ou que apresentam comorbidades associadas a elas são elevadas (SOARES *et al.*, 2023).

Com isso, o cenário de excesso do consumo de alimentos ultraprocessados em detrimento e substituição dos alimentos in natura torna-se uma questão de saúde pública, posto que contribuem com o aumento da obesidade, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares e cânceres (BRASIL-VIGITEL, 2015).

Revisões sistemáticas da literatura evidenciaram claramente a relação entre doenças crônicas e alimentos ultraprocessados (AUP). Estudos de coorte realizados com pessoas adultas no Brasil, como também, com pessoas de outros países comprovaram que o consumo de AUP contribui com a maior incidência de DCNT (COSTA *et al.*, 2021). Segundo, outro estudo que avaliou os AUP e os resultados para a saúde utilizando uma revisão narrativa sugeriu que a alta ingestão de alimentos ultraprocessados potencializa maior risco de mortalidade, e que resultados benéficos à saúde está associado a dietas mais ricas em alimentos in natura ou minimamente processados (ELIZABETH *et al.*, 2020)

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2017-2018 mostraram a participação de alimentos ultraprocessados no total calórico da disponibilidade alimentar dos brasileiros, sendo maior no Sul e Sudeste (22,0% e 21,4%, respectivamente), intermediária no Centro-Oeste (16,6%) e menor no Norte e Nordeste (11,4% e 14,4%, respectivamente) (DOS SANTOS *et al.*, 2021).

Além disso, a pandemia da Covid-19 entre 2019 a 2021, propiciou uma mudança no padrão alimentar dos brasileiros durante todo o período do isolamento social. Conforme, uma pesquisa quantitativa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em conjunto com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), 49% dos brasileiros acima dos 18 anos relataram mudanças nos seus hábitos alimentares, com o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (RAPHAELLI *et al.*, 2021). “Dentre os indivíduos que informaram mudanças na dieta, 23% afirmaram o aumento da ingestão de ultraprocessados” (COSTA *et al.*, 2020).

### **2.2.2 Alimentos ultraprocessados e consequências negativas na saúde materno-infantil**

A literatura é composta por muitos estudos que destacam a importância de uma alimentação equilibrada e saudável que seja capaz de suprir as necessidades energéticas, de macro e micronutrientes tanto das gestantes, como também de seus filhos que estão crescendo e se desenvolvendo em seu útero (TEIXEIRA *et al.*, 2015; EL BEITUNE *et al.*, 2020; ACRIS *et al.*, 2022). Logo, o período gestacional requer muita atenção e cuidado, posto que a alimentação é um dos principais determinantes que irá impactar diretamente na saúde materno-infantil. Sendo assim, é válido destacar que todas as transformações no padrão alimentar que ocorreram e que vem ocorrendo nas últimas décadas apontam para uma diminuição do consumo de alimentos in natura, tais como: frutas e hortaliças, em contraste com o consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares e gorduras que vem aumentando de maneira expressiva (GRACILIANO; SILVEIRA; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Neste contexto, esta transformação no padrão alimentar se torna preocupante, pois favorece o risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que são prejudiciais em todos os ciclos e faixas etárias, principalmente durante a gestação e na fase inicial da vida da criança (MONTEIRO *et al.*, 2019).

É importante mencionar que a alimentação materna adequada é essencial para promover maiores possibilidades de desfechos gestacionais favoráveis. Isso porque, muitos estudos mostram que uma alimentação não adequada e saudável contribui para com a obesidade materna e aumento da glicemia durante a gravidez, o que propicia o desenvolvimento do diabetes mellitus gestacional. Com isso, tanto a obesidade, como a hiperglicemia são indicadores de alerta, pois ambos estão associados à morbidade materno-fetal, como também a danos relacionados ao sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis que pode aparecer na vida da criança ao nascer, durante a infância e na fase adulta (SARTORELLI, D.S *et al.*, 2019).

Com isso, a fim de conhecer melhor o hábito alimentar das gestantes no Brasil, um estudo realizado em 2018, utilizando as bases de dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) mostrou que as gestantes apresentam um elevado consumo de alimentos ultraprocessados, assim como as não gestantes. Entretanto, em comparação às mulheres não gestantes, um aspecto positivo foi que as mulheres grávidas apresentaram maior consumo de frutas e

sucos naturais, e um consumo menos frequente de refrigerantes e molhos industrializados (BRASIL-VIGITEL, 2018; RUIZ *et al.*, 2021).

Portanto, segundo diversos estudos presentes na literatura, torna-se evidente que a qualidade da dieta da mulher antes de engravidar e durante a gestação irá influenciar na saúde materna durante a gravidez e após o parto, como também, na saúde do conceito e do bebê, no seu crescimento e no seu desenvolvimento físico e cognitivo (SILVIA *et al.*, 2022, apud DANIELEWICZ, *et al.*, 2017).

### **2.2.3 Alimentos ultraprocessados e sintomas depressivos**

O consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) estão intimamente relacionados ao grande impacto do crescimento das DCNT em adultos, o que pode ser observado devido às repercussões ligadas às doenças gastrointestinais, cardiovasculares obesidade e distúrbios metabólicos (PINTO *et al.*, 2021).

Dessa forma, como já é conhecida a associação entre os AUP com as DCNT, estudos vêm sendo realizados com a finalidade de averiguar se existe relação entre o consumo dos AUP com a origem, desenvolvimento e agravamento de sintomas depressivos. O estudo “ Impactos do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo”, identificou dois estudos de coorte que demonstraram haver associação entre o consumo de AUP com a depressão (LOUZADA *et al.*, 2022).

Em gestantes, que apresentam maior ingestão de doces e açúcares e baixo consumo de frutas, como também, naquelas que possuem uma alimentação pouco variada, foi possível associar a uma maior prevalência de depressão (PASKULIN *et al.*, 2017).

No estudo de Sparling *et al.* (2017) os achados evidenciaram que os níveis séricos de determinados nutrientes no organismo possivelmente podem contribuir para a depressão no período perinatal, parecendo haver um elo entre a depressão perinatal com baixos níveis de folato, Vitamina D, ferro, selênio e ácidos graxos.

Por outro lado, Badanai e colaboradores (2019) observaram que mulheres com aderência a uma alimentação tipicamente brasileira, equilibrada e saudável possuíam menor probabilidade para a ocorrência de sentimentos de depressão ou tristeza durante a gravidez. Nesse sentido, o inverso pode ser confirmado, uma vez que, uma baixa ingestão

de alimentos minimamente processados e uma alta ingestão de ultraprocessados apresentam uma relação direta com o sentimento de depressão.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Considerando-se a alta prevalência da depressão em nível global, aliado às evidências científicas que apontam que as mulheres possuem um risco maior de desenvolvê-la, em comparação aos homens, principalmente durante os períodos gravídicos e puerperais. Isso porque, durante a gravidez e o pós-parto as mulheres passam por inúmeras transformações sociais, físicas, hormonais e emocionais; Somado, a hipótese que o padrão alimentar baseado em uma frequência regular do consumo de alimentos ultraprocessados é um dos fatores que predis põem as gestantes e mães no pós parto a desenvolverem sintomas depressivos; Aliado, ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, densos em calorias e pobres nutricionalmente, em detrimento e substituição dos alimentos in natura e minimamente processados pela população de forma geral. Torna-se relevante explorar a existência ou não da associação entre o consumo regular de alimentos ultraprocessados com os sintomas depressivos durante a gestação e o pós parto.

### **4 HIPÓTESE**

O padrão alimentar com uma frequência de consumo regular de alimentos ultraprocessados pode ser um dos fatores associados ao aparecimento e desenvolvimento de sintomas depressivos durante a gestação e o pós-parto.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar a associação entre a presença de sintomas depressivos com o consumo de alimentos ultraprocessados em gestantes e mães de crianças de até seis meses de idade, em três unidades básicas de saúde do município de Ouro Preto, MG.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar a frequência de sintomas depressivos entre as participantes do estudo.
2. Avaliar a frequência do consumo de AUP na amostra.
3. Averiguar a associação entre a presença de sintomas depressivos com as variáveis: sociodemográficas, obstétricas, casos de depressão familiar, depressão em gestações e pós-parto anteriores e depressão pregressa, anterior a gravidez e, ou pós-parto.
4. Investigar associação entre o consumo regular de alimentos ultraprocessados ( $\geq 5$  grupos por semana) e o aparecimento e desenvolvimento de sintomas depressivos

## 6 METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, do tipo exploratório/descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com gestantes e mães de crianças de até seis meses de idade, residentes no município de Ouro Preto (zona urbana e rural), MG, em 2023. Para a realização do estudo, as gestantes e mães foram contatadas em sala de espera de três unidades de atendimento para consulta de pré-natal ou consulta pediátrica, vinculadas ao SUS. As gestantes e mães foram convidadas a participar após a apresentação da equipe, dos objetivos e desenvolvimento da pesquisa, e esclarecimentos de dúvidas. Aquelas que aceitaram participar voluntariamente, preencheram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1). Os critérios de inclusão foram: ser gestante de 18 anos ou mais, em qualquer período gestacional, e ser mãe de criança de até seis meses de idade.

A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2022 a maio de 2023, por meio da aplicação de três questionários: o sociodemográfico e obstétrico (Anexo 2), a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (Anexo 3) e o questionário de frequência alimentar qualitativo (QFA) (Anexo 4), todos aplicados de forma presencial, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) São Cristóvão e Padre Faria, e na Policlínica Municipal. O questionário sociodemográfico e obstétrico continha dados de identificação, questões sobre a história clínica e obstétrica, sobre a situação socioeconômica, histórico familiar de depressão e diagnóstico anterior de depressão pós-parto, no caso de não primigestas. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é um instrumento padronizado, amplamente utilizado e de auto avaliação, composto por dez perguntas relacionadas aos sintomas depressivos que são frequentemente observados no puerpério, como por exemplo: “ eu tenho sido capaz de rir de achar graça das coisas?; eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas? Ou eu tenho me sentindo triste ou arrasada? ”. Cada pergunta é composta por quatro alternativas de respostas, cada alternativa valendo um determinado ponto, sendo trinta o total de pontos da Escala. A pontuação é realizada da seguinte forma: para as questões 1, 2 e 4, a letra “a” vale zero pontos, a “b” vale 1 ponto e a “c” e “d” valem, respectivamente, 3 e 4 pontos. Para as questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, a pontuação é decrescente, sendo que a letra “a” vale 3 pontos e a letra “d” vale zero pontos. Uma pontuação igual ou superior a dez pontos já indica presença de sintomas depressivos.

É importante ressaltar que, como foi incluído no estudo a amostra de gestantes, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), também foi utilizada para avaliar os sintomas depressivos durante a gestação, a exemplo, do artigo publicado por LI,

XIUXIU e colaboradores, em 2020, que validaram o instrumento para também ser empregado durante o período gestacional (LI, XIUXIU *et al.*, 2020). Além deste, outros estudos mais antigos também fizeram uso desta Escala no período pré-natal (CHORWE-SUNGANI *et al.*, 2017).

Em relação ao QFA, foi utilizado um instrumento já validado na entrevista para avaliar o consumo alimentar de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). O QFA foi constituído por uma lista de 20 alimentos, nos quais, 12 eram ultraprocessados: alimentos em conservas, enlatados, pães, biscoitos, alimentos instantâneos, doces e guloseimas, produtos congelados, refrigerante, sucos e temperos industrializados e lanches fast food. Assim, foi perguntado às participantes com qual frequência elas consumiram estes alimentos nos últimos trinta dias anterior à data da entrevista, sendo as frequências classificadas em: nunca, raramente, quinzenalmente, semanalmente de 1 a 3 vezes por semana, semanalmente de 4 a 6 vezes por semana e diariamente.

Para classificar o consumo de AUP seguiu-se como referência o estudo Vigitel (2020), que classificou o consumo de alimentos ultraprocessados em regular e irregular, sendo regular quando há o consumo de cinco ou mais grupos de AUP por semana e irregular quando o consumo semanal é menor que cinco grupos de AUP. Cada questionário foi avaliado individualmente permitindo a categorização em Consumo regular ou irregular de AUP.

Nas tabelas 1 e 2 de caracterização, quanto aos dados sociodemográficos e econômicos das gestantes e das mães de crianças de até seis meses de idade, respectivamente, em relação a variável idade, as mulheres foram divididas em dois grupos, às com idade  $> 35$  anos, e às com idade  $\leq 35$  anos. Isso porque, segundo alguns estudos, tais como os de (TRIGO *et al.*, 2020) e (GOMES *et al.*, 2021), o termo idade materna avançada caracteriza às gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Com isso, a gravidez dita avançada ou tardia é considerada como de alto risco, associada a maiores chances de complicações materno-fetal. O surge com uma hipótese a ser investigada sobre a associação entre a idade da mulher com a presença de sintomas depressivos, na gestação e no pós-parto.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha no Excel, que posteriormente foi transportada para o programa estatístico SPSS (IBM SPSS Statistics, v.20), a partir do qual foram realizadas as análises descritivas de tendência central (médias DP) e frequências relativas e absolutas dos eventos pesquisados. Testes de associação, associação entre a variável dependente “apresentar sintomas depressivos”, com as variáveis independentes, (sociodemográficas, econômicas e de consumo de alimentos

ultraprocessados) também foram realizados, considerando-se um intervalo de confiança de 95%. Para significância estatística, considerou-se  $p \leq 0,05$ .

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa sob o C.A.A.E: 45241291321.30000.5150 e foram acatados todos os preceitos da Res. CNS 466/12.

## 7 RESULTADOS

O estudo contou com a participação voluntária de 17 gestantes e 27 mães de crianças de até 6 meses de vida, conectadas em três unidades de saúde do município de Ouro Preto, MG. Assim, os resultados serão apresentados primeiramente para as gestantes e, na sequência, para as mães.

### 7.1 RESULTADOS CONSIDERANDO AS GESTANTES

As gestantes apresentavam uma idade média que variava entre 18 a 41 anos, sendo que 82,4% (n= 14) apresentavam idade menor ou igual a 35 anos. Em relação à cor, a maioria das mulheres (58,8%; n= 10) se autodeclarou parda, 64,7% (n= 11) eram casadas ou se encontravam em união estável, a maioria delas, 82,4% (n=14) possuía ensino médio completo. Além disso, a maioria das gestantes, 52,9% (n=9) disse não ter um trabalho remunerado e, sobre a renda mensal familiar, 64,7% (n= 11) afirmaram ser de 1 a 2 salários mínimos. Os dados sociodemográficos e econômicos estão contidos na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das gestantes (n=17) quanto aos dados sociodemográficos e econômicos. Ouro Preto, MG, 2023

Variável	N	%
<b>Idade</b>		
< 35 anos	14	82,4%
≥ 35 anos	3	17,6%
<b>Cor/Etnia</b>		
Amarela		
Branca	1	5,9%
Parda	10	58,8%
Preta	6	35,3%
Indígena		
Sem declaração		
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	6	35,3%
Casada/União estável	11	64,7%
Viúva		
Separada/divorciada		
Não quis informar		
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Médio completo	14	82,4%
Ensino Superior	1	5,9%
incompleto	2	11,7%
Ensino Superior/pós-graduação		

**Trabalho remunerado**

Sim	8	47,1%
Não	9	52,9%

**Renda Mensal**

Até meio salário mínimo	1	5,9%
1 a 2 salários mínimos	11	64,7%
3 a 4 salários mínimos	4	23,5%
> 6 salários mínimos	1	5,9%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quanto à presença de sintomas depressivos, foi observado que a maioria, 70,6% (n=12) disseram não ter tido diagnóstico clínico anterior à gravidez de ansiedade e/ou depressão. Sobre a existência ou não de casos de depressão familiar, 47,1% (n= 8) confirmaram haver casos na família. Na circunstância da existência de depressão familiar, 47,1% (n=5) das gestantes relataram que os casos envolviam mais de um grau de parentesco. Além disso, das 64,7% (n= 11) multigestas, nenhuma relatou depressão em gestações anteriores, e todas as 17 participantes afirmaram não ter depressão na gestação atual. A maioria delas, 88,2% (n= 15) deu início ao pré-natal no 1º trimestre gestacional. Além disso, 82,4% (n=14) e 94,1% (n=16) relataram fazer ou ter feito o uso de sais de ferro e de ácido fólico, respectivamente. Todas as informações estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização das gestantes (n=17) quanto aos dados obstétricos e de depressão na gestação. Ouro Preto, MG, 2023

Variável	n	%
<b>Diagnóstico clínico anterior a gestação de Ansiedade/Depressão</b>		
Sim	5	29,4%
Não	12	70,6%
<b>Depressão na família</b>		
Sim	8	47,1%
Não	9	52,9%
<b>Depressão familiar/Parentesco</b>		
Pais/Irmãos		
Avós	3	17,6%
Tios (as)	-	-
Primos (as)	-	-
	-	-

Mais de um grau de parentesco	-	-
Não se aplica	5	29,5%
	9	52,9%
<b>Primigesta</b>		
Sim	6	35,3%
Não	11	64,7%
<b>Depressão na gestação atual/Depressão em pós-parto anteriores</b>		
Sim		
Não	17	100%
<b>Início do pré-natal</b>		
1° Trimestre	15	88,2%
2° Trimestre	2	11,8%
3° Trimestre		
<b>Período gestacional atual</b>		
1° Trimestre	3	17,6%
2° Trimestre	5	29,4%
3° Trimestre	6	35,4%
Não soube informar	3	17,6%
<b>Suplementação/Sais de Ferro</b>		
Sim	14	82,4%
Não	3	17,6%
<b>Suplementação/Ácido fólico</b>		
Sim	16	94,1%
Não	1	5,9%

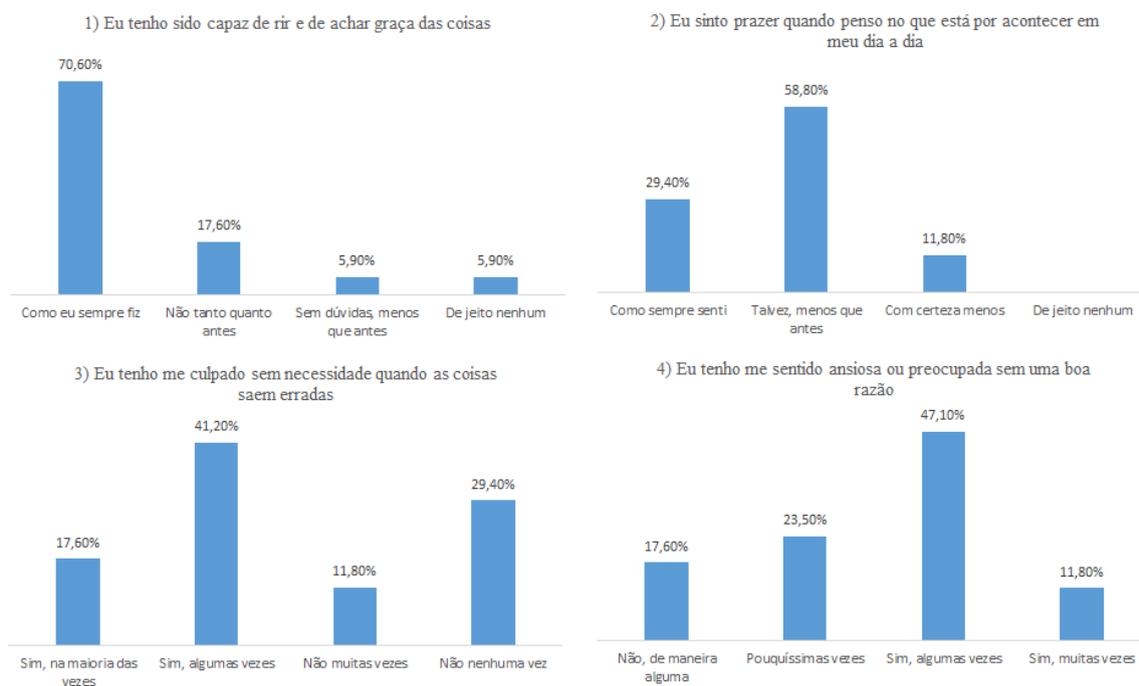
---

Fonte: Elaboração própria, 2023.

As Figura 1, 2 e 3 mostram as frequências de respostas dadas pelas gestantes do estudo, para cada questão da EPDS, considerando 4 possibilidades de respostas.

A Figura 1 apresenta os resultados para as questões de 1 a 4.

Figura 1 - Frequência das respostas das gestantes, às perguntas 1, 2, 3 e 4 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023

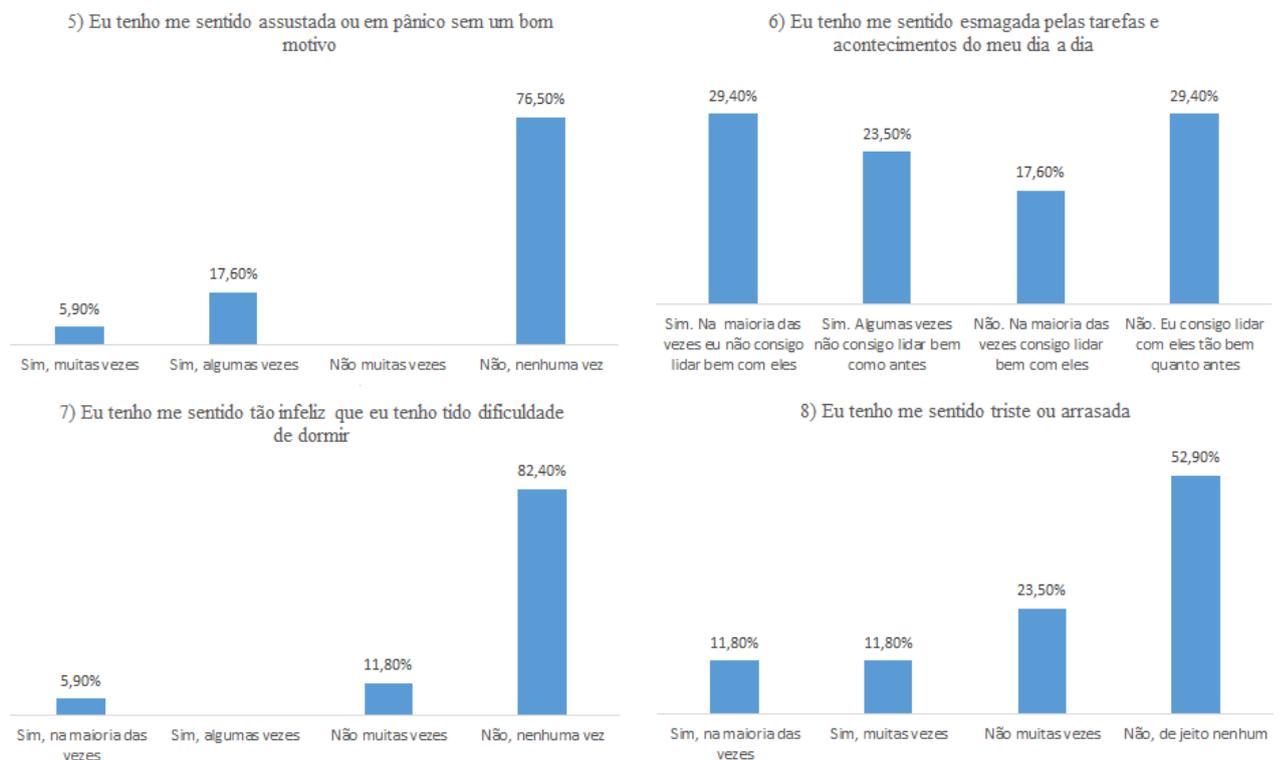


Fonte: Elaboração própria, 2023.

Com isso, para a questão 1, 70,6% das gestantes relataram que têm sido capazes de rir e de achar graças das coisas, como sempre fizeram. Na questão 2, a maioria, 58,8% responderam que talvez, menos que antes. Já na questão 3, 41,2% disseram que sim, algumas vezes e por último na questão 4, na qual, 42,1% afirmaram também que sim, algumas vezes.

As frequências de respostas às questões 5, 6, 7 e 8 da ESDP são mostradas na Figura 2.

Figura 2 - Frequência das respostas das gestantes, às questões 5, 6, 7 e 8 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023

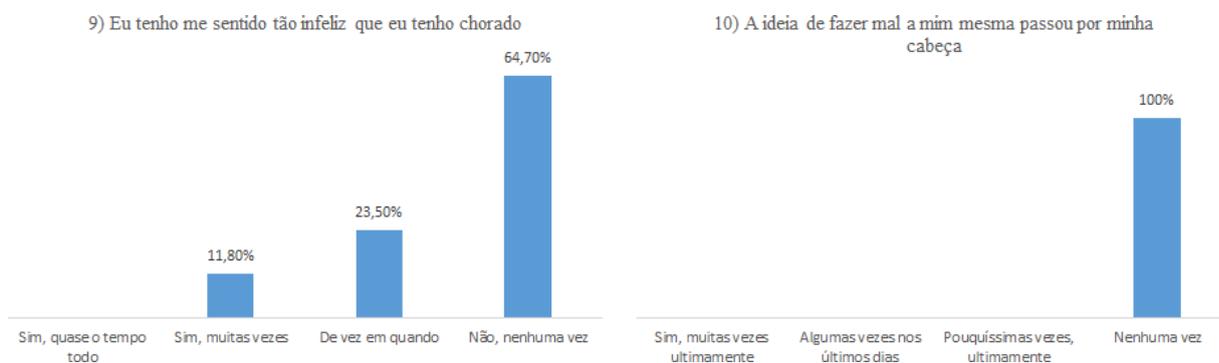


Fonte: Elaboração própria, 2023.

Dessa forma, na questão 5, 76,5% responderam que não têm se sentido assustadas ou em pânico. Para a questão 6, houve semelhança nas respostas, com uma porcentagem de 29,4% entre “ Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles”, e “não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes”. Na questão 7, 82,4% responderam que não, nenhuma vez e na questão 8, a maioria das gestantes (52,9%) respondeu que não, de jeito nenhum.

A Figura 3, mostra as frequências das respostas às questões 9 e 10; observou-se que, na questão 9, 64,7% não têm se sentido tão infeliz que tenha chorado e na questão 10, 100% responderam que não, nenhuma vez.

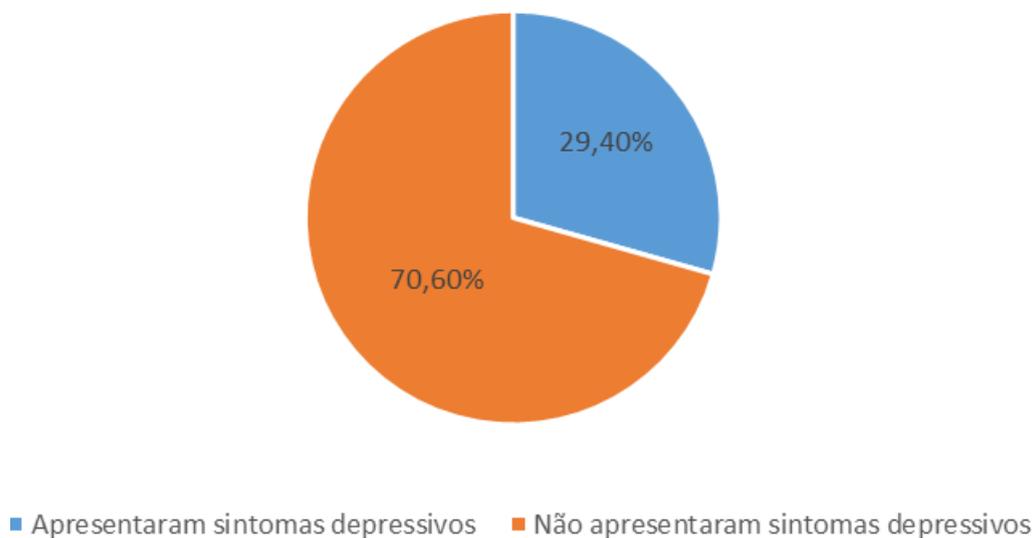
Figura 3 - Frequência das respostas das gestantes, às questões 9 e 10 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023



Fonte: Elaboração própria, 2023.

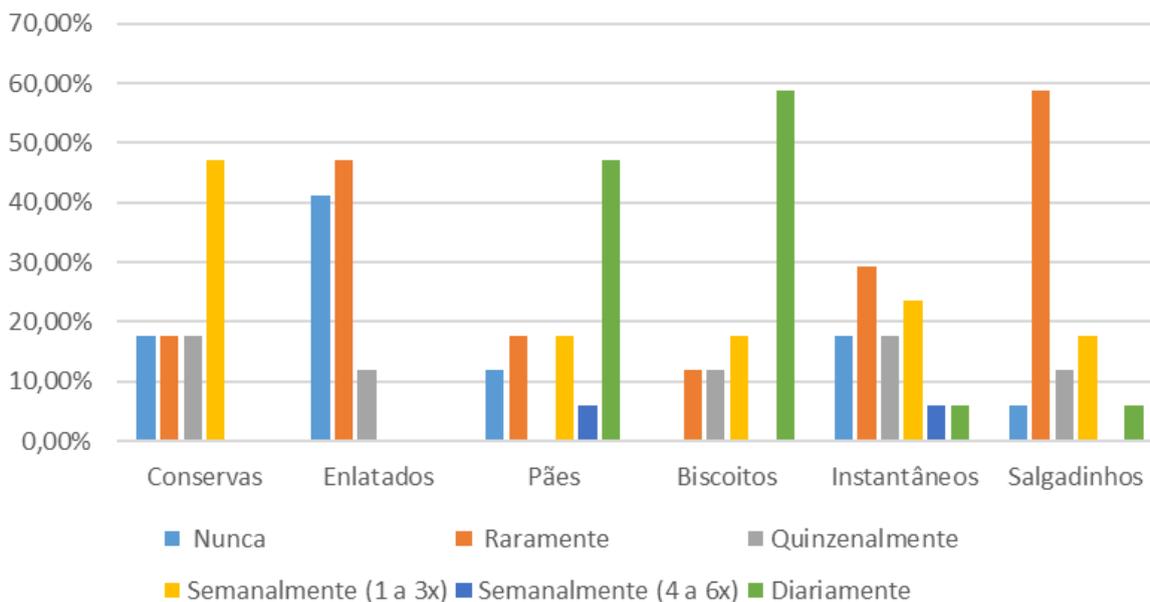
Acerca das gestantes que apresentaram sintomas depressivos através do somatório da pontuação da EPDS, observa-se o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Percentual das gestantes que apresentaram sintomas depressivos ou não, pelo somatório da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Gráfico 2 - Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) das gestantes (n=17). Ouro Preto, MG, 2023

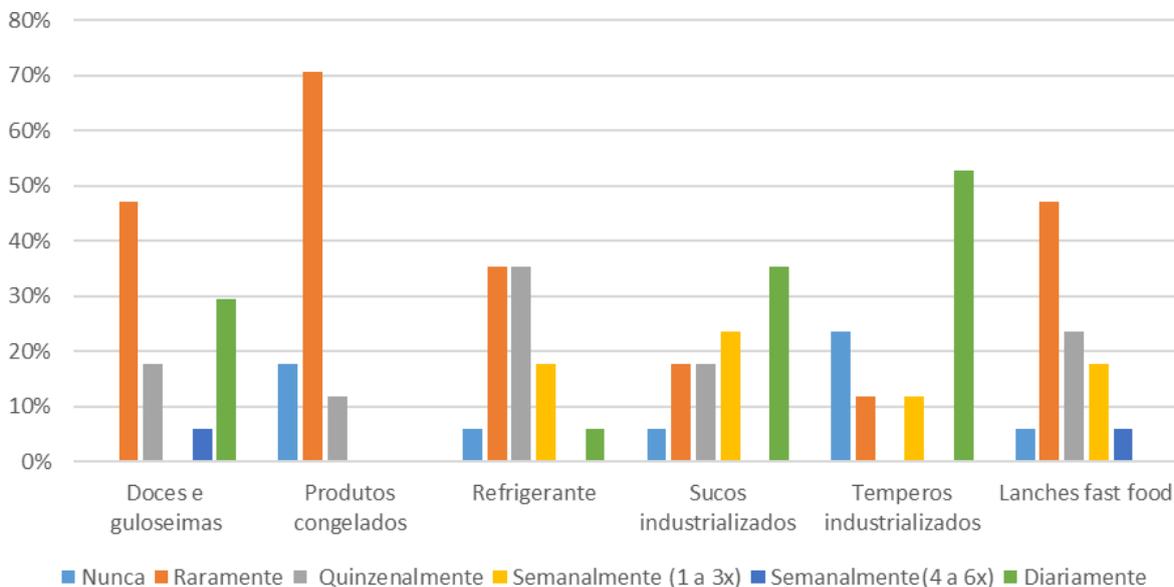


Fonte: Elaboração própria, 2023.

No Gráfico 2, com relação ao consumo de alimentos em conservas, observou-se que a maioria das gestantes relatou consumo semanal de 1 a 3 vezes. Em relação aos alimentos enlatados, 47,1% das gestantes relataram consumi-los raramente. Já para os pães e biscoitos a ingestão diária prevaleceu, apresentando os maiores percentuais, 47,1% e 58,8%, respectivamente. Entretanto, para os instantâneos e salgadinhos, a maioria das gestantes disseram consumir raramente estes alimentos.

O Gráfico 3 mostra o consumo de doces e guloseimas, produtos congelados, refrigerante, sucos e temperos industrializados e lanches fast food.

Gráfico 3 - Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) das gestantes (n=17). Ouro Preto, MG, 2023

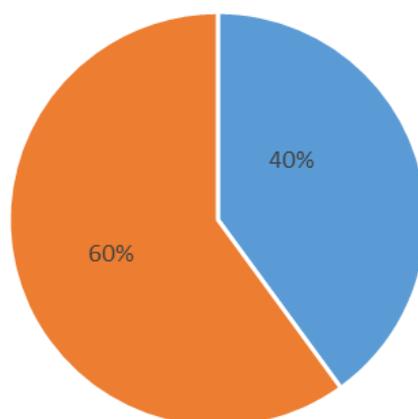


Fonte: Elaboração própria, 2023.

No Gráfico 3, sobre o consumo de doces e guloseimas, 47,1% das gestantes disseram que a ingestão dos mesmos é rara; para o consumo de produtos congelados, 70% também disseram consumir raramente; dos refrigerantes houve uma frequência similar entre os maiores percentuais de frequência, 35,3%, entre um consumo raro e quinzenal. Nos sucos industrializados, a maioria das mulheres relataram um consumo diário, assim também, como no caso dos temperos industrializados, e por último sobre a frequência do consumo de fast food, 47,1% afirmaram consumir raramente.

Com relação à classificação do consumo dos AUP, observou-se que para 29,4% (n=11) das gestantes que apresentaram sintomas depressivos pela EPDS, 40% (n=2) apresentaram consumo regular de alimentos ultraprocessados (AUP), enquanto 60% (n=3) apresentaram consumo irregular. É o que representa o Gráfico 3.

Gráfico 4 - Distribuição das gestantes que tiveram sintomas depressivos, segundo a regularidade do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Ouro Preto, MG, 2023

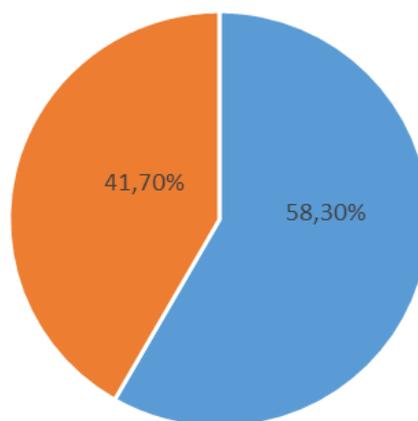


■ Consumo regular de AUP ■ Consumo irregular de AUP

Legenda: \*Consumo regular:  $\geq 5$  grupos de AUP/semana; consumo irregular:  $< 5$  grupos de AUP/ semana  
Fonte: Elaboração própria, 2023.

Das 70,6% (n=12) das gestantes que não apresentaram sintomas depressivos pela EPDS, observa-se que 58,3% tiveram um consumo regular de AUP, enquanto 41,7% tiveram um consumo irregular. É o que representa o Gráfico 5, abaixo.

Gráfico 5 - Distribuição das gestantes que não tiveram sintomas depressivos, segundo a regularidade do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Ouro Preto, MG



■ Consumo regular de AUP ■ Consumo irregular de AUP

Legenda: \*Consumo regular:  $\geq 5$  grupos de AUP/semana; consumo irregular:  $< 5$  grupos de AUP/ semana  
Fonte: Elaboração própria, 2023.

Segundo o somatório da pontuação das respostas obtidas via EPDS, evidenciou-se que 5 gestantes (29,4%) apresentaram sintomas depressivos. Sendo assim, testou-se associação entre algumas variáveis e os sintomas depressivos. É o que mostra a Tabela 3.

Observou-se, então, que não houve uma associação significativa entre a presença de sintomas depressivos nas gestantes com as variáveis: idade, cor, renda mensal familiar, depressão prévia, como também com o fato de ser a primeira gestação ou não, com o início do pré-natal e com o uso da suplementação ou não de sais de ferro e ácido fólico. No entanto, evidenciou-se associação significativa para as variáveis: estado civil, o qual as mulheres solteiras tiveram maiores ocorrências de sintomas depressivos do que as casadas ou em união estável.

Ademais, o fato das gestantes não terem um trabalho remunerado contribuiu para a presença de sintomas depressivos ( $p= 0,05$ ). O mesmo resultado foi observado para a existência de casos de depressão na família ( $p=0,012$ ). Não foram incluídos na Tabela 3, as variáveis escolaridade, depressão na gestação atual e depressão nas gestações e pós-parto anteriores, uma vez que, todas as gestantes possuem ensino médio completo e nenhuma relatou ter o diagnóstico de depressão na gravidez atual ou terem tido em gestações e pós-parto anteriores. Contudo, como o principal alvo de investigação do estudo é a relação entre o consumo regular de alimentos ultraprocessados com a prevalência dos sintomas depressivos durante a gestação, não foi constatada associação entre ambos, posto que  $p=1,000$ .

Tabela 3 - Associação entre as variáveis socioeconômicas, obstétricas, depressão prévia, atual e pregressa, consumo de AUP e sintomas depressivos nas gestantes

Variáveis	Sintomas depressivos		<i>p</i>	
	Sim	Não		
<b>Idade</b>	<35	5 38,5%	8 61,5%	0,261
	≥35	0 0,0%	4 100%	
<b>Cor</b>	Branca	0 0,0%	1 100%	0,294
	Não Branca	12 75,0%	4 25,0%	
<b>Estado civil</b>	Solteira	5 83,3%	1 16,7%	0,001*
	Casada união estável	0 0,0%	11 100%	
<b>Trabalho remunerado</b>	Sim	0	9	0,005*

		0,00%	100%	
	Não	5 62,5%	3 37,5%	
	< 1 salário mínimo	1 100%	0 0,0%	0,294
<b>Renda</b>	≥1 salário mínimo	4 25,0%	12 75,0%	
				0,012*
<b>Depressão familiar</b>	Sim	0 0,0%	8 100%	
	Não	5 55,6%	4 44,4%	
				0,102
<b>Primeira gestação</b>	Sim	0 0,0%	6 100%	
	Não	5 45,5%	6 54,5%	
<b>Depressão prévia</b>	Sim	50 41,7%	7 58,3%	0,245
	Não	0 0,0%	5 100%	
<b>Início pré-natal</b>	1º Trim	5 33,3%	10 66,7%	1,000
	2º Trim	0 0,0%	2 100%	
<b>Suplementação sais de ferro</b>	Sim	2 14,3%	12 85,7%	0,15
	Não	3 100%	0 0,0%	
<b>Suplementação ácido fólico</b>	Sim	4 25,0%	12 75,0%	0,294
	Não	1 100%	0 0,0%	
<b>Consumo de AUP</b>	Regular	3 30,0%	7 70,0%	1,000
	Irregular	2 28,6%	5 71,4%	

Legenda: \*p ≤ 0,05

Fonte: Elaboração própria, 2023.

## 7.2 RESULTADOS CONSIDERANDO AS MÃES DE CRIANÇAS DE ATÉ 6 MESES DE IDADE

Assim como foi apresentada a caracterização sociodemográfica e econômica das gestantes, também foi feita a caracterização das mães de crianças de até seis meses de idade. Neste grupo, observou-se que a maioria das mães (66,6%, n=18) tinha idade inferior a 35 anos. Sobre a cor/etnia e estado civil, 51,9% (n=14) se autodeclararam pardas e solteiras; já em relação à escolaridade, 66,7% (n=18) possuíam ensino médio completo. Acerca da renda, a maioria das mães (66,7%, n=18) afirmou não possuir trabalho remunerado no momento e considerando a renda familiar mensal, 63% (n= 17) recebiam 1 a 2 salários mínimos. Todas essas informações estão presentes na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização das mães de crianças de até seis meses de idade (n= 27) quanto aos fatores sociodemográficos e econômicos. Ouro Preto, MG, 2023

Variável	n	%
<b>Idade</b>		
< 35 anos	18	66,6%
≥ 35 anos	9	33,3%
<b>Cor/Etnia</b>		
Amarela		
Branca	3	11,1%
Parda	14	51,9%
Preta	10	37,0%
Indígena		
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	14	51,9%
Casada/União estável	13	48,1%
Viúva		
Separada/Divorciada		
Não quis informar		
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental completo	1	3,7%
Fundamental incompleto	2	7,4%
Médio completo	18	66,7%
Ensino superior incompleto	4	7,4%
Ensino superior/pós-graduação	2	14,8%
<b>Trabalho remunerado</b>		
Sim		
Não	9	33,3%
	18	66,7%
<b>Renda mensal</b>		
Até meio salário mínimo		
1 a 2 salários mínimos	2	7,4%
3 a 4 salários mínimos	17	63,0%
> 6 salários mínimos	1	25,9%
	1	3,7%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

No que se refere à caracterização do grupo de mães de crianças de até 6 meses de vida, quanto aos dados obstétricos e de depressão (atual ou pregressa), a maioria das mulheres (51,9%, n= 14) teve cesariana. O mesmo percentual de mães 51,9% (n= 14) relatou não ter o diagnóstico clínico anterior ou atual de ansiedade e/ou depressão. Além disso, considerando a existência de depressão na família, 59,3% (n=16) negaram, e dentre as que afirmaram a presença de depressão familiar, 54,5% (n= 6) relataram que os casos eram entre parentes de primeiro grau (pais e irmãos).

Com relação ao número de gestações, 51,9% (n=14) disseram ser primíparas. Já em relação ao diagnóstico de depressão na gestação atual e anteriores e nos pós-partos anteriores, 92,5% (n=25) disseram que não apresentam e nem apresentaram esses eventos. Sobre o início do pré-natal, 80,7% (n=21) iniciaram no primeiro trimestre gestacional. Já com relação à suplementação de sais de ferro e ácido fólico, 96,3% e 92,6% disseram que fazem ou que já fizeram o uso, respectivamente. Todas estas informações são fornecidas na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização das mães de crianças de até seis meses de idade (n=27) quanto aos dados obstétricos e de depressão atual ou pregressa. Ouro Preto, MG, 2023

Variável	n	%
<b>Parto</b>		
Normal	12	44,4%
Cesárea	14	51,9%
Sem informação	1	3,7%
<b>Diagnóstico clínico anterior ansiedade/depressão</b>		
Sim	13	48,1%
Não	14	51,9%
<b>Depressão na família</b>		
Sim		
Não	11	40,7%
	16	59,3%
<b>Depressão familiar/Parentesco</b>		
Pais/Irmãos		
Avós	6	54,5%
Tios (as)	1	9,1%
Primos (as)	1	9,1%
Mais de um grau de parentesco	-	-
	3	27,3%
Não se aplica	-	-
<b>Primigesta</b>		
Sim	14	51,9%
Não	13	48,1%
<b>Depressão gestação atual/pós-parto anteriores</b>		
Sim	2	7,4%
Não	25	92,5%
<b>Início do pré-natal</b>		
1º Trimestre	21	77,8%

2º Trimestre	4	14,8%
3º Trimestre	1	3,7%
Não soube informar	1	3,7%

#### Suplementação/Sais de Ferro

Sim	26	96,3%
Não	1	3,7%

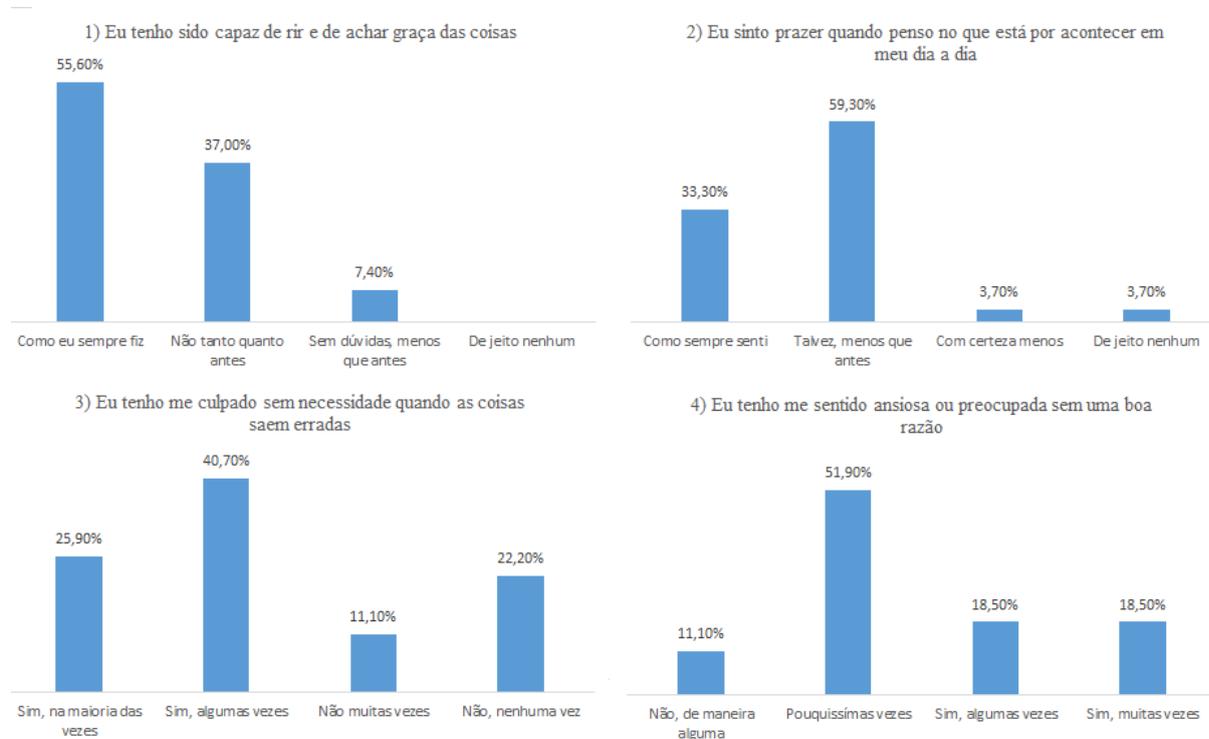
#### Suplementação/Ácido fólico

Sim	25	92,6%
Não	2	7,4%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Na Figura 4 é possível observar que, para a questão 1, 55,6% afirmaram que sim, como sempre fizeram; para a questão 2, 59,3% responderam que talvez, menos que antes; na terceira questão, 40,7% confirmaram que sim, algumas vezes, já para a questão 4, 51,9% disseram que pouquíssimas vezes.

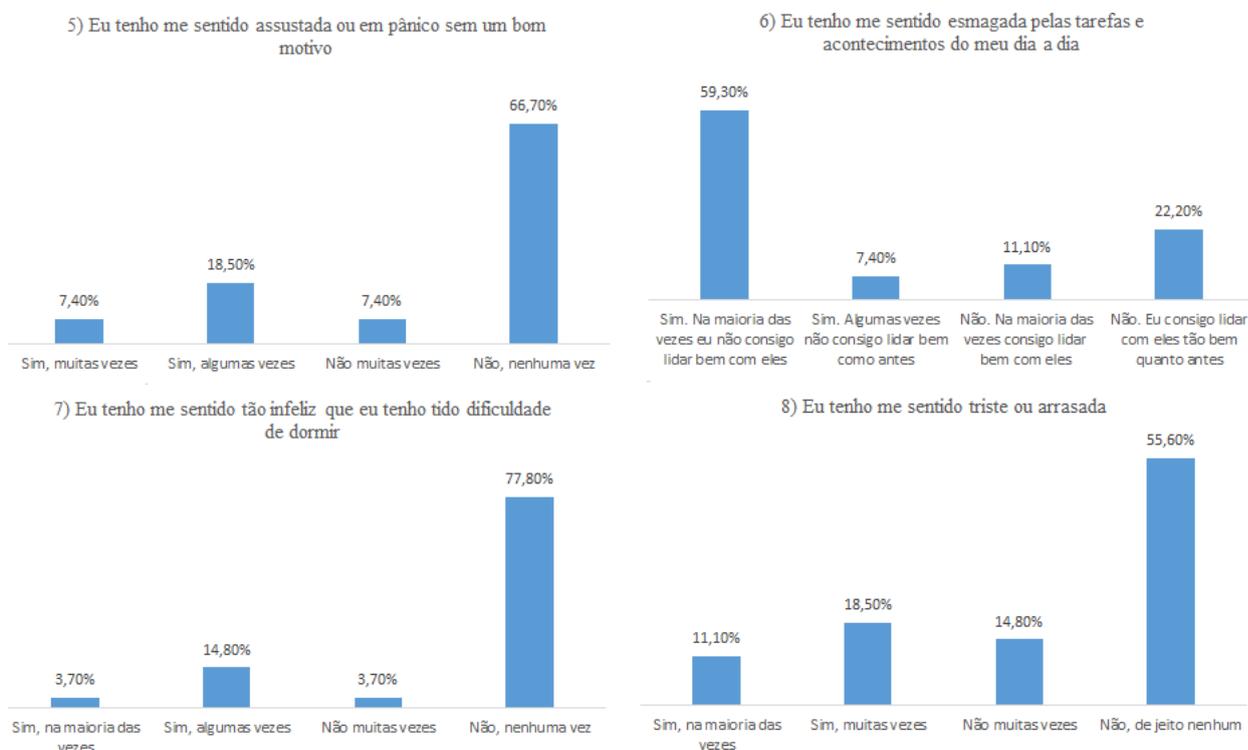
Figura 4 - Frequência das respostas das mães de crianças de até seis meses de idade, às questões 1, 2, 3 e 4 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Na Figura 5, que trata das respostas às questões 5,6,7 e 8 da EDPS, nota-se que 66,7% responderam que não, nenhuma vez se sentiram assustadas ou em pânico sem um bom motivo (questão 5). Com relação à questão 6, 59,3% disseram que sim, na maioria das vezes, elas não conseguem lidar bem com as tarefas e com os acontecimentos do dia a dia. Na questão 7, 77,8% disseram que não, nenhuma vez tiveram dificuldade de dormir. E para a questão 8, 55,6% responderam que de jeito nenhum se sentem tristes ou arrasadas.

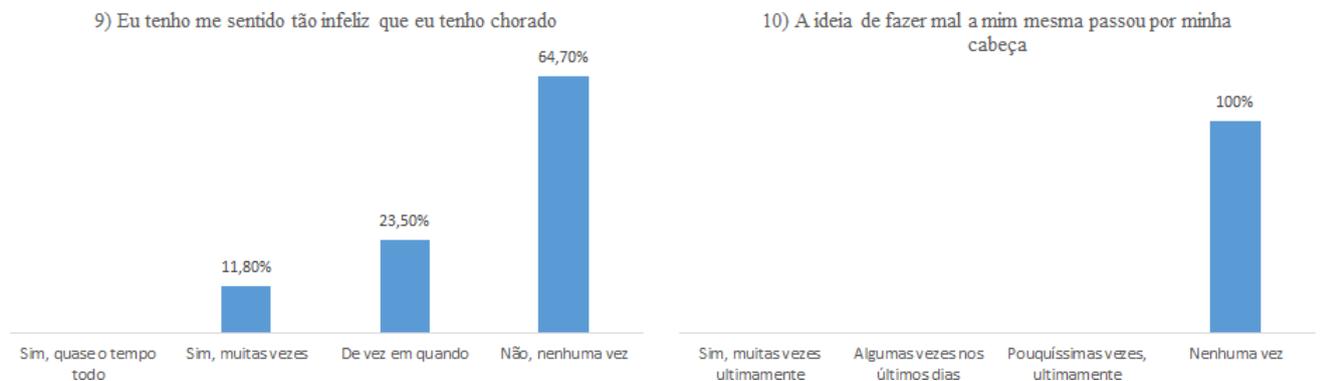
Figura 5 - Frequência das respostas das mães de crianças de até seis meses de idade, às questões 5, 6, 7 e 8 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023



Fonte: Elaboração própria, 2023.

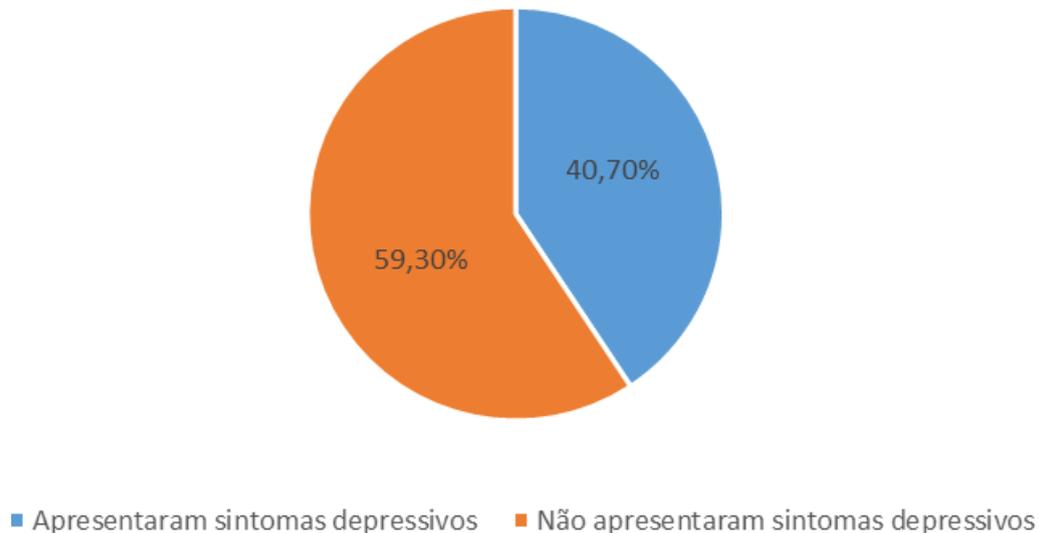
Na Figura 6, têm-se para a questão 9, a maioria das respostas, 74,1%, para a última alternativa: não, nenhuma vez se sentiu tão infeliz que tenha chorado, assim como na questão 10, na qual 74,1% responderam que nenhuma vez a ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

Figura 6 - Frequência das respostas das mães de crianças de até seis meses de idade, às questões 9 e 10 da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Ouro Preto, MG, 2023



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Gráfico 6 - Percentual das mães de crianças de até seis meses de idade que apresentaram sintomas depressivos ou não, segundo a pontuação recebida na avaliação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)



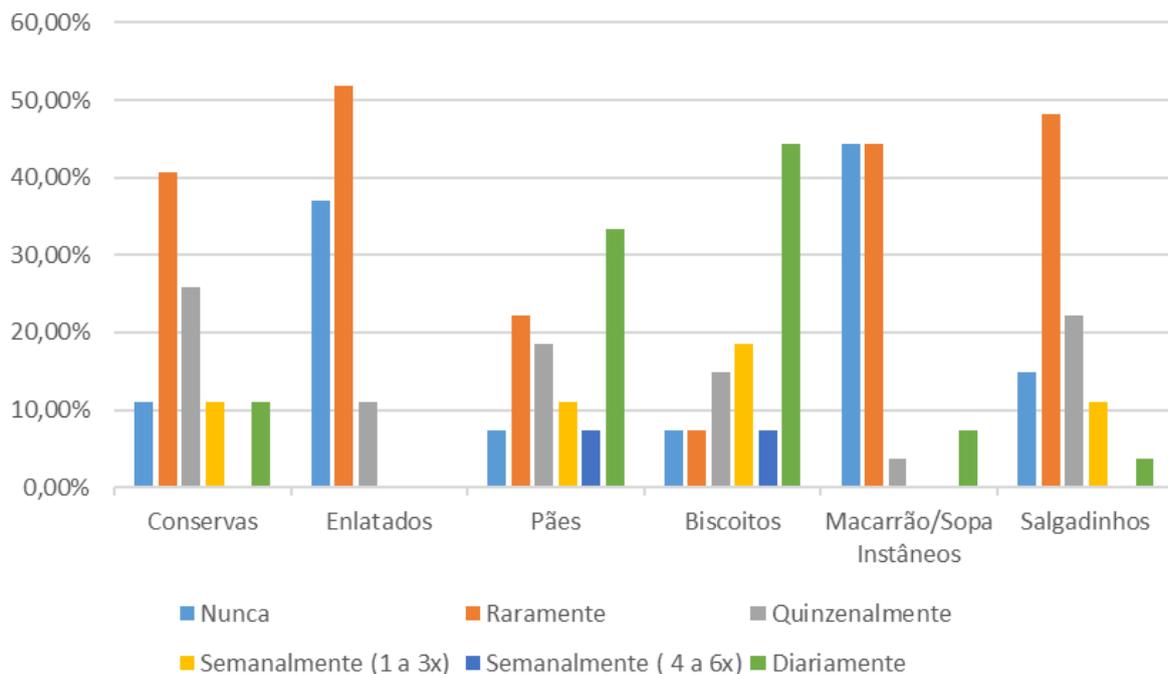
Fonte: Elaboração própria, 2023.

As frequências do consumo de alimentos ultraprocessados pelas mães de crianças de até 6 meses de idade são mostradas nos Gráficos 7 e 8.

No Gráfico 7, observa-se que, para a consumo de alimentos em conservas, 40,7% das mulheres relataram um consumo raro; para os alimentos enlatados, 51,9 % disseram consumir raramente; com relação aos pães e os biscoitos, a maioria consome diariamente,

ao contrário dos alimentos instantâneos, em que houve semelhança entre a frequência “nunca e raramente”; com relação aos salgadinhos, mais de 48,1% responderam ingeri-los raramente.

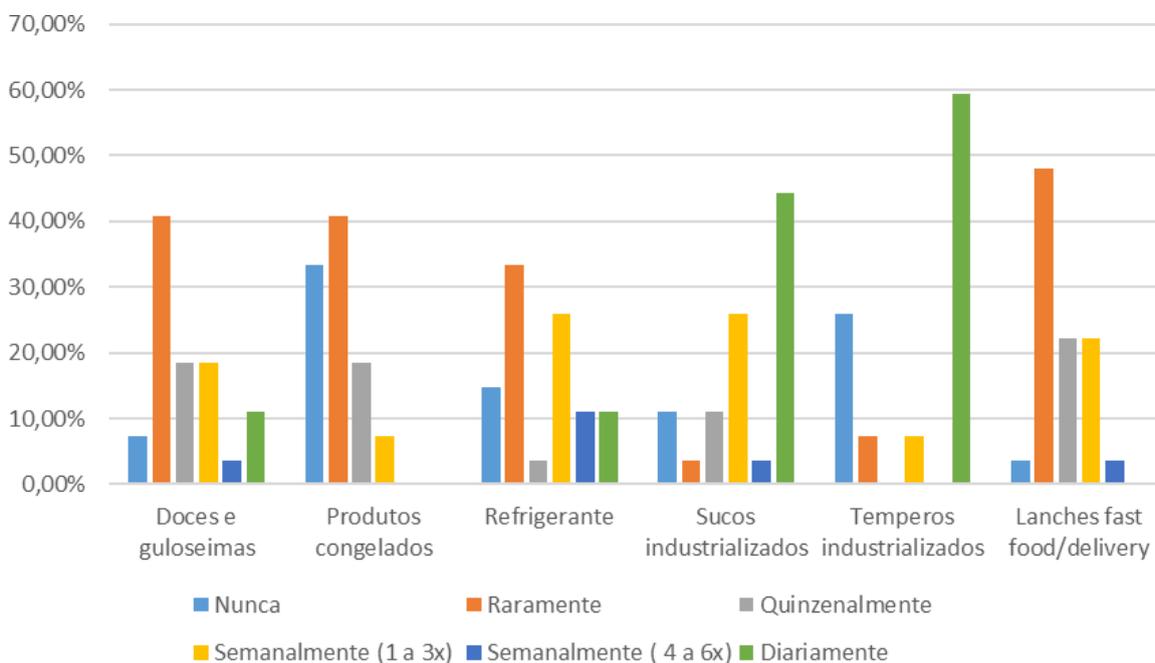
Gráfico 7 - Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) das mães de crianças de até seis meses de idade (n=27). Ouro Preto, MG, 2023



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Os dados de consumo de doces e guloseimas, produtos congelados, refrigerante, sucos e temperos industrializados, e fast food podem ser observados no Gráfico 8.

Gráfico 8 - Frequência do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) das mães de crianças de até seis meses de idade (n=27). Ouro Preto, MG,2023

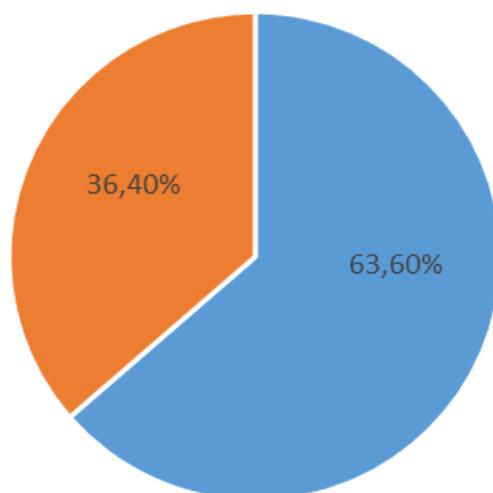


Fonte: Elaboração própria, 2023.

Neste gráfico, identifica-se para os doces e guloseimas um consumo raro, bem como para os produtos congelados e refrigerantes; por outro lado, destaca-se um consumo diário de 44,4% para sucos, e de 59,3% para os temperos industrializados. Já para os lanches fast food, o consumo dito raro prevaleceu entre as participantes do estudo.

Com isso, constatou-se que 40,7% (n=11) das mães que apresentaram sintomas depressivos pela EPDS, 63,6% (n=7) tiveram um consumo regular de alimentos ultraprocessados (AUP), e 36,4% (n= 4) tiveram um consumo irregular de AUP. É o que mostra o Gráfico 9.

Gráfico 9 - Distribuição das mães que tiveram sintomas depressivos, segundo a regularidade do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Ouro Preto, MG, 2023

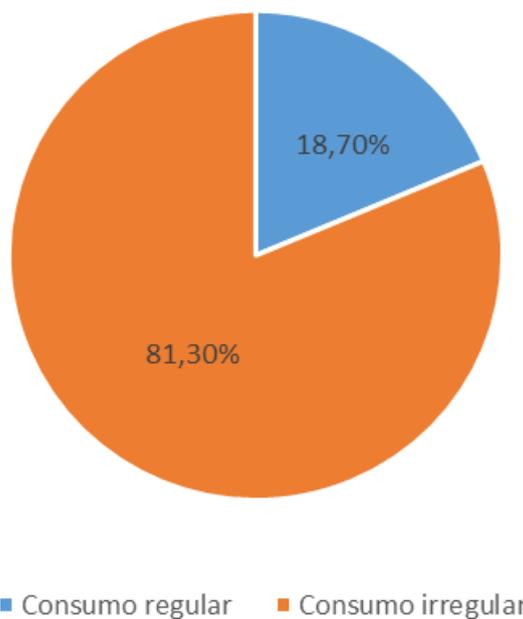


■ Consumo regular ■ Consumo irregular

Legenda: \*Consumo regular:  $\geq 5$  grupos de AUP/semana; consumo irregular:  $< 5$  grupos de AUP/semana.  
Fonte: Elaboração própria, 2023.

Em relação às mães que não apresentaram sintomas depressivos (59,3%, n= 16), 18,7% tiveram um consumo regular de AUP. Em contrapartida, 81,3% tiveram um consumo irregular. É o que se observa no Gráfico 10, a seguir.

Gráfico 10 - Distribuição das mães de crianças de até 6 meses de idade que apresentaram ou não sintomas depressivos, segundo a regularidade do consumo de alimentos ultraprocessados (AUP). Ouro Preto, MG, 2023



Legenda: \*Consumo regular:  $\geq 5$  grupos de AUP/semana; consumo irregular:  $< 5$  grupos de AUP/semana.  
Fonte: Elaboração própria, 2023.

Por meio do somatório da EPDS, evidenciou-se que 11 mães de crianças de até 6 meses de idade apresentavam sintomas depressivos; sendo assim, algumas variáveis foram analisadas para ver se existia relação entre elas e os sintomas depressivos. É o que mostra a Tabela 6.

A Tabela 6 abaixo mostra que não houve uma associação significativa entre a presença de sintomas depressivos nas mães e as variáveis: cor, estado civil, escolaridade, renda mensal familiar, depressão familiar, como também com o fato ser a primeira gestação ou não, tipo de parto, depressão prévia, depressão atual e depressão em gestações e pós-parto anteriores, início do pré-natal e suplementação ou não de sais de ferro e ácido fólico. No entanto, evidenciou-se um  $p \leq 0,05$  para as variáveis: idade, onde as mulheres com idade  $< 35$  anos tiveram maiores ocorrências de sintomas depressivos. Além disso, dentre as mães que não possuem trabalho remunerado, identificou-se o predomínio dos sintomas depressivos. E por fim, foi notória a associação entre o consumo regular de AUP com a prevalência dos sintomas depressivos nas mães, posto a significância entre as variáveis,  $p= 0,018$ .

Tabela 6 - Associação entre as variáveis socioeconômicas, obstétricas, depressão prévia, atual e pregressa, consumo de AUP e sintomas depressivos nas mães de crianças de até seis meses de idade

Variáveis		Sintomas depressivos		<i>p</i>
		Sim	Não	
<b>Idade</b>	<35	11 61,1%	7 38,9%	0,002*
	≥35	0 0,0%	9 100%	
<b>Cor</b>	Branca	2 66,7%	1 33,3%	0,549
	Não Branca	9 37,5%	15 62,5%	
<b>Estado civil</b>	Solteira	7 50,0%	7 50,0%	0,320
	Casada união estável	4 30,8%	9 69,2%	
<b>Escolaridade</b>	Ensino médio completo	10 41,7%	14 58,3%	1,000
	Ensino médio incompleto	1 33,3%	2 66,7%	
<b>Trabalho remunerado</b>	Sim	0 0,00%	9 100%	0,002*
	Não	11 61,1%	7 38,9%	
<b>Renda</b>	< 1 salário mínimo	1 50,0%	1 50,0%	1,000
	≥1 salário mínimo	10 40,0%	15 60,0%	
<b>Depressão familiar</b>	Sim	5 45,5%	6 54,5%	0,679
	Não	6 37,5%	10 62,5%	
<b>Primeira gestação</b>	Sim	4 30,8%	9 69,2%	0,310
	Não	7 50,0%	7 50,0%	
<b>Parto</b>	Normal	5 41,7%	7 58,3%	1,000
	Cesárea	6 42,9%	8 57,1%	

<b>Depressão prévia</b>	Sim	7 53,8%	6 46,2%	0,182
	Não	4 28,6%	10 71,4%	
<b>Depressão gestação atual</b>	Sim	0 0,0%	1 100%	1,000
	Não	11 42,3%	15 57,7%	
<b>Depressão gestações anteriores e pós-parto anteriores</b>	Sim	2 100,0%	0 0,0%	0,157
	Não	9 36,0%	16 64,0%	
<b>Início pré-natal</b>	1° Trim	7 35,0%	13 65,0%	0,350
	2° Trim	4 66,7%	2 33,3%	
<b>Suplementação sais de ferro</b>	Sim	10 38,5%	16 61,5%	0,407
	Não	1 100%	0 0,0%	
<b>Suplementação ácido fólico</b>	Sim	9 36,0%	16 64,0%	0,157
	Não	2 100%	0 0,0%	
<b>Consumo de AUP</b>	Regular	7 70,0%	3 30,0%	0,018*
	Irregular	4 23,5%	13 76,5%	

Legenda: \* $p \leq 0,005$

Fonte: Elaboração própria, 2023

## 8 DISCUSSÃO

Em relação às 17 gestantes participantes deste estudo, observou-se semelhança com a população do estudo de Dell’Osbel *et al.* (2019), em relação às variáveis idade, cor e estado civil. A idade das mulheres participantes em ambos foi de 18 a 41 anos, a maioria delas se autodeclararam não brancas, estando a maioria casadas ou em união estável.

Quanto aos sintomas depressivos, 29,4% das gestantes os tiveram. Ademais, este estudo aponta para uma associação significativa entre os sintomas depressivos com o estado civil. O fato da gestante ser solteira se associou de forma significativa ( $p=0,001$ ) com a existência de sintomas depressivos, o que não foi observado para as gestantes que se encontram casadas ou em união estável. Da mesma forma, Ribeiro e colaboradores (2022) verificaram em seu estudo realizado também em um município da região sudeste do Brasil, que as gestantes casadas ou com parceiro manifestavam um menor risco (89%) de apresentarem depressão durante a gravidez, do que as solteiras/sem parceiro. Além desses, Da Silva e colaboradores (2020) abordaram na sua pesquisa, que o fato das mulheres serem casadas ou possuir um relacionamento estável pode funcionar como um agente de proteção à saúde mental. A situação conjugal estável pode ser capaz de prevenir a depressão durante a gravidez. Nesse sentido, a figura do companheiro é importante, pois pode amenizar os efeitos causados pelas alterações físicas, hormonais, sociais e psicológicas nas gestantes.

Outro aspecto que demonstrou possuir correlação com os sintomas depressivos na gestação foi a ausência de trabalho remunerado pelas gestantes. De Jesus Silva *et al.*, (2020), em seu estudo sobre os fatores de risco associados à ocorrência de sintomas depressivos, identificaram alguns principais condicionantes de risco: fatores socioeconômicos, psíquicos, obstétricos e ou maternos, e psicossociais. Neste estudo, dentre os fatores de risco socioeconômicos que contribuíram para com a depressão durante a gestação, o desemprego foi um determinante crucial mencionado pelos autores. O desamparo social e a vulnerabilidade socioeconômica são, sem dúvidas, determinantes que predispoem as mulheres à ocorrência da depressão durante a gravidez.

Por ser a depressão, um transtorno de caráter multifatorial, uma série de agentes estão envolvidos na origem desta psicopatologia. Hartmann *et al.* (2017) ao realizar uma revisão na literatura, destacou dados, nos quais cerca de 30 a 40% das mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde, através da Estratégia Saúde da Família, tinham uma condição socioeconômica mais baixa e apresentaram um elevado índice de sintomas

depressivos. Além disso, Hartmann *et al.* (2017) perceberam que as mulheres que não residem com seus parceiros e que possuem casos de depressão na família, acabam tendo uma maior chance de desenvolver depressão, assim como os achados do presente estudo. No que se refere a associação entre a presença dos sintomas depressivos nas gestantes com a existência de casos de depressão familiar, há uma escassez muito grande na literatura sobre a associação entre ambos, apesar de ser a depressão um distúrbio de caráter multifatorial que engloba, muitos fatores, tais como a genética (OPAS), assim, para comprovar esta associação são necessários mais estudos sobre o tema.

É importante ressaltar que, de um modo geral, não houve diferenças expressivas em relação ao padrão alimentar das gestantes e das mães participantes do estudo em relação a frequência do consumo de alimentos ultraprocessados, é o que aponta os Gráficos: 1, 2, 5 e 6. Entretanto, no que se refere às gestantes foi possível observar que, para uma classe de alimentos ultraprocessados, tais como: conservas, enlatados, instâneos, salgadinhos, produtos congelados, refrigerantes e lanches fast food, que a frequência do consumo alimentar de AUP se encontrou irregular ( $\leq 5$  vezes na semana) é o que mostra os Gráficos 1 e 2. Este resultado corrobora com os achados de Alves- Santos *et al.* (2016), que ao estimarem as mudanças na ingestão alimentar desde a pré- concepção até o período gestacional de acordo com o grau de processamento dos alimentos, concluiu que a ingestão de AUP diminuiu, enquanto a ingestão de alimentos in natura e minimamente processados aumentou desde o período pré gestacional até o período gestacional.

Segundo, Ruiz *et al.* (2021), as gestantes possuem uma frequência de consumo de sucos de frutas e de frutas maior do que as mulheres não gestantes. E isso pode ser explicado devido ao fato das mulheres terem um cuidado e uma preocupação maior com a alimentação durante a gravidez, é o que demonstrou o estudo de Gomes *et al.* (2015), o qual identificou altas prevalências de comportamentos tidos como saudáveis. Os autores perceberam que as gestantes apresentaram um comportamento mais saudável do que as mulheres não gestantes, a exemplo do consumo menos frequente de refrigerantes, análogo ao presente estudo, no qual a maioria das gestantes relataram o consumo raro ou quinzenal de refrigerantes.

A frequência do consumo de alimentos ultraprocessados e a sua relação com os sintomas depressivos durante a gravidez, o presente estudo não comprovou haver associação entre ambos, assim como Baskin *et al.* (2015) que não encontraram relação entre a qualidade da dieta das mulheres e a experiência de depressão durante o período

perinatal, sendo necessários mais estudos nesta área. Do mesmo modo, Molyneaux *et al.* (2016) concluíram que não existe associação significativa entre depressão pré-natal e padrões alimentares.

No que diz respeito às 27 mães participantes deste estudo, foi identificado que a idade inferior a 35 anos é fator determinante para a presença de sintomas depressivos, resultado que se assemelha àqueles encontrado por Teixeira *et al.*, (2021), que observaram que o perfil das puérperas com maior probabilidade de desenvolver depressão pós-parto eram aquelas na faixa etária dos 23 aos 30 anos. Outro estudo denominado: “Sintomas de depressão Pós-Parto em mulheres atendidas em maternidades públicas e seus fatores associados” também verificou que a alta prevalência da DPP abrangia as puérperas de faixa etária dos 26 aos 34 anos de idade (SILVA *et al.*, 2021). Corroborando os achados do presente estudo, Matos e colaboradores (2020), que avaliaram os fatores associados à depressão pós-parto nas puérperas entre a segunda semana e o sexto mês pós-parto em duas unidades de saúde de uma cidade também da região sudeste do Brasil, confirmaram que a faixa etária inferior a 35 anos era mais propensa a desenvolver a DPP. Entretanto, foram encontrados estudos que demonstraram o contrário, como no caso da revisão integrativa realizada por Barros e colaboradores (2019), na qual foram analisados um compilado de artigos que tiveram em comum a alta prevalência de sintomas depressivos nos grupos das mulheres com maior idade, sendo sugerido pelo autor, aos profissionais de saúde, maior atenção para identificar o surgimento de uma faixa etária de risco, como pode ser visto a seguir:

“O profissional da área de saúde que participa da atenção às puérperas não deve especificar uma faixa etária de risco, mas deve prestar atenção na prevalência da doença na sua região e na sua unidade de trabalho, para analisar o surgimento de alguma faixa etária de risco” (BARROS *et al.*, 2019).

Assim, como foi observado para as gestantes, neste estudo o trabalho remunerado também influenciou na presença de sintomas depressivos nas mães de crianças de até 6 meses de idade. Da Silva *et al.*, (2020) ao realizar uma revisão na literatura, obtiveram como resultado, que o desemprego é um fator expressivo para a origem da DPP. Esses autores mencionam um achado de um dos estudos analisados, que mostra que os desafios enfrentados pelas mulheres recém mães de voltarem ao mercado de trabalho afeta a renda pessoal e do seu domicílio.

Sobre o consumo alimentar, para corroborar a significância estatística obtida no presente estudo, utilizou-se das considerações de Wennberg *et al.* (2016), que

identificaram que a qualidade da alimentação das mulheres suecas diminuiu após o parto, em comparação à gravidez, com o aumento da ingestão de alimentos, denominados discricionários, alimentos embutidos como refeições, somado ao aumento da ingestão de doces, bolos, biscoitos, salgadinhos, sorvetes e diminuição no consumo de frutas e hortaliças. Na mesma linha, Lebrun *et al.* (2019), com a finalidade de averiguar a ingestão dietética e a qualidade da dieta da gravidez ao período pós-parto de até seis meses, perceberam que os hábitos alimentares saudáveis adquiridos durante a gravidez não se perpetuam após o parto, e concluíram que houve diminuição na ingestão de micronutrientes, pela redução no consumo de frutas e vegetais nesse período.

Outro estudo também constatou uma diminuição na ingestão de muitos micronutrientes desde o final da gestação até seis meses após o parto (LEBRUN *et al.*, 2019). Já, Rodrigues *et al.* (2022) constataram que determinados micronutrientes, tais como: a vitamina D, a vitamina B12 e a vitamina B9 (folato) são protetores dos sintomas depressivos durante a gravidez e após o parto.

Neste contexto, muito se discute na literatura sobre uma alimentação adequada e saudável durante a gestação, todavia, estes mesmos cuidados e orientações muitas vezes não se mantêm após o parto, é o que mostrou o estudo de Van der Pligt *et al.* (2016). Pligt e colaboradores (2016) notaram que poucas mulheres receberam orientações sobre alimentação entre o parto e os 3 meses posteriores a ele, sendo que não houve um aconselhamento nutricional sobre uma alimentação pós-parto saudável; assim apenas, metade da amostra atenderam as recomendações para a ingestão de frutas e legumes. Serrallach (2018) descreve a importância dos micronutrientes após o parto, uma vez que a mulher precisará recompor suas reservas depois da gravidez, do parto e durante a amamentação e menciona que é crucial a reposição de micronutrientes, a fim de melhorar os níveis hormonais e diminuir o estado de exaustão pós-parto. Segundo ele, “os micronutrientes se esgotam no processo de formação do bebê, na hora de dar à luz e na amamentação”.

Com relação ao consumo de AUP, os resultados encontrados neste estudo se assemelham aos de Freitas (2021), no qual identificou diferenças significativas no consumo pré e pós-parto, com o aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados. Concluiu que, o nascimento de um filho na vida da mulher resulta em modificações na sua rotina, fazendo com que a prioridade seja os cuidados com o bebê; com isso, acabam por reduzir o tempo dedicado a si mesmas, o que impacta diretamente na sua alimentação, optando por alimentos mais rápidos e práticos. Em síntese, se os AUP são, segundo o

Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), nutricionalmente desbalanceados, densos em calorias, pobres em fibras, vitaminas e minerais, poderia o consumo regular dos AUP estar entrelaçados a prevalência dos sintomas depressivos nas mães da amostra estudada.

Por fim, foi constatada uma escassez na literatura de estudos com o objetivo de investigar a associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e os sintomas depressivos durante o puerpério até o sexto mês pós-parto, o que limitou a discussão.

## 9 CONCLUSÃO

Neste estudo, 29,4% das gestantes e 40,7 % das mães de crianças de até 6 meses de idade apresentaram sintomas depressivos e foi constatada a existência de associação entre os sintomas depressivos na gravidez e no pós-parto, com algumas variáveis.

Nas gestantes, os fatores relacionados aos sintomas depressivos foram: o fato delas serem solteiras, não possuírem trabalho remunerado e terem casos de depressão na família. Nesta amostra, não foi comprovada associação entre a frequência do consumo de alimentos ultraprocessados com os sintomas depressivos.

Já entre as mães de crianças de até seis meses de idade, as variáveis que apresentaram associação com os sintomas depressivos foram: a idade materna, sendo prevalente na faixa etária inferior a 35 anos, não possuir trabalho remunerado e consumir regularmente AUP, que foi o principal alvo de investigação deste estudo. Assim, dentre as mães que apresentaram sintomas depressivos pela EPDS, 63,6% tiveram um consumo regular de AUP.

Conclui-se que para esta amostra, o consumo regular de AUP expôs as mulheres pós-parto a um risco maior de desenvolverem sintomas depressivos, até os seis meses de vida da criança.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista disso, e apesar da amostra não ser representativa da população de gestantes e mães de crianças de até 6 meses, a frequência de sintomas depressivos foi relevante no grupo estudado e, por isso, deve ser cuidadosamente considerada pelos gestores municipais da saúde. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar o planejamento e implementação de estratégias de promoção da saúde, visando à alimentação adequada e saudável, com redução considerável do consumo de AUP na gestação e no pós-parto. Além disso, atenção especial deve ser dada à saúde mental das mulheres nesses períodos, como forma de prevenir, diagnosticar e tratar sintomas depressivos/depressão, pois podem gerar consequências negativas para a saúde materna e da criança, que perpassam pelo autocuidado e atenção negligenciada à criança, como por exemplo, a falta de envolvimento com a amamentação. Portanto, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, com nutricionistas e psicólogos em número satisfatório em todas as ESF, seria promissor para a saúde do binômio mãe e filho no município de Ouro Preto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACRIS, Margacy Souza; DAS CHAGAS CARDOSO, Karen Celiane; ANDRADE, Jerusa Souza. **Importância do acompanhamento nutricional para promoção da alimentação saudável no período gestacional: Importance of nutritional monitoring to promote healthy eating during pregnancy**. Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 11, p.73385-73402, 2022.
- ALVES-SANTOS, Nadya Helena et al. **Dietary intake variations from pre-conception to gestational period according to the degree of industrial processing: a Brazilian cohort**. Appetite, v. 105, p.164-171, 2016
- ASSUMPÇÃO, Gláucia Lopes Silva; OLIVEIRA, Luciele Aparecida; DE SOUZA, Mayra Fernanda Silva. **Depressão e suicídio: uma correlação**. Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 5, p. 312-333, 2018.
- APRAHAMIAN, I; BIELLA, M.; BORGES, M. k .; RIBEIZ, K.; Salma R. I. **Depressão: guia prático** . Barueri SP: Editora Manole, 2020. E-book. ISBN 9786555762358. Disponível em:<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555762358/>. Acesso em: 19 jan.2023.
- BADANAI, Nayla de Lourenço et al. **Associação entre os padrões alimentares e grau de processamento de alimentos com o sentimento de depressão na gravidez**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 19, p. 581-590, 2019.
- BARBOSA, Barbara Postal. **Terapia nutricional na depressão—como nutrir a saúde mental: uma revisão bibliográfica**. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 12, p. 100617-100632, 2020.
- BARROS, Marcos Vinícius Vieira; AGUIAR, Ricardo Saraiva. **Perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres com depressão pós-parto: uma revisão integrativa**. Revista de Atenção à Saúde, v. 17, n. 59, 2019.
- BASKIN, Rachel et al. The association between diet quality and mental health during the perinatal period. A systematic review. Appetite, v. 91, p. 41-47, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo 3 Protocolos de uso do **Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. ; Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia Alimentar para a população brasileira** [ Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [ citado 2022 Nov 14]. 158p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão Pós-parto** [Internet] [ Citado 2022 Dez 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [ Citado 2022 Nov 14]. 162p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2015.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132.: il

BRITO, Valéria Cristina de Albuquerque et al. **Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 31, 2022.

CHARAM, Isaac. **Depressão e melancolia**. Letra Capital Editora LTDA.

CHORWE-SUNGANI, Genesis; CHIPPS, Jennifer. **A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings**. BMC psychiatry, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017.

CORDÁS, Táki Athanássios; EMILIO, Matheus Schumaker. **História da melancolia**. Artmed Editora, 2017

COSTA, Caroline dos Santos et al. **Consumo de alimentos ultraprocessados e associação com fatores sociodemográficos na população adulta das 27 capitais brasileiras (2019)**. Revista de Saúde Pública, v. 55, 2021.

COSTA, Fernanda Ferreira et al. **Pandemia da Covid-19: impactos à renda e ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados**. Revista Unimontes Científica, v. 22, n. 2, p. 1-15, 2020.

DA COSTA TOLENTINO, Eraldo; MAXIMIN, Danielle Aurília Ferreira Macêdo; DE SOUTO, Cláudia Germana Virgínio. **Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas**. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, v. 14, n. 1, p. 59-66, 2016.

DA ROCHA ARRAIS, Alessandra; DE ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. **Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materno no Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 19, n. 1, p. 103-116, 2016.

DA ROCHA ARRAIS, Alessandra; DE ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. **Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção.** Psicologia, Saúde e Doenças, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017.

DA COSTA TOLENTINO, Eraldo; MAXIMIN, Danielle Auríliá Ferreira Macêdo; DE SOUTO, Cláudia Germana Virgínio. **Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas.** Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, v. 14, n. 1, p. 59-66, 2016.

DA SILVA, Bianca Aparecida Brito et al. **Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde.** Cogitare Enfermagem, v. 25, 2020.

DE AQUINO, Laise Cordeiro et al. **Depressão pós-parto: revisão da literatura.** ULAKES JOURNAL OF MEDICINE, v. 2, n. 3, 2022.

DE CASTRO, Adriana Sperandio Ventura Pereira; DE LIMA GERMANO, Isabela; FERREIRA, Thais Helena. **Os aspectos psicológicos da mulher: da gravidez ao puerpério.** CES Revista, v. 33, n. 2, p. 202-218, 2019.

DE GÓES SOLIGO, Adriana. **Manual da Gestante.** Viseu, 2017.

DE JESUS SILVA, Mônica Maria et al. **Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência.** SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em português), v. 16, n. 1, p. 1-12, 2020.

DELL'OSBEL, Rafaela Santi; GREGOLETTO, Maria Luisa Oliveira; CREMONESE, Cleber. **Sintomas depressivos em gestantes da atenção básica: prevalência e fatores associados.** ABCS Health Sciences, v. 44, n. 3, 2019.

DE SOUZA ANDRADE FILHO, Antonio; DUNNINGHAM, William Azevedo. **A Pandemia da Depressão.** Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, v. 23, n. 3, 2019.

DOS SANTOS ARAÚJO, Elinalva et al. **Consumo alimentar de gestantes atendidas em Unidades de Saúde.** O mundo da Saúde, v. 40, n. 1, p. 28-37, 2016.

DOS SANTOS, Daya Vale et al. **Associação entre consumo de alimentos ultraprocessados e excesso de peso em alunos de uma universidade pública do Ceará.** RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 15, n. 94, p. 470-481, 2021.

EL BEITUNE, Patrícia et al. **Nutrição durante a gravidez.** Femina, v. 48, n. 4, p. 245-56, 2020.

ELIZABETH, Leonie et al. **Ultra-processed foods and health outcomes: a narrative review.** Nutrients, v. 12, n. 7, p. 1955, 2020.

Filha, Mariza Miranda Theme, et al. **"Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012."** *Journal of affective disorders* 194 (2016): 159-167.

FREITAS, ANA CAROLINE ROMANO DE. **CONSUMO ALIMENTAR DE MULHERES NA FASE GESTACIONAL E NO PUÉRPÉRIO: EXISTE DIFERENÇA?**. 2021.

GANDOLFO, Adriana S. BONATO, Julliana A S.; MAXIMINO, Priscila. **Nutrição materno-infantil: perguntas e respostas sobre alimentação - da gestação à adolescência**. [Digite o Local da Editora]: Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9788520462652.

Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520462652/>. Acesso em: 11 fev. 2023.

GOMES, Caroline de Barros et al. Práticas alimentares de gestantes e mulheres não grávidas: há diferenças?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, p. 325-332, 2015.

GOMES, Júlia CO; DOMINGUETI, Caroline Pereira. Fatores de risco da gravidez tardia. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v. 3, n. 4, p. 1-9, 2021.

GRACILIANO, Nayara Gomes; SILVEIRA, Jonas Augusto Cardoso da; OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de. **Consumo de alimentos ultraprocessados reduz a qualidade global da dieta de gestantes**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 2, p. e00030120, 2021.

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. **Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados**. Cadernos de saúde publica, v. 33, p. e00094016, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2020. [acesso em 2023 Mar 29]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>

JACKA, Felice N. et al. **Does reverse causality explain the relationship between diet and depression?**. Journal of Affective Disorders, v. 175, p. 248-250, 2015.

KAC, Gilberto et al. **Gestational weight gain charts: results from the Brazilian Maternal and Child Nutrition Consortium**. The American journal of clinical nutrition, v. 113, n. 5, p. 1351-1360, 2021.

LEBRUM, Audrée et al. **Tracking of dietary intake and diet quality from late pregnancy to the postpartum period**. Nutrients, v.11, n. 9, p. 2080, 2019.

LI, Xiuxiu et al. **The association between symptoms of depression during pregnancy and low birth weight: a prospective study**. BMC pregnancy and childbirth, v. 20, p. 1-7, 2020

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. **Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, p. e00323020, 2022.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, p. e190030, 2019.

MATOS, Aldo et al. **Fatores associados à depressão pós-parto: um estudo na atenção primária em bairros central e periférico**. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 10, p. 77690-77703, 2020.

MARQUES, Christiane Jussara de Carvalho; SANTOS, Kassia Cintia dos; DANIEL, Natasha Saney Silva. **A romantização da maternidade e seus impactos psicológicos**. 2022.

MARTINS, Paula de Fátima Almeida; FARIA, Leide Ribeiro Chaves. **Alimentos ultraprocessados: uma questão de saúde pública**. *Comum. ciênc. saúde*, p. [14-17], 2018.

MENDES, Elzilaine Domingues; VIANA, Terezinha de Camargo; BARA, Olivier. **Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 30, p. 423-431, 2014.

MOLL, Marciana Fernandes et al. **Rastreamento a depressão pós-parto em mulheres jovens**. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 1338-1344, 2019.

MOLYNEAUX, Emma et al. **Obesity, antenatal depression, diet and gestational weight gain in a population cohort study**. *Archives of Women's Mental Health*, v. 19, p. 899-907, 2016.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. **Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system**. Rome: FAO, v. 48, 2019.

Pan American Health Organization. [Internet]. Tópicos depressão. [Citado 2023 Jan 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>

PASKULIN, Jéssica TA et al. **Associação entre padrões alimentares e transtornos mentais em gestantes no Sul do Brasil**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 39, p. 208-215, 2017.

PINTO, Juliana Rosa Ribeiro; COSTA, Flávia Nunes. **Consumo de produtos processados e ultraprocessados e o seu impacto na saúde dos adultos**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, p. e568101422222-e568101422222, 2021.

QUEVEDO, João; NARDI, Antonio E.; SILVA, Antônio G da. **Depressão: teoria e clínica**. Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715208. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715208/>. Acesso em: 09 fev. 2023.

RAPHAELLI, Chirle Oliveira et al. **A pandemia de COVID-19 no Brasil favoreceu o consumo de alimentos ultraprocessados?**. *Brazilian Applied Science Review*, v. 5, n. 3, p. 1297-1313, 2021.

RIBEIRO, Gabriela de Magalhães; CIETO, Julia Ferreira; SILVA, Mônica Maria de Jesus. Risco de depressão na gravidez entre gestantes inseridas na assistência pré-natal de alto risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022.

RUIZ, Ana Maria Pita et al. **Consumo de alimentos saudáveis e produtos ultraprocessados: comparação entre gestantes e não gestantes**, Vigitel 2018. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 21, p. 511-519, 2021.

RODRIGUES, Erick Silva; PALMA, Guilherme Henrique Dantas. Eficácia de suplementação com micronutrientes no controle da depressão perinatal e depressão pós-parto: uma revisão guarda-chuva. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 38, n. especial, p. 329-353, 2022.

ROJAS, Luis Quintanar et al. **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REPERCUSSÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**. CIÊNCIAS DA SAÚDE: DESAFIOS, PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES-VOLUME 2, v. 2, n. 1, p. 55-62, 2021.

SARTORELLI, Daniela Saes et al. **A relação entre consumo de alimentos minimamente processados e ultraprocessados durante a gestação e obesidade e diabetes mellitus gestacional**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, 2019.

SERRALLACH, Oscar. O guia definitivo para o pós-parto: Um guia completo para priorizar a saúde e a energia para mães de recém-nascidos, de bebês e de crianças pequenas. HarperCollins Brasil, 2018.

SILVA, Aline Cristina et al. **Associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e a ingestão de nutrientes em gestantes de risco habitual**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 22, p. 481-487, 2022.

SILVA, Flor de Maria Araújo Mendonça et al. **SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES ATENDIDAS EM MATERNIDADES PÚBLICAS E SEUS FATORES ASSOCIADOS**. Enfermagem em Foco, v. 12, n. 5, 2021.

SOARES, Mara Machado et al. **A importância de hábitos saudáveis e adequados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. Research, Society and Development, v. 12, n. 1, p. e18012139295-e18012139295, 2023.

SPARLING, Thalia M. et al. **Nutrients and perinatal depression: a systematic review**. Journal of nutritional science, v. 6, p. e61, 2017.

TEIXEIRA, Diana et al. **Alimentação e nutrição na gravidez**. 2015.

TEIXEIRA, Mayara Gonçalves et al. **Deteção precoce da depressão pós-parto na atenção básica/Early detection of postpartum depression in primary health care**. Journal of Nursing and Health, v. 11, n. 2, 2021.

TRIGO, Isabella Georges et al. Idade materna avançada e seus desfechos. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 3, 2020.

VAN DER PLIGT, Paige et al. **Maternal dietary intake and physical activity habits during the postpartum period: associations with clinician advice in a sample of**

**Australian first time mothers.** BMC pregnancy and childbirth, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

VIEIRA, Marcilea de Nazaré Mota; DE PASSOS, Sandra Godoi. **Depressão pós-parto: a importância dos cuidados de enfermagem.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 5, n. 11, p. 600-607, 2022.

WENNERBERG, Anna Lena et al. **Swedish women's food habits during pregnancy up to six months post-partum: A longitudinal study.** Sexual & Reproductive Healthcare, v. 8, p. 31-36, 2016.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 2022 Nov 8]. 302p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1%3E](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1%3E).

World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders 2017 [Internet]. WHO; 2017 [Citado 2022 Nov 18] 24p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; BITTAR, Roberto Eduardo. Zugaib **obstetrícia básica.** 2015

## ANEXOS

### Anexo 1

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Você está sendo convidada a participar voluntariamente da pesquisa: “Sintomas depressivos pós-parto e consumo de alimentos ultraprocessados em mulheres residentes em um município de Minas Gerais”, conduzida pela aluna da Universidade Federal deOuro Preto-UFOP, Isabella Alves Cordeiro, matrícula acadêmica: 19.2.7075, orientada pela Profa Marília Alfenas de Oliveira Sírío, da Escola de Nutrição - ENUT/UFOP, que se comprometem com o andamento correto das práticas e informações durante a pesquisa e sua finalização.

Atualmente, estima-se que uma em cada quatro mulheres brasileiras apresenta depressão pós-parto. Portanto, é relevante estimar a prevalência de depressão pós-parto e averiguar se há associação entre a depressão em mulheres até o sexto mês após o parto e o consumo de alimentos ultraprocessados (refrigerantes, biscoitos industrializados, sucos artificiais, macarrão instantâneo, dentre outros). Caso você concorde em participar voluntariamente, você responderá um questionário com perguntas, como: idade, escolaridade, sobre o consumo alimentar e da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), que traz perguntas sobre seu estado emocional. O tempo para respostas será aproximadamente 8 minutos. Não haverá gravação de voz e/ou imagem. Durante o preenchimento do questionário, a previsão de riscos é mínima, que poderão incluir: desconforto, estresse ou constrangimento diante de alguma(s) pergunta(s). Nesses casos, você poderá deixar de responder qualquer pergunta que lhe cause desconforto, ou desistir de participar sem que tenha qualquer prejuízo. Caso aceite participar, todas as informações obtidas serão confidenciais, ficarão sob a guarda da profa orientadora e sua divulgação científica ocorrerá de forma coletiva, sem exposição de nomes. Além disso, qualquer dúvida que você tiver sobre a pesquisa, fique à vontade para perguntar. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNSno 510 de 2016, Artigo 19).

Em caso de dúvida, entre em contato conosco (Marília 31-98859-9880 e Isabella - 31-99718-0422) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto pelo telefone (31) 3559-1368, no endereço Campus Universitário, Morro do Cruzeiro, Instituto de Ciências Exatas e Biológicas, sala 29, CEP 35.400-000, Ouro Preto, MG ou por e-mail: cep.propp@ufop.edu.br. O CEP é órgão colegiado responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa dentro dos padrões éticos.

Se concordar em participar voluntariamente, por favor, assine esse Termo.

Concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Sintomas depressivos pós-parto e consumo de alimentos ultraprocessados em mulheres residentes em um município de Minas Gerais”. e declaro que obtive todas as informações necessárias e todos os esclarecimentos de minhas dúvidas.

Assinatura.....Data: \_\_/\_\_/20\_\_

.....

Concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Sintomas depressivos pós-parto e consumo de alimentos ultraprocessados em mulheres residentes em um município de Minas Gerais”. e declaro que obtive todas as informações necessárias e todos os esclarecimentos de minhas dúvidas.

Assinatura.....Data: \_\_/\_\_/20\_\_

## ANEXO 2

1

**QUESTIONÁRIOS****2 Dados sociodemográficos e econômicos****2.1. A Sra. pode me informar a sua data de nascimento?**

(1) sim. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

(0) não.

**2.2. Qual a sua cor/etnia?**

(0) Amarela (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Indígena (777) Sem declaração

**2.3. Quantas pessoas moram no seu domicílio? \_\_\_\_\_****2.4. Qual o seu estado conjugal atual?**

(0) solteira

(2) viúva

(1) casada legalmente/união estável há mais de 6 meses

(3) separada ou divorciada

(777) não quis informar

**2.5. Qual a sua escolaridade?**

(0) não estudei

(1) Curso primário

(2) fundamental / 1º grau incompleto

(3) fundamental / 1º grau completo

(4) ensino médio / 2º grau incompleto

(5) ensino médio / 2º grau completo

(6) curso superior / 3º grau incompleto

(7) curso superior / 3º grau completo

(8) pós-graduação

(999) não sei

(777) não quis não informar

**2.6. Você possui algum tipo de trabalho remunerado ou fonte de renda no momento?**

(0) não (1) sim

**Se sim, qual?** \_\_\_\_\_**2.7. Qual a sua renda mensal?**

(0) até meio salário mínimo (R\$ 522,50)

(1) 1 a 2 salários mínimos (R\$ 1.412,00 a 2.824,00)

(2) 3 a 4 salários mínimos (R\$ 4.236,00 a 5.648,00)

(3) 5 a 6 salários mínimos (R\$ 7.060,00 a 8.472,00)

(4) mais de 6 salários mínimos (&gt; R\$ 8.472,00)

(777) não quis informar

**3. História Clínica/Obstétrica****3.1. Você possui algum diagnóstico clínico anterior de ansiedade ou depressão?**

(0) não (1) sim

(777) não quis ou não soube informar

**3.2. Na sua família, alguém foi diagnosticado com depressão?**

(0) não (1) sim Quem? \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

**3.2. Essa é a sua primeira gestação?**

(0) não (1) sim (777) não quis ou não soube informar

**3.3. Se não, você foi diagnosticada com depressão na gestação ou pós-parto em sua(s) experiência(s) anterior(es)?**

(0) não (1) sim (777) não quis ou não soube informar

**3.4. Se sim, você foi diagnosticada com depressão na gestação atual?****3.5. Com quantas semanas iniciou o pré-natal? \_\_\_\_\_****3.6. Semanas gestacionais atualmente: \_\_\_\_\_****3.7. Você faz, atualmente, uso de suplemento de sais de ferro? (0) não (1) sim****3.8. Você faz, atualmente, uso de suplemento de sais de ferro?**

(0) não (1) sim

## Anexo 3

2

**4 Escala de Depressão Pós Parto de Edimburgo****(1) Qual a data do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

Você teve um bebê há pouco tempo, vou listar alguns sentimentos e gostaria de saber se eles fizeram parte da sua rotina nos últimos sete dias e não apenas hoje:

**4.1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas**

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| (1) Como eu sempre fiz     | (3) Sem dúvida, menos que antes |
| (2) Não tanto quanto antes | (0) De jeito nenhum             |

**4.2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia**

- |                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| (1) Como sempre senti       | (3) Com certeza menos |
| (2) Talvez, menos que antes | (0) De jeito nenhum   |

**4.3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas**

- |                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| (1) Sim, na maioria das vezes | (3) Não muitas vezes |
| (2) Sim, algumas vezes        | (0) Não, nenhuma vez |

**4.4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão**

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| (0) Não, de maneira alguma | (2) Sim, algumas vezes |
| (1) Pouquíssimas vezes     | (3) Sim, muitas vezes  |

**4.5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo**

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) Sim, muitas vezes  | (3) Não muitas vezes |
| (2) Sim, algumas vezes | (0) Não, nenhuma vez |

**4.6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia**

- |   |  |
|---|--|
| (1) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles | (3) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles |
| (1) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes         | (0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes  |

**4.7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir**

- |                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| (1) Sim, na maioria das vezes | (3) Não muitas vezes |
| (2) Sim, algumas vezes        | (0) Não, nenhuma vez |

**4.8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada**

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| (1) Sim, na maioria das vezes | (3) Não muitas vezes     |
| (2) Sim, muitas vezes         | (0) Não, de jeito nenhum |

**4.9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado**

- |                             |
|-----------------------------|
| (1) Sim, quase todo o tempo |
| (2) Sim, muitas vezes       |
| (3) De vez em quando        |
| (0) Não, nenhuma vez        |

**4.10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça**

- |                                     |
|-------------------------------------|
| (1) Sim, muitas vezes, ultimamente  |
| (2) Algumas vezes nos últimos dias  |
| (3) Pouquíssimas vezes, ultimamente |
| (0) Nenhuma vez                     |

## Anexo 4

3

## 5. Questionário de Frequência Alimentar (QFA)

Grupo de alimentos	Frequência				
	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Frutas	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Legumes	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Verduras	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Arroz	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Carnes (aves, peixes, boi e porco)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Leite e derivados	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Ovo	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Conservas (milho, ervilha, azeitona, palmito)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Enlatados (peixes e carnes)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Pães (tipo forma, bisnaguinha)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Biscoitos de pacote (cream-cracker, maisena, recheados)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Macarrão/sopa instantâneos	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Salgadinhos de pacote (batata palha e salgadinhos tipo chips)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Balas e guloseimas (chocolates, balas ou doces)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Produtos congelados prontos para aquecer (lasanha, pizza, hambúrguer)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Refrigerante	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Sucos industrializados (caixa, garrafa, em pó)	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Temperos industrializados	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente
Lanches tipo <i>fast food</i>	(1) nunca	(2) raramente	(3) quinzenalmente	(4) semanalmente	(5) diariamente