



**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**SONO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MULHERES NO PÓS-PARTO
IMEDIATO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO SUL DO BRASIL**

INGRID MOURA DIAS

2021



**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**SONO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MULHERES NO PÓS-PARTO IMEDIATO: UM
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO SUL DO BRASIL**

**INGRID MOURA DIAS
Mestranda**

**MARINA XAVIER CARPENA
Coorientadora**

**CHRISTIAN LORET DE MOLA ZANATTI
Orientador**

RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2021

INGRID MOURA DIAS

**SONO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MULHERES NO PÓS-PARTO
IMEDIATO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO SUL DO BRASIL**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito
Parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti

Coorientadora: Dra. Marina Xavier Carpena

RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2021

Ficha Catalográfica

D541s Dias, Ingrid Moura.

Sono e sintomas de depressão e ansiedade em mulheres no pós-parto imediato: um estudo de base populacional no Sul do Brasil / Ingrid Moura Dias. – 2021.

207 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande/RS, 2021.

Orientador: Dr. Christian Loret de Mola Zanatti.

Coorientadora: Dra. Marina Xavier Carpena.

1. Sintomas de Ansiedade 2. Sintomas de Depressão
3. Parâmetros de Sono 4. Puérperas 5. Perinatal I. Zanatti, Christian Loret de Mola II. Carpena, Marina Xavier III. Título.

CDU 616.89-008.441

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

INGRID MOURA DIAS

**SONO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MULHERES NO PÓS-PARTO
IMEDIATO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO SUL DO BRASIL**

Banca examinadora para qualificação do projeto:

Christian Loret de Mola Zanatti
Orientador

Bianca del Ponte da Silva
Examinadora externo

Simone dos Santos Paludo
Examinadora interna

Rodrigo Meucci
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS, AGOSTO DE 2021

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BSRS	Brief Symptom Rating Scale
CDI	Children's Depression Inventory
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CESD	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CGI	Clinical Global Impressions
CID	Código Internacional de Doença
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CQ	Chronotype Questionnaire
CSM	Composite Scale of Morningness
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children
DP	Desvio Padrão
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDM	Episódio Depressivo Maior
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ERA	Escala Reducida de Ansiedad
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GAD-7	Escala Generalized Anxiety Disorder 7-item
GDS	Geriatric Depression Scale
GHQ	General Health Questionnaire
HU-FURG	Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IDS	Inventory of Depressive Symptoms
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MASC	Multidimensional Anxiety Scale for Children
MCTQ	Munich Chronotype Questionnaire
M-E	Morningness-Eveningness scale
MESC	Escala da Manhã-Noite para Crianças
MeSH	Medical Subject Headings
MINI	Mini-International Neuropsychiatric Interview

MSF	Ponto médio do sono em dias livres
MSFsc	Ponto médio do sono em dias sem trabalho, corrigido
NIMH	National Institute of Mental Health
NSQ	Núcleo Supraquiasmático
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
RCADS	Revised Child Anxiety Depression Scale
REDCap	Research Electronic Data Capture
RO	Razão de odds
SADw	Depression Winter
SAS	Self-rating anxiety scale
SCID-I	The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SCMRG	Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande
SDS	Self-rating depression scale
SMEQ	Smith Morningness / Eveningness Questionnaire
SPAQ	Seasonal Pattern Assessment Questionnaire
SRQ	Self-Reporting Questionnaire
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
STAIC	State-Trait Anxiety Inventory for Children
STAIXS	State-Trait Anxiety Inventory Form X
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEMPS-A	Temperament Scale of Memphis, Pisa, Paris and San Diego - Autoquestionnaire
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
WHO	World Health Organization

Sono e sintomas de depressão e ansiedade em mulheres no pós-parto imediato: um estudo de base populacional no sul do Brasil

Resumo

Objetivo: verificar a associação entre características do sono (cronotipo, latência, inércia e duração) e a chance de apresentar sintomas depressivos e ansiosos em mulheres no pós-parto imediato. **Delineamento:** estudo transversal de base populacional realizado a partir do inquérito perinatal de 2019 da cidade de Rio Grande, RS. **População alvo:** todas mulheres cujos filhos nasceram vivos em 2019, em alguma das duas maternidades do município onde ocorrem 99,5% dos partos. **Desfecho:** sintomas depressivos, avaliados utilizando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, e sintomas ansiosos, utilizando a Escala General Anxiety Disorder 7-item. **Análise estatística:** Foram calculadas prevalências de depressão e ansiedade para a população total. Médias e prevalências das características do sono foram calculadas conforme operacionalização da variável. Para verificar diferenças entre os grupos, foram utilizados testes bivariados e, finalmente, regressões logísticas para avaliar o efeito das características do sono sobre a saúde mental. Os modelos incluíram características socioeconômicas como variáveis de ajuste. **Resultados:** 2.314 mães responderam ao questionário geral. Dessas, foram analisadas 2.277 para sintomatologia depressiva e 2.307 para ansiosa. A prevalência de sintomas depressivos na amostra foi de 13,7% e de sintomas ansiosos foi 10,7%. Puérperas de cronotipo vespertino ($p=0,015$), latências maiores de 10 minutos e inércias maiores de 30 minutos ($p<0,001$) associaram-se a sintomas depressivos, aumentando as chances desses ocorrerem, enquanto que a duração do sono ($p=0,004$) associou-se a uma diminuição de chances para sintomas de depressão. A associação do sono com sintomatologia ansiosa se deu apenas nas puérperas com latência intermediária (11 a 30 minutos; $p<0,001$), inércia intermediária em dias livres ($p<0,001$) e inércia com mais de 30 minutos em dias de trabalho ($p=0,019$). A maior prevalência de sintomas de depressão (20,43%) e de ansiedade (16,87%) foi encontrada entre aquelas mulheres que demoravam mais de 30 minutos para sair da cama em dias de trabalho. **Conclusão:** conclui-se que latência e inércia do sono associam-se a depressão e ansiedade, e que cronotipo e duração do sono associam-se a depressão. Inércia de mais de 30 minutos em dias de trabalho mostrou ser um importante marcador para esses transtornos e merece melhor atenção nas avaliações e intervenções em saúde.

Descritores: sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, parâmetros de sono, puérperas, perinatal.

Sleep and symptoms of depression and anxiety in women in the immediate postpartum period: a population-based study in southern Brazil

Abstract

Objective: to verify the association between sleep characteristics (chronotype, latency, inertia and duration) and the chance of presenting depressive and anxiety symptoms in women in the immediate postpartum period. **Design:** a population-based cross-sectional study based on the 2019 perinatal survey in the city of Rio Grande, RS. **Target population:** all women whose children were born alive in 2019 in one of the two maternity hospitals in the municipality where 99.5% of births occur. **Outcome:** depressive symptoms, assessed using the Edinburgh Postpartum Depression Scale, and anxiety symptoms, using a 7-item General Anxiety Disorder Scale. **Statistical analysis:** Prevalences of depression and anxiety were calculated for the total population. Means and prevalence of characteristics were calculated according to the operationalization of the variable. To verify differences between groups, bivariate tests and finally logistic regressions were used to assess the effect of sleep characteristics on mental health. The models included socioeconomic characteristics as adjustment variables. **Results:** 2,314 mothers answered the general questionnaire. Of these, 2,277 were analyzed for depressive symptoms and 2,307 for anxious symptoms. The prevalence of depressive symptoms in the sample was 13.7% and of anxiety symptoms 10.7%. Postpartum women of the evening chronotype ($p = 0.015$), longer latencies than 10 minutes and longer inertia than 30 minutes ($p < 0.001$) were associated with depressive symptoms, increasing the chances of occurring this symptoms, while sleep duration ($p = 0.004$) it was associated with a decreased chance of symptoms of depression. The association of sleep with anxious symptoms occurred only in puerperal women with intermediate latency (11 to 30 minutes; $p < 0.001$), intermediate inertia on free days ($p < 0.001$) and inertia with more than 30 minutes on working days ($p = 0.019$). The highest prevalence of symptoms of depression (20.43%) and anxiety (16.87%) was found among those women who took more than 30 minutes to get out of bed on workdays. **Conclusion:** it is concluded that sleep latency and inertia are associated with depression and anxiety, and that chronotype and sleep duration are associated with depression. Inertia more than 30 minutes in working days has been shown to be an important marker for these disorders and deserves better attention in health assessments and interventions.

Descriptors: anxiety symptoms, depression symptoms, sleep parameters, postpartum women, perinatal.

CONTEÚDOS DO VOLUME

1. Projeto	13
2. Relatório de Campo	78
3. Adaptações em relação ao projeto inicial	98
4. Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública	101
5. Artigo	113
6. Anexos	135
7. Apêndices	138

SUMÁRIO

1. PROJETO	13
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Revisão bibliográfica	17
1.2 Processo de busca de artigos	19
1.3 Síntese dos resultados da busca de artigos	39
1.3.1 Síntese dos artigos que relacionam ansiedade e cronobiologia do sono: informações específicas	39
1.3.2 Síntese dos artigos que relacionam depressão e cronobiologia do sono: informações específicas	40
1.3.3 Síntese dos artigos que relacionam depressão e ansiedade com a cronobiologia do sono: informações gerais	41
2 JUSTIFICATIVA	48
3 OBJETIVOS	50
3.1 Objetivo geral	50
3.2 Objetivos específicos	50
4 HIPÓTESES	51
5 MÉTODO	52
5.1 Local de Estudo	52
5.2 População alvo e critérios de inclusão e de exclusão	52
5.3 Delineamento	52
5.4 Processo de amostragem e poder estatístico	53
5.5 Variáveis	53
5.5.1 Variável dependente	53
5.5.2 Variáveis independentes	54
5.6 Instrumentos	55
5.6.1 Questões Gerais e comportamentais	55
5.6.2 Munich ChronoType Questionnaire (MCTQ)	55
5.6.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	57
5.6.4 Escala Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7)	58
5.7 Processamento e análise de dados	59
5.8 Treinamento da equipe e estudo piloto	60
5.9 Logística	61
5.10 Controle de qualidade	61
6 ASPECTOS ÉTICOS	62
6.1 Análise crítica de riscos e benefícios	62
6.2 Responsabilidades do pesquisador e da instituição	62
6.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	63
6.4 Infraestrutura dos locais de pesquisa	63
6.5 Monitoramento da segurança dos dados	63

6.6	Divulgação dos Resultados.....	63
7	ORÇAMENTO	63
8	CRONOGRAMA	65
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
2.	RELATÓRIO DE CAMPO	78
2.1.	Relatório de Trabalho de Campo	79
2.2	Relatório de Limpeza de Dados do Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ).....	81
3.	ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL	98
4.	NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	101
5.	ARTIGO	113
10	ANEXOS.....	135
10.1	Anexo 1: Munich ChronoType Questionnaire (MCTQ).....	135
10.2	Anexo 2: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	136
10.3	Anexo 3: Escala Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7)	137
11	APÊNDICES	138
11.1	Apêndice 1: Questionário Geral	138

1. PROJETO

1 INTRODUÇÃO

O ciclo biológico (ou relógio circadiano) é uma manifestação rítmica dos seres vivos estudada por uma área da Biologia chamada Cronobiologia, a qual se interessa pela compreensão dos fenômenos biológicos que possuem uma organização temporal, podendo ou não se relacionar com os ciclos ambientais (Marques N et al., 1991). O ciclo biológico diário de quase todos os seres vivos se baseia em um período de 24 horas chamado ritmo circadiano, o qual é um regulador do organismo baseado em marcadores internos e externos.

O núcleo supraquiasmático (NSQ), localizado no hipotálamo anterior, é um coordenador desses marcadores, reconhecendo e processando as expressões gênicas, a secreção hormonal e as informações externas ao organismo de cada sujeito, responsável por transmitir os sinais em níveis moleculares, fisiológicos e comportamentais do indivíduo. Ele controla a produção de melatonina noturna (mas também é responsivo a ela) e o ritmo da temperatura corporal diária. O NSQ traduz as informações de luz e escuridão (ciclos dia e noite) para muitos outros osciladores circadianos do corpo, ajustando o relógio endógeno que regula os ritmos biológicos (Roenneberg T et al., 2013).

Para organizar sua atuação, o NSQ faz uso desses sincronizadores que são chamados *zeitgebers*: marcadores que sinalizam estados externos para a sincronização do ritmo circadiano dos indivíduos. Os principais *zeitgebers* são os ciclos claro e escuro, guiados pela luz solar, a temperatura/clima, a alimentação e o jejum, os exercícios, as interações sociais e os próprios relógios/horários. Dessa forma, percebe-se que o ritmo biológico recebe, em sua maioria, informações de sensores extrínsecos, porém, embora seja sincronizado ao ambiente externo, o relógio circadiano não depende de receber os sinais ambientais para seguir seu ciclo (Roenneberg T e Merrow M, 2016).

Por apresentar essa conexão entre aspectos externos e internos, os ritmos circadianos regulam a atividade física, química e psicológica de um organismo. Sendo assim, o relógio biológico tem papel importante nos níveis hormonais, na temperatura corporal, na pressão sanguínea, na secreção de melatonina e liberação de cortisol, no apetite, na digestão e nos estados de sono e vigília (Alves RCDM, 2017; Carneiro BTS et al., 2019; Meira Jr. CDM et al., 2017; Santos AA e de Moura MDG, 2019; Tachinardi P, 2012).

Os ritmos circadianos de sono e vigília de indivíduos tendem a seguir um padrão. Sabe-se que no período da infância há uma tendência geral dos indivíduos irem para a cama cedo e acordarem também cedo, ainda pela manhã, além de dormirem várias horas por dia (de 11 a 15 horas, dependendo da idade). Durante a adolescência, todavia, existe uma tendência aos sujeitos ficarem acordados até mais tarde, despertando tarde no outro dia. Os adolescentes dormem menos tempo, sendo adequado um sono de oito a 10 horas). Com o passar do tempo, na idade adulta e na velhice, os horários de dormir e de despertar voltam a acontecer mais cedo, com os indivíduos tendo cada vez menos horas de sono adequadamente, entre 7 e 8 horas por noite (Roenneberg T et al. 2004; Hirshkowitz M et al., 2015). Porém, ainda que dentro desse panorama geral descrito sobre tempos de sono, cada sujeito tem suas particularidades, variando de um ser para outro conforme descanso e desempenho (Carissimi A 2016; Horne JA et al., 1980; Campos TF et al., 2011). A preferência que cada indivíduo tem a respeito do horário de dormir, de realizar atividades e tarefas e dos turnos que se sente mais ou menos disposto, é chamado de cronotipo, o qual é descrito a partir da duração e dos horários do sono e da exposição à luz de cada pessoa (Horne JA e Ostberg O, 1976; Roenneberg T et al., 2003).

Indivíduos podem ser classificados predominantemente em três tipos de cronotipo (Horne JA e Ostberg O, 1976; Natale V e Cicogna P, 1996; Roenneberg T et al., 2003). No cronotipo matutino estão aqueles sujeitos que apresentam uma predisposição natural para ir para a cama mais cedo e sentirem-se mais dispostos nas primeiras horas do dia, ficando mais cansados conforme o entardecer e a noite chegam. No cronotipo vespertino estão aqueles indivíduos que rendem mais no período noturno, ficando acordados até tarde, mas, em compensação, precisam de mais tempo de descanso pela manhã para começarem o dia. Entre esses dois polos, está o cronotipo intermediário, no qual se encontram indivíduos que dormem entre meia noite e oito horas da manhã e têm mais facilidade para se adaptar aos horários sociais. É no cronotipo intermediário que se encontra a maioria das pessoas (Plank PY et al., 2008; Roenneberg T et al., 2003).

Alterações nesses ritmos circadianos geram manifestações clínicas que têm sido associadas a aspectos negativos da saúde, como distúrbios metabólicos e psiquiátricos, causando interferências no bem-estar, na cognição, e na saúde de modo geral

(Almoosawi S et al., 2018; Cox RC e Olatunji BO, 2016; Ljall LM et al., 2018; Lucassen EA et al., 2013; Müller RR e Guimarães SS, 2007; Urbán R et al., 2011). As dificuldades para dormir estão entre as principais características das alterações de ritmos e se mostram presentes nos transtornos do humor (Goel N et al., 2013).

Visando a melhor compreensão entre ritmos circadianos e saúde mental, uma pesquisa realizada no Reino Unido com 91.105 indivíduos com idade entre 37 e 73 anos demonstrou que perturbações no relógio biológico se apresentam como fatores de risco para distúrbios do humor, como depressão severa e desordem bipolar. Além disso, o estudo também demonstrou que alterações nos padrões de atividade e descanso estão associadas a uma pior sensação subjetiva de bem-estar e de capacidade cognitiva (Ljall LM et al., 2018).

Sabe-se que indivíduos deprimidos geralmente apresentam ritmo circadiano alterado, distúrbios do sono e variação diurna de humor (Germain A e Kupfer DJ, 2008; Goel N et al., 2013; Mondin TC et al., 2017). Distúrbios no sono e circadianos desempenham também um papel crítico em transtornos de ansiedade, intensificando e fazendo manutenção dos sintomas ansiosos no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), no Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), no Transtorno do Pânico, no Transtorno de Ansiedade Social e em fobias (Cox RC e Olatunji BO, 2016). A associação entre características do sono e sintomas de ansiedade já vinha sendo explorada há alguns anos, quando Cameron OG et al (1966) encontraram uma distinção no horário de despertar entre sujeitos com e sem ansiedade. Mesmo que ambos os grupos fossem para a cama no mesmo horário, aqueles pacientes com ansiedade relataram acordar significativamente mais tarde do que pessoas sem essa sintomatologia.

Além das alterações circadianas e dos horários de dormir e despertar, a duração do sono também tem importante papel na saúde mental. O sono curto apresenta uma consistente ligação com o aumento do risco de depressão e de ansiedade (Zhai L et al., 2015; Cox RC e Olatunji BO, 2016). Da mesma forma, o sono prolongado também foi associado a sintomas depressivos e à persistência de ansiedade e depressão (Patel SR et al., 2006; Zhai L et al., 2015; van Mill JG et al., 2014).

Nas mulheres, o sono e suas complicações se manifestam de forma diferente em comparação aos homens em determinados aspectos (Lindberg E et al., 1997; Morita Y

et al., 2015; Jaussett I et al., 2011; Singareddy R et al., 2012). Devido ao excesso de problemas para dormir, mulheres tendem a apresentar mais sonolência diurna, sensação de cansaço, humor deprimido e dificuldades de memória e concentração quando comparadas ao sexo oposto (Boccabella A e Malouf J, 2017).

Durante a gravidez, os problemas do sono tendem a se agravar em comparação ao período pré-gestacional, e dificuldades como insônia, sonolência diurna excessiva, distúrbios respiratórios e síndrome das pernas inquietas são demonstradas nessa condição (Neau JP et al., 2009). A duração do sono também se altera significativamente perante a gravidez. No primeiro trimestre gestacional, as mulheres passam a dormir mais, ainda que com menor eficiência, e a duração do sono tende a diminuir, bem como a qualidade do sono, com o avançar da gestação (Okun ML et al. 2015; Facco FL et al., 2010).

No pós-parto, a duração do sono fica ainda menor, com as mães dormindo menos do que dormem na gravidez e em outros períodos da vida reprodutiva (Kang MG et al., 2002; Nishihara K et al., 2001). As características apresentadas por essas mães no período referido estão significativamente associadas à presença de sintomas depressivos e ansiosos (Wolfson AR et al., 2003; Yu Y et al., 2017).

Considerando que variações rítmicas do ciclo circadiano têm relação com a saúde mental, que o sono e a vigília são manifestações diretamente ligadas aos ciclos biológicos e que mulheres no perinatal apresentam uma forte alteração e privação de sono, sendo expostas ao risco de desenvolver transtornos de humor e de ansiedade nesse período, o presente estudo tem o seguinte problema de pesquisa: como se dá a variação das características do sono (duração, latência e cronotipo), no período perinatal, em mulheres que apresentam sintomas de ansiedade e/ou de depressão no pós-parto imediato, em comparação àquelas mulheres que não apresentam sintomas de ansiedade e depressão no mesmo período?

1.1 Revisão bibliográfica

Foram realizadas buscas nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo em maio de 2019 para identificar estudos que investigassem associações entre duração, latência e

cronotipo do sono e sintomas de ansiedade e depressão em adultos. Foram utilizadas palavras-chave e termos descritos pelo *Medical SubjectHeadings* (MeSH) e pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A busca foi atualizada periodicamente com filtro para estudos acrescentados em 2019.

Os descritores foram pesquisados separadamente para depressão e para ansiedade, sendo que para a primeira utilizou-se: ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Depression, Postpartum"[Mesh] OR "Depressive Disorder, Major"[Mesh]) AND ("Sleep"[Mesh] OR chronotype OR "Circadian Rhythm") And (female or women or woman or girl or mother or pregnan*); e para a segunda, utilizou-se: "Anxiety Disorders"[Mesh]) AND ("Sleep"[Mesh] OR chronotype OR "Circadian Rhythm") And (female or women or woman or girl or mother or pregnan*). As buscas foram dadas de forma separada para cada problema mental devido à possibilidade de alguns autores estudarem cada doença (ansiedade e depressão) individualmente, o que excluiria tais artigos dos resultados de uma busca que incluísse simultaneamente as duas demandas de saúde mental.

A partir da estratégia de busca descrita, foram localizadas 4.349 referências para os descritores do sono relacionados à depressão e 799 referências para aqueles relacionados à ansiedade. Estas referências foram importadas para o programa Mendeley (<https://www.mendeley.com/>), software livre no qual foi gerada uma biblioteca para cada base de dados.

A amostra do presente estudo vai apresentar apenas mulheres puérperas (Ver seção 5.2 - População alvo e critérios de inclusão e de exclusão), seguindo a linha das outras pesquisas ocorridas no município e mantendo as características populacionais, as quais incluíram mulheres de, aproximadamente, 13 a 44 anos. Os artigos incluídos no presente trabalho após a busca referencial tinham como condição se aproximar ao máximo desse público. Assim, foram inseridos artigos com amostras que, dentre outros sujeitos, envolvessem mulheres, tanto adolescentes quanto adultas, com idade condizente com período fértil (identificado com limites inferiores entre 10 e 15 anos e limites superiores entre 44 e 49 anos). Ainda que o limite inferior para apresentar idade fértil seja aos 10 anos, aqueles artigos com população apenas infantil ou idosa não foram incluídos no presente estudo, sendo, então, considerados os estudos envolvendo adolescentes e adultos.

Os estudos foram incluídos se relacionasse sintomas de depressão e ansiedade com características do sono, sendo que os sintomas deveriam estar abrangendo pelo menos uma das desordens mentais de interesse – Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente, Transtorno Afetivo Sazonal e Depressão Pós-Parto – e que as características do sono deveriam ser mensuradas por instrumentos que disponibilizassem pelo menos uma das variáveis possíveis de serem medidas pelo Munich ChronoType Questionnaire (Questionário a ser utilizado no presente estudo – ver seção 5.6 para Instrumentos). Foram excluídos estudos que abordaram distúrbios do sono, características neurobiológicas do sono, outros transtornos específicos de ansiedade e outros transtornos específicos de humor como variáveis principais. Também foram excluídos aqueles estudos que focavam suas análises na qualidade do sono, sem descrever as características de tal, bem como aqueles que falavam de ritmos circadianos da melatonina, da temperatura e do cortisol, por exemplo, sem falar de ritmo comportamental do sono.

Estudos que descreveram o sono relacionado a depressão ou ansiedade em populações específicas, como alterações do sono em enfermeiros ou em pacientes com câncer, por exemplo, só foram incluídos se o estudo fosse de base populacional e envolvesse o gênero feminino em idade fértil na amostra. Ademais, artigos que utilizassem terapias específicas, métodos de tratamento ou medicamentos como intervenção para avaliar seus efeitos no sono e na saúde mental, também foram excluídos.

1.2 Processo de busca de artigos

Com relação às buscas envolvendo relação entre a cronobiologia do sono e os sintomas de ansiedade, foram encontradas 799 publicações nas referidas bases de dados. Dessas, 4 eram duplicadas. Ao excluir as repetidas, permaneceram 795 referências para a análise. Foram excluídas 734 pelo título e 33 pelo resumo, sendo selecionadas 28 para leitura na íntegra. Quatorze estudos foram adicionados da análise de referências e de outras fontes. A partir dos critérios de exclusão e inclusão adotados, foram incluídos 19 artigos na revisão (Figura 1).

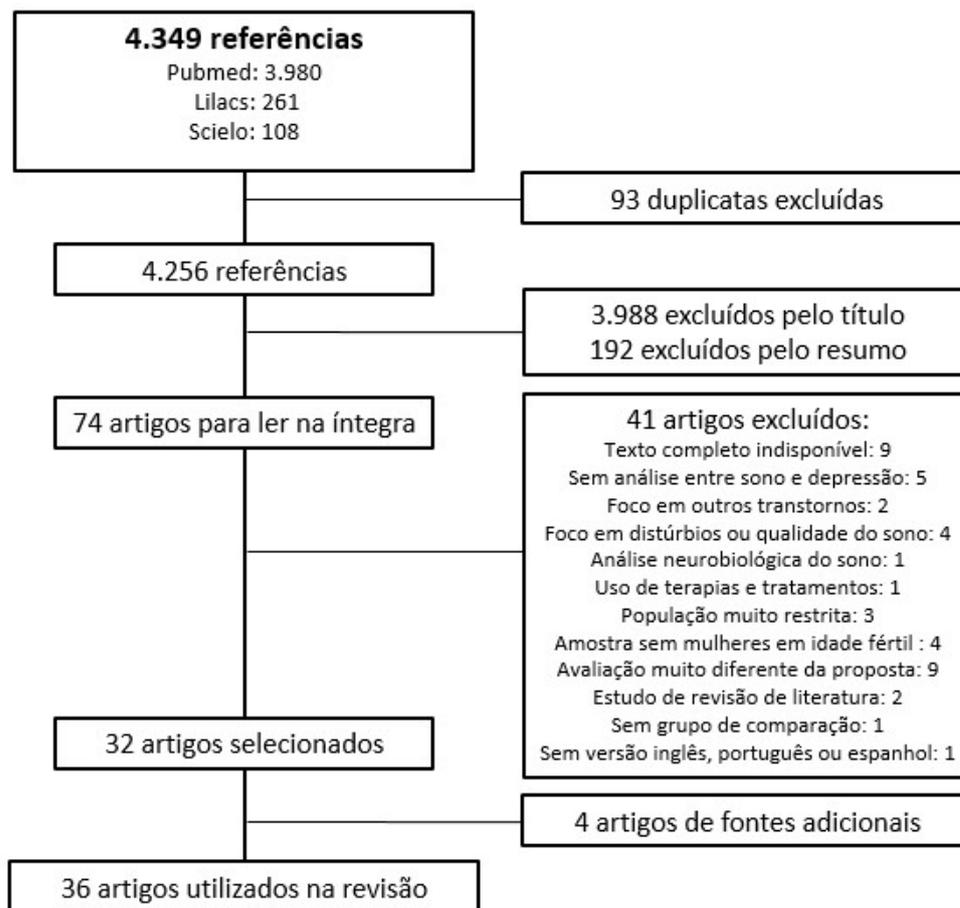
Já em relação às buscas abordando a relação entre as características do sono e sintomas de depressão, foram encontradas 4.349 publicações das referidas bases de dados. Dessas, 93 eram duplicatas, que foram excluídas. Permaneceram 4.256 referências para a análise, sendo que 3.988 foram excluídas pelo título e 191 pelo resumo. Foram selecionadas 74 referências para ler na íntegra. Quatro estudos foram adicionados da análise de referências e de outras fontes. A partir dos critérios de exclusão e inclusão adotados no presente trabalho, foram incluídos na revisão 36 artigos.

A descrição do processo de seleção dos artigos está expressa nas Figura 1 e 2, e a síntese dos resultados encontra-se nos Quadros 1 e 2.

Figura 1: Processo de seleção dos artigos para cronobiologia do sono e ansiedade.



Figura 2: Processo de seleção dos artigos para cronobiologia do sono e depressão.



Quadro 1: Artigos que relacionam a cronobiologia do sono com ansiedade

Autor/ Ano/ País	Delineamento	Amostra	Variável Exposição e Instrumentos	Variável Desfecho e Instrumentos	Principais Resultados
Alvaro et al. 2014 Austrália	Transversal	318 indivíduos com idade entre 12 a 18 anos	Cronotipo - Escala da Manhã-Noite para Crianças (MESC)	Ansiedade – Escala de Depressão e Ansiedade Infantil, Revisada (RCADS)	Não houve correlação entre o cronotipo e a subescala do RCADS para ansiedade ($r = - 0,030$; $p > 0,05$).
Antypa, et al. 2016 Holanda	Transversal	1.944 indivíduos com idade entre 19 e 68 anos; 66,3% do sexo feminino. 676 pacientes atualmente deprimidos e / ou ansiosos, 831 pacientes remetidos e 437 controles saudáveis	Transtornos de ansiedade (fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e agorafobia) - Composite International Diagnostic Interview CIDI (versão 2.1) Gravidade dos sintomas de ansiedade: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	Cronotipo - Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ)	44,2% dos indivíduos que apresentaram cronotipo vespertino pertenciam ao grupo atualmente deprimido e/ou ansioso, enquanto apenas 17,1% desse cronotipo não apresentaram sintomas atuais ou remetidos de ansiedade e/ou depressão. Indivíduos com transtornos depressivos e/ou ansiosos apresentam, em média, um aumento de 0,09 pontos no cálculo do cronotipo em comparação àqueles sem nenhum dos transtornos ($\beta = 0,09$; $P = 0,03$), ajustado para fatores sociodemográficos, de saúde somática e relacionados ao sono. Os transtornos de ansiedade não foram associados ao cronotipo após ajuste separadamente por cada transtorno de ansiedade e de humor ($P > 0,05$)
Díaz-Morales, Sánchez-López 2008 Espanha	Transversal	559 adultos de 40 a 63 anos; 233 (41,7%) mulheres e 326 (58,3%) homens	Cronotipo - Composite Scale of Morningness (CSM)	Ansiedade - Escala Reducida de Ansiedad (ERA)	Cronotipo matutino negativamente correlacionado à ansiedade em mulheres ($r = - 0,19$, $p < 0,001$), mas não em homens ($r = - 0,10$, $p > 0,05$) Indivíduos com cronotipo matutino tendem a apresentar uma diminuição dos sintomas ansiosos ($\beta = - 0,20$ em mulheres; $\beta = - 0,13$ em homens) em comparação a indivíduos do cronotipo vespertino).

Díaz-Morales 2016 Espanha	Transversal	1406 adolescentes de 12 a 16 anos	Ansiedade - Inventário de Ansiedade de Estado-Traço (STAI)	Cronotipo - Morningness- Eveningness Scale for Children (MESC) Hábitos de sono – perguntas abertas sobre horários de dormir e acordar em dias úteis e dias livres	Proporção maior de indivíduos com cronotipos vespertino encontrada no grupo de alta ansiedade, e proporção maior de indivíduos com cronotipo matutino no grupo de baixa ansiedade ($p < 0,001$). Traço de ansiedade se correlacionou negativamente com o cronotipo matutino ($r = -$ $0,13$), com o tempo de levantar nos dias úteis ($r = -$ $0,10$) e com tempo na cama nos dias úteis ($r = -$ $0,10$), todos com $p < 0,001$. Não houve correlação significativa entre ansiedade, tempo de dormir e hora de dormir no final de semana, tempo na cama no fim de semana e jetlag social.
Haraden, Mullin, Hankin 2019 EUA	Estudo prospectivo T1 T2: 18 meses após T1 T3: 30 meses após T1	T1: n? jovens (58% do sexo feminino) com idades entre 9 e 17,5 anos (M = 12,08, DP = 2,27). T2: 282 (57% do sexo feminino) T3: 202 (56% do sexo feminino)	Ansiedade - Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) Cronotipo - Morningness- Eveningness Scale for Children (MESC)	Cronotipo - Morningness- Eveningness Scale for Children (MESC) Ansiedade - Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC)	Análise transversal Cronotipo matutino associado à ansiedade de separação ($\beta = 0,168$, $p = 0,013$, SE = 0,068) Cronotipo vespertino associado à ansiedade social ($\beta = -0,145$, $p = 0,049$, SE = 0,074), mas associação foi perdida quando controlada para depressão ($\beta =$ $-0,052$, $p = 0,51$, SE = 0,078). Análise prospectiva Ansiedade não prevê diferenças individuais no cronotipo (para sintomas físicos, $\beta = 0,06$, $p = 0,54$, SE = 0,094; para ansiedade de separação, $\beta = -0,01$, $p = 0,94$, SE = 0,09; para ansiedade social, $p = 0,02$, $p = 0,85$, SE = 0,09) Cronotipo não previu sintomas posteriores de ansiedade ($\beta < | 0,05 |$, $p > 0,28$).
Hsu et al. 2012 China	Transversal	2919 indivíduos média de idade de 19 anos (DP 3,3)	Cronotipo - Morningness- Eveningness Scale (M-E Scale)	Ansiedade - Escala Breve de Classificação de Sintomas (BSRS)	Homens e mulheres que apresentam cronotipo vespertino têm pontuações mais altas para ansiedade, em comparação aos outros grupos de cronotipo ($p < 0,05$).

Kalmbach et al. 2016 EUA	Estudo prospectivo	171 mulheres (20,1 +/- 3,3 anos)	Ansiedade - Formulário X de Inventário de Ansiedade de Traço Estatal - (STAIXS) Ansiedade e Depressão - Questionário de Sintomas de Humor e Ansiedade - Formulário Curto	Sono (tempo total de sono e latência do início do sono) – Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Correlação negativa entre tempo total de sono e angústia geral ($r = -0,15$; $p < 0,05$) e anedonia ($r = -0,25$; $p < 0,05$). Correlação positiva entre latência do início do sono e angústia geral ($r = 0,21$; $p < 0,05$), anedonia ($r = 0,19$; $p < 0,05$) e excitação ansiosa ($r = 0,23$; $p < 0,05$).
Lemoine et al. 2013 França	Transversal	1468 pacientes (940 mulheres e 528 homens) com idade entre 16 e 101 anos (mediana de 47 e média de 49 anos)	Ansiedade - Impressões Clínicas Globais (CGI) e CID-10	Sono (horário de dormir e acordar, duração do sono) - Questionário de Avaliação do Sono de Leeds Cronotipo - Questionário reduzido de Horne e Ostberg	Indivíduos com transtorno de ansiedade com maior risco de pertencer ao cronotipo vespertino (OR = 1,84; $p = 0,001$) em comparação aos outros grupos de psicopatologia. A hora de dormir, o horário de acordar e a duração do sono não foram associados a nenhum diagnóstico específico ($p > 0,05$).
Miró, Martínez, Arriaza 2006 Espanha	Transversal	125 participantes de 18 a 26 anos; 110 mulheres e 15 homens	Sono (duração do sono) - Questionário da história do sono (elaborado pelos atores)	Ansiedade – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	Não houve associação entre ansiedade e duração do sono entre os grupos ($p > 0,05$)
Moore, et al. 2009 EUA	Transversal	247 adolescentes com idades entre 13 e 16 anos	Sono (duração média do sono) – Actigrafia	Ansiedade - Escala de Ansiedade Multidimensional para Crianças (MASC)	Não houve correlação significativa entre duração do sono e sintomas ansiosos ($r = 0,01$; $P > 0,05$).
Ojio et al. 2016 Japão	Transversal	15.637 participantes com idades entre 12-18 anos 7.953 homens [51%] e 7.684 mulheres [49%])	Sono - perguntas específicas duração e horários do sono	Ansiedade - General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)	Nos homens, a taxa de depressão/ansiedade foi mais baixa naqueles que dormiram 8,5 a 9,5 h. Nas mulheres, a taxa de depressão/ansiedade foi mais baixa naquelas que dormiram 7,5 a 8,5 h. Adolescentes com hora de dormir irregular apresentaram maiores taxas de ansiedade/depressão, em comparação àqueles que têm horário de sono regular ($P < 0,001$).

Pabst et al., 2009 EUA	Transversal	264 adolescentes do sexo feminino (idade média = 14,9 ± 2,2, faixa de 11 a 17 anos)	Cronotipo - Scala Morningness - Eveningness (M-E Scala) para crianças	Ansiedade - Inventário de Ansiedade Traço-Estado para Crianças (STAIC)	Cronotipo vespertino associado a mais sintomas de ansiedade ($\beta = -0,22$, $p < 0,05$).
Park et al. 2015 Coreia do Sul	Transversal	641 indivíduos com 19 anos ou mais (376 homens, 265 mulheres)	Cronotipo - Composite Scale of Morningness (CSM)	Ansiedade - Escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego - Autoquestionário (TEMPS-A)	Correlação negativa entre escore total de CSM e o temperamento ansioso, com indivíduos do cronotipo vespertino apresentando mais sintomas ansiosos ($r = -0,207$; $p < 0,001$).
Prat, Adan 2013 Espanha	Transversal	517 estudantes universitários (173 homens), com idades entre 17 e 30 anos	Cronotipo - Composite Scale of Morningness (CSM)	Ansiedade - General Health Questionnaire (GHQ-28)	Indivíduos do cronotipo vespertino obtiveram pontuação maior na subescala do GHQ-28 referente a ansiedade/insônia, em comparação a indivíduos de cronotipo intermediário e matutino ($p < 0,02$).
Roberts, Duong 2017 Texas	Coorte	Jovens de 11 a 17 anos no início do estudo. T1: 4.175 T2: 3.134 (12 meses depois)	Duração sono – questionários não informados Ansiedade - DSM-IV e National Institute of Mental Health (NIMH) Diagnostic Interview Schedule for Children, versão IV (DISC-IV Child Informant)	Ansiedade - DSM-IV e National Institute of Mental Health (NIMH) Diagnostic Interview Schedule for Children, versão IV (DISC-IV Child Informant) Duração sono – questionários não informados	T1: duração do sono em noites que não incluíam final de semana foi associada a transtorno de ansiedade na análise ajustada para sexo, idade e renda familiar (OR = 1,44, IC95% 1,03;2,02), mas associação foi perdida quando modelo ajustado para essas variáveis mais depressão (OR = 1,29, IC95% 0,90-1,83). T2: curta duração do sono (<6h) todas as noites no T1 foi associada a aumento do risco de transtornos de ansiedade no T2, mesmo quando ajustado para sexo, idade, renda familiar, ansiedade e depressão no baseline (OR = 2,04, IC95% 1,11;3,73). Transtornos de ansiedade no baseline não aumentaram o risco de curta duração do sono no T1 e T2 em nenhuma análise ($P > 0,05$).
Robillard et al. 2015 Austrália	transversal	342 participantes com idades entre 12-35 anos: 41 controles saudáveis,	Saúde mental – avaliação clínica e-entrevista estruturada com base nos critérios do DSM. Na	Sono – Actigrafia	Tempo de início do sono mais tarde nos grupos de ansiedade ($p = 0,020$) e depressão ($p = 0,006$) em comparação ao controle.

		56 com transtorno de ansiedade, 135 com depressão unipolar, 80 com transtorno bipolar e 30 com transtornos psicóticos	presença de mais de uma psicopatologia, diagnósticos primários e secundários foram determinados com base na gravidade relativa, tempo de início e possíveis interações entre as etiologias subjacentes.		<p>Proporção de indivíduos com início tardio do sono maior no grupo depressão (corrigido $c2\ 1 = 5,6$, $p = 0,018$) e maior no grupo com ansiedade primária (corrigido $c21 = 3,4$, $p = 0,06$).</p> <p>Deslocamento do sono mais tarde em todos os grupos de diagnóstico primário em comparação ao grupo controle ($P < 0,001$).</p> <p>Maior proporção de indivíduos com tempos de atraso no sono nos grupos com diagnósticos primários em comparação ao grupo controle (todos corrigidos $c2\ 1 > 11,3$, $p \leq 0,001$).</p> <p>Período médio de sono maior nos grupos ansiedade ($p = 0,001$) e depressão ($p = 0,019$) do que no grupo controle .</p>
Ruiz et al, 2013 Peru	transversal	6.555 adultos com idade de 18 anos ou mais	Ansiedade - Avaliação MINI: International Neuropsychiatric Interview, versão espanhola ICD-10	Sono - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)	<p>77,9% das pessoas com TAG têm um aumento da latência do sono de leve a grave em comparação com o resto da população ($P=0,001$).</p> <p>56,4% das pessoas com TAG têm duração de sono de menos de 7 horas e 43,6% de 7 horas ou mais (duração normal em uma pessoa saudável)</p> <p>Não foram encontradas diferenças significativas em relação à duração do sono entre pessoas com TAG e a população em geral ($P = 0,730$)</p>
Ryu, Kim, Ham 2011 Coreia	Transversal	4.411 adultos com 19 anos ou mais	Depressão/Ansiedade – não informado.	Duração do sono – Pergunta específica: “How many hours of sleep do you get in a day?”	<p>A chance de apresentar sono curto ($\leq 6H$) foi maior naqueles indivíduos com depressão e/ou ansiedade intermediária ($OR= 1,46$; $IC95\% 1,15-1,86$) e severa ($OR=2,54$; $IC95\% 1,18-5,47$), em comparação a quem não tinha depressão e/ou ansiedade.</p> <p>A chance de apresentar sono longo ($\geq 9H$) foi maior apenas em indivíduos com depressão e/ou ansiedade severa ($OR=5,27$; $IC95\% 1,72-16,10$) em comparação a quem não tinha depressão e/ou ansiedade</p>

Yu et al. 2017 China	Transversal e longitudinal	1653 gestantes nos 3 tempos T1: 3645, T2: 2320 e T3: 2109 Com idade entre 18 e 45 anos (média de 27,90 anos)	Sono – pergunta específica sobre média de horas dormidas por noite no último mês.	Ansiedade - escala de ansiedade de autoavaliação (SAS)	Associação negativa da duração do sono com SAS (- β (SE) = - 0,33 (0,07), P <0,0001 em T1; -0,41 (0,09), 0,0004 em T2; -0,26 (0,09), 0,0050 em T3) Mulheres que dormiram menos de 8 h / dia tiveram maior risco de ansiedade (T1: 2,00 (1,57, 2,55); T2: 1,86 (1,37, 2,54); T3: 1,33 (0,99, 1,79) em comparação com quem dorme mais de 8 horas. Análise transversal: duração do sono associou-se negativamente aos escores SAS (β = -0,17, P = 0,0002)
----------------------------	----------------------------	--	---	--	---

Quadro 2: Artigos que relacionam a cronobiologia do sono com depressão

Autor/ Ano/ País	Delineamento	Amostra	Variável Exposição e Instrumentos	Variável Desfecho e Instrumentos	Principais Resultados
Alvaro et al. 2014 Austrália	Transversal	318 indivíduos com idade entre 12 a 18 anos	Cronotipo - Escala da Manhã-Noite para Crianças (MESC)	Ansiedade – Escala de Depressão e Ansiedade Infantil, Revisada (RCADS)	Correlação negativa entre o cronotipo e cada subescala do RCADS. Pontuações mais baixas no MESC, indicando cronotipo vespertino, são correlacionada a pontuações mais altas na subescala do RCADS para depressão (r = - 0.369; p<0,001). Diferença entre o tempo total de sono nos finais de semana e nos dias da semana significativamente correlacionado com depressão.
Antypa, et al. 2016 Holanda	Transversal	N = 1.944 idades entre 19 e 68 anos e 66,3% (n = 1.289) do sexo feminino. 676 pacientes atualmente	Transtornos depressivos (transtorno depressivo maior e distímia) - Composite International Diagnostic Interview CIDI (versão 2.1)	Cronotipo - Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ)	Tipos vespertinos mais propensos a pertencer ao grupo atualmente deprimido e / ou ansioso (44,2% dos 387) Indivíduos com transtornos depressivos e/ou ansiosos apresentam, em média, um aumento de 0,09 pontos no cálculo do cronotipo em comparação àqueles sem nenhum dos transtornos

		deprimidos e / ou ansiosos, 831 pacientes remetidos e 437 controles saudáveis	Gravidade dos sintomas de depressão: Inventory of Depressive Symptoms (IDS)		($\beta = 0,09$; $P = 0,03$), ajustado para fatores sociodemográficos, de saúde somática e relacionados ao sono. Em transtorno avaliado separadamente apenas o Transtorno Depressivo Maior se manteve associado ao cronotipo vespertino, quando ajustado para idade e sexo ($\beta = 0,07$, $P = 0,006$) e para idade, sexo, uso de drogas psicotrópicas e variação de humor diurno ($\beta = 0,05$; $P = 0,04$).
Borisenkov et al. 2014 Rússia	Transversal	3435 adolescentes com idades entre 10 e 20 anos (1517 homens e 1918 mulheres).	Questionário de Avaliação de Padrão Sazonal (SPAQ): teste para auto-deteção de depressão no inverno	Sono - Questionário Chronotype de Munique (MCTQ)	Indivíduos com SADw vão dormir mais tarde em dias de semana em comparação com indivíduos sem SADw ($p < 0,001$). Inércia do sono nos dias de semana mais acentuada em mulheres ($p < 0,05$) e homens ($p < 0,001$) com SADw comparados a indivíduos sem SADw. Duração do sono nos dias de semana menor em indivíduos com SADw ($p = 0,003$ para mulheres e $p < 0,001$ para homens) comparados a indivíduos sem SADw. Latência do sono nos dias de semana mais acentuada em homens com SADw em comparação a homens sem SADw ($P = 0,018$). Início do sono em dias livres mais tardio em mulheres com SAD comparadas àquelas sem SADw ($p = 0,024$). Despertar do sono nos dias livres mais tarde em mulheres com SADw comparadas àquelas sem SADw ($P = 0,025$). Inércia do sono mais acentuada em dias livres em homens com SADw, comparados àqueles sem SADw ($p = 0,016$).

					Duração do sono nos dias livres menor em homens com SAD comparados àqueles sem SADw (P=0,006). Mulheres com SADw tiveram cronotipo mais posterior e mais jetlag social em relação a mulheres sem SADw (p=0,044).
Chelminski et al 1999 EUA	Transversal	1.617 estudantes, 1.041 mulheres e 576 homens Faixa etária: 18 a 53 anos Mediana e moda: 19 anos	Depressão: Inventário de Depressão de Beck (BDI); Geriatric Depression Scale - Short Form (GDS); Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD)	Cronotipo: Horne and Ostberg Questionnaire	Proporção média de cronotipo nos depressivos: Depressivos com cronotipo intermediário: 55,7% Depressivos com cronotipo vespertino: 38,27% Depressivos com cronotipo matutino: 6,03% Proporção média de depressivos em cada cronotipo: Cronotipo intermediário: 21,15% dos 1009 tinham depressão. Cronotipo matutino: 17,04% dos 135 tinham depressão. Cronotipo vespertino: 30,23% dos 473 tinham depressão. Incidência maior de tipos vespertinos do que tipos matinais entre os participantes identificados como "depressivos" (x 511,18, p, 0,01). Correlação negativa entre os escores de cronotipo e as três escalas de depressão: quanto menor a pontuação nos questionários de cronotipo (que indica 'noite'), maior a pontuação nas escalas de depressão (indicativo de 'depressão'): Correlação de -0,174 em BDI; -0,182 em GDS; -0,176 em CESD (Todas com p<0,001).
de Souza, Hidalgo 2014 Brasil	Transversal	351 alunos 70,4% do sexo feminino idades entre 12 e 21 anos.	Cronotipo - Questionário de Chronotipo de Munique (MCTQ)	Depressão - Inventário de Depressão de Beck (BDI)	A quantidade de horas de sono durante a semana (r= -0,09, p=0,093) e no fim de semana (r= -0,08, p=0,155) e o jetlag social (r=0,07, p=0,193) não se correlacionaram com o nível dos sintomas de depressão.

		(metade, 50,43%, tinha entre 12 e 14 anos e 93,45% tinha 17 anos ou menos).			Quanto mais tarde o ponto médio do sono para a semana escolar ($r=0,16$, $p=0,002$) e os dias livres ($r=0,18$, $p=0,001$), maiores os sintomas de depressão. Diferença significativa do ponto médio em dia de semana ($p=0,007$) e finais de semana ($p=0,03$) entre estudantes com e sem sintomas de depressão, com aqueles indivíduos que pontuaram para depressão tendo um ponto médio do sono mais atrasado. Os dois grupos não diferiram em relação às suas horas de jetlag social ($t = -0,68$, $p = 0,501$)
Dorheim et al. 2009 Noruega	Caso controle aninhado à coorte	42 mulheres para o estudo do diário do sono (21 no grupo de depressão e 21 no saudável) e 40 para o estudo da actigrafia (20 no grupo de depressão e 20 no saudável).	Depressão - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)	Sono - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI); Diário do sono; Actigrafia	PSQI: mulheres com sintomas depressivos pontuaram mais do que as mulheres não deprimidas para latência no início do sono ($P=0,04$), mas associação foi perdida quando analisadas sem perguntas do PSQI sobre sono e função diurna. Duração do sono não foi associada a sintomas deprimidos. Diário do sono e actigrafia: não houve diferenças no início, na duração e na eficiência do sono entre mulheres deprimidas e não-deprimidas.
Haraden, Mullin, Hankin 2019 EUA	Estudo prospectivo T1 T2: 18 meses após T1 T3: 30 meses após T1	T1: n? jovens (58% do sexo feminino) com idades entre 9 e 17,5 anos ($M = 12,08$, $DP = 2,27$). T2: 282 jovens (57% do sexo feminino) T3: 202 (56% do sexo feminino)	Depressão: o Inventário de Depressão Infantil (CDI)	Cronotipo - Morningness-Eveningness Scale for Children (MES-C)	Análise transversal Níveis mais altos de depressão relacionados à preferência da noite ($\beta = -0,24$, $p = 0,001$, $SE = 0,075$). Análise prospectiva Sintomas de depressão estão associados a posteriores diferenças individuais no cronotipo ($\beta = -0,18$, $p = 0,02$, $SE = 0,075$)
Hidalgo et al. 2009	Transversal	200 voluntários, com idade entre 18 e 99	Cronotipo - Morningness / Eveningness Questionnaire	Distúrbios psiquiátricos menores - Questionário de	Indivíduos que apresentam sintomas moderados ou intensos de depressão vão dormir mais tarde

Brasil		anos, sendo 118 mulheres e 82 homens		autorrelato da Organização Mundial da Saúde (SRQ-20). Depressão - Escala de Depressão de Montgomery – Äsberg (MADRS).	(p=0,04) em comparação a quem apresenta sintomas leves ou ausentes. Cronotipo vespertino associado a maior taxa de risco para relatar sintomas depressivos moderados-intensos em comparação com os cronotipos matinais (OR=2,83; IC95% 1,15-6,97) e intermediários (OR=5,01; IC95% 1,68-14,93).
Hori et al. 2016 Japão	Caso controle	20 pacientes com episódio depressivo maior (dentre esses, 6 com transtorno bipolar em episódio depressivo) e 20 controles saudáveis pareados por idade e sexo	Depressão - Entrevista Clínica Estruturada para distúrbios do Eixo-I do DSM-IV	Sono – actigrafia, diário do sono e Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Pacientes deprimidos relataram maior tempo de sono que os controles no diário (p=0,028) e apresentaram maior duração do sono no PSQI (p=0,010) e na actigrafia (p=0,001). Pacientes deprimidos com maior latência do sono no PSQI (p<0,001) e no diário (p=0,021), comparados aos controles.
Hsu et al. 2012 China	Transversal	2919 indivíduos	Cronotipo - Morningness-Eveningness Scale (M-E Scale)	Depressão - Escala Breve de Classificação de Sintomas (BSRS)	Homens e mulheres que apresentam cronotipo vespertino têm pontuações mais altas para depressão, em comparação aos outros grupos de cronotipo (p < 0,05). Nas mulheres, houve relação linear entre o cronotipo e depressão, com as médias de escore sendo 0,87; 0,65; 0,63 para os cronotipos vespertino, intermediário e matutino, respectivamente.
Kalmbach et al. 2016 EUA	Estudo prospectivo	171 mulheres (20,1 +/- 3,3 anos)	Depressão - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale ²¹ (CESD) Ansiedade e Depressão - Questionário de Sintomas de Humor e Ansiedade - Formulário Curto	Sono – Pittsburgh Sleep Quality Index ²⁵	Correlação negativa entre tempo total de sono e angústia geral (r = -0,15; p< 0,05) e anedonia (r = -0,25; p<0,05). Correlação positiva entre latência do início do sono e angústia geral (r = 0,21; p< 0,05), anedonia (r = 0,19; p<0,05) e excitação ansiosa (r = 0,23; p<0,05).

<p>Kitamura et al. 2010 Japão</p>	<p>Transversal</p>	<p>1170 indivíduos (493 homens / 677 mulheres; com idade entre 20 e 59 anos</p>	<p>Sono - Questionário de Morningness-Eveningness (MEQ) e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)</p>	<p>Depressão - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)</p>	<p>Cronotipo vespertino extremo associado ao aumento da incidência de estados depressivos (OR = 1,926; IC95% 1,120-3,311; p = 0,018). Cronotipo matutino extremo associado a diminuição da incidência de estados depressivos (OR = 0,342; IC96% 0,124-0,941; p = 0,038). Não foram observadas associações significativas entre incidência de estados depressivos e tempo na cama, duração do sono, tempo de início de sono e tempo de despertar (p>0,05). Os escores do CES-D aumentaram à medida que a preferência pela noite se tornou mais forte (F (4, 1112) = 6,117, p <0,001, η^2 p = 0,022). Proporção de indivíduos com presença de estado depressivo aumentou à medida que a preferência pela noite se tornou mais forte (χ^2 (4) = 41,736, p <0,001, V = 0,189).</p>
<p>Knapen et al. 2018 Holanda</p>	<p>Caso controle</p>	<p>1469 indivíduos 385 controles e 1084 pacientes com Transtorno Depressivo Maior (874 remitidos)</p>	<p>Depressão - Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Gravidade da Depressão - Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)</p>	<p>Sono e Jetlag social- Questionário Chronotype de Munique (MCTQ)</p>	<p>Os pacientes com TDM não apresentaram mais jetlag social em comparação ao grupo controle (β = 0,06, IC95%: -0,03-0,15, p = 0,17). Pacientes com um episódio atual de TDM tenderam a mostrar mais jetlag social em comparação àqueles que não demonstraram TDM atual (β = 0,13, 95% IC: 0,0008-0,26), p = 0,049). Pacientes com TDM mostraram início tardio do sono em dias de trabalho e em dias livres e mostraram tardiamente sono medial tanto nos dias de trabalho quanto nos dias livres. O modelo de regressão múltipla mostrou que o jetlag social não forneceu explicação para a gravidade da depressão na amostra (β = -0,09, 95% CI: -0,82-0,64, p = 0,80)</p>

Lee et al. 2015 Coréia	Transversal	17.638 participantes com idade \geq 19 anos	Depressão – sem informação de instrumento	Duração do sono questionário específico categorizando como \leq 6 h, 7-8 h e \geq 9 horas de sono por dia	Sintomas depressivos não associados à duração do sono nos homens Sintomas depressivos associados à menor duração do sono nas mulheres (OR 1,71, IC 95% 1,40–2,09).
Lemoine et al. 2013 França	Transversal	1468 pacientes (940 mulheres e 528 homens).	Depressão - Impressões Clínicas Globais (CGI) e CID-10	Sono - Questionário de Avaliação do Sono de Leeds e Questionário reduzido de Horne e Ostberg	Indivíduos com depressão tiveram maior risco de pertencer ao cronotipo matutino (OR = 1,324; p = 0,032) em comparação aos outros grupos de psicopatologia. A hora de dormir, o horário de acordar e a duração do sono não foram associados a nenhum diagnóstico específico (p > 0,05).
Levandovski et al. 2011 Brasil	Transversal	4051 indivíduos (1340 homens e 2711 mulheres; idade: $44,1 \pm 13,4$ anos [média \pm DP] e faixa etária de 18 a 65 anos	Sono - Munich ChronoType Questionnaire (MCTQ)	Depressão - Beck Depression Inventory (BDI)	Os escores no BDI mostraram uma correlação positiva com os MSF corrigidos ($r = 0,149$, $p < 0,0001$). Com indivíduos apresentando mais sintomas depressivos conforme o cronotipo se mostra mais avançado O escore no BDI foi significativamente maior em indivíduos com >2 h de jetlag social do que no restante da população ($P < 0,001$) Quanto mais tarde o cronotipo (MSFsc) ou maior o jetlag social, maior a quantidade de indivíduos classificados com sintomas depressivos no BDI e maior a quantidade de sintomas graves de depressão, em comparação a indivíduos com sintomas leves e moderados, especificamente na faixa etária de 31 a 40 anos ($P < 0,05$). Distribuição de MSFsc diferente entre as categorias de BDI para mulheres e homens de 31 a 40 anos (teste de Kruskal-Wallis: para mulheres χ^2 (df = 2) = 8,1, $p = 0,017$; para homens χ^2 (df = 2) = 6,8, $p = .034$).

Miró, Martínez, Arriaza 2006 Espanha	Transversal	125 participantes de 18 a 26 anos; 110 mulheres e 15 homens	Sono - Questionário da história do sono (elaborado pelos atores)	Depressão – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	Indivíduos com padrão de sono curto apresentaram pontuações no BDI mais altas (10.75) em comparação àqueles indivíduos de padrão de sono médio (6.10) e longo (6.04) (P<0,05).
Mokros et al. 2017 Polônia	Transversal	140 estudantes de Medicina de 20 a 26 anos	Sono - The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Cronotipo - Chronotype Questionnaire (CQ)	Depressão - Beck Depression Inventory(BDI)	Estudantes com mais preferência matinal relataram mais sintomas depressivos. O escore no CQ diminui, indicando cronotipo anterior, conforme o escore no BDI aumenta ($\beta = - 0,174$; $P= 0,013$).
Moore, et al. 2009 EUA	Transversal	247 adolescentes com idades entre 13 e 16 anos	Sono (duração média do sono) – Actigrafia	Depressão - Inventário de Depressão Infantil (CDI)	Não houve correlação significativa entre duração do sono e sintomas depressivos ($r =0,06$; $P> 0,05$).
Morita et al. 2015 Japão	Transversal	2502 participantes (homens: mulheres = 1144: 1358, faixa etária = 19-25 anos)	Hábitos de sono – questionário via web	Depressão - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CESD)	Nos homens, dificuldade em iniciar o sono associada à depressão (OR = 3,50; IC95% [2,29, 5,35], $p <0,001$). Nas mulheres, houve associação entre depressão e atraso no sono-vigília (OR = 1,59, IC 95% = [1,16, 2,20], $p<0,001$) e dificuldade para iniciar o sono (OR = 4,22, IC95% = [3,05, 5,84], $p<0,001$) Mulheres que apresentam duração do sono curta e atraso no ciclo do sono-vigília apresentam mais depressão do que homens com mesmas características ($p<0,001$).
Ojio et al. 2016 Japão	Transversal	15.637 participantes com idades entre 12-18 anos 7.953 homens [51%] e 7.684 mulheres [49%]	Sono - Perguntas específicas sobre duração e horários do sono	Depressão - General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)	Nos homens, a taxa de depressão/ansiedade foi mais baixa naqueles que dormiram 8,5 a 9,5 h. Nas mulheres, a taxa de depressão/ansiedade foi mais baixa naquelas que dormiram 7,5 a 8,5 h. Adolescentes com hora de dormir irregular apresentaram maiores taxas de ansiedade/depressão, em comparação àqueles que têm horário de sono regular ($P <0,001$).

Pabst et al., 2009 EUA	Transversal	264 adolescentes do sexo feminino (idade média = 14,9 ± 2,2, faixa de 11 a 17 anos)	Cronotipo - scala Morningness - Eveningness (M-E) para crianças	Depressão - Inventário de Depressão Infantil (CDI)	Cronotipo vespertino associado a mais sintomas depressivos ($\beta = -0,65$, $p < 0,01$) relação significativa entre M-E e ansiedade de características ($\beta = -0,22$, $p < 0,05$) após a inclusão das covariáveis idade, raça, NSE e estágio da mama no modelo. cronotipo vespertino estava associado a mais ansiedade
Park et al. 2015 Coreia do Sul	Transversal	641 indivíduos com 19 anos ou mais (376 homens, 265 mulheres)	Cronotipo - Composite Scale of Morningness (CSM)	Depressão - Escala de temperamento de Memphis, Pisa, Paris e San Diego - Autoquestionário (TEMPS-A)	Correlação negativa entre escore total de CSM e o temperamento depressivo, com indivíduos do cronotipo vespertino apresentando mais sintomas deprimidos ($r = -0,200$; $p < 0,001$).
Pacsh et al. 2010 EUA	Transversal	242 jovens de 10 a 16 anos (média de idade de 16,4 anos)	Sono – perguntas específicas sobre horário de dormir e acordar em dias de semana e final de semana	Depressão - escala de Kandel-Davies, 6 itens	Menos horas de sono nos dias da semana associados ao aumento dos sintomas depressivos ($\beta = -0,76$; $p = 0,01$) A duração do sono no fim de semana não foi associada a sintomas depressivos ($\beta = -0,07$; $p = 0,72$) Não houve relação significativa entre atraso do sono no final de semana e sintomas depressivos ($\beta = 0,35$; $p = 0,24$). Diferença na duração do sono entre dias de semana e finais de semana não associada a sintomas depressivos ($\beta = 0,19$; $p = 0,29$).
Plante, Cook, Goldstein 2017 EUA	Caso-controle	22 pacientes com transtorno depressivo maior e hipersonia concomitante e 22 controles saudáveis e pareados por sexo	TDM - Entrevista Clínica Estruturada para os distúrbios do Eixo I do DSM-IV (SCID) e Inventário de Depressão de Beck (BDI)	Sono – diário do sono, actigrafia e polissonografia	Indivíduos com depressão e hipersonia demonstraram duração de sono mais longa e maior tempo na cama em comparação a controles saudáveis, medidos por diários de sono, actigrafia e PSG ad libitum (todos $p < 0,01$). Nas medidas objetivas, não foram observadas diferenças entre os grupos quanto à eficiência do sono (SE) e latência no início do sono.
Prat, Adan 2013	Transversal	517 estudantes universitários (173	Cronotipo - Composite Scale of Morningness (CSM)	General Health Questionnaire (GHQ-28)	Indivíduos do cronotipo vespertino obtiveram pontuação maior na subescala do GHQ-28

Espanha		homens), com idades entre 17 e 30 anos			referente a depressão grave, em comparação a indivíduos de cronotipo intermediário e matutino ($p < 0,02$).
Ranite et al. 2017 Austrália	Transversal	741 adolescentes (63,5% do sexo feminino, com média de idade de 15,78 anos, variando de 11,92 a 19,67 anos)	Sono - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) Depressão - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	Depressão - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) Sono - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)	Curta duração do sono mediou significativamente a relação entre a idade e os sintomas depressivos ($p < 0,01$) Sintomas depressivos mediaram significativamente a relação entre idade e curta duração do sono ($p < 0,01$)
Ryu, Kim, Ham 2011 Coreia	Transversal	4.411 adultos com 19 anos ou mais	Depressão/Ansiedade – não informado.	Duração do sono – Pergunta específica: “How many hours of sleep do you get in a day?”	A chance de apresentar sono curto ($\leq 6H$) foi maior naqueles indivíduos com depressão e/ou ansiedade intermediária (OR= 1,46; IC95% 1,15-1,86) e severa (OR=2,54; IC95% 1,18-5,47), em comparação a quem não tinha depressão e/ou ansiedade. A chance de apresentar sono longo ($\geq 9H$) foi maior apenas em indivíduos com depressão e/ou ansiedade severa (OR=5,27; IC95% 1,72-16,10) em comparação a quem não tinha depressão e/ou ansiedade
Sakamoto et al. 2013 Japão	Transversal	1.197 trabalhadores diurnos (1.029 homens e 168 mulheres, média de idade de 43 anos)	Sono - Questionário autoaplicável com perguntas sobre horário de dormir e acordar	Depressão - Centro de Estudos Epidemiológicos de Depressão (CESD)	Curta duração do sono (<6 horas) associada a aumento da prevalência de sintomas depressivos (OR=1,57 IC95%: 1,08-2,29), mesmo com ponto de corte mais alto para depressão (OR= 2,17; IC 95%: 1,42-3,32). Indivíduos com hora de dormir mais tardia (01:00 ou mais) tiveram mais chance de apresentar sintomas depressivos em comparação com quem dorme entre 23:00 e 23:59 (OR = 1,90, IC95%, 1,16-3,12), mas esta associação se perdeu após ajuste para duração do sono (OR= 1,17, IC96% 0,66-2,06).

					Maior duração do sono (7 a <8 horas e ≥8 horas) e dormir mais cedo (23:00 ou antes) não estiveram associadas a sintomas depressivos (p>0,05).
Selvi et al. 2010 Turquia	Caso-controle	80 pacientes com depressão (53 mulheres) e 80 controles saudáveis (44 mulheres) com idades entre 18 e 65 anos)	Depressão - Inventário de Depressão de Beck (BDI); Entrevista Clínica Estruturada para Distúrbios do Eixo I do DSM-IV (SCID-I)	Sono - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ)	Indivíduos com cronotipo matutino apresentaram maior impacto na diminuição dos sintomas depressivos no grupo controle (F (2, 77) = 4,401, p <0,05) e nos pacientes depressivos maiores; F (2, 77) = 10.326, p <0,001) em comparação à indivíduos com cronotipo vespertino ou intermediário.
Short et al. 2013 Austrália	Transversal	385 adolescentes com idades entre 13 e 18 anos (M = 15,6, DP = 1,0; 60% homens)	Cronotipo - Smith Morningness / Eveningness Questionnaire (SMEQ) Duração do sono – relatório diário (5 dias)	Depressão - Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies (CESD)	Indivíduos com maior pontuação para depressão apresentam cronotipo mais vespertino (r= -0,33; p< 0,001) Quanto maior pontuação para depressão, menor quantidade de sono (r = - 0,22; p<0,001).
Sun et al. 2018 China	Transversal	512.891 adultos com idade entre 30 e 79 anos (média de idade 51 anos), 59,0% do sexo feminino	Sono - questionário autorrelatado.	Depressão - Curriculum Diagnóstico Composto Internacional (CIDI-SF).	Em comparação com a duração normal do sono (7-9h), ambos os grupos, curta duração do sono (<= 6h) e longa duração do sono (> 9h), associaram-se com maior probabilidade de depressão (sono curto: OR = 2,32, IC95%: 2,14-2,51; sono longo: OR = 1,56; IC 96%: 1,34-1,81).
Wang et al. 2017 China	Transversal	8.998 adolescentes chineses (49,3% do sexo masculino) com idades entre 9 e 20 anos	Sono – perguntas adaptadas do PSQI Cronotipo - Morningness – Eveningness for Children (MESC)	Depressão - Centro de Estudos Epidemiológicos - Depressão (CESD)	Os estudantes que preferiram ir dormir tarde tiveram mais depressão (β = 0,09, p <0,01) Maior duração do sono durante a semana foi associada a menos depressão (β = -.12, p <.01) Indivíduos com mais sintomas de depressão apresentam diminuição da duração do sono durante a semana (r = - 0,20; p < 0,01), mas não nos fins de semana (r = - 0,01; p > 0,05).
Wolfson et al. 2003 EUA	Coorte T1: final gestação T2: 2 a 4 semanas pós-parto	38 gestantes acompanhadas pós parto, com idade entre 24 e 42 anos (M = 30,0, DP = 3,8)	Depressão - Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CESD).	Sono – Diário de sono-vigília	Mães que desenvolveram sintomas depressivos clinicamente elevados (CES-D> ou = 16) em 2-4 semanas após o parto relataram mais tempo total de sono (F (6, 29) = 3,24, p<0,05) e tempos de levantar mais tardios (F (1, 34) = 5,24, p <0,05) em

	T3: 12 a 16 semanas pós-parto T4: 12 a 15 meses pós-parto				comparação àquelas mães que relataram menos depressão às 2-4 semanas pós-parto.
Yang, Cha 2018 Coreia	Coorte retrospectiva	421 adolescentes, 53,4% meninos	Sono – não informado	Depressão - escala de depressão de Kim, Kim e Won	Duração mais curta do sono durante toda semana ($\beta = -0,09$, $P = 0,040$) previu maior depressão.
Yu et al. 2017 China	Transversal e longitudinal	1653 gestantes nos 3 tempos T1: 3645, T2: 2320 e T3: 2109 Com idade entre 18 e 45 anos (média de 27,90 anos)	Sono – pergunta específica sobre média de horas dormidas por noite no último mês.	Depressão - escala de depressão de autoavaliação (SDS)	Associação negativa da duração do sono com SAS ($-\beta$ (SE) = - 0,33 (0,07), $P < 0,0001$ em T1; -0,41 (0,09), 0,0004 em T2; -0,26 (0,09), 0,0050 em T3) Mulheres que dormiram menos de 8 h / dia tiveram maior risco de depressão (T1: OR (95% CI) = 1,75 (1,39; 2,20); T2: 1,52 (1,26; 2,05); T3: 1,60 (1,18, 2,05) em comparação com quem dorme mais de 8 horas.

1.3 Síntese dos resultados da busca de artigos

A síntese dos artigos está apresentada nessa seção de duas formas. Primeiramente, um resumo objetivo das características de cada estudo é explanada, considerando separadamente a cronobiologia do sono para a sintomatologia ansiosa e para a depressiva, seguindo uma reprodução dos quadros 1 e 2. Após, uma melhor exploração dos estudos cujos dados são importantes para a fundamentação e entendimento da relação entre as variáveis de sono e saúde mental é apresentada.

1.3.1 Síntese dos artigos que relacionam ansiedade e cronobiologia do sono: informações específicas

Na revisão de literatura sobre a relação entre ansiedade e cronobiologia do sono, 19 artigos foram selecionados (Quadro 1). Desses, cinco foram realizados nos Estados Unidos (Haraden DA et al., 2019; Kalmbach DA et al., 2016; Moore M et al., 2009; Pabst SR et al., 2009; Roberts RE e Duong HT, 2017), quatro na Espanha (Díaz-Morales JF e Sánchez-López MP, 2008; Díaz-Morales JF, 2016; Miró E et al., 2006; Prat G e Adan A, 2013), dois na China (Hsu CY et al., 2012; Yu Y et al., 2017), dois na Coreia do Sul (Park et al., 2015; Ryu SY et al., 2011), dois na Austrália (Alvaro PK et al., 2014; Robillard R et al., 2015), um na Holanda (Antypa N et al., 2016), um na França (Lemoine P et al., 2013), um no Japão (Ojio Y et al., 2016) e outro no Peru (Ruiz MAV et al., 2013). As publicações ocorreram entre os anos de 2008 e 2017.

A população desses estudos foi composta por pessoas de 11 a 101 anos. As amostras variaram de 125 a 15.637 indivíduos. Dos 19 artigos, 15 tiveram delineamento transversal, três tiveram delineamento longitudinal (Haraden DA et al., 2019; Kalmbach DA et al. 2016; Roberts RE e Duong HT, 2017) e um teve tanto o longitudinal quanto o transversal (Yu Y et al., 2017). Ainda, dez artigos usaram as variáveis do sono como exposição, sete como desfecho e dois utilizaram ora como exposição, ora como desfecho, fazendo análise bidirecional.

Onze estudos exploraram a associação entre cronotipo e sintomas ansiosos (Alvaro PK et al., 2014; Antypa N et al., 2016; Díaz-Morales JF e Sánchez-López MP, 2008; Díaz-Morales JF, 2016; Haraden DA et al., 2019; Hsu CY et al. 2012; Lemoine P et al., 2013; Pabst SR et al. , 2015; Park et al., 2015; Prat G e Adan A, 2013; Robillard R et al.,

2015), doze exploraram duração do sono e sintomas ansiosos (Díaz-Morales JF, 2016; Kalmbach DA et al. 2016; Kitamura S et al., 2010; Lemoine P et al., 2013; Miró E et al., 2006; Moore M et al., 2009; Ojio Y et al., 2016; Roberts RE e Duong HT, 2017; Robillard R et al., 2015; Ruiz MAV et al., 2013; Ryu SY et al., 2011; Yu Y et al., 2017) e seis examinaram latência e tempo de início e de acordar do sono e sintomas ansiosos (Díaz-Morales JF, 2016; Kalmbach DA et al., 2016; Lemoine P et al., 2013; Ojio Y et al., 2016; Robillard R et al., 2015; Ruiz MAV et al., 2013).

1.3.2 Síntese dos artigos que relacionam depressão e cronobiologia do sono: informações específicas

Na revisão de literatura sobre a relação entre depressão e cronobiologia do sono, 36 artigos foram selecionados (Quadro 2). Desses, oito foram realizados nos EUA (Chelminski I et al., 1999; Haraden DA et al., 2019; Kalmbach DA et al. 2016; Moore M, et al., 2009; Pabst SR et al., 2009; Pacsh KE et al., 2010; Plante DT et al., 2017; Wolfson AR et al., 2003), cinco foram conduzidos no Japão (Hori H et al., 2016; Kitamura S et al., 2010; Morita Y et al., 2015; Ojio Y et al., 2016; Sakamoto M et al., 2013), quatro na China (Hsu CY et al., 2012; Sun X et al., 2018; Wang Y et al., 2017; Yu Y et al., 2017), três na Coreia (Lee MS et al., 2015; Ryu SY et al., 2011; Yang SJ e Cha HS, 2018), três na Austrália (Alvaro PK et al., 2014; Ranite MB et al., 2017; Short MA et al., 2013), três no Brasil (de Souza CM e Hidalgo MPL, 2014; Hidalgo MP et al., 2009; Levandovski R et al., 2011), dois na Espanha (Miró E et al., 2006; Prat G e Adan A, 2013), dois na Holanda (Knapen SE et al., 2018; Antypa N et al., 2014), um estudo foi feito na Rússia (Borisenkov MF et al., 2014), um na Noruega (Dorheim SK et al., 2009), um na França (Lemoine P et al., 2013), um na Polônia (Mokros L et al., 2017), um na Coreia do Sul (Park et al., 2015) e um na Turquia (Selvi Y et al., 2010).

A população desses estudos foi composta por pessoas de 10 a 101 anos. As amostras variaram de 38 a 15.637 indivíduos. Vinte e seis dos 36 artigos tiveram delineamento transversal, cinco foram realizados com delineamento de caso-controle (Dorheim SK et al., 2009; Hori H et al., 2016; Knapen SE et al., 2018; Plante DT et al., 2017; Selvi Y et al., 2010), quatro tiveram delineamento longitudinal/retrospectivo (Haraden DA et al., 2019; Kalmbach DA et al. 2016; Wolfson AR et al., 2003; Yang SJ e Cha HS, 2018) e outro teve tanto delineamento longitudinal quanto transversal (Yu Y et

al., 2017). Ainda, dos 36 artigos, 21 utilizaram as variáveis do sono como exposição, 14 como desfecho e um deles fez uma análise de mediação.

Dezoito estudos exploraram a associação entre depressão e cronobiologia do sono (Alvaro PK et al., 2014; Antypa N et al., 2016; Borisenkov MF et al., 2014; Chelminski I et al., 1999; de Souza CM e Hidalgo MPL, 2014; Haraden DA et al., 2019; Hidalgo MP et al., 2009; Hsu CY et al. 2012; Kitamura S et al., 2010; Knapen SE et al., 2018; Levandovski R et al., 2011; Lemoine P et al., 2013; Mokros L et al., 2017; Pabst SR et al., 2019; Park et al., 2015; Prat G e Adan A, 2013; Selvi Y et al., 2010; Short MA et al., 2013), 21 exploraram duração do sono e sintomas depressivos (Alvaro PK et al., 2014; Borisenkov MF et al., 2014; Dorheim SK et al., 2009; Hori H et al., 2016; Kalmbach DA et al., 2016; Kitamura S et al., 2010; Lee MS et al., 2015; Lemoine P et al., 2013; Miró E et al., 2006; Moore M et al., 2009; Morita Y et al., 2015; Pacsh KE et al., 2010; Plante DT et al., 2017; Ranite MB et al., 2017; Ryu SY et al., 2011; Sakamoto M et al., 2013; Short et al., 2013; Wang et al., 2017; Wolfson AR et al., 2003; Yang SJ e Cha HS, 2018; Yu Y et al., 2017) e 16 examinaram latência e tempo de início e de acordar e horários do sono e sintomas ansiosos (Borisenkov MF et al., 2014; de Souza CM e Hidalgo MPL, 2014; Dorheim SK et al., 2009; Hidalgo MP et al. 2009; Hori H et al., 2016; Kalmbach DA et al., 2016; Kitamura S et al., 2010; Knapen SE et al., 2018; Lemoine P et al., 2013; Levandovski R et al., 2011; Morita Y et al., 2015; Ojio Y et al., 2016; Pacsh KE et al., 2010; Plante DT et al., 2017; Sakamoto M et al. 2013; Wolfson AR et al., 2003).

1.3.3 Síntese dos artigos que relacionam depressão e ansiedade com a cronobiologia do sono: informações gerais

Há evidências de que os ritmos circadianos dos indivíduos estão associados ao prejuízo na saúde mental. Embora Lemoine P et al.(2013) e Mokros L et al. (2017) tenham encontrado uma associação significativa entre depressão e cronotipo matutino, quando comparado a outras psicopatologias, a maioria das pesquisas apontaram que a depressão está mais relacionada ao cronotipo vespertino, ou seja, os indivíduos com essa característica circadiana tendem a apresentar mais sintomas depressivos (Chelminski I et al., 1999; de Souza CM e Hidalgo MPL, 2014; Knapen SE et al. 2018; Levandovski R et al., 2011; Morita Y et al, 2015; Robillard R et al., 2015; Sakamoto M et al., 2013; Short MA et al., 2013; Wang Y et al., 2017).

Hidalgo MP et al. (2009) demonstraram associação significativa entre cronotipo e humor, com indivíduos de tipologia noturna apresentando maiores chances de relatarem sintomas depressivos mais graves em comparação aos de cronotipo matutino ou intermediário. De igual forma, um estudo prospectivo com adolescentes nos Estados Unidos demonstrou que níveis mais elevados de depressão continuam associados com o cronotipo vespertino, mesmo após controle para ansiedade de separação, ansiedade social, sintomas físicos, gênero e status de puberdade (em idade pré ou pós-puberal) (Haraden DA et al., 2019).

Em um estudo que buscava avaliar saúde mental considerando cronotipo e o peso em meninas adolescentes, observou-se que o cronotipo vespertino esteve associado tanto a sintomas depressivos quanto a sintomas ansiosos. Ainda, demonstrou-se que as meninas acima do peso e que tinham cronotipo vespertino apresentavam ainda mais sintomas depressivos (Pabst SR et al., 2009). Hsu CY et al. (2012) apontaram em seu estudo que características de somatização, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, comportamento obsessivo e compulsivo, ideação suicida, dentre outras, diferem-se significativamente para os três grupos de cronotipos entre homens e mulheres, com os tipos vespertinos apresentando pontuações mais elevadas em cada característica, exceto ansiedade fóbica em homens. Eles também observaram uma tendência linear entre o cronotipo e a depressão nas mulheres, ou seja, quanto mais avançado/tardio o cronotipo, mais pontuação na escala de depressão. Como esperado, o cronotipo matutino constituiu um fator de proteção para o humor deprimido, diminuindo o impacto tanto em indivíduos depressivos quanto nos saudáveis (Selvi Y et al. 2010).

Estudos sobre a relação entre o cronotipo e a sintomatologia ansiosa estão cada vez mais pertinentes. Como mencionado, alguns trabalhos demonstraram que manter uma preferência por atividades noturnas está relacionado a um aumento da intensidade dos sintomas de ansiedade (Díaz-Morales JF, 2016; Hsu CY et al., 2012; Lemoine P et al., 2013; Pabst SR et al., 2009; Park CI et al., 2015; Prat e Adan, 2013; Robillard R et al., 2015), enquanto outros estudos não encontraram relação entre ansiedade e o cronotipo vespertino (Alvaro PK et al., 2014; Antypa N et al., 2015). Por outro lado, Haraden DA et al. (2019) demonstraram que jovens com maiores níveis de ansiedade de separação mostraram maior preferência de estar acordados pela manhã.

Robillard R et al. (2015) observaram que um atraso no início do sono tende a ser mais presente em pessoas com ansiedade, depressão e transtorno bipolar. Díaz-Morales (2016) encontrou em seu estudo com adolescentes uma proporção maior de tipos vespertinos no grupo de alta ansiedade e uma proporção maior de tipos matutinos no grupo de baixa ansiedade. O estudo também demonstrou que a ansiedade se correlaciona negativamente com o cronotipo matutino. A relação entre tipos matutinos e vespertinos, ansiedade e variáveis demográficas em adultos de 40 a 63 anos residentes em meio rural também foi examinada em outro estudo, verificando-se que ser do tipo matutino diminui as chances de apresentar sintomas de ansiedade (Díaz-Morales JF e Sánchez-López MP, 2008).

Além de estar mais associado aos escores mais altos de depressão grave e ansiedade, o cronotipo vespertino também confere um risco para o desenvolvimento de mais condições psiquiátricas em comparação aos cronotipos intermediário e matutino (Prat G e Adan A, 2013). Em concordância, outra pesquisa encontrou que o cronotipo vespertino também está correlacionado a maiores pontuações para Transtorno do Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Ansiedade de Separação e Fobia Social (Alvaro PK et al., 2014). Ainda, indivíduos que têm preferência circadiana noturna estão mais propensos a apresentar temperamentos depressivos, irritáveis, ciclotímicos e ansiosos (Park CI et al., 2015).

A duração do sono é outra característica do ritmo circadiano que vem sendo bastante estudada em contextos de saúde mental. A relação entre dormir demais e apresentar sintomas depressivos e/ou ansiosos ainda não parece estar bem concretizada, pois estudos encontram que a duração longa do sono (9 horas ou mais) pode se configurar como um fator de risco para a presença de humor deprimido e ansioso (Hori H et al., 2016; Lee MS et al., 2015; Plante DT et al., 2017; Robillard R et al., 2015; Ryu SY et al., 2011; Sun X et al., 2018), também em mulheres no pós-parto (Wolfson AR et al., 2003). Por outro lado, dormir demais pode se configurar como fator de proteção para depressão, já que pessoas com maior duração do sono durante a semana apresentaram menos sintomas depressivos (Wang Y et al., 2017).

Sakamoto M et al. (2013) não encontraram associação entre duração longa do sono e sintomas depressivos, mas demonstraram que a curta duração do sono tem papel importante na apresentação dessa psicopatologia. Esses achados também foram

encontrados em outras pesquisas envolvendo adolescentes (Short MA et al., 2013; Yang SJ e Cha HS, 2018) e adultos (Kalmbach DA et al., 2016; Miró E et al., 2006; Morita Y et al., 2015; Ryu SY et al., 2011; Sun X et al. 2018). Do contrário, indivíduos com mais sintomas de depressão também apresentam diminuição da duração do sono durante a semana, mas não nos fins de semana (Wang Y et al., 2017).

No estudo de Roberts RE e Duong HT (2017), realizado com jovens em dois momentos distintos, demonstrou-se que apresentar curta duração do sono todas as noites pode predizer aumento do risco de transtornos de ansiedade, mesmo quando variáveis são ajustadas para sexo, idade, renda familiar, ansiedade e depressão no primeiro momento. Contudo, os autores não encontraram uma associação contrária, ou seja, transtornos de ansiedade não aumentaram o risco de curta duração do sono em momento posterior. Em uma pesquisa avaliando características do sono na Depressão de Inverno (SAD), demonstrou-se que associação entre duração do sono e humor deprimido esteve presente em adolescentes, apresentando menor duração em dias de semana para ambos os sexos e nos fins de semana apenas para o sexo masculino (Borisenkov MF et al., 2014).

No estudo de Ranite MB et al. (2017) foi demonstrado que a curta duração do sono mediou significativamente a relação entre a idade e os sintomas depressivos e, de maneira contrária, sintomas depressivos mediaram também a relação entre idade e curta duração do sono. Os autores sugerem que o aumento de sintomas depressivos percebidos na adolescência é parcialmente mediado por mudanças no desenvolvimento relacionadas ao sono.

Em uma pesquisa que buscou investigar a relação entre duração e regularidade do sono em adolescentes, foi verificado que a melhor duração do sono para apresentar menores taxas de depressão e ansiedade é de 8,5 a 9,5 horas nos meninos e 7,5 a 8,5 horas nas meninas (Ojio Y et al., 2016). Além disso, o estudo também demonstrou que adolescentes com hora de dormir irregular apresentaram maiores taxas de ansiedade/depressão, em comparação àqueles que têm horário de sono regular.

Lee MS et al. (2015) encontraram associação da curta duração do sono e sintomas depressivos apenas em mulheres na amostra. Miró E et al. (2006) encontraram associação da curta duração do sono com humor deprimido, mas não com sintomas de ansiedade. Lemoine P et al. (2013) também não encontraram associações significativas

entre sintomas depressivos e/ou ansiosos e duração do sono. O mesmo ocorre em outros estudos realizados com adolescentes (Díaz-Morales JF, 2016; Moore M et al., 2009) e jovens adultos (de Souza CM e Hidalgo MPL, 2014).

A latência do sono foi pesquisada em um número consideravelmente menor de estudos e, de maneira geral, observou-se que maior latência do início do sono e do despertar (inércia do sono) estiveram associadas a depressão e ansiedade. Um estudo realizado apenas com mulheres que focava sua análise em sintomas específicos de depressão e ansiedade, demonstrou uma correlação positiva entre latência do início do sono e angústia geral, anedonia e excitação ansiosa, com aqueles indivíduos que obtinham mais sintomas demonstrando mais latência (Kalmbach DA et al., 2016). Hori H et al. (2016) demonstraram, em sua pesquisa caso-controle, que os pacientes tiveram maior latência do início do sono tanto no questionário aplicado quanto no diário de sono, em comparação aos controles saudáveis. Ainda, um estudo realizado no Peru apontou associação entre TAG e maior latência do sono, com 77,9% da amostra do estudo com TAG apresentando latência do sono de leve a grave em comparação com indivíduos saudáveis (Ruiz MAV et al., 2013). Por fim, na pesquisa realizada com foco em Depressão de Inverno, indivíduos com SAD apresentaram maior inércia do sono nos dias de semana, comparados a indivíduos sem SAD. Nos dias livres, a inércia do sono é mais acentuada em homens com SAD, em comparação a homens sem a psicopatologia. Em mulheres com e sem SAD, essa diferença não é encontrada nos dias livres (Borisenkov MF et al. (2014).

Horários de dormir, levantar e tempo na cama também foram pouco avaliados em relação às psicopatologias de interesse. Díaz-Morales JF (2016) verificou a relação linear entre as variáveis e demonstrou que a ansiedade se correlaciona negativamente com o horário de levantar e o tempo na cama nos dias úteis, com adolescentes mais ansiosos levantando mais cedo e ficando menos tempo na cama, em comparação aos adolescentes sem sintomatologia ansiosa. Porém, em fins de semana não foram encontradas correlações significativas entre ansiedade e hora de dormir e tempo na cama (Díaz-Morales JF, 2016).

No estudo de Morita Y et al. (2015) observou-se que a dificuldade em iniciar o sono foi associada à depressão tanto em homens quanto em mulheres. Ainda, segundo outra pesquisa, sujeitos com SAD vão dormir mais tarde nos dias de semana comparados

a indivíduos sem SAD. Nos dias livres, o início do sono, bem como o despertar do sono, acontecem mais tarde em mulheres com SAD, em comparação a homens e mulheres sem SAD (Borisenkov MF et al., 2014).

Alguns estudos da revisão também pesquisaram a associação do jetleg social (JLS) com a saúde mental. O JLS constitui-se da diferença entre o ponto médio do sono em dias livres e em dias úteis, relatando o quanto os indivíduos modificam suas rotinas biológicas em prol de atividades sociais. Indivíduos com mais de duas horas de JLS apresentam mais sintomas depressivos em comparação ao restante da população. Quanto maior o JLS, maior a quantidade de indivíduos classificados com sintomas depressivos e maior a quantidade de sintomas graves de depressão, em comparação a indivíduos com sintomas leves e moderados, especificamente na faixa etária de 31 a 40 anos (Levandovski T et al., 2011). Mulheres com SAD também apresentam mais JLS em relação a mulheres sem SAD (Borisenkov MF et al., 2014).

Knapen SE et al. 2018 realizaram uma pesquisa abordando sujeitos com Transtorno Depressivo Maior (TDM) e com sintomas remetidos de depressão, comparando-os aos controles sadios, e identificaram que os pacientes com TDM (atual ou remetido) não apresentaram mais JLS em comparação ao grupo controle. Porém, pacientes com episódio atual de TDM tenderam a mostrar mais JLS em comparação àqueles com TDM. O modelo do estudo demonstrou que o JLS não forneceu explicação para a gravidade da depressão na amostra (Knapen SE et al. 2018).

Em seu estudo realizado com jovens escolares, de Souza CM e Hidalgo MPL (2014) observaram que JLS não se correlacionou com o nível dos sintomas de depressão. Embora indivíduos com sintomas depressivos apresentem um ponto médio do sono mais tarde, não foi encontrada diferença nas horas de JLS entre os dois grupos. Os autores discutem que pode ser difícil avaliar fidedignamente o JLS por serem adolescentes e, provavelmente, atenderem à rotina dos pais nos dias livres. Díaz-Morales JF (2016) também não encontrou correlações significativas entre ansiedade e JLS.

Como observado, foram poucos os estudos que pesquisaram associações entre sono e saúde mental em gestantes e parturientes que se adequassem aos critérios de busca. Em um estudo com mães acompanhadas em quatro momentos, desde o final da gestação até aproximadamente 15 meses após o parto, identificou-se que a incidência

de sintomas depressivos de 2 a 4 semanas pós-parto associou-se à maior duração do sono e horários de levantar mais tardios, em comparação às mães que relataram menos depressão no mesmo período (Wolfson AR et al., 2003). Todavia, a relação entre dormir menos durante a noite e apresentar sintomas depressivos e ansiosos foi encontrada em Yu Y et al. (2017). Os autores consideraram curta duração do sono como menos de 8 horas na gestação, pois esta é a duração recomendada para garantir o sono adequado (Lee KA e Gay CL, 2004).

Esses resultados podem se apresentar de forma contraditória por estarem se referindo a momentos diferentes da vida reprodutiva, sendo que o primeiro fala de semanas após o parto, enquanto o segundo aborda os últimos meses da gestação. Kang et al. (2002) demonstram essa importante diferença em relação ao sono entre os períodos reprodutivos, considerando que o tempo total de sono diminui e a vigília após o início do sono aumenta ao longo das semanas após o parto, em comparação ao final da gestação. Essa alteração pode estar intimamente ligada à divergência de resultados entre os estudos.

Por fim, Dorheim SK et al. (2009) não encontraram associações entre as psicopatologias de interesse para o presente estudo e as características do sono de duração e latência. Mulheres com depressão não tiveram pior sono ou diferença nas características do sono do que as mulheres não deprimidas, medidas tanto com instrumentos subjetivos quanto objetivos. Os autores discutem que o baixo valor de corte usado para rastrear depressão pode ter influenciado para enfraquecer a associação entre sono e esse transtorno de saúde mental, tendo em vista que tanto aquelas mulheres com depressão grave quanto aquelas com depressão leve, e talvez até alguns falsos positivos, estavam sendo avaliadas unificadamente. Assim, segundo os autores, se existia uma relação significativa entre características do sono e mulheres gravemente deprimidas, essa associação foi anulada.

Os resultados dos três estudos apresentados anteriormente reforçam a ideia de que a relação entre sono, sintomas depressivos e ansiosos e gestação/perinatal é um assunto pouco explorado. Considerando a controvérsia descrita entre os resultados dos estudos, se faz necessário compreender melhor qual a relação entre esses fenômenos para um melhor atendimento dessa população.

2 JUSTIFICATIVA

A relação entre ritmo circadiano, sono e aspectos da saúde física e mental está bem consolidada em vários estudos que demonstram como alterações circadianas podem desempenhar um papel crítico na saúde do indivíduo (Almoosawi S et al., 2018; Cox RC e Olatunji BO, 2016; Gau SSF et al., 2007; Gelbmann G et al., 2012; Kitamura S et al., 2010, Levandovski R et al, 2011; Lyall LM et al., 2018; Lucassen EA et al., 2013; Merikanto I et al., 2013; Müller RR e Guimarães SR, 2007; Urbán R et al., 2011). Ainda assim, estudos epidemiológicos que avaliem essa relação permanecem escassos, sobretudo aqueles que descrevem sono em população de mulheres no pós-parto imediato segundo sintomatologia de depressão e ansiedade.

Como mencionado, dificuldades para dormir estão entre as principais características das alterações de ritmos e se mostram presentes nos transtornos do humor (Goel N et al., 2013). É crescente o interesse por compreender de que forma o ciclo de atividade e descanso de um indivíduo pode afetar ou ser afetado por sintomas de humor e ansiedade. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014), a importância de considerar a relação entre o sono e a saúde mental é demonstrada já nos critérios diagnósticos para depressão, onde a insônia ou a hipersonia são vistas como uns dos sintomas que podem se manifestar no quadro clínico desse transtorno de humor. Da mesma forma, perturbações no sono, como dificuldade de conciliar ou manter o sono, ou ter um sono insatisfatório e inadequado, também estão presentes como possíveis sintomas para o diagnóstico de ansiedade, dentre outros critérios.

O estudo sobre esse conjunto de fenômenos contribui para o entendimento global da ansiedade e depressão, bem como auxilia no aperfeiçoamento do diagnóstico das manifestações de sono. Especificações sobre essas manifestações são importantes porque, mesmo que manuais de diagnóstico, como o DSM-V, demonstrem a associação de disfunções do sono com a depressão e ansiedade, ainda é precário o conhecimento acerca da forma como horário de sono, latências antes de dormir e após acordar e duração do sono se mostram especificamente em problemas de saúde mental. Tendo em vista que grande parte de pacientes com sintomas de depressão e ansiedade

apresentam tais complicações em relação ao sono, compreender características e ritmos circadianos desse fenômeno se faz cada vez mais importante.

Ademais, o entendimento de anormalidades no ritmo do sono em mulheres no final da gestação traz possibilidades de tratamento que beneficiam não só a saúde das mulheres, mas a dos bebês também. Sabe-se que mulheres nesse período apresentam baixa qualidade e duração do sono (Kang MG et al., 2002; Nishihara K et al., 2001; Okun ML et al. 2015; Facco FL et al., 2010), fenômenos que se relacionam com hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, parto por cesárea e depressão pós-parto (Dorheim SK et al., 2009; Lee KA e Gay CL, 2004; Micheli K et al., 2011; Naghi I et al., 2011; O'Brien TE et al., 2012; Okun ML et al., 2011; Williams MA et al. 2010). Ainda, as alterações circadianas dificultam atenção e memória e causam confusão mental e atraso na resolução de problemas (Castro E, 2016; Lyall LM et al., 2018; Schaedler T e Louzada FM, 2015; Soares CS e Almondes KM, 2012), eventos que podem comprometer o cuidado do bebê por essas mães. Dessa forma, compreender a cronobiologia do sono em mulheres no período perinatal se justifica por possibilitar mais conhecimento e cuidado dessa categoria, bem como da saúde do bebê.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever a duração, a latência e o cronotipo do sono do período perinatal em mulheres que apresentam sintomas de ansiedade e/ou de depressão no pós-parto imediato, e avaliar diferenças entre as características do sono dessas mulheres e daquelas que não apresentam sintomas de ansiedade e depressão no mesmo período.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever duração do sono em mulheres com e sem sintomas de ansiedade e/ou de depressão no pós-parto imediato;
- Descrever latência do início do sono em mulheres com e sem sintomas de ansiedade e/ou de depressão no pós-parto imediato;
- Descrever inércia do despertar do sono em mulheres com e sem sintomas de ansiedade e/ou de depressão no pós-parto imediato;
- Descrever o cronotipo em mulheres com e sem sintomas de ansiedade e/ou de depressão no pós-parto imediato;
- Comparar o efeito da presença de depressão e/ou ansiedade com sua ausência na duração, latência e cronotipo do sono;
- Avaliar o efeito da saúde mental sobre cada uma das características do sono, analisando covariáveis que podem estar confundindo ou modificando a associação entre sono e saúde mental;
- Estratificar a amostra por idade, dividindo mulheres adolescentes das adultas em cada uma das análises mencionadas nos objetivos anteriores.

4 HIPÓTESES

- Duração do sono em mulheres que apresentarem depressão e/ou ansiedade será de menos de oito horas por noite, e menor do que em mulheres sem os sintomas de depressão e/ou ansiedade.
- Latência do início do sono tenderá a ser maior nas mulheres que apresentarem depressão e/ou ansiedade em comparação àquelas mulheres sem os sintomas.
- Inércia do sono tenderá a ser maior nas mulheres que apresentarem depressão e/ou ansiedade em comparação àquelas mulheres sem os sintomas.
- Mulheres com depressão e/ou ansiedade tenderão a apresentar mais cronotipo vespertino que mulheres sem tais sintomas.
- Mulheres com depressão e/ou ansiedade terão duração do sono menor, latência e inércia do sono maior, e mais cronotipo vespertino, em comparação àquelas mulheres sem sintomas de depressão e ansiedade.
- Mulheres adolescentes apresentarão maior duração do sono, menor latência do início do sono, maior latência do despertar do sono e mais prevalência de cronotipo vespertino, em comparação às mulheres adultas.

5 MÉTODO

5.1 Local de Estudo

O estudo de base está sendo realizado na cidade de Rio Grande, localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul, com população estimada de 211.005 pessoas para 2019 segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com informações do DATASUS, ocorrem, por ano, uma média de 2.700 nascimentos no município, sendo que 99,5% desses nascimentos acontecem no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG) e na Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (SCMRG).

5.2 População alvo e critérios de inclusão e de exclusão

A população alvo será composta por parturientes de bebês nascidos vivos nas maternidades do HU-FURG e da SCMRG entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2019. Essas crianças deverão nascer com peso igual ou superior a 500g ou com 20 semanas ou mais de idade gestacional e suas mães residirem em área urbana ou rural do município de Rio Grande, RS. Mães provenientes de outros municípios que não Rio Grande, cujo recém-nascido não tenha alcançado 50 gramas ou 20 semanas de idade gestacional, ou que apresentem alguma limitação cognitiva ou problema de saúde que a impeça de responder o questionário serão excluídas da pesquisa.

5.3 Delineamento

O presente trabalho terá delineamento transversal com base populacional, realizado a partir de uma pesquisa mais ampla conduzida por professores da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Essa pesquisa à qual o presente estudo está relacionado trata-se de um inquérito que tem por objetivo a avaliação dos indicadores de assistência à gestação e ao parto para os nascimentos ocorridos no município de Rio Grande, RS. O inquérito acontece a cada três anos na cidade, sendo que primeiro foi realizado em 2007, depois em 2010, 2013 e 2016. Por meio da aplicação de questionário único e padronizado em até 48 horas após o parto, investigam-se as características demográficas da mãe e do recém-nascido, nível socioeconômico e condições de habitação da família, assistência recebida durante a gestação e o parto e intercorrências

no período gestacional, entre outras. Além disso, os recém-nascidos são medidos para peso, comprimento, perímetro torácico, cefálico e abdominal. Os dados do questionário são coletados utilizando-se de tablets e da plataforma REDCap (ver seção Logística).

5.4 Processo de amostragem e poder estatístico

Pretende-se realizar o estudo com todas as mães de filhos nascidos em uma das duas maternidades mencionadas no ano de 2019. Segundo dados dos perinatais anteriores (2007, 2010, 2013 e 2016) e do DATASUL (dados de 2010 a 2017), acontecem 2.700 nascimentos por ano em média no município de Rio Grande. Contando com as perdas e possíveis recusas, tem-se uma estimativa de 2.300 participantes.

Considerando que os desfechos do presente estudo são variáveis contínuas, o cálculo de tamanho de amostra para análises de associação foi realizado para detectar diferenças de médias. Para um erro alfa de 5%, poder de 80%, e acréscimo de 15% para controle de potenciais fatores de confusão e 10% para perdas, estima-se que o número provável de participantes desse estudo será suficiente para fazer as descrições da cronobiologia do sono nos grupos de exposição, considerando, ainda, as variáveis de ajuste.

5.5 Variáveis

5.5.1 Variável dependente

As variáveis dependentes do presente estudo serão as características do sono, identificadas como latência do início do sono, duração do sono, inércia do despertar do sono e cronotipo individual. Cada uma delas descreve uma variável contínua que será operacionalizada da mesma forma, por médias e medianas, exceto pelo cronotipo, que embora seja uma variável numérica contínua, será operacionalizado em categorias politômicas: 1º, 2º, 3º, 4º e 5º quintil. Nessa circunstância, o termo “sono” ou “características do sono” será empenhado nesse estudo referindo-se, de maneira geral, a essas variáveis.

5.5.2 Variáveis independentes

As variáveis e covariáveis independentes que serão utilizadas no presente estudo encontram-se no quadro a seguir, bem como a forma como serão coletadas e operacionalizadas.

Variável	Forma de coleta	Tipo de Variável	Operacionalização
Sintomas depressivos	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo	Numérica discreta/ Categórica dicotômica	Sim / não
Sintomas ansiosos	Escala de Ansiedade Generalizada de 7 itens (GAD-7)	Numérica discreta	Nenhuma/normal, leve, moderada e grave
Idade	Referida	Numérica discreta	Em anos completos
Cor da pele	Observada e referida	Categórica politômica	Branco, Preto, Pardo, Indígena, Amarelo
Estado civil	Referida	Categórica politômica	Solteira, Casada, divorciada, viúva
Número de Filhos	Referida	Numérica discreta	Em quantidade
Renda	Referida	Numérica contínua/ Categórica ordinal	1º, 2º, 3º e 4º quartil
Escolaridade	Referida	Numérica discreta/ categórica ordinal	Grau de instrução
Ocupação	Referida	Categórica dicotômica	Trabalha/ Não trabalha
Uso de álcool antes e durante a gravidez	Referida	Categórica dicotômica	Sim / Não
Uso de tabaco antes e durante a gravidez	Referida	Categórica politômica	Nunca fumou/ Já fumou/ Fuma
Uso de substâncias ilícitas durante a gravidez (cocaína, maconha, crack)	Referida	Categórica dicotômica	Sim / Não

5.6 Instrumentos

5.6.1 Questões Gerais e comportamentais

As variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde fazem parte de um questionário maior que engloba temáticas além do abordado no presente estudo, tendo em vista que esse pertence à uma pesquisa maior que é o inquérito perinatal. Sendo assim, foram elaboradas perguntas estruturadas para obter informações gerais a respeito da mãe, seus hábitos, sua saúde, seu local de moradia, com quem convive, entre outras. O questionário com todas as perguntas do perinatal encontra-se no Apêndice 1, Seção 11.1.

5.6.2 Munich ChronoType Questionnaire (MCTQ)

As variáveis de ritmos e hábitos do sono serão coletadas por meio do Questionário de Cronotipos de Munique (MCTQ) (Anexo 1, Seção 10.1), que é um questionário de autorrelato com 29 perguntas sobre parâmetros de sono do indivíduo (Roenneberg T et al., 2003). O MCTQ fornece medidas do início do sono, da latência do início do sono, do despertar, da inércia do sono, do tempo na cama, da duração do sono e da eficiência separadamente para dias livres e dias úteis. Dessas variáveis, serão utilizadas nesse estudo somente a duração do sono, a latência do início do sono e a inércia do despertar do sono.

A duração do sono é caracterizada pelo tempo desde que o indivíduo adormece até o tempo que desperta, em minutos. A latência do início do sono é o tempo percorrido desde que o indivíduo está pronto para dormir até o momento em que dorme, de fato. A inércia do despertar do sono também é uma latência, mas do momento em que desperta até o momento em que levanta da cama.

O MCTQ também permite calcular o cronotipo de um indivíduo, o qual será verificado nesse estudo e é definido como o ponto médio no tempo entre adormecer e acordar em dias livres (MSF), tendo em vista que nos dias úteis existe a interferência de horários de trabalho e despertadores que impossibilitam identificar o ritmo natural do relógio biológico. Os resultados obtidos em MSF demonstram o cronotipo de um

indivíduo, sendo que o ponto de tempo mais baixo implica em um cronotipo anterior (matutino) e o ponto de tempo mais alto implica em cronotipo posterior (vespertino).

Em pessoas cujo cronotipo é vespertino, as demandas dos dias úteis podem resultar em duração de sono menor devido à necessidade de adaptação de horários de trabalho e outras atividades sociais, o que resultaria em uma “dívida de sono” que geralmente é compensada nos dias livres. Essa dívida costuma levar a um MSF muito maior, que deve ser corrigido subtraindo-se do MSF de cronotipos vespertinos metade da diferença entre duração do sono em dias livres e a duração média semanal do sono. Dessa forma, obtém-se o sono médio em dias livres corrigido pela dívida acumulada durante a semana de dias úteis (MSFsc) (Roenneberg, 2012).

A medida de MSFsc é uma medida validada para calcular cronotipo e será utilizada nesse estudo como uma variável contínua. A categorização será baseada nos quintis da pontuação do MSFsc, sendo que o cronotipo matutino será o primeiro quintil (pontuação mais baixa), o cronotipo intermediário consistirá nos segundo, terceiro e quarto quintis, e o cronotipo vespertino será o quinto quintil (pontuação mais alta) (Antypa, 2016).

Diferentemente de medidas objetivas, como a polissonografia e a actigrafia, o MCTQ fornece dados a partir de uma avaliação subjetiva dos indivíduos, ou seja, como eles mesmos percebem suas características do sono. Estudos demonstraram que ambas as formas de medidas fornecem resultados importantes para avaliação do sono e que, em muitos casos, as medidas subjetivas se correlacionam com as objetivas, demonstrando que os indivíduos têm uma boa capacidade de julgar com precisão a maioria das suas características do sono (Hori H et al., 2016). Ainda assim, é importante considerar que existem algumas sobreposições nas avaliações objetiva e subjetiva do sono, com pacientes deprimidos não medindo com clareza o número de despertares que sofrem durante a noite e avaliando seu sono mais negativamente do que controles, mesmo que não haja diferenças na avaliação objetiva (Argyropoulos SV et al., 2003; Mayers AG et al, 2003). Entretanto, como o presente estudo não se propõe a avaliar os despertares noturnos nem a qualidade do sono, tais sobreposições de medidas não se tornam condições preocupantes em termos de fidedignidade de dados, pois não irão interferir na análise.

Tal instrumento foi escolhido por coletar as informações do sono tão bem quando outros instrumentos, porém com informações adicionais sobre o comportamento de sono e vigília em condições naturais (Zavada A et al., 2005).

5.6.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Para avaliar os sintomas de depressão, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) (Anexo 2, seção 10.2), um questionário de autorrelato com 10 itens que avaliam os sintomas na última semana, tais como esperança no futuro, sentimento de culpa, de ansiedade, anedonia (falta de prazer), dificuldade para dormir, baixa energia, desempenho, tristeza, choro e ideação suicida. Cada pergunta contém 4 opções pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença e com a intensidade dos sintomas e a avaliação geral é feita pelo escore total, que é determinado pela soma dos escores para cada um dos 10 itens (Cox JL et al., 1987). Estão no grupo de risco para desenvolver depressão aquelas mulheres cuja pontuação se iguale ou seja maior que 10 (Santos I et al., 2007).

A EPDS é uma ferramenta de rastreio que possui elevada sensibilidade (82,6%, IC95% 75,3-89,9%) e especificidade (65,4% (IC95%59,8-71,1%) para a identificação de depressão pós-parto e pode ser aplicada em torno de 5 minutos, o que é uma vantagem para pesquisas epidemiológicas, tal qual a que este estudo está relacionado (Santos I et al., 2007). No entanto, é importante ressaltar que as perguntas dessa escala são retroativas, fornecendo, então, informações do humor da mulher antes do parto. Assim, mesmo para aquelas mulheres que atingirem a pontuação maior que 10, seus sintomas não necessariamente se configuram como uma depressão pós-parto, pois o momento da entrevista pode não ser o mais adequado para rastrear esse transtorno. Para que um quadro de depressão pós-parto seja caracterizado, a avaliação deve ser feita até quatro semanas após o nascimento do bebê, segundo os critérios do DSM-IV ou até 6 semanas após o parto, segundo a CID-10. Contudo, a última versão do DSM (APA, 2014) traz em suas especificações que cerca de 50% dos episódios de depressão no “pós-parto” costumam ocorrer ainda na gravidez, nomeando esses episódios de depressão no “periparto” (Brum, 2017). Sendo assim, por captar informações referentes ao final da gestação, o presente estudo não tem potencial de determinar que, aquelas mães que

pontuarem acima de 10 na EPDS, classificam-se com depressão pós-parto ou com outro episódio depressivo.

Ademais, como a EPDS com o ponto de corte ≥ 10 serve como instrumento de rastreio, não de diagnóstico, vale deixar claro que no presente estudo, o termo “depressão” será utilizado como um termo genérico, referindo-se à presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetem o funcionamento individual (APA, 2014). Essa delimitação se dá porque, para diagnóstico de psicopatologias, é necessário um procedimento de avaliação que envolva entrevista clínica além da utilização de testes psicológicos validados (Barlow DH e Durand VM, 2011). Ainda, é importante considerar que a depressão pós-parto, no sentido fenomenológico, é semelhante à depressão em qualquer outro momento da vida, ou seja, o episódio depressivo maior (EDM) apresenta a mesma sintomatologia diagnóstica. Dessa forma, nessa pesquisa, o termo depressão englobará a ocorrência de sintomas depressivos acima do ponto de corte definido pela EPDS, sendo que tal pontuação representa uma probabilidade de apresentar algum tipo de depressão.

5.6.4 Escala Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7)

Para avaliar sintomas gerais de ansiedade, será utilizada a Escala de Ansiedade Generalizada de 7 itens (GAD-7), um instrumento de autorrelato (que nessa pesquisa é aplicado por entrevistadora) desenvolvido para obter-se uma breve avaliação da ansiedade, considerando as duas semanas anteriores à aplicação (Spitzer RL et al., 2006). O GAD-7 aborda questões condizentes com os sintomas gerais mencionados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais administrados em uma escala de frequência de 4 pontos, sendo 0 = nenhuma vez e 3 = quase todos os dias (Anexo 3, seção 10.3). As pontuações totais variam de 0 a 21 pontos, sendo que as categorias se dividem em nenhuma/normal (0 a 4 pontos), leve (5 a 9 pontos), moderada (10 a 14 pontos) e grave (15 a 21 pontos), ou seja, pontuações mais altas descrevem ansiedade generalizada mais severa.

A escala GAD-7 foi escolhida para o presente estudo por ser uma escala curta e rápida, o que dinamiza a aplicação de longos questionários. Originalmente constituída por 13 itens: 9 itens que refletiam os critérios diagnósticos do DSM-IV e 4 itens com base

na revisão de escalas de ansiedade existentes. Spitzer RL et al. (2006) objetivavam determinar o número de itens necessários para obter boa confiabilidade e validade processual, de construção e de diagnóstico, criando, assim a GAD-7. A validade e confiabilidade da escala para a população em geral foi demonstrada em Löwe et al. (2008). A estrutura fatorial, a confiabilidade e o parâmetro de itens da versão em português do Brasil foram verificados em Moreno et al. (2016).

Ainda que essa escala seja propícia para identificar o risco de apresentar ansiedade generalizada, nenhuma pesquisa que compõe os resultados das buscas bibliográficas do presente estudo utilizou esse instrumento. Portanto, a impossibilidade de comparação nesse caso se mostra como uma limitação.

O termo “ansiedade” também vai ser utilizado nesse estudo como um termo genérico, empregado para se referir a sensação de vigília, tensão muscular e comportamento de cautela ou esquiva que comprometam o funcionamento individual (APA, 2014). Tendo em vista que o GAD-7 é um instrumento de rastreamento, pessoas que pontuarem conforme os pontos de corte serão consideradas com possibilidade de apresentar Transtorno de Ansiedade Generalizada, e não apresentando de fato. Essas serão tratadas como “pessoas ansiosas”, “pessoas com ansiedade” ou “pessoas com sintomas ansiosos”.

5.7 Processamento e análise de dados

Os questionários serão aplicados em versão digital (Smartphone) por meio da plataforma REDCap, que permite a coleta eletrônica das informações e posterior construção do banco de dados. Os dados serão analisados por meio do pacote estatístico Stata 15.1.

Primeiramente, prevalências de depressão e de ansiedade serão calculadas, criando-se quatro grupos de exposição para as parturientes: 1) sem sintomas de depressão e ansiedade, 2) somente com sintomas de depressão, 3) somente com sintomas de ansiedade, 4) com sintomas de ambos os distúrbios.

Também serão calculados médias e desvio padrão para latência do início do sono, duração do sono e inércia do despertar do sono. Será feito o cálculo do ponto médio do sono para descrever o cronotipo individual e a prevalência de cada tipo de cronotipo na amostra. Todas as variáveis serão calculadas para cada grupo de exposição

e para a população total. Assim, será feita uma descrição do sono para cada um dos quatro grupos criados a partir das variáveis de depressão, ansiedade ou ausência delas e, após, análises bivariadas para verificar se há diferença entre a distribuição das variáveis do sono entre cada grupo.

A análise de variância – Anova – será utilizada para avaliar a distribuição das variáveis quantitativas do sono (duração e latências antes do dormir e do despertar do sono) entre as categorias de exposição de saúde mental, enquanto o Teste Exato de Fisher será usado para analisar a distribuição da variável categórica do sono (cronotipo) entre as mesmas categorias de exposição de saúde mental.

Análises multivariáveis serão feitas utilizando-se regressão lineal múltipla, quando as variáveis de desfecho do sono na análise forem numéricas, e regressão ordinal ou multinomial quando a variável de desfecho do sono for categórica. A intenção, a partir dessas análises, é avaliar o efeito da saúde mental sobre cada uma das características do sono, incluindo as características sociodemográficas como variáveis de ajuste. A partir dessas análises, obter-se-á o resultado da associação por meio de duas medidas de efeito: o coeficiente de angulação da reta (β) e a razão de odds (RO).

5.8 Treinamento da equipe e estudo piloto

Quatro entrevistadoras graduadas em ciências humanas foram treinadas no final do ano de 2018, com três delas contratadas para realização das entrevistas e a quarta permanecendo como suplente para eventualidade de alguma substituição. Todas foram treinadas durante oito horas por dia, cinco dias consecutivos. Este treinamento consistiu de leitura do questionário e do manual de instruções e de aplicação do questionário em duplas.

O estudo piloto foi realizado na primeira quinzena de dezembro de 2018 e teve por objetivo testar o questionário a ser utilizado bem como o enunciado de cada questão. Durante o estudo piloto, cada treinanda aplicou, no mínimo, quatro questionários completos. Em seguida, foram sanadas todas as dúvidas decorrentes do estudo piloto e efetuadas as modificações necessárias no questionário na plataforma REDCap (ver seção Logística).

5.9 Logística

A busca pela parturiente nas maternidades participantes é feita por meio de informações constantes no prontuário de internação da gestante, depois da sua identificação na maternidade. A entrevista é realizada com as mães ainda no hospital, em até 48 horas após o parto. Quando a parturiente não estiver em condições de responder o questionário, um novo horário é acordado.

A entrevista é composta por perguntas majoritariamente fechadas que serão coletadas por meio de questionário único pré-codificado, usando tablets e a plataforma REDCap. Todos os instrumentos e questionário utilizados no estudo são acompanhados de um manual com instruções detalhadas de preenchimento. O mesmo foi utilizado durante o treinamento para melhor compreensão das questões e, depois, durante o trabalho de campo.

O questionário foi desenvolvido em editor de texto comum e depois transferido e adaptado para software específico, o REDcap, uma plataforma usada para criar e gerenciar banco de dados e pesquisas que permite a entrada direta das informações já durante a realização da entrevista. A licença para utilização deste software foi obtida junto a Vanderbilt University Medical Center. Com a entrada imediata de dados, o software elimina a contratação de digitadores e, praticamente ao final da coleta, os dados já estarão disponíveis para a análise.

5.10 Controle de qualidade

Em até 15 dias após o parto, 10% das mães que responderam a entrevista no hospital são contatadas novamente para responder a um miniquestionário, realizado por telefone e, quando é o caso, nas residências. Estes miniquestionários contêm 20 perguntas-chave com o mesmo enunciado e opções daquelas utilizadas quando ainda na maternidade. O controle de qualidade é realizado por uma supervisora da coleta de dados. O principal objetivo desta etapa é garantir que as entrevistas tenham sido de fato realizadas e de forma adequada. A concordância entre respostas fornecidas pela mãe nas duas ocasiões é avaliada através de índice Kappa.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Quando a parturiente residente em zona urbana ou rural de Rio Grande concorda em participar, lhe é apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será lido e entregue para assinatura em duas vias antes do início da entrevista. Uma das vias fica em posse da parturiente. É garantida a participação voluntária, confidencialidade das informações e possibilidade de deixar do estudo a qualquer momento.

O projeto do inquérito do qual o presente estudo faz parte foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG e da SCMRG, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012) que aborda os aspectos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos. O protocolo foi aprovado pelo CEPAS com número de parecer 278/2018 pelo HU-FURG e 016/2018 pela SCMRG.

6.1 Análise crítica de riscos e benefícios

A pesquisa oferece riscos mínimos às participantes, uma vez que poderá acarretar desconforto durante a entrevista por essa conter temas de cunho pessoal. As entrevistas são encerradas imediatamente caso as parturientes se sintam desconfortáveis ou constrangidas.

Não são oferecidos benefícios diretos às participantes, mas seus resultados poderão contribuir para melhoria da atenção à saúde materno-infantil no município, tendo em vista que os dados da pesquisa permitem monitorar os indicadores de saúde e acompanhar características de mãe e bebê para o planejamento e execução de políticas públicas envolvendo esse tema.

6.2 Responsabilidades do pesquisador e da instituição

Os envolvidos na pesquisa se responsabilizam a cumprir as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que são obtidas e utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa. Em nenhuma hipótese serão divulgados dados de ordem pessoal, como nome, endereço e telefone das participantes.

6.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa será suspensa ou encerrada se houver perda de dados igual ou superior a 50%.

6.4 Infraestrutura dos locais de pesquisa

A instituição que realizará a pesquisa, FURG, dispõe da infraestrutura necessária para a realização dos procedimentos previstos neste estudo, no que diz respeito à equipe técnica e demais equipamentos.

6.5 Monitoramento da segurança dos dados

Todos os dados deste estudo são enviados e armazenados no servidor da universidade no endereço: www.redcap.furg.br. Neste servidor, os dados serão armazenados pelo período de cinco anos ficando sob responsabilidade de um professor participante do estudo. Os TCLEs serão armazenados em arquivos na sede do estudo, na Divisão de População e Saúde da Faculdade de Medicina, onde permanecerão guardados pelo mesmo período, de cinco anos.

6.6 Divulgação dos Resultados

Os resultados da pesquisa se darão por meio de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FURG e se tornarão públicos por meio de trabalhos em congressos e artigos publicados em periódicos científicos e na web. Os resultados também serão apresentados para a imprensa local na forma de um artigo de jornal e para as coordenadorias afins da Prefeitura Municipal do Rio Grande.

7 ORÇAMENTO

O inquérito do qual o presente estudo faz parte utilizará recursos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Rio Grande durante todo o período de coleta de dados (de 01/01 a 31/12 de 2019) para fazer o pagamento das três entrevistadoras necessárias para a aplicação dos questionários. Esta é a maior soma de recursos necessários, totalizando R\$ 50,400,00 (cinquenta mil e quatrocentos reais). Os demais recursos para aquisição de material de consumo e de equipamentos foram recursos

próprios, de professores e alunos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da FURG.

Ainda que seja preciso tal recurso para o inquérito perinatal, o presente estudo não exigirá demais gastos para ser realizado, tendo em vista o caráter secundário da pesquisa que utilizará informações do banco de dados do perinatal.

8 CRONOGRAMA

Período	2019												2020							
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A
Reuniões de orientação		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Escolha do tema			x	x																
Revisão bibliográfica					x	x	x	x	x	x	x	x								
Elaboração do projeto						x	x	x	x	x	x	x								
Qualificação do projeto												x								
Verificação e limpeza do banco de dados													x	x						
Análise e interpretação dos dados														x	x	x				
Elaboração da dissertação														x	x	x	x	x	x	
Finalização do artigo																		x	x	
Defesa da dissertação																				x

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves RCDM. O Sistema Circadiano, 2017.

American Psychological Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: 5ª Edição - DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Antypa N, Vogelzangs N, Meesters Y, Schoevers R, Penninx BW. Chronotype associations with depression and anxiety disorders in a large cohort study. *Depression and anxiety* 2006; 33: 75-83.

Almoosawi S, Vingeliene S, Gachon F, Voortman T, Palla L, Johnston JD, Karagounis, LG. Chronotype: Implications for epidemiologic studies on chrono-nutrition and cardiometabolic health. *Advances in Nutrition*, 2018; 10: 30-42.

Alvaro PK, Roberts RM, Harris JK. The independent relationships between insomnia, depression, subtypes of anxiety, and chronotype during adolescence. *Sleep medicine* 2014; 15: 934-941.

Barlow DH e Durand VM. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. Cengage Learningn 2011

Boccabella A e Malouf J. How do sleep-related health problems affect functional status according to sex? *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2017; 13: 685-692.

Borisenkov MF, Petrova NB, Timonin VD, Fradkova LI, Kolomeichuk SN, Kosova AL, Kasyanova ON. Sleep characteristics, chronotype and winter depression in 10–20-year-olds in northern European Russia. *Journal of sleep research*, 2015; 24: 288-95.

Brum EHM. *Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico*. *Depressão Pós-Parto*, 2017. 17: 92-100.

Cameron OG, Lee MA, Kotun J, McPhee KM. Circadian symptom fluctuations in people with anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 1986; 11: 213-18.

Campos TF, Pinheiro CDG, Diógenes FP, Barroso MTM, Dantas AATSG. Chronotype and implications for its use in physical therapy in patients with stroke. *Fisioterapia e Pesquisa*, 2011; 18: 258-63.

Carissimi A. Avaliação da influência do turno escolar e dos componentes circadianos do sono no comportamento de crianças e adolescentes, 2016.

Carneiro BTS, Leocadio-Miguel MA, Fontenele-Araujo J. Relógio Alimentar: Mecanismos da Sincronização Circadiana por Alimento. *Revista da Biologia*, 2019; 19: 07-18.

Castro E. Padrão de sono e tomada de decisão em médicos de unidades móveis de atenção às urgências submetidos a esquemas de turnos. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Dissertação (Mestrado em Psicologia). 2016.

Chelminski I, Ferraro FR, Petros TV, Plaud JJ. An analysis of the “eveningness–morningness” dimension in “depressive” college students. *Journal of Affective Disorders*, 1999; 52: 19-29.

Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 1987; 150: 782-786.

Cox RC e Olatunji BO. A systematic review of sleep disturbance in anxiety and related disorders. *Journal of anxiety disorders*, 2016; 37: 104-129.

de Souza CM, Hidalgo MPL. Midpoint of sleep on school days is associated with depression among adolescents. *Chronobiology international* 2014; 31: 199-205.

Díaz-Morales JF, Sánchez-Lopez MP. Morningness-eveningness and anxiety among adults: A matter of sex/gender?. *Personality and Individual Differences* 2008; 44: 1391-1401.

Díaz-Morales JF. Anxiety during adolescence: considering morningness–eveningness as a risk factor. *Sleep and Biological Rhythms* 2016; 14: 141-47.

Dorheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, 2009; 32: 847-855.

Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *Obster Gynecol.* 2010; 115:77-83.

Gau SSF, Shang CY, Merikangas KR, Chiu YN, Soong WT, Cheng ATA. Association between morningness-eveningness and behavioral/emotional problems among adolescents. *Journal of biological rhythms*, 2007; 22: 268-74.

Gelbmann G, Kuhn-Natriashvili S, Pazhedath TJ, Ardeljan M, Wöber C, Wöber-Bingöl Ç. Morningness: protective factor for sleep-related and emotional problems in childhood and adolescence? *Chronobiology international*, 2012; 29: 898-910.

Germain A e Kupfer DJ. Circadian rhythm disturbances in depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 2008; 23: 571-85.

Goel N, Basner M, Rao H, Dinges DF. Circadian rhythms, sleep deprivation, and human performance. In *Progress in molecular biology and translational science* 2013; 119: 155-90

Haraden DA, Mullin BC, Hankin BL. Internalizing symptoms and chronotype in youth: A longitudinal assessment of anxiety, depression and tripartite model. *Psychiatry research* 2019; 272: 797-805.

Hidalgo MP, Caumo W, Posser M, Coccaro SB, Camozzato AL, Chaves MLF. Relationship between depressive mood and chronotype in healthy subjects. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2009; 63: 283-90.

Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 2015; 1:40-43

Hori H, Koga N, Hidese S, Nagashima A, Kim Y, Higuchi T, Kunugi H. 24-h activity rhythm and sleep in depressed outpatients. *Journal of psychiatric research* 2016; 77: 27-34.

Horne JA, Brass CG, Petitt AN. Circadian performance differences between morning and evening 'types'. *Ergonomics*, 1980; 23: 29-36.

Horne JA, Ostberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *Int J Chronobiol* 1976; 4:97–110.

Hsu CY, Gau SSF, Shang CY, Chiu YN, Lee MB. Associations between chronotypes, psychopathology, and personality among incoming college students. *Chronobiology International* 2012; 29: 491-501.

Jausset I, Dauvilliers Y, Ancelin ML. Sintomas de insônia em idosos: fatores associados e diferenças de gênero. *Sou J Psiquiatria Geriatria*. 2011; 19: 88-97

Kalmbach DA, Arnedt JT, Swanson LM, Rapier JL, Ciesla JA. Reciprocal dynamics between self-rated sleep and symptoms of depression and anxiety in young adult women: a 14-day diary study. *Sleep medicine* 2016; 33: 6-12.

Kang MJ, Matsumoto K, Shinkoda H, Mishima M, Seo, YJ. Longitudinal study for sleep–wake behaviours of mothers from pre-partum to post-partum using actigraph and sleep logs. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2002; 56: 251-252.

Knapen SE, Riemersma-Van der Lek RF, Antypa N, Meesters Y, Penninx BW, Schoevers RA. Social jetlag and depression status: results obtained from the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Chronobiology international*, 2018; 35: 1-7.

Kitamura S, Hida A, Watanabe M, Enomoto M, Aritake-Okada S, Moriguchi Y, Mishima K. Evening preference is related to the incidence of depressive states independent of sleep-wake conditions. *Chronobiology international*, 2010; 27: 1797-1812.

Lee KA, Gay CL. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004; 191:2041-2046.

Lee MS, Shin JS, Lee J, Lee YJ, Kim MR, Park KB, Schin D, Cho JH, Ha IH. The association between mental health, chronic disease and sleep duration in Koreans: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2015; 15: 1200.

Lemoine P, Zawieja P, Ohayon MM. Associations between morningness/eveningness and psychopathology: an epidemiological survey in three in-patient psychiatric clinics. *Journal of psychiatric research* 2013; 47: 1095-98.

Levandovski R, Dantas G, Fernandes LC, Caumo W, Torres I, Roenneberg T, Allebrandt KV. Depression scores associate with chronotype and social jetlag in a rural population. *Chronobiology international*, 2011; 28: 771-78.

Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg PY. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*, 2008, 46,3: 266-274.

Lucassen EA, Zhao X, Rother KI, Mattingly MS, Courville AB, de Jonge L, Sleep Extension Study Group. Evening chronotype is associated with changes in eating behavior, more sleep apnea, and increased stress hormones in short sleeping obese individuals. *PloS one*, 2013; 8.

Lyall LM, Wyse CA, Graham N, Ferguson A, Lyall DM, Cullen B, Strawbridge RJ. Association of disrupted circadian rhythmicity with mood disorders, subjective wellbeing, and cognitive function: a cross-sectional study of 91 105 participants from the UK Biobank. *The Lancet Psychiatry*, 2018; 5: 507-14.

Marques N, Marques MD, Benedito-Silva, AA, Menna-Barreto L. Os ritmos biológicos e a cronobiologia. *Biotemas*, 1991; 4: 1-20.

Mayers AG, Grabau EA, Campbell C, Baldwin DS. Subjective sleep, depression and anxiety: inter-relationships in a non-clinical sample. *Hum Psychopharmacol*. 2009; 24:495-501.

Meira Jr, CDM, Benedito-Silva AA, Falconi MMV. Variação diurna entre matutinos e vespertinos nos tempos de reação simples e de movimento. *Journal of Physical Education*, 2016.

Merikanto I, Lahti T, Puolijoki H, Vanhala M, Peltonen M, Laatikainen T, Partonen T. Associations of chronotype and sleep with cardiovascular diseases and type 2 diabetes. *Chronobiology international*, 2013; 30: 470-77.

Micheli K, Komninos I, Bagkeris E, Roumeliotaki T, Koutis A, Kogevinas M, Chatzi L. Sleep patterns in late pregnancy and risk of preterm birth and fetal growth restriction. *Epidemiology*. 2011; 22:738-744.

Miró E, Martínez P, Arriaza R. Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Salud mental* 2006; 29: 30-37.

Mokros Ł, Witusik A, Michalska J, Łęzak W, Panek M, Nowakowska-Domagala K, Pietras, T. Sleep quality, chronotype, temperament and bipolar features as predictors of depressive symptoms among medical students. *Chronobiology international*, 2017; 34: 708-20.

Moore M, Kirchner HL, Drotar D, Johnson N, Rosen C, Ancoli-Israel S, Redline S. Relationships among sleepiness, sleep time, and psychological functioning in adolescents. *Journal of Pediatric Psychology* 2009; 34: 1175-83.

Mondin TC, de Azevedo Cardoso, de Mattos Souza LD, Jansen K, da Silva Magalhães, PV, Kapczinski F, da Silva RA. Mood disorders and biological rhythms in young adults: A large population-based study. *Journal of psychiatric research*, 2017; 84: 98-104.

Moreno AL, DeSousa Da, Souza AMFLP, Manfro GG, Salum GA, Koller SH, Osório FL, Crippa JAS. Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicologia* 2016; 24:367-376.

Morita Y, Sasai-Sakuma T, Asaoka S, Inoue Y. The impact of a delayed sleep-wake schedule on depression is greater in women—A web-based cross-sectional study in Japanese young adults. *Chronobiology international*, 2015; 32: 952-958.

Müller MR e Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de psicologia*, 2007; 24: 519-528.

Naghi I, Keypour F, Ahari SB, Tavalai SA, Khak M. Sleep disturbance in late pregnancy and type and duration of labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2011; 31: 489-491.

Natale V e Cicogna P. Circadian regulation of subjective alertness in morning and evening 'types'. *Personality and Individual Differences*, 1996; 20: 491-497.

Neau JP, Texier B, Ingrand P. Sleep and vigilance disorders in pregnancy. *European Neurology*, 2009; 62:23-9.

Nishihara K, Horiuchi S, Eto H, Uchida S. Comparisons of sleep patterns between mothers in post-partum from 9 to 12 weeks and non-pregnant women. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2001; 55: 227-28.

O'Brien TE, Ray JG, Chan WS. Maternal body mass index and the risk of preeclampsia: a systematic overview. *Epidemiology*. 2003;14:368-74

Ojio Y, Nishida A, Shimodera S, Togo F, e Sasaki T. Sleep duration associated with the lowest risk of depression/anxiety in adolescents. *Sleep* 2016; 39: 1555-62.

Okun ML, Buysse DJ, Hall MH. Identifying insomnia in early pregnancy: validation of the Insomnia Symptoms Questionnaire (ISQ) in pregnant women. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2015; 11: 645-54.

Pabst SR, Negriff S, Dorn LD, Susman EJ, Huang B. Depression and anxiety in adolescent females: the impact of sleep preference and body mass index. *Journal of Adolescent health* 2009; 44: 554-60.

Patel SR, Malhotra A, Gottlieb DJ, White, DP, Hu FB. Correlates of long sleep duration. *Sleep*, 2006; 29: 881–889.

Park CI, An SK, Kim HW, Koh MJ, Namkoong K, Kang JI, Kim SJ. Relationships between chronotypes and affective temperaments in healthy young adults. *Journal of affective disorders*, 2015; 175: 256-259.

Pasch KE, Laska MN, Lytle LA, Moe SG. Adolescent sleep, risk behaviors, and depressive symptoms: are they linked?. *American journal of health behavior* 2010; 34: 237-48.

Plank PY, Braido AM, Reffatti C, Schneider DSLG, Silva HVM. Identificação do cronotipo e nível de atenção de estudantes do ensino médio. *Revista brasileira de Biociências*, 2008;6

Plante DT, Cook JD, Goldstein MR. Objective measures of sleep duration and continuity in major depressive disorder with comorbid hypersomnolence: a primary investigation with contiguous systematic review and meta-analysis. *Journal of sleep research* 2017; 26: 255-65.

Prat G, Adan A. Relationships among circadian typology, psychological symptoms, and sensation seeking. *Chronobiology International* 2013; 30: 942-949.

Raniti MB, Allen NB, Schwartz O, Waloszek JM, Byrne ML, Woods MJ, Trinder J. Sleep duration and sleep quality: associations with depressive symptoms across adolescence. *Behavioral sleep medicine* 2017; 15: 198-215.

Roberts RE e Duong HT. Is there an association between short sleep duration and adolescent anxiety disorders?. *Sleep medicine* 2017; 30: 82-87.

Robillard R, Hermens DF, Naismith SL, White D, Rogers NL, Ip TK, Rong Y. Ambulatory sleep-wake patterns and variability in young people with emerging mental disorders. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN* 2015; 40: 28-38

Roenneberg T. What is chronotype? *Sleep and Biological Rhythms*, 2012; 10:75-76.

Roenneberg T, Kantermann T, Juda M, Vetter C, Allebrandt KV. Light and the human circadian clock. *Handbook of experimental pharmacology*, 2013; 217:311-331.

Roenneberg T, Merrow M. The circadian clock and human health. *Current Biology*, 2016; 26:432-443.

Roenneberg T, Wirz-Justice A, Merrow M. Life between clocks: daily temporal patterns of human chronotypes. *J. Biol. Rhythms* 2003; 18:80–90.

Ruiz MAV, Terreros ACT, Castillo JS, Valenzuela LV. Características del sueño en personas con trastorno de ansiedad generalizada en 5 ciudades de la costa del Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 2013; 76: 32-41.

Ryu SY, Kim KS, Han MA. Factors associated with sleep duration in Korean adults: results of a 2008 community health survey in Gwangju metropolitan city, Korea. *Journal of Korean medical science* 2011; 26: 1124-31.

Sakamoto M, Nanri A., Kochi T, Tsuruoka H, Pham NM, Kabe I, Mizoue T. Bedtime and sleep duration in relation to depressive symptoms among Japanese workers. *Journal of occupational health* 2013; 13: 479-86.

Santos AA e de Moura MDG. Relógio biológico: revisão de literatura. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 2019; 17

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, Barros FC. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007; 23: 2577-2588.

Schaedler T, Louzada FM. Efeito da privação do sono sobre o comportamento compulsivo. *Licenciaturas*, 2015; 3:62-69.

Selvi Y, Aydin A, Boysan M, Atli A, Agargun MY, Besiroglu L. Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with

major depression and healthy controls. *Chronobiology international*, 2010; 27: 1813-28.

Short MA, Gradisar M, Lack LC, Wright HR. The impact of sleep on adolescent depressed mood, alertness and academic performance. *Journal of Adolescence*, 2013; 36: 1025-33.

Singareddy R, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J. Fatores de risco para insônia crônica incidente: um estudo prospectivo em população geral. *Sleep Med.* Abril de 2012; 13: 346–353.

Soares CS, Almondes KM. Sono e Cognição: Implicações da Privação do Sono para a Percepção Visual e Visuoespacial. *PSICO*, 2012; 43:85-92.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 2006; 166: 1092-97.

Sun X, Zheng B, Lv J, Guo Y, Bian Z, Yang L, Chen Z. Sleep behavior and depression: Findings from the China Kadoorie Biobank of 0.5 million Chinese adults. *Journal of affective disorders*, 2018; 229: 120-24.

Tachinardi P. Efeitos das variações de temperatura ambiental em ritmos circadianos. *Revista da Biologia*, 2018; 9: 13-18.

Urbán R, Magyaródi T, Rigó A. Morningness-eveningness, chronotypes and health-impairing behaviors in adolescents. *Chronobiology international*, 2011; 28: 238-247.

van Mill JG, Vogelzangs N, van Someren EJ, Hoogendijk WJ, Penninx BW. Sleep duration, but not insomnia, predicts the 2-year course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2014; 75: 119–126.

Wang Y, Chen Z, Guo, F, Huang, Z, Jiang L, Duan Q, Zhang J. Sleep patterns and their association with depression and behavior problems among Chinese adolescents in different grades. *PsyCh journal*, 2017; 6: 253-62.

Wolfson AR, Crowley SJ, Anwer U, Bassett JL. Changes in sleep patterns and depressive symptoms in first-time mothers: last trimester to 1-year postpartum. *Behavioral sleep medicine* 2003;1: 54-67.

Williams MA, Miller RS, Qiu C, Cripe SM, Galaye B, Enquobahrie D. Associations of early pregnancy sleep duration with trimester-specific blood pressures and hypertensive disorders in pregnancy. *Sleep* 2010; 33: 1363-1371.

Yang SJ e Cha HS. Retrospective cohort study on Korean adolescents' sleep, depression, school adjustment, and life satisfaction. *Nursing & health sciences*, 2018; 20: 422-430.

Yu Y, Li M, Pu L, Wang S, Wu J, Ruan L, Jiang W. Sleep was associated with depression and anxiety status during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Archives of women's mental health* 2017; 20: 695-701.

Zavada A, Gordijn MC, Beersma DG, Daan S, Roenneberg T. Comparison of the Munich Chronotype Questionnaire with the Horne-Östberg's morningness-eveningness score. *Chronobiology international*, 2005; 22: 267-78.

Zhai L, Zhan H, Zhang D. Sleep duration and depression among adults: A meta-analysis of prospective studies. *Depression and anxiety*, 2015; 32: 664-70.

2. RELATÓRIO DE CAMPO

2.1. Relatório de Trabalho de Campo

Ingressei no Mestrado de Saúde Pública da FURG em março de 2019. A pesquisa Perinatal de Rio Grande na qual esse trabalho foi embasado já havia sido organizada no ano anterior e estava sendo aplicada desde janeiro de 2019, sendo assim, não pude participar das organizações, decisões, treinamentos e outras tarefas referentes à essa pesquisa, apenas da limpeza, codificação e análise dos dados que utilizei. Para realizar meu trabalho em campo durante o programa, passei a acompanhar as reuniões periódicas e participar de tarefas no Projeto da Coorte de Nascimentos de Rio Grande: um estudo sobre desenvolvimento infantil e qualidade de vida das famílias. Esse projeto visava acompanhar uma porcentagem dos bebês cujas mães foram entrevistadas no perinatal, com o intuito de verificar o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, bem como medir a ocorrência de doenças e a qualidade de vida de suas famílias.

Tive a chance de participar de várias tarefas no projeto. Inicialmente, fazíamos reuniões semanais para organizar o questionário, escolher os instrumentos e ajustar a apresentação mais adequada desses para as mães. Aspectos logísticos, burocráticos e técnicos eram discutidos nessas reuniões, que ocorriam por vezes na FAMED/FURG, por vezes no Centro de Epidemiologia da UFPel e, outrora, online. Após alguns meses da minha entrada no projeto, fiquei responsável pela ata desses encontros de equipe, registrando todos os temas abordados e as tarefas acordadas. Meu papel era voltado para a logística e para o trabalho de campo. Envolvi-me na aplicação do pré-piloto e na organização do piloto do estudo. Participei da busca por entrevistadores e da capacitação constante daqueles que adentravam no projeto para fazer a coleta de dados direto na casa das mães. Colaborei com a limpeza dos dados do perinatal para criar a tabela de partida para a pesquisa da coorte, excluindo mães que tiveram gêmeos e natimortos, por exemplo. Cooperei com o planejamento e a distribuição dos endereços das mães para as entrevistadoras. Fiquei responsável por três entrevistadoras ao longo do processo, monitorando seu desempenho e auxiliando em suas dúvidas, além de manter contato semanal pessoalmente e sempre que elas necessitavam via telefone. As entrevistadoras precisavam entregar os questionários preenchidos na FAMED/FURG e reabastecer-se de materiais toda semana, e nós, supervisoras, tínhamos de estar lá para receber, conferir e acrescentar a informação de recebimento em uma planilha. Também

fazíamos reuniões de agendamento, utilizando o tempo de encontro para entrar em contato com as mães e marcar dia e horário para a entrevista. Aproveitávamos esse momento também para estudar a logística do campo, pensando na melhor forma de captar as mães para a pesquisa. Caso não encontrássemos essas mães por telefone fornecido no perinatal, tínhamos a função de ir até o centro de obstetrícia do hospital onde ocorreu o nascimento para tentar achar um número de telefone mais atualizado. Auxiliei na organização do controle de qualidade da pesquisa por um período breve de tempo e contribuí com o início de um artigo metodológico sobre a pesquisa.

Um subprojeto estava acontecendo em acompanhamento à coorte, com um percentual ainda menor dessas mães. O objetivo do subprojeto era captar a interação familiar por imagens utilizando câmeras no bebê, na mãe e no ambiente por um período de tempo. O tema desse subprojeto era discutido juntamente com as reuniões da coorte e participei de reuniões sobre o assunto ocorridas com membros de outros países que também estavam aplicando a pesquisa. Após um período de tempo, as reuniões sobre o subprojeto das câmeras passaram a ocorrer em horário a parte as reuniões da coorte, por mais que ajustes em relação ao assunto ainda fossem discutidos na reunião geral. Optei por não fazer parte desse segmento, tendo em vista as outras tarefas que já estava envolvida.

Uma pesquisa de intervenção vinha sendo formulada para ocorrer com outra porcentagem dessas mães, com o objetivo de comparar índices de saúde da mãe e do bebê após exposição a textos informativos sobre saúde mental e nutricional, dentre outras temáticas. A intervenção estava sendo organizada para ocorrer por grupos de WhatsApp. Junto com outra colega, participei como monitora do estudo piloto, enviando mensagens para as mães e monitorando os grupos.

Após o início da pandemia, as entrevistas na casa das mães tiveram de ser suspensas. Nossas reuniões de equipe continuaram periodicamente, na tentativa de reorganizar o trabalho de campo e pensar em outras estratégias para manter o acompanhamento com essas famílias do perinatal. Iniciou-se, assim, a pesquisa WebCOVID-19, realizada de forma online por meio de questionário no REDCap. Essa pesquisa visava explorar a mudança de perspectiva das mães diante da pandemia, compreendendo a mudança de hábitos, seus comportamentos de segurança com o bebê

e consigo, e a influência da situação na saúde mental. Um novo trabalho de busca passou a ocorrer de forma online, onde deveríamos buscar essas mães não só pelos telefones de contato que tínhamos, mas também por redes sociais. Atuei tanto na logística quanto no trabalho de campo, bem como na posterior escrita do artigo referente a essa pesquisa, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria sob o título “Maternal mental health before and during the COVID-19 pandemic in the 2019 Rio Grande birth cohort”.

2.2 Relatório de Limpeza de Dados do Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ)

Esta seção trata da organização, criação e limpeza das variáveis oriundas do *Munich Chronotype Questionnaire* (MCTQ), o qual faz parte do banco de dados do Inquérito Perinatal de Rio Grande de 2019, RS. As variáveis que foram limpas por meio de controle de qualidade são as provindas das seguintes questões, para dias de trabalho e dias livres:

- 1) *Vou para a cama às ____ horas (codificada como hrcamaw, hrcamaf e variações).*
- 2) *Às ____ horas estou pronta para ir dormir (codificada como prepdw, prepdf e variações).*
- 3) *Necessito de ____ minutos para adormecer (codificada como latsw, latsf e variações).*
- 4) *Acordo às ____ horas (codificada como fimsw, fimsf e variações).*
- 5) *Passados ____ minutos, levanto-me (codificada como insw, insf e variações).*

As variações dizem respeito às variáveis criadas a partir das obtidas por essas perguntas do questionário, que são aquelas em data-hora e em hora. O controle de qualidade diz respeito à limpeza das variáveis, resultando em *missing* quando os valores eram implausíveis ou oriundos de incompreensão do questionário, e em correção de escala quando erros de escala de horário eram detectados. O controle de qualidade foi realizado por três pós-graduandos da área da saúde, sendo uma delas especialista na área do sono.

O primeiro passo a ser realizado foi a criação das variáveis segundo o documento oficial do MCTQ (Anexo 2.1), o qual teve suas abreviações adaptadas para o português conforme o Apêndice 2.1. Utilizou-se, em um primeiro momento, as variáveis já existentes no banco referentes às perguntas do instrumento, para poder renomeá-las.

```
rename muni1 hrtrab  
rename muni1q diastrab  
rename muni2 hrcamaw
```

```

rename muni3 prepdw
rename muni4 latsw
rename muni5 fimsw
rename muni6 inersw
rename muni7 despw
rename muni7s antdespw
rename muni8 hrcamaf
rename muni9 prepdf
rename muni10 latsf
rename muni11 fimsf
rename muni12 inersf
rename muni13 despf
rename muni14 eschrsf
rename muni15 eschroutro
rename muni16 exluzw
rename muni17 exluzf

```

Após, o comando “codebook” foi utilizado para avaliar cada variável e limpar em relação a valores *missing* e questões não aplicáveis.

```

replace hrtrab=. if hrtrab==9
replace despw=. if despw==88
replace despf=. if despf==88
replace latsw=. if latsw==999
replace latsf=. if latsf==999

```

Depois, as variáveis foram criadas em formato data-hora para que o programa pudesse calcular as durações de sono posteriormente.

```

**Adicionando uma data a variável string HH:MM
**dias de trabalho
replace hrcamaw = "01/01/2020 " + hrcamaw if hrcamaw != ""
replace prepdw = "01/01/2020 " + prepdw if prepdw != ""
replace fimsw = "01/01/2020 " + fimsw if fimsw != ""

**dias livres
replace hrcamaf = "01/01/2020 " + hrcamaf if hrcamaf != ""
replace prepdf = "01/01/2020 " + prepdf if prepdf != ""
replace fimsf = "01/01/2020 " + fimsf if fimsf != ""

**Gerando variáveis no formato data-hora do Stata a partir das variáveis string
g double hrcamawdh = clock(hrcamaw, "DMYhm")
g double prepdwdh = clock(prepdw, "DMYhm")
g double fimswdh = clock(fimsw, "DMYhm")

g double hrcamafdh = clock(hrcamaf, "DMYhm")
g double prepdfdh = clock(prepdf, "DMYhm")
g double fimsfdh = clock(fimsf, "DMYhm")

**Altero o formato para data-hora
format %tc hrcamawdh prepdwdh fimswdh
format %tc hrcamafdh prepdfdh fimsfdh

```

Variáveis de diferença de sono (diferença de horários entre fim do sono e horário que está preparado para dormir), transformo variável data-hora para minutos e depois passa para hora de novo, para que 30 minutos passem a ser 0,5 hora.

```

g diffhrw = fimswdh - prepdwdh
format %tc diffhrw

```

```

g diffhrf = fimsfdh - prepfdh
format %tc diffhrf

**Transformo variável data-hora para minutos
g diffhrw_min = hh(diffhrw)*60 + mm(diffhrw)
g diffhrf_min = hh(diffhrf)*60 + mm(diffhrf)

g prepdwmin = hh(prepdwdh)*60 + mm(prepdwdh)
g fimswwmin = hh(fimswdh)*60 + mm(fimswdh)

g prepdfmin = hh(prepdfdh)*60 + mm(prepdfdh)
g fimsfmin = hh(fimsfdh)*60 + mm(fimsfdh)

g hrcamawmin = hh(hrcamawdh)*60 + mm(hrcamawdh)
g hrcamafmin = hh(hrcamafdh)*60 + mm(hrcamafdh)

g diffhrw_hora = diffhrw_min/60
g diffhrf_hora = diffhrf_min/60

g prepdw_hora = prepdwmin/60
g prepdf_hora = prepdfmin/60

g fimsww_hora = fimswwmin/60
g fimsf_hora = fimsfmin/60

g hrcamaw_hora = hrcamawmin/60
g hrcamaf_hora = hrcamafmin/60

```

Essa diferença entre horários de dormir e acordar foi criada apenas para realização do controle de qualidade. Assim, as variáveis implausíveis foram limpas antes de criar a duração do sono. No controle de qualidade, foram consideradas para limpeza aquelas observações cuja variável de diferença no horário de dormir e acordar era menor que 3 ou maior que 15 horas. Nesse primeiro momento de limpeza, também foi possível corrigir erros de compreensão do questionário: sabe-se que houve um erro de compreensão quando a parturiente responde que está preparada para dormir em horário anterior àquele que relata ir para cama. Observações cuja informação estivesse perdida (*missing*) também foram limpas aqui. Além disso, como mencionado anteriormente, para reduzir o número de *missings*, correções de escala foram feitas (exemplo, quando a parturiente respondeu 11:00 em vez de 23:00).

Limpeza conforme diferença de horários entre dormir e acordar

Para listar as observações nessas condições, foi usado o comando “*list*”, listado conforme o número do questionário, para que as informações de cada gestante fossem apresentadas juntas. Para melhor compreensão, a limpeza foi feita separadamente para dias livres e dias de trabalho, sempre conforme o “*nqst*”.

```

list nqst diffhrw_hora hrcamaw prepdw latsw fimsww inersw if
diffhrw_hora<3|diffhrw_hora>15 & diffhrw_hora!=.

```

	ngst	d~w_hora	hrcamaw	prepdw	latsw	fimsw	inersw
7.	7	21	01/01/2020 11:00	01/01/2020 11:00	10	01/01/2020 08:00	10
23.	23	21	01/01/2020 11:00	01/01/2020 11:00	30	01/01/2020 08:00	15
39.	40	21.5	01/01/2020 09:30	01/01/2020 09:30	30	01/01/2020 07:00	.
55.	57	16	01/01/2020 19:00	01/01/2020 20:00	60	01/01/2020 12:00	.
251.	254	1	01/01/2020 02:00	01/01/2020 10:00	30	01/01/2020 11:00	.
279.	282	2.5	01/01/2020 00:00	01/01/2020 23:00	10	01/01/2020 01:30	10
289.	292	20.41667	01/01/2020 00:00	01/01/2020 11:35	60	01/01/2020 08:00	10
349.	352	23	01/01/2020 23:00	01/01/2020 09:00	5	01/01/2020 08:00	.
371.	374	20.75	01/01/2020 10:00	01/01/2020 10:15	15	01/01/2020 07:00	10
419.	422	0	01/01/2020 00:00	01/01/2020 00:00	0	01/01/2020 00:00	0
476.	479	22	01/01/2020 10:00	01/01/2020 10:00	10	01/01/2020 08:00	30
1127.	1132	20.5	01/01/2020 10:00	01/01/2020 10:00	10	01/01/2020 06:30	5
1129.	1134	19	01/01/2020 11:30	01/01/2020 11:00	10	01/01/2020 06:00	5
1179.	1184	19.333333	01/01/2020 11:30	01/01/2020 11:30	10	01/01/2020 06:50	5
1187.	1192	16	01/01/2020 20:00	01/01/2020 20:00	15	01/01/2020 12:00	10
1330.	1335	16	01/01/2020 20:00	01/01/2020 20:00	0	01/01/2020 12:00	.
1544.	1551	21.5	01/01/2020 22:30	01/01/2020 12:30	30	01/01/2020 10:00	5
2089.	2098	2.8333333	01/01/2020 23:00	01/01/2020 04:00	0	01/01/2020 06:50	0
2099.	2108	2	01/01/2020 01:30	01/01/2020 02:00	60	01/01/2020 04:00	.

```
list ngst diffhrf_hora hrcamaf prepdf latsf fimsf inersf if
diffhrf_hora<3|diffhrf_hora>15 & diffhrf_hora!=.
```

	ngst	d~f_hora	hrcamaf	prepdf	latsf	fimsf	inersf
7.	7	21	01/01/2020 11:00	01/01/2020 11:00	10	01/01/2020 08:00	10
16.	16	23.5	01/01/2020 23:30	01/01/2020 23:00	15	01/01/2020 22:30	20
23.	23	21	01/01/2020 11:30	01/01/2020 11:00	30	01/01/2020 08:00	15
30.	30	16	01/01/2020 21:00	01/01/2020 20:00	10	01/01/2020 12:00	5
39.	40	21.5	01/01/2020 09:30	01/01/2020 09:30	30	01/01/2020 07:00	10
55.	57	16	01/01/2020 19:00	01/01/2020 20:00	60	01/01/2020 12:00	30
251.	254	1	01/01/2020 02:00	01/01/2020 10:00	30	01/01/2020 11:00	0
279.	282	2.5	01/01/2020 00:00	01/01/2020 23:00	10	01/01/2020 01:30	10
349.	352	23	01/01/2020 23:00	01/01/2020 09:00	5	01/01/2020 08:00	10
476.	479	22	01/01/2020 10:00	01/01/2020 10:00	2	01/01/2020 08:00	30
573.	576	16	01/01/2020 21:00	01/01/2020 21:00	12	01/01/2020 13:00	0
761.	764	1	01/01/2020 00:00	01/01/2020 00:00	10	01/01/2020 01:00	7
784.	787	0	01/01/2020 20:00	01/01/2020 07:00	20	01/01/2020 07:00	10
853.	856	21.5	01/01/2020 11:00	01/01/2020 11:30	30	01/01/2020 09:00	20
1127.	1132	21	01/01/2020 12:00	01/01/2020 12:00	10	01/01/2020 09:00	5
1129.	1134	22	01/01/2020 11:00	01/01/2020 12:00	10	01/01/2020 10:00	5
1144.	1149	16.5	01/01/2020 21:00	01/01/2020 21:30	10	01/01/2020 14:00	30
1179.	1184	22	01/01/2020 11:30	01/01/2020 11:30	10	01/01/2020 09:30	5
1330.	1335	16	01/01/2020 20:00	01/01/2020 20:00	0	01/01/2020 12:00	0
1788.	1795	16	01/01/2020 21:00	01/01/2020 21:00	0	01/01/2020 13:00	0
2099.	2108	2	01/01/2020 01:30	01/01/2020 02:00	60	01/01/2020 04:00	120

Os passos para realização da limpeza após a listagem consistiram em analisar cada variável verificando qual o erro (implausível, incompreensão, escala) e limpando manualmente com o comando “*replace*” cada uma das variáveis listadas. A limpeza pôde resultar em mudança na escala de horários ou em transformação da variável em *missing* se essa fosse oriunda de incompreensão ou de implausibilidade.

Exemplo de comando para limpeza de correção de escala:

```
replace hrcamaw = "01/01/2020 23:00" if nqst==7
replace hrcamawdh= clock("01jan2020 23:00:00","DMYhms") if nqst==7
replace hrcamaw_hora = 23 if nqst==7
replace prepdw = "01/01/2020 23:00" if nqst==7
replace prepdwdh= clock("01jan2020 23:00:00","DMYhms") if nqst==7
replace prepdw_hora = 23 if nqst==7
```

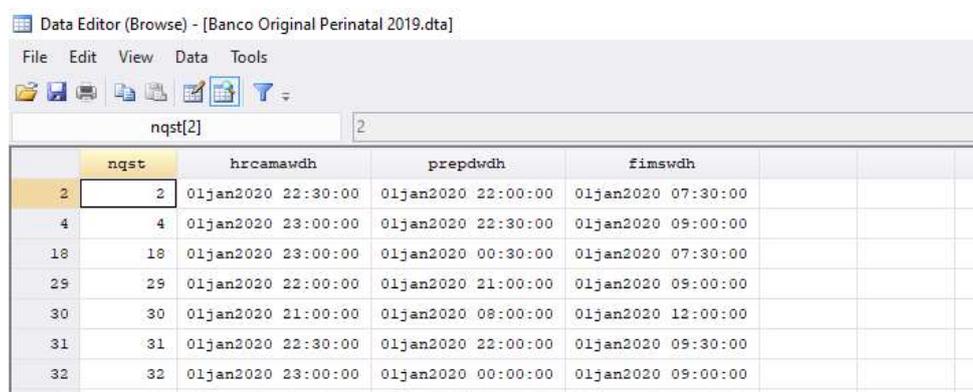
Exemplo de comando para transformar variável em *missing*:

```
replace hrcamaw = "." if nqst==57
replace hrcamawdh = . if nqst==57
replace hrcamaw_hora= . if nqst==57
replace prepdw = "." if nqst==57
replace prepdwdh = . if nqst==57
replace prepdw_hora= . if nqst==57
replace fimsw = "." if nqst==57
replace fimswdh = . if nqst==57
replace fimsw_hora= . if nqst==57
```

Limpeza conforme compreensão do questionário

Considerando que a limpeza sobre compreensão, mencionada acima, foi realizada a partir da diferença de horários para dormir, foi necessária uma segunda etapa de limpeza somente para a compreensão da parturiente sobre o questionário. Ou seja, se independentemente da quantidade de horas dormidas, a mãe compreendeu que deve estar preparada para dormir após ir para a cama. Para limpeza, verificou-se se *prepd* foi menor que *hrcama*, por meio do comando *browse*. O mesmo é feito para dias de trabalho e dias livres. Exemplo:

```
browse nqst hrcamawdh prepdwdh fimswdh if prepdwdh<hrcamawdh & prepdwdh!=. & hrcamawdh!=. & prepdwdh>12 & prepdwdh!=hrcamawdh
```



	nqst	hrcamawdh	prepdwdh	fimswdh
2	2	01jan2020 22:30:00	01jan2020 22:00:00	01jan2020 07:30:00
4	4	01jan2020 23:00:00	01jan2020 22:30:00	01jan2020 09:00:00
18	18	01jan2020 23:00:00	01jan2020 00:30:00	01jan2020 07:30:00
29	29	01jan2020 22:00:00	01jan2020 21:00:00	01jan2020 09:00:00
30	30	01jan2020 21:00:00	01jan2020 08:00:00	01jan2020 12:00:00
31	31	01jan2020 22:30:00	01jan2020 22:00:00	01jan2020 09:30:00
32	32	01jan2020 23:00:00	01jan2020 00:00:00	01jan2020 09:00:00

A lista para os dias de trabalho contou com 305 observações para análise, das quais 70 foram editadas, sendo os questionários de números:

2; 4 ;29; 30; 31; 33; 48; 52; 62; 65; 78; 85; 86; 88; 100; 101; 103; 110; 138; 152; 165; 166; 167; 174; 193; 197; 204; 211; 212; 215; 226; 227; 239; 240; 249; 251; 253; 269; 272; 273; 275; 276; 280; 281; 286; 287; 296; 305; 314; 334; 344; 349; 350; 357; 366; 380; 388; 421; 441; 484; 500; 570; 766; 849; 862; 889; 1334; 1340; 1790; e 2018.

A maioria das variáveis de ir para cama e preparação para dormir foram transformadas em *missing*, com exceção das variáveis cujos questionários eram de número 251, 253 e 272, pois aqui percebeu-se um problema de escala apenas. Sendo assim, passou-se o horário de ir para cama no nqst 251 de 11:00 para 23:00; no nqst 253 de 11:30 para 23:30 e no nqst 272 de 10:00 para 22:00.

```
browse nqst hrcamafdh prepdfdh fimsfdh if prepdfdh<hrcamafdh & prepdfdh!=. & hrcamafdh!=. & prepdfdh>12 & prepdfdh!=hrcamafdh
```

A lista para os dias livres contou com 327 observações para análise, sendo editadas apenas 69, sendo os questionários de números:

2; 8 ; 21; 24; 29; 31; 36; 52; 62; 65; 78; 83; 85; 88; 101; 103; 110; 113; 130; 138; 152; 165; 166; 167; 174; 193; 201; 211; 212; 215; 227; 239; 240; 251; 253; 269; 272; 273; 275; 276; 280; 285; 287; 205; 314; 334; 349; 364; 370; 371; 374; 386; 421; 441; 443; 484; 499; 500; 674; 680; 766; 849; 889; 942; 1006; 1340; 1790; 1837; e 1909.

Da mesma forma aqui, a maioria das variáveis de ir para cama e preparação para dormir foram transformadas em *missing*, com exceção das variáveis cujos questionários eram de número 251, 253, 272 e 374. Sendo assim, o horário de ir para cama no nqst 251 passou de 11:00 para 23:00; no nqst 253 de 11:30 para 23:30, no nqst 272 de 10:00 para 22:00 e no nqst 374, de 11:00 para 23:00.

Além das observações apresentadas na listagem, outras duas apresentaram implausibilidade/incompreensão: nqst 75 e 219, captadas pela especialista em sono após análise manual do bando. O horário de ir para cama no nqst 75 era 00:00 e de preparada para dormir às 23:30, em dias de trabalho. No nqst 219, o horário de ir para cama era 00:00 e o de estar preparada para dormir era 22:00, em dias de trabalho e em dias livres. Ambos nqst passaram para *missing* nessas variáveis.

Limpeza de latências e inércias

As variáveis de latência e inércia do sono em dias livres e em dias de trabalho também foram limpas, a partir de controle de qualidade considerando implausibilidade dos valores maior que 180 minutos. A limpeza consistiu no uso do comando *tab* e na análise manual de cada variável, seguida pela correção por meio do comando *replace*.

```
tab inersw
tab inersf
// nqst 1639 --> 255 min em dias de trabalho e 10 min em dias livres
// nqst 1776, 1976, 2177 --> 240 min em dias livres, missing em dias de
trabalho
// nqst 2276 --> 360 min em dias livres, missing em dias de trabalho
// nqst 1779 --> 420 min em dias livres, missing em dias de trabalho

replace inersw=. if nqst==1639

replace inersf=. if nqst==1776
replace inersf=. if nqst==1976
replace inersf=. if nqst==2177

replace inersf=. if nqst==2276

replace inersf=. if nqst==1779
```

As variáveis de latência do início e do final do sono (*lats* e *iners*) que tiveram um valor plausível foram mantidas mesmo que outras variáveis apresentassem incompreensão ou implausibilidade, tendo em vista que, mesmo que a mãe não compreendesse as perguntas sobre ir para cama e estar preparada para dormir, ainda é possível compreender as perguntas sobre quanto tempo demora para adormecer ou quanto demora para levantar da cama após acordar. Os valores foram transformados em *missing* apenas quando, por meio de controle de qualidade, entendeu-se que existia uma incompreensão de todo o questionário, não apenas das questões sobre hora de ir para cama e estar preparada para dormir.

Criação e limpeza de duração do sono

A criação da variável de duração do sono foi realizada após a limpeza das diferenças nos horários de dormir e de acordar, da compreensão de preparação do sono antes de ir para cama, e das variáveis de latência e inércia do sono. Para criar a duração do sono, deve-se gerar a variável de início do sono em dias livres e em dias de trabalho, seguindo o documento oficial do MCTQ. A diferença entre o início do sono e a

preparação para dormir deve ser feita em data-hora, caso contrário, gera valores negativos. Por isso, deixa-se para trabalhar com a latência depois.

```
*Gerar início do sono
gen insw = (prepdwmin + latsw)/60
gen insf = (prepdfmin + latsf)/60

**Gerando a diferenca, DPS DE LIMPEZA, para poder criar a duracao do
sono****
gen difdatahrw = fimswdh - prepdwdh
format %tc difdatahrw

gen difdatahrf = fimsfdh - prepdfdh
format %tc difdatahrf

g difhoraw = hh(difdatahrw) + mm(difdatahrw)/60
g difhoraf = hh(difdatahrf) + mm(difdatahrf)/60
```

Duração do sono:

```
gen dursw = difhoraw - (latsw/60)
gen dursf = difhoraf - (latsf/60)
```

Após criada a duração do sono, listamos novamente os questionários para verificar valores implausíveis e erros de escala.

```
list nqst dursw hrcamaw prepdw latsw fimsw inersw if dursw<3|dursw>15 & dursw
! =.
```

	nqst	dursw	hrcamaw	prepdw	latsw	fimsw	inersw
59.	61	1.75	01/01/2020 02:00	01/01/2020 02:00	135	01/01/2020 06:00	10
268.	271	2.85	01/01/2020 23:30	01/01/2020 04:00	99	01/01/2020 08:30	.
2200.	2210	2.5	01/01/2020 02:00	01/01/2020 03:00	60	01/01/2020 06:30	0
2259.	2269	2.5	01/01/2020 02:00	01/01/2020 03:00	30	01/01/2020 06:00	0

```
list nqst dursf hrcamaf prepdf latsf fimsf inersf if dursf<3|dursf>15 & dursf
! =.
```

	nqst	dursf	hrcamaf	prepdf	latsf	fimsf	inersf
268.	271	2.85	01/01/2020 23:30	01/01/2020 04:00	99	01/01/2020 08:30	10
2200.	2210	2.5	01/01/2020 02:00	01/01/2020 03:00	60	01/01/2020 06:30	0

A limpeza completa de todas as variáveis é apresentada nas tabelas a seguir, separadas conforme dias de trabalho e dias livres.

Tabela 2.1. Relação da limpeza das variáveis, conforme dias de trabalho, do Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ), no banco de variáveis do Inquérito Perinatal de Rio Grande 2019.

Nqst	Informações antes da correção					Problema	Informações após correção				
	hrcama	prepdw	latsw	fimsw	inersw		hrcamaw	prepdw	latsw	fimsw	inersw
2	22:30	22:00	5	07:30	2	Compreensão	.	.	5	.	2
4	23:00	22:30	20	09:00	15	Compreensão	.	.	20	.	15
7	11:00	11:00	10	08:00	10	Escala	23:00	23:00	10	08:00	10
23	23:00	11:00	30	08:00	15	Escala	23:00	23:00	30	08:00	15
29	22:00	21:00	30	00:00	10	Compreensão	.	.	30	.	10
30	21:00	08:00	10	12:00	5	Compreensão	.	.	10	.	5
31	22:30	22:00	30	09:30	0	Compreensão	.	.	30	.	0
33	23:30	23:00	30	07:30	10	Compreensão	.	.	30	.	10
40	09:00	09:33	30	07:00	.	Escala	21:30	21:30	30	07:00	.
48	23:30	22:50	50	09:00	10	Compreensão	.	.	50	.	10
57	19:00	20:00	60	12:00	.	Implausível	.	.	60	.	.
61	02:00	02:00	135	06:00	10	Compreensão	.	.	.	.	10
62	22:00	21:30	.	08:00	.	Compreensão	.	.	.	.	.
65	22:00	21:00	0	10:00	.	Compreensão	.	.	0	.	.
75	00:00	23:30	40	10:30	60	Compreensão	.	.	40	.	60
78	22:00	20:30	5	06:00	5	Compreensão	.	.	5	.	5
85	22:00	21:00	5	07:00	10	Compreensão	.	.	5	.	10
86	23:00	22:00	20	10:00	10	Compreensão	.	.	20	10:00	10
88	22:00	21:00	10	07:00	10	Compreensão	.	.	10	.	10
100	23:00	22:00	60	09:00	10	Compreensão	.	.	60	.	10
101	22:00	21:00	30	06:00	10	Compreensão	.	.	30	.	10
103	23:00	22:00	0	10:00	.	Compreensão	.	.	0	.	.
110	02:00	00:00	5	11:30	.	Compreensão	.	.	5	.	.
138	23:00	22:00	5	09:00	.	Compreensão	.	.	5	.	.
152	23:00	22:30	30	07:00	10	Compreensão	.	.	30	.	0
165	21:00	20:45	15	07:00	.	Compreensão	.	.	15	.	.
166	23:00	21:00	10	07:00	5	Compreensão	.	.	10	.	5
167	21:00	20:00	30	06:00	.	Compreensão	.	.	30	.	.
174	23:00	22:00	40	09:30	2	Compreensão	.	.	40	.	2
193	23:00	22:30	20	07:40	10	Compreensão	.	.	20	.	10
197	23:00	22:00	15	06:30	10	Compreensão	.	.	15	.	10
204	23:30	23:00	40	09:00	30	Compreensão	.	.	40	09:00	30
211	23:00	22:00	10	11:00	5	Compreensão	.	.	10	.	5
212	22:00	21:30	0	01:00	.	Compreensão	.	.	0	.	.
215	23:30	23:15	5	07:15	0	Compreensão	.	.	5	.	0
219	00:00	22:00	0	12:00	10	Compreensão	.	.	0	.	10
226	22:00	21:00	30	08:00	20	Compreensão	.	.	30	.	20
227	22:30	22:00	15	07:00	90	Compreensão	.	.	15	.	90
239	03:00	00:00	10	09:00	.	Compreensão	.	.	10	.	.
240	02:00	01:00	10	12:00	.	Compreensão	.	.	10	.	.
249	22:00	21:00	10	09:00	5	Compreensão	.	.	10	.	5
251	11:00	00:00	0	08:00	.	Escala	23:00	00:00	0	08:00	.
253	11:30	00:15	15	09:00	.	Escala	23:00	00:15	15	09:00	.
254	.	10:00	30	11:00	.	Compreensão	.	.	30	.	.
269	21:00	20:30	20	07:00	30	Compreensão	.	.	20	.	30
271	23:00	04:00	99	08:30	.	Compreensão	.	.	.	.	.

272	10:00	02:00	60	12:00	.	Escala	22:00	02:00	60	.	.
273	01:00	00:00	0	06:30	15	Compreensão	.	.	0	.	15
275	22:00	21:30	30	09:30	20	Compreensão	.	.	30	.	20
276	02:00	01:00	30	11:00	.	Compreensão	.	.	30	.	.
280	22:00	21:00	10	09:00	30	Compreensão	.	.	10	.	30
281	22:00	21:00	10	08:00	20	Compreensão	.	.	10	.	20
282	.	23:00	10	01:30	10	Compreensão	.	.	10	.	10
286	23:00	22:00	30	10:00	11	Compreensão	.	.	30	.	11
287	22:00	21:30	180	08:00	30	Compreensão	.	.	180	.	30
292	.	11:35	60	08:00	10	Compreensão	.	.	60	.	10
296	01:00	00:00	5	10:00	30	Compreensão	.	.	5	.	30
305	23:00	22:00	30	12:00	30	Compreensão	.	.	30	.	30
314	23:00	22:30	30	07:00	5	Compreensão	.	.	30	.	5
334	23:00	22:00	10	09:00	20	Compreensão	.	.	10	.	20
344	23:00	22:30	30	12:00	10	Compreensão	.	.	30	.	10
349	01:00	00:30	40	06:45	15	Compreensão	.	.	40	.	15
350	22:30	22:00	20	10:00	10	Compreensão	.	.	20	.	10
352	.	09:00	5	08:00	.	Compreensão	.	.	5	.	.
357	22:30	22:00	30	08:00	30	Compreensão	.	.	30	.	30
366	23:00	22:00	30	10:00	20	Compreensão	.	.	30	.	20
374	10:00	10:15	15	07:00	10	Escala	22:00	22:15	15	07:00	10
380	22:00	21:00	15	08:00	5	Compreensão	.	.	15	.	5
388	22:30	22:00	20	07:00	10	Compreensão	.	.	20	.	10
421	22:00	21:00	20	06:00	10	Compreensão	.	.	20	.	0
422	.	00:00	0	00:00	0	Compreensão	.	.	.	.	.
441	22:00	21:30	5	10:00	10	Compreensão	.	.	5	.	10
479	10:00	10:00	10	08:00	30	Escala	22:00	22:00	10	08:00	30
484	23:30	22:00	30	07:00	.	Compreensão	.	.	30	.	.
500	23:00	22:00	30	08:00	15	Compreensão	.	.	30	.	15
570	21:30	21:00	30	08:00	10	Compreensão	.	.	30	.	10
766	23:00	21:00	20	07:00	5	Compreensão	.	.	20	.	5
849	22:00	21:30	60	09:30	.	Compreensão	.	.	60	.	.
862	23:00	22:56	45	06:45	15	Compreensão	.	.	45	.	15
889	22:00	21:30	30	08:00	15	Compreensão	.	.	30	.	15
1132	22:00	10:00	10	06:30	5	Escala	22:00	22:00	10	06:30	5
1134	22:30	11:00	10	06:00	5	Escala	22:30	23:00	10	06:00	5
1184	11:30	11:30	10	06:50	5	Escala	23:30	23:30	10	06:50	5
1192	20:00	20:00	15	12	10	Implausível	.	.	15	.	10
1334	23:30	23:00	30	09:00	10	Compreensão	.	.	30	.	10
1335	20:00	20:00	0	12:00	.	Implausível	.	.	.	.	.
1340	23:30	22:40	20	09:30	.	Compreensão	.	.	20	.	.
1551	22:30	12:30	30	10:00	5	Escala	22:30	00:30	30	10:00	5
1639	00:30	00:30	10	06:40	255	Implausível	00:30	00:30	10	06:45	.
1709	22:00	22:00	240	13:00	.	Implausível	22:00	22:00	.	13:00	.
1766	20:00	20:00	300	10:30	.	Implausível	20:00	20:00	.	10:30	.
1776	21:00	21:00	360	06:30	.	Implausível	21:00	21:00	.	06:30	.
1779	21:00	22:00	240	06:00	.	Implausível	21:00	22:00	.	06:00	.
1790	23:00	07:00	0	16:00	.	Compreensão	.	.	0	.	.
1862	22:00	00:00	240	09:30	30	Implausível	22:00	00:00	.	09:30	30
2018	22:09	22:00	60	06:00	0	Compreensão	.	.	60	06:00	0
2098	23:00	04:00	0	06:50	0	Compreensão	.	.	.	.	.
2108	01:20	02:00	60	04:00	.	Compreensão	.	.	60	.	.
2210	02:00	03:00	60	06:30	0	Implausível	.	.	60	.	0
2269	02:00	03:00	30	06:00	0	Implausível	.	.	30	.	0
3019	20:00	20:00	300	10:30	30	Implausível	20:00	20:00	.	10:30	30

Tabela 2.2. Relação da limpeza das variáveis, conforme dias livres, do Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ), no banco de variáveis do Inquérito Perinatal de Rio Grande 2019.

Nqst	Informações antes da correção					Problema	Informações após correção				
	hrcamaf	prepdf	latsf	fimsf	inersf		hrcamaf	prepsf	latsf	fimsf	inersf
2	22:30	22:00	5	07:30	2	Compreensão	.	.	5	.	2
7	11:00	11:00	10	08:00	10	Escala	23:00	23:00	10	08:00	10
8	21:00	20:30	5	06:30	0	Compreensão	.	.	5	.	0
16	23:30	23:00	15	22:30	20	Compreensão	.	.	15	.	20
21	22:00	21:00	10	07:00	15	Compreensão	.	.	10	.	15
23	11:30	11:00	30	08:00	15	Compreensão	.	.	30	.	15
24	23:00	22:00	10	09:30	11	Compreensão	.	.	10	09:30	11
29	23:00	22:00	15	09:00	10	Compreensão	.	.	15	.	10
30	21:00	20:00	10	12:00	5	Compreensão	.	.	10	.	5
31	22:30	22:00	30	09:30	0	Compreensão	.	.	30	.	0
36	23:00	22:30	10	09:00	15	Compreensão	.	.	10	.	15
40	09:30	09:30	30	07:00	10	Escala	21:30	21:30	30	07:00	10
52	22:00	21:00	.	09:00	.	Compreensão	.	.	.	.	.
62	22:00	21:30	.	08:00	.	Compreensão	.	.	.	.	.
65	22:00	21:00	0	10:00	0	Compreensão	.	.	.	.	.
78	22:00	20:30	5	06:00	5	Compreensão	.	.	.	.	.
83	02:00	00:00	30	12:00	30	Compreensão	.	.	30	.	30
85	23:00	22:00	10	07:00	10	Compreensão	.	.	10	.	10
88	22:30	22:00	10	12:00	15	Compreensão	.	.	10	.	15
101	23:00	22:00	30	09:00	30	Compreensão	.	.	30	.	30
103	23:00	22:00	0	10:00	30	Compreensão	.	.	0	.	30
110	02:00	00:00	5	11:30	0	Compreensão	.	.	5	.	0
113	01:00	00:30	30	11:30	20	Compreensão	.	.	30	.	20
130	23:40	23:00	10	10:00	10	Compreensão	.	.	10	.	10
138	23:00	22:00	5	09:00	5	Compreensão	.	.	5	.	5
152	23:00	22:00	30	07:00	20	Compreensão	.	.	30	.	20
165	21:00	20:45	15	07:00	40	Compreensão	.	.	15	.	40
166	23:00	21:00	10	08:00	5	Compreensão	.	.	10	.	5
167	21:00	20:00	30	06:00	2	Compreensão	.	.	30	.	2
174	01:30	00:30	40	09:30	5	Compreensão	.	.	40	.	5
193	23:00	22:30	20	07:40	10	Compreensão	.	.	20	.	10
201	01:00	00:00	30	11:00	10	Compreensão	.	.	30	.	10
211	23:00	22:00	10	11:00	5	Compreensão	.	.	10	.	5
212	22:00	21:30	0	01:00	0	Compreensão	.	.	0	.	0
215	23:30	23:15	5	07:15	0	Compreensão	.	.	5	.	0
219	00:00	22:00	0	12:00	10	Compreensão	.	.	0	.	10
227	22:30	22:	15	07:00	90	Compreensão	.	.	15	.	90
239	03:00	00:00	10	09:00	0	Compreensão	.	.	10	.	0
240	02:00	01:00	10	12:00	10	Compreensão	.	.	10	.	10
251	11:00	00:00	0	08:00	0	Escala	23:00	00:00	0	08:00	0
253	11:30	00:15	15	09:00	0	Escala	23:30	00:00	15	09:00	0
254	02:00	10:00	30	11:00	0	Compreensão	.	.	30	.	0
269	22:00	21:30	20	09:00	30	Compreensão	.	.	20	.	30
271	23:30	04:00	99	08:30	10	Implausível	.	.	.	.	10
272	10:00	02:00	60	12:00	0	Escala	22:00	02:00	60	12:00	0
273	02:30	00:00	15	09:00	30	Compreensão	.	.	15	.	30
275	22:00	21:30	20	09:30	20	Compreensão	.	.	20	.	20
276	02:00	01:00	30	11:00	10	Compreensão	.	.	30	.	10
280	22:00	21:00	10	09:00	30	Compreensão	.	.	10	.	30

282	00:00	23:00	10	01:30	10	Compreensão	.	.	10	.	10
285	22:30	22:00	20	08:30	20	Compreensão	.	.	20	.	20
287	23:00	22:00	30	10:00	30	Compreensão	.	.	30	.	30
305	23:00	22:00	30	12:00	30	Compreensão	.	.	30	.	30
314	23:30	23:00	40	09:00	20	Compreensão	.	.	40	.	20
334	23:00	22:00	10	09:00	20	Compreensão	.	.	10	.	20
349	01:00	00:30	40	08:00	30	Compreensão	.	.	40	.	30
352	23:00	09:00	5	08:00	10	Compreensão	.	.	5	.	10
364	01:00	00:00	40	11:00	0	Compreensão	.	.	40	.	0
370	01:00	00:40	15	11:00	5	Compreensão	.	.	15	.	5
371	02:00	00:00	0	06:00	0	Compreensão	.	.	0	.	0
374	11:00	00:00	30	08:00	30	Escala	23:00	00:00	30	08:00	30
386	02:00	00:00	0	09:00	0	Compreensão	.	.	0	.	0
421	22:00	21:00	20	07:00	30	Compreensão	.	.	20	.	30
441	22:00	21:30	5	10:00	10	Compreensão	.	.	.	.	.
443	03:00	02:00	5	10:00	30	Compreensão	.	.	5	.	.
479	10:00	10:00	2	08:00	30	Escala	22:00	22:00	2	08:00	30
484	23:30	22:00	30	07:00	60	Compreensão	.	.	30	.	60
499	23:00	22:00	20	06:40	30	Compreensão	.	.	20	.	30
500	23:00	22:00	40	08:00	20	Compreensão	.	.	40	.	20
576	21:00	21:00	12	13:00	0	Implausível	.	.	.	.	.
674	23:00	21:00	30	08:00	30	Compreensão	.	.	30	.	30
680	01:00	00:00	60	11:00	5	Compreensão	.	.	60	.	5
764	00:00	00:00	10	01:00	7	Escala? Compre	.	.	.	.	.
766	21:00	19:00	20	10:00	5	Compreensão	.	.	20	.	5
787	20:00	07:00	20	07:00	10	Compreensão	.	.	20	.	10
849	22:00	21:30	60	21:30	60	Compreensão	.	.	60	.	60
856	11:00	11:30	30	09:00	20	Escala	23:00	23:30	30	09:00	20
889	23:00	22:00	30	10:00	30	Compreensão	.	.	30	.	30
942	22:00	21:00	0	07:30	60	Compreensão	.	.	0	.	60
1006	01:08	01:00	10	10:00	10	Compreensão	.	.	10	.	10
1132	12:00	12:00	10	09:00	5	Escala	00:00	00:00	10	09:00	5
1134	11:00	12:00	10	10:00	5	Escala	23:00	00:00	10	10:00	5
1149	21:00	21:30	10	14:00	30	Implausível	.	.	10	.	30
1184	11:30	11:30	10	09:30	5	Escala	23:30	23:30	10	09:30	5
1335	20:00	20:00	0	12:00	0	Implausível	.	.	.	.	.
1340	23:30	22:40	20	09:30	10	Compreensão	.	.	20	.	10
1709	22:00	22:00	240	13:00	0	Implausível	22:00	22:00	.	13:00	.
1766	20:00	20:00	300	10:30	30	Implausível	20:00	20:00	.	10:30	30
1776	21:00	21:00	360	06:30	240	Implausível	21:00	21:00	.	06:30	.
1779	21:00	22:00	240	06:00	420	Implausível	21:00	22:00	.	06:00	.
1790	23:00	07:00	0	16:00	0	Implausível	.	.	0	.	0
1795	21:00	21:00	0	13:00	0	Implausível	.	.	.	.	.
1837	09:00	05:00	30	08:00	0	Implausível	.	.	30	.	0
1862	22:00	00:00	240	09:30	.	Implausível	22:00	00:00	.	09:30	.
1909	23:30	23:20	10	09:30	10	Implausível	.	.	10	.	10
1976	21:00	21:30	0	03:00	240	Implausível	21:00	21:30	0	03:00	.
2108	01:30	02:00	60	04:00	120	Implausível	.	.	.	.	.
2177	22:30	23:00	20	06:00	240	Implausível	22:30	23:00	20	06:00	.
2210	02:00	03:00	60	06:30	0	Implausível	.	.	60	.	0
2276	21:30	21:30	0	06:00	360	Implausível	21:30	21:30	0	06:00	.
3019	20:00	20:00	300	10:30	.	Implausível	20:00	20:00	.	10:30	.

Criação da variável de cronotipo

Após limpeza de todas as variáveis e criação da variável de duração do sono, foi possível criar a variável de cronotipo. Para isso, primeiramente deve-se criar a variável de med sleep conforme documento oficial do MCTQ.

```
***MIDSLEEP TIME= (sleep onset + (sleep duration/2))

***MIDSLEEP ON WORKDAYS***
gen midsleepw= insw + (dursw/2)
replace midsleepw= (midsleepw-24) if midsleepw>23.9999
*Aqui eu subtraio o midsleep de 24 porque esse individuo vai dormir depois das
00:00!

***MIDSLEEP ON FREEDAYS****
g midsleepf= insf + (dursf/2)
replace midsleepf= (midsleepf-24) if midsleepf>23.9999
*Aqui eu subtraio o midsleep de 24 porque esse individuo vai dormir depois das
00:00!

** CRONOTIPO
gen diaslivres=.
replace diaslivres=6 if diastrab==1
replace diaslivres=2 if diastrab==5
replace diaslivres=5 if diastrab==2
replace diaslivres=4 if diastrab==3
replace diaslivres=3 if diastrab==4
replace diaslivres=1 if diastrab==6
replace diaslivres=0 if diastrab==7

* duração de sono médio (na semana) - considerando quanto dorme em dias livres
e de trabalho
gen dursono = ((dursw*diastrab) + (dursf*diaslivres))/7

gen cronotipo=.
replace cronotipo= midsleepf if dursf<=dursw
replace cronotipo= (midsleepf-((dursf-dursono))/2) if dursf>dursw
replace cronotipo=. if despf==1

***183 MISSINGS PELO DESPERTADOR

tab1 eschrsf, nol
* tudo que nao é valido, logo:
replace cronotipo=. if despf!=0
```

Esta foi a última etapa de manipulação das variáveis com limpeza e criação, sendo que as próximas que foram executadas referiram-se à categorização e à análise dos dados.

Anexo 2.1. Codificação das Variáveis do Munich Chronotype Questionnaire

MCTQ variables

- for chronotype (MFS_{sc}) computation see page 2 -

Name	Statement	Format	Workdays		Work-free days	
			Abbreviation	Computation	Abbreviation	Computation
Basic variables						
Local time of going to bed	I go to bed at ... o'clock'.	hh:mm	BT _w	-	BT _f	-
Local time of preparing to sleep	I actually get ready to fall asleep at ... o'clock.	hh:mm	SPrep _w	-	SPrep _f	-
Sleep latency	I need ... minutes to fall asleep.	mm	SLat _w	-	SLat _f	-
Sleep end	I wake up at ... o'clock.	hh:mm	SE _w	-	SE _f	-
Alarm clock use	with an alarm clock/without an alarm clock	y/n	Alarm _w	-	Alarm _f	-
Sleep inertia	After ... minutes, I get up.	mm	Sl _w	-	Sl _f	-
Number of work-/work-free days per week	I have a regular work schedule and work ... days per week.	n	WD	-	FD	7-WD
Light exposure	On average, I spend the following amount of time outdoors in daylight (without a roof above my head)	hh:mm	LE _w	-	LE _f	-
Computed variables						
Sleep onset	-	hh:mm	SO _w	SPrep _w + SLat _w	SO _f	SPrep _f + SLat _f
Local time of getting out of bed	-	hh:mm	GU _w	SE _w + Sl _w	GU _f	SE _f + Sl _f
Sleep duration	-	hh:mm	SD _w	SE _w - SO _w	SD _f	SE _f - SO _f
Total time in bed	-	hh:mm	TBT _w	GU _w - BT _w	TBT _f	GU _f - BT _f
Mid-Sleep	-	hh:mm	MSW	SO _w + SD _w /2	MSF	SO _f + SD _f /2

Computed variables combining workdays and work-free days			
Name	Format	Abbreviation	Computation
Average weekly sleep duration	hh:mm	SDweek	$(SD_w \times WD + SD_f \times FD)/7$
Chronotype (only computable if Alarm _f = no)	hh:mm	MSF_{sc}	If $SD_f \leq SD_w$: MSF If $SD_f > SD_w$: $MSF - (SD_f - SD_{week})/2$
Weekly sleep loss	hh:mm	SLossweek	If $SD_{week} > SD_w$: $(SD_{week} - SD_w) \times WD$ If $SD_{week} \leq SD_w$: $(SD_{week} - SD_f) \times FD$
Relative social jetlag	hh:mm	SJL _{rel}	$MSF - MSW$
Absolute social jetlag	hh:mm	SJL	$|MSF - MSW|$
Average weekly light exposure	hh:mm	LEweek	$(LE_w \times WD + LE_f \times FD)/7$

Apêndice 2.1. Codificação das variáveis do Munich Chronotype Questionnaire, em português para esse estudo.

Variáveis MCTQ

Primeira variável do perinatal em relação ao MCTQ não aparecia no doc dos códigos:

Nome: Horário regular de trabalho | **Trecho:** Você tem um horário regular de trabalho? | **Formato** – S/N | **Abreviação:** HRtrab

Nome: Acordar antes do despertador | **Trecho:** Você acorda normalmente antes do alarme tocar? | **Formato:** S/N | **Abreviação:** AntDesp = muni7s

Nome	Trecho	Formato	DIAS DE TRABALHO (WORK)		DIAS LIVRES (FREE)	
			Abreviação	Código	Abreviação	Código
Variáveis Básicas						
Hora de ir para cama	Vou para cama às __ horas	hh:mm	<i>HCamw</i>	-	<i>HCamf</i>	-
Hora de se preparar para dormir	Às __ estou pronta para ir dormir	hh:mm	<i>PrepDw</i>	-	<i>PrepDf</i>	-
Latência do sono	Necessito de __ minutos para dormir	mm	<i>LatSw</i>	-	<i>LatSf</i>	-
Final do sono	Acordo às __ horas	hh:mm	<i>FimSw</i>	-	<i>FimSf</i>	-
Uso de despertador	Com despertador/ sem despertador	S/N	<i>Despw</i>	-	<i>Despf</i>	-
Inércia do sono	Passados __ minutos, levanto	mm	<i>InerSw</i>	-	<i>InerSf</i>	-
Quantidade de dias trabalhados e dias livres na semana	Horário regular de trabalho / quantos dias por semana	N	<i>Diaw</i>	-	<i>Diaf</i>	7-Diaw
Exposição à luz	Quantidade de tempo ao ar livre durante o dia	hh:mm	<i>ExLuzw</i>	-	<i>ExLuzf</i>	-

Código das Variáveis

Nome	Formato	DIAS DE TRABALHO (W)		DIAS LIVRES (F)	
		Abreviação	Código	Abreviação	Código
Início do sono	hh:mm	<i>InSw</i>	PrepDw + LatSw	<i>InSf</i>	PrepDf + LatSf
Hora de sair da cama	hh:mm	<i>SairCw</i>	FimSw + InerSw	<i>SairCf</i>	FimSf + InerSf
Duração do sono	hh:mm	<i>DurSw</i>	FimSw – InSw	<i>DurSf</i>	FimSf – InSf
Tempo total na cama	hh:mm	<i>TTCamw</i>	SairCw – Hcamw	<i>TTCamf</i>	SairCf – Hcamf
Ponto médio do sono	hh:mm	<i>PMSw</i>	InSw + DurSw/2	<i>PMSf</i>	InSf + DurSf/2

Códigos das variáveis combinando dias úteis e dias livres de trabalho

Nome	Formato	Abreviação	Código
Duração média semanal do sono	hh:mm	DSweek	$(DurSw \times Diaw + DurSf \times Diaf) / 7$
Cronotipo (somente quando uso do despertador for = não)	hh:mm	MSFSC	Se $DurSf \leq DurSw$: <i>PMSf</i> Se $DurSf > DurSw$: $PMSf - (DurSf - Dsweek) / 2$
Perda semanal de sono	hh:mm	PSweek	Se $DSweek > DurSw$: $(DSweek - DurSw) \times Diaw$ Se $DSweek \leq DurSw$: $(DSweek - DurSf) \times Diaf$
Jetlag Social relativo	hh:mm	JLSr	
Jetlag Social absoluto			
Exposição semanal média à luz	Hh:mm	ELweek	$(ExLuzw \times Diaw + ExLuzf \times Diaf) / 7$

3. ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL

O projeto de pesquisa aqui apresentado pretendia descrever duração, latência e cronotipo do sono em mulheres com e sem sintomas de ansiedade e depressão no pós-parto imediato e avaliar o efeito da saúde mental sobre características do sono. Dessa forma, nas análises, o grupo de exposição seria referente à saúde mental e o grupo de desfecho seria referente ao sono. Essa distribuição mudou, levando em consideração que características do sono como o cronotipo, por exemplo, são inatas ao ser humano, já determinado antes de qualquer transtorno do humor, necessitando, portanto, aparecer como exposição nas análises. Além disso, estudos utilizando características do sono como exposição são mais amplos na literatura, possibilitando melhores condições de comparação e explicação dos resultados aqui presentes.

Ainda, como descrito no projeto, inicialmente seriam calculadas as prevalências de depressão e de ansiedade, criando-se quatro grupos de exposição para as parturientes: 1) sem sintomas de depressão e ansiedade, 2) somente com sintomas de depressão, 3) somente com sintomas de ansiedade, 4) com sintomas de ambos os distúrbios. Essa análise não foi feita, considerando que a direção da análise mudou e que quatro grupos de desfecho com tantas variáveis e categorias de exposição implicaria em muitos missings ou categorias com baixo n, o que resultaria em baixo poder. Assim, foram calculadas apenas as prevalências de ansiedade e de depressão separadamente, sendo esses dois grupos de puérperas os desfechos na análise.

No projeto, também existia a previsão de cálculos de médias e desvio padrão para latência do início do sono, duração do sono e inércia do despertar do sono, bem como a distribuição do cronotipo em 3 categorias. Dessas previsões, as únicas que se mantiveram foram a respeito da duração do sono, calculada em média e desvio padrão, e o cronotipo, apresentado em prevalências para três categorias (matutino, vespertino e intermediário). As latências e inércias do sono foram categorizadas em tercis e os cálculos referentes a ambas, em dias de trabalho e em dias livres, foram executados a partir de prevalências e intervalos de confiança.

Tendo em vista essas alterações, as análises bivariadas e multivariadas sofreram alterações. O teste Qui-quadrado foi utilizado para analisar a distribuição das variáveis de ansiedade e depressão entre as categorias de exposição do sono (cronotipo, latências e inércias). O teste t foi utilizado para avaliar a distribuição das variáveis desfecho entre

as variáveis quantitativas do sono (duração do sono em dias livres, dias de trabalho e média semanal).

Considerando a alteração em relação aos desfechos, sendo agora duas variáveis dicotômicas, a única regressão utilizada foi a logística, obtendo-se o resultado da associação por meio de uma medida de efeito: razão de odds (RO).

A partir de todas essas alterações, o objetivo do presente estudo passou a ser verificar a associação entre características do sono (cronotipo, latência, inércia e duração) e a chance de apresentar sintomas de depressão e ansiedade em mulheres no pós-parto imediato. Ainda, como objetivo secundário, verificaram-se se as associações são independentes de fatores socioeconômicos.

Outra alteração é em relação ao cronograma: essa pesquisa deveria ser concluída e apresentada ao final de 2020. No entanto, considerando a pandemia de COVID-19, houve um atraso na elaboração da dissertação, ficando essa programada para o meio de 2021.

**4. NORMAS DA REVISTA CADERNOS
DE SAÚDE PÚBLICA**

Instrução para Autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de

desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo,

portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

Passo a passo

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo *e-mail*: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

5. PROVA DE PRELO

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

5.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em “Finalizar” e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título resumido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma figura.

5. ARTIGO

SONO E SUA ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE EM MULHERES NO PÓS-PARTO IMEDIATO: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Título resumido: Sono e associação com depressão e ansiedade em mulheres no perinatal

Resumo

O objetivo desse estudo foi verificar a associação entre características do sono (cronotipo, latência, inércia e duração) e a chance de apresentar sintomas de depressão e de ansiedade em mulheres no pós-parto imediato. Sintomas depressivos foram avaliados pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), e sintomas ansiosos, pela Escala General Anxiety Disorder 7-item (GAD-7). O Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ) foi utilizado para avaliar características do sono. Responderam ao questionário geral 2.314 mulheres e, destas, foram analisadas 2.277 para sintomatologia depressiva e 2.307 para ansiosa. A prevalência de sintomas depressivos na amostra foi de 13,7% e de sintomas ansiosos foi 10,7%. Puérperas de cronotipo vespertino ($p=0,015$), latências maiores de 10 minutos e inércias maiores de 30 minutos ($p<0,001$) associaram-se a sintomas depressivos, aumentando as chances desses ocorrerem, enquanto que a duração do sono ($p=0,004$) associou-se a uma diminuição de chances para sintomas de depressão. A associação do sono com sintomatologia ansiosa se deu apenas nas puérperas com latência intermediária (11 a 30 minutos; $p<0,001$), inércia intermediária em dias livres ($p<0,001$) e inércia com mais de 30 minutos em dias de trabalho ($p=0,019$). A maior prevalência de sintomas de depressão (20,43%) e de ansiedade (16,87%) foi encontrada entre aquelas mulheres que demoravam mais de 30 minutos para sair da cama em dias de trabalho. Este estudo contribui para melhor compreensão da relação de características do sono com a saúde mental de mulheres no perinatal. Conclui-se que latência e inércia do sono associam-se a depressão e ansiedade, e que cronotipo e duração do sono associam-se a depressão, sendo que a inércia de mais de 30 minutos em dias de trabalho mostrou ser um importante marcador para esses transtornos e merece melhor atenção nas avaliações e intervenções em saúde.

Descritores: sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, parâmetros de sono, puérperas, perinatal.

Introdução

Durante a gravidez, os problemas do sono tendem a se agravar em comparação ao período pré-gestacional e é comum o aumento de dificuldades como insônia, sonolência diurna excessiva, distúrbios respiratórios e síndrome das pernas inquietas, além de preocupações relacionadas ao sono no início da gestação(1–3). Tais condições afetam também a duração do sono e prejudicam sua qualidade(4,5). A National Sleep Foundation recomenda sete a nove horas de sono por noite para adultos entre 18 e 64 anos (6) e, por mais que a média de sono de mulheres no período perinatal se encontre dentro dessa faixa (7–9), estudos demonstram que ao longo da gravidez as mulheres tendem a perder um tempo significativo na duração do sono, podendo chegar a menos de 6 horas por noite (10).

Compreende-se que a má qualidade do sono e as mudanças nos ritmos biológicos, tanto no período gestacional quanto no pós-parto, precedem o desenvolvimento de sintomas depressivos e associam-se a sintomas de ansiedade nesses períodos(11,12). Esses sintomas podem continuar ocorrendo entre aquelas mulheres cujos problemas de sono pioram ou pouco melhoram após o período pós-parto(13).

A depressão e a ansiedade são transtornos que crescem na população e ocupam os primeiros lugares na carga global de doenças mentais(14). Esses transtornos afetam as mulheres tanto na gestação quanto no perinatal com prevalências acentuadas, sendo esses períodos considerados de alto risco, devido às inúmeras mudanças vivenciadas pela mulher em plano hormonal, físico e emocional (15).

Além dos sintomas comuns de depressão e ansiedade, as puérperas estão mais propensas a apresentar sentimento de incapacidade no desempenho do papel de mãe e menores índices de estimulação dos seus bebês(16,17), o que pode afetar de forma negativa o desenvolvimento infantil a curto, médio e longo prazo (18–20). A melhor compreensão dos fatores associados a esses transtornos mentais, como os parâmetros de sono, pode possibilitar melhores intervenções clínicas em prol da regulação dos sintomas ansiosos e depressivos e, conseqüentemente, dos sentimentos e comportamentos que acompanham esses sintomas, aumentando a qualidade de vida das mulheres e da prole.

São poucos os estudos de base populacional que investigam a relação entre sono e depressão e ansiedade em mulheres no período perinatal (7,8,21,22). Os achados desses estudos apontam baixa eficiência/qualidade (7,8,21), insônia (8,21,22), pouca duração do sono (8,21) e latência maior que 20 minutos (21,22) como fatores associados à depressão e à ansiedade. Além de pesquisas especificamente sobre esse tema serem escassas, dos

estudos mencionados a maioria foca em depressão pós-parto e apenas um recolhe dados sobre a ansiedade (22). Ainda, a maior parte desses estudos concentra-se em distúrbios do sono ou na qualidade do sono, e não nas características desse fenômeno separadamente. Essa avaliação geral de qualidade e problemas do sono não considera características mais específicas, como a latência e a inércia, por exemplo, deixando uma lacuna a respeito de como cada propriedade contribui para a presença ou ausência dos sintomas de transtornos mentais.

Ainda, no Brasil, estudos que se dediquem a pesquisar especificamente a relação de duração do sono, cronotipo e latências do sono associados a sintomas de depressão e ansiedade não foram localizados, e as pesquisas encontradas com esse tema costumam ocorrer em países desenvolvidos(23). Explorar a temática em um país em desenvolvimento como o Brasil se faz importante para compreender como essa relação ocorre em um contexto socioeconômico que se difere do resto do mundo onde outros estudos já foram realizados. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo verificar a associação entre características do sono (cronotipo, latência, inércia e duração) e a presença de sintomas de depressão e de ansiedade em mulheres no pós-parto imediato.

Método

Participantes e procedimentos

O presente estudo possui delineamento transversal e utilizou dados do Estudo Perinatal de Rio Grande 2019, no qual todas as mulheres residentes da área rural ou urbana da cidade e que tiveram um bebê entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2019, com peso igual ou superior a 500 gramas ou com 20 semanas ou mais de idade gestacional nas maternidades do Hospital Universitário da Universidade Federal de Rio Grande (HU-FURG) ou da Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (SCMRG) foram convidadas a participar. No total, 2.314 mulheres aceitaram (taxa de rejeição <0,05%). Foi aplicado um questionário único e padronizado, até 48 horas após o parto, para coletar informações gerais a respeito da mãe, seus hábitos, sua saúde, seu local de moradia, com quem convive, entre outras, além de informações sobre o recém-nascido que faziam parte do estudo.

Instrumentos e variáveis

As características do sono – cronotipo, latência, inércia e duração – foram obtidos por meio do Questionário de Cronotipos de Munique (*Munich ChronoType Questionnaire* - MCTQ). O MCTQ é um questionário de autorrelato com 29 perguntas sobre parâmetros de sono do indivíduo, que difere dias livres de dias de trabalho(24). A duração do sono é

o tempo percorrido entre o indivíduo adormecer e despertar (analisada aqui em horas). A latência do início do sono é o tempo percorrido desde que o indivíduo está pronto para dormir até o momento em que dorme. A inércia do despertar do sono é o tempo percorrido desde que o indivíduo desperta até o momento em que levanta da cama. Ambas, latência e inércia, foram analisadas em tercís. O cronotipo é entendido como o ponto médio no tempo entre adormecer e acordar em dias livres (*meed sleep on fridays* – MSF), sendo que o ponto de tempo mais baixo implica em um cronotipo anterior (matutino) e o ponto de tempo mais alto implica em cronotipo posterior (vespertino). Correções são feitas para aqueles indivíduos cuja duração do sono em dias livres seja maior do que dias de trabalho(25). O cronotipo nesse estudo foi analisado em tercís, sendo o primeiro tercil o grupo matutino, o segundo tercil, intermediário, e o terceiro tercil o grupo vespertino.

Os sintomas de depressão e de ansiedade (variáveis de desfecho) foram avaliados, respectivamente, pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS) e pela Escala de Ansiedade Generalizada de 7 itens (*Generalized Anxiety Disorder* - GAD-7). A EPDS é um questionário de autorrelato com 10 itens que avalia os sintomas na última semana, tais como esperança no futuro, sentimento de culpa, de ansiedade, anedonia, dificuldade para dormir, baixa energia, desempenho, tristeza, choro e ideação suicida. Cada pergunta contém 4 opções pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença e com a intensidade dos sintomas. A avaliação geral é feita pelo escore total, que é determinado pela soma dos escores para cada um dos 10 itens(26). A EPDS foi adaptada e validada para a população brasileira com ponto de corte para rastreio igual ou maior que 10, apresentando sensibilidade de 82,6% (75,4-89,9%) e especificidade de 65,4% (59,8-71,1%). Sendo assim, no presente estudo, apresentaram risco de depressão aquelas mulheres cuja pontuação tenha se igualado ou tenha sido maior que 10(27).

A GAD-7 também é um instrumento de autorrelato que proporciona uma breve avaliação da ansiedade nas últimas duas semanas antes da aplicação, seguindo os sintomas gerais mencionados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais(28). As respostas são administradas em uma escala de frequência que vai de 0 a 3 pontos. Considera-se pontuação indicativa de sintomatologia ansiosa valor igual ou superior a 10. A validade e confiabilidade da escala para a população em geral foi demonstrada em Löwe B et al. (2008)(29). A estrutura fatorial, a confiabilidade e o parâmetro de itens da versão em português do Brasil foram verificados em Moreno AL et al. (2016)(30).

Para o presente estudo, foram utilizadas como covariáveis as informações socioeconômicas: idade em anos completos; cor da pele (branca, parda, preta); escolaridade em anos; renda familiar per capita (contínua); viver ou não com cônjuge e paridade, dicotomizada em primípara (apenas o bebê, nascido vivo ou natimorto) múltipara (o bebê, nascido vivo ou natimorto, e mais um ou mais filhos). Para criar a variável de paridade, foi utilizada a variável de número de filhos nascidos vivos, considerando que as mães que responderam zero para essa pergunta tinham apenas o parto do bebê da pesquisa, nascido vivo ou morto, e foram consideradas mães primíparas. Para as mães que responderam ter um ou mais filhos nascidos vivos, entendeu-se que tinham o parto do bebê e de outros filhos, e foram consideradas como mães múltiparas.

Análise estatística

Para a descrição dos dados socioeconômicos, de sono e de saúde mental, empregou-se frequência absoluta (N) e frequência relativa (%) para variáveis categóricas e média e desvio padrão (DP) para variáveis contínuas. As análises bivariadas entre características do sono e a prevalência de mulheres com depressão e com ansiedade foram realizadas por meio do teste qui quadrado e do teste t. Para análise bruta e ajustada, usou-se regressão logística, estimando as Razões de Odds (RO) e os Intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Aspectos éticos

O projeto do inquérito do qual o presente estudo fez parte foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG e da SCMRG, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012) que aborda os aspectos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos. O protocolo foi aprovado pelo CEPAS com número de parecer 278/2018 pelo HU-FURG e 016/2018 pela SCMRG.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela parturiente antes do início da entrevista, caso concordasse em participar. Foi garantida participação voluntária, confidencialidade das informações e possibilidade de deixar do estudo a qualquer momento.

Resultados

Foram entrevistadas 2.314 mães com idade entre 13 e 47 anos, com média de 27 anos (DP 6,66). Dessas, 76,4% relataram cor de pele branca e escolaridade média de 10,5 anos (DP 3,94), sendo que a maior proporção de mulheres possuía entre 9 e 11 anos de

Tabela 1. Descrição da amostra de mulheres puérperas de acordo com variáveis socioeconômicas e de saúde mental. Rio Grande, RS, Brasil. (N = 2314).

Variável	N	%
Idade (em anos)		
13-19	303	13,1
20-29	1171	50,6
30-47	840	36,3
Cor da pele		
Branca	1768	76,4
Parda	339	14,6
Preta	207	9,0
Escolaridade (em anos)		
0-8	729	31,5
9-11	1085	46,9
12 ou mais	500	21,6
Renda per capita (em reais) (2.253)		
0 – 499	840	37,3
500 – 999	737	32,7
1000 – 1999	472	20,9
2000 ou mais	204	9,1
Vive com companheiro		
Sim	1969	85,1
Não	345	14,9
Paridade		
Primíparas	881	38,1
Multíparas	1433	61,9
Sintomas depressivos (2.277)		
Sim	311	13,7
Não	1966	86,3
Sintomas ansiosos (2.307)		
Sim	246	10,7
Não	2061	89,3

N: total de indivíduos na categoria; %: percentual.

escolaridade (46,9%). A maior parte das participantes relatou viver com companheiro (85,0%) e ter mais de um filho além do bebê (61,9%) (Tabela 1).

A duração do sono em dias de trabalho foi de 8,56 horas (DP 1,56) e em dias livres foi de 9,05 horas (DP 1,47). A maior prevalência de mulheres apresentou latência do sono de até 10 minutos, em dias livres (45,3%) e de trabalho (45,4%). O mesmo ocorreu para inércia do sono, com 47,1% e 56,5% das mulheres demorando até 10 minutos para levantar em dias livres e dias de trabalho, respectivamente. O cronotipo ficou distribuído de maneira mais uniforme, sendo que 33,5% enquadraram-se no tipo matutino e 29,5%, no vespertino (Tabela 2).

Dentre 2.307 participantes que responderam ao EPDS, 13,7% apresentaram sintomas de depressão (Tabela 1). Das 311 participantes com sintomas depressivos, 103 não completaram dados para a variável de cronotipo, 24 para latência em dias de trabalho, 22 para latência em dias livres, 145 para inércia em dias de trabalho, 18 para inércia em

Tabela 2. Descrição da amostra de mulheres puérperas de acordo com variáveis do sono. Rio Grande, RS, Brasil.

Variável	N	%
Cronotipo (1.796)		
Matutino	599	33,4
Intermediário	667	37,1
Vespertino	530	29,5
Latência do sono em dias de trabalho (2.217)		
0 – 10 min	1008	45,4
11– 30 min	824	37,2
Mais de 30 min	385	17,4
Latência do sono em dias livres (2.227)		
0 – 10 min	1008	45,3
11 – 30 min	825	37,0
Mais de 30 min	394	17,7
Inércia do sono em dias de trabalho (1.392)		
0 – 10 min	787	56,5
11 – 30 min	273	19,6
Mais de 30 min	332	23,8
Inércia do sono em dias livres (2.233)		
0 – 10 min	1051	47,1
11 – 30 min	555	24,8
Mais de 30 min	627	28,1
	Média (DP)	
Duração do sono em dias de trabalho (em horas) (2.140)	8,56 (1,56)	
Duração do sono em dias livres (em horas) (2.152)	9,05 (1,47)	

N: total de indivíduos na categoria; %: percentual; DP: desvio-padrão

dias livres, 43 para duração do sono em dias de trabalho e 45 para duração em dias livres, configurando-se como perdas.

O cronotipo vespertino esteve associado a sintomas depressivos tanto na análise bruta quanto na ajustada, com puérperas desse tipo tendo 63,0% mais chance de apresentar sintomatologia depressiva (IC95% 1,14; 2,35, $p=0,015$) em comparação ao tipo intermediário (Tabela 3).

Em relação às latências, a chance de apresentar sintomas de depressão esteve presente entre as puérperas que demoravam mais de 10 minutos para dormir, tanto em dias livres quanto em dias de trabalho, em comparação àquelas que apresentaram latência de menos de 10 minutos. Nesse caso, foi possível perceber uma tendência de aumento de Odds conforme a latência também aumentava. Entre as puérperas que demoravam mais de 30 minutos para dormir, a chance de apresentar sintomas de depressão foi 2,09 vezes maior em dias de trabalho (IC95% 1,48; 2,94, $p<0,001$) e 2,36 vezes maior em dias livres (IC95% 1,68; 3,32, $p<0,001$), após ajuste, em comparação àquelas puérperas com latência menor que 10 minutos.

A inércia do sono mostrou-se associada à sintomatologia depressiva quando maior que 30 minutos. A chance de apresentar sintomas de depressão para essas puérperas em dias de trabalho e em dias livres foi de 2,68 (IC95% 1,82;3,83, $p < 0,001$) e 1,64 (IC95%

Tabela 3. Associação das características do sono (MCTQ) com sintomas de depressão (EPDS) entre as mulheres puérperas de Rio Grande, RS, Brasil.

Variável	n deprimidas	%	Análise bruta		Análise ajustada*	
			RO (IC95%)	Valor p	RO (IC95%)	Valor p
			<i>N</i> = 1782		<i>N</i> = 1734	
Cronotipo				<0,001		0,015
Intermediário	63	9,52	1		1	
Matutino	58	9,76	1,03 (0,71; 1,50)		1,06 (0,72; 1,56)	
Vespertino	87	16,54	1,88 (1,33; 2,66)		1,63 (1,14; 2,35)	
			<i>N</i> = 2196		<i>N</i> = 2141	
Latência do sono em dias de trabalho				<0,001†		<0,001†
0 – 10 min	105	10,51	1		1	
11 – 30 min	110	13,53	1,33 (1,00; 1,77)		1,40 (1,03; 1,87)	
Mais de 30 min	72	18,75	1,96 (1,42; 2,72)		2,09 (1,48; 2,94)	
			<i>N</i> = 2205		<i>N</i> = 2149	
Latência do sono em dias livres				<0,001†		<0,001†
0 – 10 min	101	10,11	1		1	
11 – 30 min	112	13,76	1,42 (1,06; 1,89)		1,49 (1,10; 2,00)	
Mais de 30 min	76	19,39	2,14 (1,55; 2,96)		2,36 (1,68; 3,32)	
			<i>N</i> = 1379		<i>N</i> = 1361	
Inércia do sono em dias de trabalho				<0,001		<0,001
0 – 10 min	73	9,31	1		1	
11 – 30 min	26	9,74	1,05 (0,66; 1,68)		1,02 (0,63; 1,65)	
Mais de 30 min	67	20,43	2,50 (1,74; 3,59)		2,68 (1,82; 3,83)	
			<i>N</i> = 2211		<i>N</i> = 2155	
Inércia do sono em dias livres				<0,001		<0,001
0 – 10 min	128	12,26	1		1	
11 – 30 min	54	9,91	0,79 (0,56; 1,10)		0,78 (0,55; 1,10)	
Mais de 30 min	111	17,85	1,55 (1,18; 2,05)		1,64 (1,23; 2,19)	
			<i>N</i> = 2120		<i>N</i> = 2066	
Duração do sono em dias de trabalho (em horas)				0,030		0,004
	8,36 (1,90)		0,91 (0,84; 0,99)		0,88 (0,80; 0,96)	
			<i>N</i> = 2130		<i>N</i> = 2075	
Duração do sono em dias livres (em horas)				<0,001		<0,001
	8,73 (1,90)		0,85 (0,77; 0,93)		0,84 (0,77; 0,92)	

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; MCTQ: *Munich ChronoType Questionnaire*; n: número de observações em cada categoria; %: percentual do teste qui quadrado de mulheres que apresentaram sintomas deprimidos para as características do sono; RO: razão de Odds; IC95%: intervalo de confiança de 95%; Valor p: teste de Wald de heterogeneidade; †: valor p do teste de tendência; *: Ajuste para idade, cor da pele, renda per capita, escolaridade, paridade e se vive com companheiro; N: número de observações em cada análise (bruta e ajustada); DP: desvio-padrão.

Tabela 4. Associação das características do sono (MCTQ) com sintomas de ansiedade (GAD-7) entre as mulheres puérperas de Rio Grande, RS, Brasil.

Variável	n	%	Análise bruta		Análise ajustada	
			RO (IC95%)	Valor p	RO (IC95%)	Valor p
			<i>N</i> = 1793		<i>N</i> = 1744	
Cronotipo				0,205		0,255
Intermediário	64	9,61	1		1	
Matutino	49	8,19	0,84 (0,57; 1,24)		0,85 (0,57; 1,27)	
Vespertino	60	11,34	1,20 (0,83; 1,75)		1,20 (0,82; 1,76)	
			<i>N</i> = 2213		<i>N</i> = 2157	
Latência do sono em dias de trabalho				<0,001		<0,001
0 – 10 min	117	9,24	1		1	
11 – 30 min	93	14,23	1,63 (1,22; 2,18)		1,60 (1,20; 2,14)	
Mais de 30 min	28	7,27	0,77 (0,50; 1,19)		0,75 (0,48; 1,17)	
			<i>N</i> = 2223		<i>N</i> = 2166	
Latência do sono em dias livres				<0,001		<0,001
0 – 10 min	117	9,05	1		1	
11 – 30 min	91	14,22	1,67 (1,25; 2,23)		1,66 (1,24; 2,22)	
Mais de 30 min	27	6,85	0,74 (0,47; 1,15)		0,72 (0,46; 1,13)	
			<i>N</i> = 1391		<i>N</i> = 1373	
Inércia do sono em dias de trabalho				0,024		0,019
0 – 10 min	86	10,94	1		1	
11 – 30 min	33	12,09	1,12 (0,73; 1,71)		1,13 (0,74; 1,75)	
Mais de 30 min	56	16,87	1,65 (1,15; 2,38)		1,69 (1,16; 2,44)	
			<i>N</i> = 2229		<i>N</i> = 2172	
Inércia do sono em dias livres				<0,001		<0,001
0 – 10 min	101	9,62	1		1	
11 – 30 min	86	15,55	1,73 (1,27; 2,35)		1,73 (1,27; 2,36)	
Mais de 30 min	49	7,83	0,80 (0,56; 1,14)		0,82 (0,57; 1,18)	
			<i>N</i> = 2137		<i>N</i> = 2082	
Duração do sono em dias de trabalho (em horas)	8,51 (1,73)		0,98 (0,84; 0,99)	0,611	0,97 (0,88; 1,06)	0,478
			<i>N</i> = 2149		<i>N</i> = 2093	
Duração do sono em dias livres (em horas)	9,05 (1,52)		1,00 (0,91; 1,10)	0,957	1,00 (0,91; 1,11)	0,965

GAD-7: *Generalized Anxiety Disorder Scale (7 item)*; MCTQ: *Munich ChronoType Questionnaire*; n: número de observações em cada categoria; %: percentual do teste qui quadrado de mulheres que apresentaram sintomas ansiosos para as características do sono; RO: razão de Odds; IC95%: intervalo de 95% de confiança; Valor p: teste de Wald de heterogeneidade; * Ajuste para idade, cor da pele, renda per capita, escolaridade, paridade e se vive com companheiro; *N*: número de observações em cada análise (bruta e ajustada); DP: desvio-padrão.

1,23; 2,19, $p < 0,001$), respectivamente, em comparação àquelas mulheres que demoravam até dez minutos para levantar da cama. A maior prevalência de depressão foi encontrada naquelas mulheres que tinham inércia de mais de 30 minutos em dias de trabalho (20,4%).

A duração do sono esteve associada com depressão na análise bruta e na ajustada. Uma hora a mais na duração do sono em dias de trabalho levou a uma proteção de 12%

para sintomas depressivos ($p=0,004$), após ajuste. Em dias livres, essa proteção configurou-se em 16% ($p<0,001$).

Dentre as 2.277 respondentes do GAD-7, 10,7% apresentaram sintomas de ansiedade (Tabela 1). Das 246 mulheres que apresentaram sintomas ansiosos, 73 não apresentaram dados suficientes para a variável de cronotipo, oito para latência em dias de trabalho, 11 para latência em dias livres, 71 para inércia em dias de trabalho, 10 para inércia em dias livres, 28 para duração do sono em dias de trabalho e 29 para duração em dias livres, configurando-se como perdas.

Não foi observada associação de cronotipo matutino ou vespertino com a presença de sintomas ansiosos, tanto na análise bruta quanto na ajustada ($p>0,05$), quando comparados ao cronotipo intermediário. O mesmo é observado para duração do sono, que não se associou a sintomas ansiosos em nenhuma das análises (Tabela 4). Em contrapartida, houve associação das latências e inércias do sono em dias livres e em dias de trabalho com sintomatologia ansiosa. Após ajuste, a chance de apresentar sintomas de ansiedade para as mulheres que demoravam entre 11 e 30 minutos para dormir em dias de trabalho foi de 1,60 (IC95% 1,20; 2,14, $p<0,001$) e, em dias livres, foi de 1,66 (IC95% 1,24; 2,22, $p<0,001$), em comparação àquelas puérperas que demoravam menos de dez minutos para adormecer.

Em relação à inércia, as categorias de associação com sintomas de ansiedade se alteram dependendo de dias livres e de trabalho. Na análise ajustada e em dias de trabalho, a chance de apresentar sintomas ansiosos ocorreu entre as puérperas que tinham inércia do sono de mais de 30 minutos, com 1,69 vezes mais chances em comparação àquelas que tinham inércia de sono menor que 10 minutos (IC95% 1,16; 2,44, $p=0,019$). Já nos dias livres, a chance de apresentar sintomas de ansiedade ocorreu para aquelas puérperas que demoravam de 11 a 30 minutos para sair da cama, com 1,73 vezes mais chance, em comparação a quem tinha inércia do sono de menos de 10 minutos (IC95% 1,27; 2,36, $p<0,001$). Tal como em relação à sintomatologia depressiva, a maior prevalência de puérperas com sintomas ansiosos foi encontrada na categoria de inércia maior que 30 minutos, em dias de trabalho (16,9%).

Discussão

Cronotipo e variáveis de saúde mental

A prevalência de sintomas depressivos nas puérperas com cronotipo vespertino foi aproximadamente três pontos percentuais a mais do que o encontrado na amostra

geral, percebendo-se que a preferência do sono por horários mais tardios aumenta as chances de apresentar sintomas depressivos, embora o mesmo não tenha sido observado para sintomas ansiosos. Obeysekare et al.(31) verificaram que mulheres com cronotipo vespertino no final da gestação, e que já tiveram depressão unipolar ou bipolar, demonstram maior risco de apresentar sintomas de mania, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo no pós-parto. Corroborando, pesquisas também já demonstraram que o cronotipo matutino pode diminuir as chances de se apresentar humor deprimido, diminuindo o impacto tanto em indivíduos depressivos quanto nos saudáveis(32,33). Na presente pesquisa, no entanto, essa associação não foi encontrada, o que pode ter ocorrido devido à diferença entre o grupo amostral, sendo que os estudos mencionados não se restringem apenas às puérperas, mas estendem as buscas à população geral. Daghlas et al. (32) discutem que essa associação pode ocorrer porque o cronotipo matutino possibilita a maior exposição à luz solar, que estimula a produção de serotonina, neurotransmissor atuante diretamente no humor(34). Em puérperas, o cronotipo matutino pode não ter sido observado como proteção devido às mulheres vivenciarem alterações hormonais resultantes do período gestacional e perinatal, como a alta de progesterona, não seguindo o padrão de resposta hormonal esperado na população geral(35). Considerando que a progesterona é um esteroide neuroativo, que interfere nas substâncias neurotransmissoras do sistema nervoso central, sua alta pode afetar a síntese serotoninérgica e diminuir o efeito da serotonina (36,37). Então não faria diferença, para essas mulheres, a exposição à luz.

Latência e variáveis de saúde mental

Pessoas que demoram para dormir podem vivenciar um cansaço mental e uma dificuldade para relaxar que também está presente em pessoas com ansiedade(38). Um tempo maior de dez minutos para dormir pode ter deixado espaço para a ocorrência de pensamentos ansiosos, ainda que essa associação tenha se perdido quando a latência do sono passou de 30 minutos. É possível que tenha faltado poder para captar essa associação, devido ao baixo número de puérperas nessa categoria. Outro estudo que pesquisou a relação entre sintomas ansiosos e tempo demorado para dormir também não encontrou tal associação(39).

A latência maior que vinte minutos já foi associada com depressão tanto na gravidez quanto no pós-parto em Pietikäinen JT et al. (2019)(7) e, embora outros estudos tenham também encontrado semelhante associação(11,13,39-41), o mesmo resultado não

foi observado em todas pesquisas que fizeram essa análise com mulheres no perinatal, como é o caso em Dorhein et al. (2009)(21). No entanto, os autores discutem que o baixo valor de corte usado para rastrear depressão pode ter influenciado para enfraquecer a associação entre sono e esse transtorno de saúde mental, tendo em vista que tanto aquelas mulheres com depressão grave quanto aquelas com depressão leve, e talvez até alguns falsos positivos, estavam sendo avaliadas unificadamente. Assim, segundo os autores, se existia uma relação significativa entre características do sono e mulheres gravemente deprimidas, essa associação foi anulada.

Inércia e variáveis de saúde mental

As maiores proporções de mulheres com sintomas de depressão e de ansiedade foram aquelas que demoraram mais de 30 minutos para sair da cama após acordar, em dias de trabalho. O fato dessas mulheres apresentarem uma prevalência desses sintomas mentais em torno de sete pontos percentuais a mais do que o encontrado na amostra geral sugere que a inércia é um fator a ser considerado para compreender e avaliar esses transtornos mentais nessa população. Esse tempo na cama depois de acordar pode ceder espaço para pensamentos de preocupação, sobretudo os relacionados ao período pré-parto(42), ou também relacionarem-se a uma atitude procrastinadora, que diminui sensações de autoeficácia e aumenta sentimentos depressivos e ansiosos(43). No entanto, também é necessário discutir que, em dias livres, o tempo de cama intermediário (11 a 30 minutos) esteve associado à sintomatologia ansiosa, enquanto uma inércia maior, não. Em outro estudo realizado com puérperas, “levantar-se imediatamente após despertar” foi relacionado à irritabilidade(44), que é um dos sintomas presentes na ansiedade e pode explicar essa associação.

Duração do sono e variáveis de saúde mental

O sono curto apresenta uma consistente ligação com o aumento do risco de depressão e de ansiedade na população geral(45,46). Da mesma forma, o sono prolongado também foi associado a sintomas depressivos e à persistência de ansiedade e depressão em alguns estudos (45,47,48).

A duração do sono em dias de trabalho e em dias livres se mostrou associada à presença de sintomas depressivos, e o mesmo não foi encontrado para sintomas de ansiedade. Embora existam evidências de que um sono mais longo no perinatal possa ser um fator de risco para transtornos mentais(49), outras pesquisas trazem a duração

encurtada como risco. Em Pietikäinen et al. (2018)(7) o sono mais curto configurou-se como risco de apresentar depressão na gravidez e no pós-parto. O mesmo ocorreu em Okun et al. (2009)(50), onde mulheres que relataram sono insuficiente na gestação desenvolveram depressão pós-parto em quatro semanas após o nascimento do bebê. Ainda, a relação entre dormir menos durante a noite e apresentar depressão e ansiedade no final da gestação foi encontrada em Yu Y et al. (2017)(51). A alteração no sono é esperada quando associada a sintomas depressivos e ansiosos(38) e, com o passar da gestação e aproximação do parto, o tempo total de sono diminui e a vigília aumenta(52,53), sendo assim, entende-se que o sono encurtado é uma característica recorrente em todas as mulheres em período perinatal, mas, para aquelas que apresentam risco de depressão, mais minutos de sono poderiam se configurar como uma proteção a esses sintomas, como mostra o presente estudo.

Limitações e fortalezas

Considerando a natureza e forma como foram coletadas as variáveis, a temporalidade da associação entre sono e saúde mental não pôde ser avaliada e, dessa forma, não se pode descartar causalidade reversa. De todo modo, não foi o objetivo afirmar causalidade entre nenhum dos resultados, buscando apenas descrever tais variáveis e compreender suas associações.

Um possível viés de informação não pode ser descartado, tendo em vista que o período de coleta dos dados ocorre no pós-parto imediato, com a mulher ainda no ambiente hospitalar. A internação dessas mulheres pode interferir em suas percepções do sono e do humor. Ainda, é importante mencionar também o menor número de dados para variáveis referentes ao sono. O questionário utilizado para coletar essas informações pode ser de difícil compreensão para as mães quando autoaplicado, o que foi demonstrado pelo equívoco das mães ao responder, muitas vezes, que estavam preparadas para dormir antes de ir para a cama. Essa inversão de respostas torna a variável perdida devido à incompreensão, afetando também o n para duração do sono e para cronotipo. Nota-se, também, que a variável de inércia em dias de trabalho foi a que mais perdeu dados, o que pode ter contribuído para que uma inércia de mais de 10 minutos não se associasse também a sintomas de depressão e de ansiedade. Na maioria das análises, esse menor número de dados não parece ter interferido nos resultados e a associação se manteve mesmo em variáveis com grandes perdas, como o caso da inércia de 11 a 30 minutos para sintomas depressivos e ansiosos e cronotipo para sintomas depressivos. No entanto, para

as variáveis de latências com mais de 30 minutos e de inércia com mais de 30 minutos, a baixa quantidade de puérperas nessas categorias, quando associadas à sintomatologia ansiosa, pode ter contribuído para que o presente estudo não tivesse poder suficiente para mostrar uma associação entre essas categorias e a variável de saúde mental.

Outro ponto a ser mencionado, é a importância de não se descartar confusão residual, pois é possível que alguma variável necessária para essa análise não tenha sido incluída no ajuste. Ainda assim, como a inferência causal não foi um objetivo dessa pesquisa, essa limitação não impacta na apresentação da associação entre características do sono e saúde mental aqui demonstrada.

De todo modo, este estudo usa uma amostra representativa da população de puérperas, e obteve uma boa taxa de resposta, avaliando uma ampla gama de características do sono e suas associações com a presença de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres no pós-parto imediato, temática pouco explorada em países de média renda.

Considerações finais

Em conclusão, os presentes dados indicam uma associação entre parâmetros de sono e sintomas depressivos e ansiosos em mulheres no pós-parto imediato, após ajuste para fatores de confusão, com efeitos mais alarmantes para a inércia do sono em dias de trabalho. Essas descobertas apoiam a necessidade de explorar características do sono em mulheres com depressão e ansiedade no período perinatal e também a necessidade de explorar demandas de saúde mental em puérperas que apresentam problemas de sono. Muitas vezes, o fato de a mulher não conseguir levantar da cama no período perinatal é naturalizado, como um cansaço esperado do momento, em vez de ser investigado como uma característica de uma demanda de saúde mental. Ainda que um estudo transversal seja limitado ao fornecer orientações para além da descrição de dados encontrados, é possível pensar que algumas recomendações podem ser exploradas em futuras pesquisas e também na prática clínica. Por exemplo, profissionais de saúde que atendam gestantes ou puérperas poderiam ficar atentos a sintomas de depressão e ansiedade quando as características de sono dessas mulheres coincidirem com cronotipo vespertino e latências e inércias maiores que 10 minutos, além de orientar uma hora a mais no sono para aquelas mulheres em risco de desenvolver tais transtornos. O entendimento de profissionais de saúde acerca dessa relação pode proporcionar melhores estratégias de intervenção nesse público, não só na prática clínica individual, mas no avanço da implementação de

políticas públicas voltadas para uma melhor qualidade do sono ainda na gestação, considerando que a grande maioria das mulheres que apresenta sintomas de ansiedade e de depressão nesse período os mantém também no pós-natal(11,12).

Pesquisas futuras devem explorar a percepção que as mulheres têm do ambiente ocupacional ao final da gestação para compreender por que existem diferenças nas inércias do sono em dias livres e em dias de trabalho, além de investigar a relação entre cronotipo e sintomas de ansiedade em puérperas, pois esses estudos são escassos e seriam importantes para comparação dos dados aqui encontrados. Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para a percepção de que os parâmetros do sono e saúde mental no perinatal têm importante papel juntos e que o enfoque na adequação do sono nessa população, além da aplicação de terapias já utilizadas para depressão e ansiedade, poderiam ajudar a promover estabilidade da família, apoio social das mães e melhores desenvolvimentos para seus bebês.

Referências

1. Ko SH, Chang SC, Chen CH. A comparative study of sleep quality between pregnant and nonpregnant taiwanese women. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42(1):23–30.
2. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med*. 2015;16(4):483–8.
3. Ertmann RK, Nicolaisdottir DR, Kragstrup J, Siersma V, Lutterodt MC. Sleep complaints in early pregnancy. A cross-sectional study among women attending prenatal care in general practice. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–9.
4. Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010;115(1):77–83.
5. Okun ML, Buysse DJ, Hall MH. Identifying insomnia in early pregnancy: Validation of the Insomnia Symptoms Questionnaire (ISQ) in pregnant women. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(6):645–54.
6. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National sleep foundation’s sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Heal* [Internet]. 2015;1(1):40–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
7. Pietikäinen JT, Polo-Kantola P, Pölkki P, Saarenpää-Heikkilä O, Paunio T, Paavonen EJ. Sleeping problems during pregnancy—a risk factor for postnatal depressiveness. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(3):327–37.
8. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PLoS One*. 2014;9(4).
9. Reid KJ, Facco FL, Grobman WA, Parker CB, Herbas M, Hunter S, et al. Sleep during pregnancy: The nuMoM2b pregnancy and sleep duration and continuity study. *Sleep*. 2017;40(5).
10. Izci-Balserak B, Keenan BT, Corbitt C, Staley B, Perlis M, Pien GW. Changes in

Sleep Characteristics and Breathing Parameters During Sleep in Early and Late Pregnancy. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(7):1161–8.

11. McEvoy KM, Rayapati D, Washington Cole KO, Erdly C, Payne JL, Osborne LM. Poor postpartum sleep quality predicts subsequent postpartum depressive symptoms in a high-risk sample. *J Clin Sleep Med*. 2019;15(9):1303–10.
12. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med*. 2018;41(5):703–10.
13. Lewis BA, Gjerdingen D, Schuver K, Avery M, Marcus BH. The effect of sleep pattern changes on postpartum depressive symptoms. *BMC Womens Health*. 2018 Jan;18(1):12.
14. Bonadiman CSC, De Azeredo Passos VM, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20:191–204.
15. WHO. Mental health aspects of women’s reproductive health. *World Heal Organ*. 2017;13.
16. Campos BC De, Rodrigues OMPR. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Psico*. 2015;46(4):483.
17. Porto RAF, Maranhão TLG, Félix WM. Aspectos Psicossociais da Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Sistemática. *Id Line Rev Psicol*. 2017;11(34):219.
18. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):141–8.
19. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; What needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):25–35.

20. Zardinello D, Koch S. O Impacto Da Depressão Pós-Parto Materna Na Relação Mãe-Bebê E Os Efeitos Na Interação Da Díade: Uma Revisão Integrativa. *Rev Psicol em Foco*. 2020;17:28–44.
21. Dorheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*. 2009 Jul;32(7):847–55.
22. Osnes RS, Eberhard-Gran M, Follestad T, Kallestad H, Morken G, Roaldset JO. Mid-Pregnancy Insomnia and its Association with Perinatal Depressive Symptoms: A Prospective Cohort Study. *Behav Sleep Med*. 2021;19(3):285–302.
23. González-Mesa E, Cuenca-Marín C, Suarez-Arana M, Tripiana-Serrano B, Ibrahim-Díez N, Gonzalez-Cazorla A, et al. Poor sleep quality is associated with perinatal depression. A systematic review of last decade scientific literature and meta-analysis. *J Perinat Med*. 2019;47(7):689–703.
24. Roenneberg T, Wirz-Justice A, Mrosovsky M. Life between clocks: Daily temporal patterns of human chronotypes. *J Biol Rhythms*. 2003;18(1):80–90.
25. Roenneberg T. What is chronotype? *Sleep Biol Rhythms*. 2012;10(2):75–6.
26. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(JUNE):782–6.
27. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577–88.
28. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092–7.
29. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*. 2008;46(3):266–74.

30. Moreno AL, Desousa DA, De Souza AMFLP, Manfro GG, Salum GA, Koller SH, et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicol.* 2016;24(1):367–76.
31. Obeysekare JL, Cohen ZL, Coles ME, Pearlstein TB, Monzon C, Flynn EE, et al. Delayed sleep timing and circadian rhythms in pregnancy and transdiagnostic symptoms associated with postpartum depression. *Transl Psychiatry.* 2020;10(1):4–11.
32. Daghlas I, Lane J, Saxena R, Vetter C. Genetically Proxied Diurnal Preference, Sleep Timing, and risk of Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry.* 2021;26(e210959).
33. Selvi Y, Aydin A, Boysan M, Atli A, Agargun MY, Besiroglu L. Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiol Int.* 2010 Oct;27(9–10):1813–28.
34. Lambert GW, Reid C, Kaye DM, Jennings GL, Esler MD. Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *Lancet.* 2002;360(9348):1840–2.
35. Elson J, Salim R, Tailor A, Banerjee S, Zosmer N, Jurkovic D. Prediction of early pregnancy viability in the absence of an ultrasonically detectable embryo. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21(1):57–61.
36. Dubrovsky B. Neurosteroids, neuroactive steroids, and symptoms of affective disorders. *Pharmacol Biochem Behav.* 2006;84(4):644–55.
37. Rosa e Silva ACJS, Sá MFS de. Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo).* 2006;33(2):60–7.
38. American Psychological Association A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5.* Washington; 2013.
39. Polo-Kantola P, Aukia L, Karlsson H, Karlsson L, Paavonen EJ. Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(2):198–206.

40. D. G, C.L. G, K.A. L. Patterns of sleep disruption and depressive symptoms in new mothers. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2007;21(2):123–9.
41. Posmontier B. Sleep Quality in Women with and without Postpartum Depression. *J Obs Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(6):722–37.
42. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. *Temas em Psicol.* 2016;24(2):681–93.
43. Beutel ME, Klein EM, Aufenanger S, Brähler E, Dreier M, Müller KW, et al. Procrastination, distress and life satisfaction across the age range - A German representative community study. *PLoS One.* 2016;11(2):1–12.
44. Adachi Y, Sawa R, Ueda M, Shimai S. The relationship between sleep and subjective mental health at one month postpartum in Japanese women. *Japanese J Public Heal.* 2018;65(11):646–54.
45. Zhai L, Zhang H, Zhang D. SLEEP DURATION AND DEPRESSION AMONG ADULTS: A META-ANALYSIS OF PROSPECTIVE STUDIES. *Depress Anxiety.* 2015 Sep;32(9):664–70.
46. Cox RC, Olatunji BO. A systematic review of sleep disturbance in anxiety and related disorders. *J Anxiety Disord.* 2016;37:104–29.
47. Patel SR, Malhotra A, Gottlieb DJ, White DP, Hu FB. Correlates of Long Sleep Duration. *Sleep.* 2006;29(7):881–9.
48. Van Mill JG, Vogelzangs N, Van Someren EJW, Hoogendijk WJG, Penninx BWJH. Sleep duration, but not insomnia, predicts the 2-year course of depressive and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(2):119–26.
49. Wolfson AR, Crowley SJ, Anwer U, Bassett JL. Changes in sleep patterns and depressive symptoms in first-time mothers: last trimester to 1-year postpartum. *Behav Sleep Med.* 2003;1(1):54–67.
50. Okun ML, Hanusa BH, Hall M, Wisner KL. Sleep complaints in late pregnancy and the recurrence of postpartum depression. *Behav Sleep Med.* 2009;7(2):106–

- 17.
51. Yu Y, Li M, Pu L, Wang S, Wu J, Ruan L, et al. Sleep was associated with depression and anxiety status during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Oct;20(5):695–701.
52. Beebe KR, Lee KA. Sleep disturbance in late pregnancy and early labor. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007;21(2):103–8.
53. Kang MJ, Matsumoto K, Shinkoda H, Mishima M, Seo YJ. Longitudinal study for sleep-wake behaviours of mothers from pre-partum to post-partum using actigraph and sleep logs. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;56(3):251–2.

10 ANEXOS

10.1 Anexo 1: Munich ChronoType Questionnaire (MCTQ)

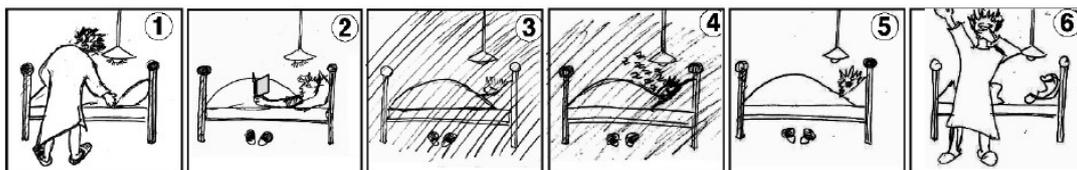
QUESTIONÁRIO DE CRONOTIPO DE MUNIQUE (MCTQ)

Responda todas as questões baseado no seu hábito de sono habitual. As respostas devem diferenciar os dias de trabalho dos dias livres, indicando o que ocorre na maioria dos dias e noites.

Você tem um horário regular de trabalho (também como dona(o) de casa, etc.)?

Sim Se responder "SIM": quantos dias por semana? 1 2 3 4 5 6 7

Não



Use a escala das 24 horas, por exemplo, 23:00 em vez de 11:00!!!

Nos dias de trabalho (incluindo a noite anterior ao primeiro dia de trabalho)

Figura 1: Vou para a cama às _____ horas.

Figura 2: Algumas pessoas permanecem algum tempo acordadas depois de se deitar!

Figura 3: Às _____ horas, estou pronto para ir dormir.

Figura 4: Necessito de _____ minutos para adormecer.

Figura 5: Acordo às _____ horas.

Figura 6: Passados _____ minutos, levanto-me.

Você usa um despertador nos dias de trabalho? Sim Não

Se responder "SIM", você acorda regularmente antes do alarme tocar? Sim Não

Fora dos dias de trabalho (incluindo a noite anterior ao primeiro dia de descanso ou lazer)

Figura 1: Vou para a cama às _____ horas.

Figura 2: Algumas pessoas permanecem um tempo acordadas depois que vão se deitar!

Figura 3: Às _____ horas, estou pronto para ir dormir.

Figura 4: Necessito de _____ minutos para adormecer.

Figura 5: Acordo às _____ horas.

Figura 6: Passados _____ minutos acordo.

Os horários que mencionou acima são dependentes do despertador mesmo fora dos dias de trabalho?

Sim Não

Há uma razão pela qual você não possa escolher livremente os seus horários de sono fora dos dias de trabalho? Criança ou animal doméstico Hobbies Outro motivo , por exemplo _____

Luz

Em média, quanto tempo por dia você passa exposto à luz do dia (ao ar livre)?

Nos Dias de Trabalho _____ horas _____ minutos

Fora dos dias de trabalho _____ horas _____ minutos

10.2 Anexo 2: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

A Sra. teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como está se sentindo nos últimos sete dias desde <DIA DA SEMANA ANTERIOR ATÉ HOJE> e não somente hoje:

MARQUE UM "X" NA RESPOSTA QUE A SENHORA ACHAR MELHOR

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

- (1) Como eu sempre fiz (2) Não tanto quanto antes
(3) Sem dúvida, menos que antes (4) De jeito nenhum

Eu tenho pensado no futuro com alegria.

- (1) Sim, como de costume (2) Um pouco menos que de costume
(3) Muito menos que de costume (4) Praticamente não

Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado.

- (1) Não, de jeito nenhum (2) Raramente
(3) Sim, às vezes (4) Sim, muito frequentemente

Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- (1) Sim, muito seguido (2) Sim, às vezes.
(3) De vez em quando (4) Não, de jeito nenhum.

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

- (1) Sim, muito seguido (2) Sim, às vezes
(3) Raramente (4) Não, de jeito nenhum

Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

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

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

- (1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, algumas vezes.
(3) Raramente (4) Não, nenhuma vez.

Eu tenho me sentido triste ou muito mal.

- (1) Sim, na maioria das vezes (2) Sim, muitas vezes.
(3) Raramente (4) Não, de jeito nenhum.

Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.

- (1) Sim, a maior parte do tempo (2) Sim, muitas vezes
(3) Só de vez em quando (4) Não, nunca

Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- (1) Sim, muitas vezes (2) Às vezes
(3) Raramente (4) Nunca

10.3 Anexo 3: Escala Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7)

C1. GOSTARIA DE CONVERSAR UM POUCO SOBRE COMO A SRA. TEM SE SENTIDO ULTIMAMENTE

Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência a senhora foi incomodada pelos problemas listados a seguir?

- | | |
|--|--|
| A. Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa | <input type="radio"/> Nenhuma vez
<input type="radio"/> Vários dias
<input type="radio"/> Mais da metade dos dias
<input type="radio"/> Quase todos os dias |
| B. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações | <input type="radio"/> Nenhuma vez
<input type="radio"/> Vários dias
<input type="radio"/> Mais da metade dos dias
<input type="radio"/> Quase todos os dias |
| C. Preocupar-se muito com diversas coisas | <input type="radio"/> Nenhuma vez
<input type="radio"/> Vários dias
<input type="radio"/> Mais da metade dos dias
<input type="radio"/> Quase todos os dias |
| D. Dificuldade de relaxar | <input type="radio"/> Nenhuma vez
<input type="radio"/> Vários dias
<input type="radio"/> Mais da metade dos dias
<input type="radio"/> Quase todos os dias |
| E. Ficar tão agitada que se torna difícil permanecer sentada | <input type="radio"/> Nenhuma vez
<input type="radio"/> Vários dias
<input type="radio"/> Mais da metade dos dias
<input type="radio"/> Quase todos os dias |
| F. Ficar facilmente aborrecida ou irritada | <input type="radio"/> Nenhuma vez
<input type="radio"/> Vários dias
<input type="radio"/> Mais da metade dos dias
<input type="radio"/> Quase todos os dias |
| G. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer | <input type="radio"/> Nenhuma vez
<input type="radio"/> Vários dias
<input type="radio"/> Mais da metade dos dias |

11 APÊNDICES

11.1 Apêndice 1: Questionário Geral

Confidential

Perinatal 2019
Page 1 of 72

Bloco H - Exame físico do recém-nascido

Record ID _____

Número do questionário _____

BLOCO H - EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

- O bebê nasceu vivo? Não
 Sim
485. Sexo do RN Masculino
 Feminino
486. Comprimento _____
(Usar ponto para casas depois da vírgula;
999=Ign)
487. Perímetro cefálico _____
(Usar ponto para casas depois da vírgula;
999=Ign)
488. Perímetro torácico _____
(Usar ponto para casas depois da vírgula;
999=Ign)
489. Circunferência abdominal _____
(Usar ponto para casas depois da vírgula;
999=Ign)
490. Capurro _____
(Usar ponto para casas depois da vírgula; 99=Ign)
- QUESTIONÁRIO GRUPO Intervenção
 Controle
 NSA

Bloco K - Dados Para Contato

Número do questionário _____

*****BLOCO K - DADOS PARA CONTATO*****

Neste momento, lembrar a mãe de que este é um estudo de acompanhamento e que nós gostaríamos de falar com ela de novo dentro de alguns meses. Para isso, precisamos de informações detalhadas de endereço e telefone. Lembrar que estes dados serão usados EXCLUSIVAMENTE para futuros contatos e apenas os coordenadores do projeto terão acesso a eles.

491. Repita aqui o nome completo da mãe do RN _____

492. Nome que a mãe pretende dar para o RN _____

((maiúsculas sem acento))

493. A Sra. mora onde em Rio Grande?

- Rio Grande, centro
 Rio Grande, bairro
 Cassino
 Bolaxa
 Povo novo
 Quinta
 Parque Marinha
 Ilha dos Marinheiros
 Outra área rural

Se Rio Grande bairro, qual? _____

(0=Se não mora em Rio Grande; 8=Não se aplica)

Se Rio Grande outra área rural, qual? _____

494. Qual o seu endereço completo? _____

(maiúsculas sem acento)

CEP _____

(Anotar CEP sem espaços ou traços)

495. Ponto de referência: _____

((maiúsculas sem acento))

496. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número? _____

(Anotar sem espaços ou traços; 99999999=Não tem telefone)

497. Alguém da casa tem telefone celular?

- Não
 Sim

498. Nome da pessoa: _____

((maiúsculas sem acento))

Relação com a mãe: _____

499. Se alguém tem, qual o número? _____

(99999999=Ign)

500. Há outra pessoa da casa ou próxima que tenha telefone?
 Não
 Sim

501. Nome da pessoa:

(maiúsculas sem acento)

502. Qual o número?

(99999999=Ign)

503. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar noutra casa?
 Vai morar na mesma casa
 Vai morar noutra lugar

504. SE VAI MUDAR DE ENDEREÇO:
Qual o endereço para onde a Sra. vai?
Bairro:

(maiúsculas sem acento)

505. Ponto de referência

(maiúsculas sem acento)

506. Número do novo telefone:

(99999999=Ign)

507. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do trabalho de outro familiar?
 Não/Não sabe
 Sim
(maiúsculas sem acento)

Endereço:

(maiúsculas sem acento)

Bairro:

(maiúsculas sem acento)

CEP:

(99999999=Ign)

508. Nome do empregado:

(maiúsculas sem acento)

Número do telefone:

(99999999=Ign)

Bloco A E B Parto Ate 99

Número do questionário: _____

*****BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO*****

1. Nome da entrevistadora

(Letras maiúsculas, sem acento)

1a. Número da entrevistadora

2. Local do nascimento do RN

- HU/FURG
 Santa Casa
 Domicílio
 Hospital de Cardiologia
 A caminho do hospital
 Outro

2a. Se outro local de nascimento, qual?

3. Qual o nome da Sra?

(Letras maiúsculas, sem acento)

4. A senhora teve filho que nasceu aqui em Rio Grande em 2007?

- Não
 Sim
 Ign

Em 2010?

- Não
 Sim
 Ign

Em 2013?

- Não
 Sim
 Ign

Em 2016?

- Não
 Sim
 Ign

5. Qual a data de nascimento do RN?

(IGN=11-11-2011)6. A que horas ele nasceu?
(Hora)_____
((99=IGN))

(minutos)

((99=IGN))

7. NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS NESTE PARTO

8. A Sra. tem Cartão do SUS?

- Não
 Sim e está com ele
 Sim, mas não trouxe
 Não sabe

9. SEXO DO RN:

- Masculino
 Feminino

10. PESO AO NASCER:

(9999=IGN)

11. APGAR NO 1º MINUTO: _____
(IGN=99)
12. APGAR NO 5º MINUTO: _____
(IGN=99)
13. USO DE PARTOGRAMA PARA ESTE PARTO?
 Não
 Sim
 Ign
- EPISIOTOMIA NO PARTO
 Não
 Sim
 NSA (cesariana)
 Ign
14. INÍCIO DA ENTREVISTA
 Data _____
 ((IGN= 11-11-2011))
- INÍCIO DA ENTREVISTA
 Hora _____
 ((IGN=23:59))

*****BLOCO B - PARTO E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO*****

Eu queria começar conversando sobre o seu parto...

15. (VERIFICAR NO REGISTRO SE O RN NASCEU VIVO).
 O bebê nasceu vivo? Sim
 Não
16. SE NASCEU MORTO: A morte do bebê aconteceu antes ou durante o trabalho de parto? Antes do trabalho de parto
 Durante o trabalho de parto
17. A Sra. tem alguma ideia de qual foi o problema ou o que possa ter causado a morte do nenê? Não
 Sim
18. E qual é a sua ideia? _____
19. Que nome a Sra. pretende dar para o nenê? _____
20. O que a Sra. sentiu para vir para o hospital?
 Sangramento Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido
- Contração ou dor do parto Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido
- Consulta estava agendada Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido
- Encaminhada pelo médico Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido
- Cesárea estava agendada Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido

- Bebê parou de se mexer
- Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido
- Por causa do tempo de gestação
- Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido
- *Perdeu água/líquido
- Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido
- Outro:
- _____
 (Não=0)
21. *SE PERDEU ÁGUA/LÍQUIDO: Antes de perder líquido, a Sra. já estava sentindo dor?
- Não
 Sim
 Ign
22. Quanto tempo levou para a Sra. ser atendida aqui no hospital?
 (Horas)
- _____
 ((88=NSA; 99=IGN))
- (Minutos)
- _____
 ((88=NSA; 99=IGN))
- A Sra. foi atendida na primeira vez que veio para o hospital?
- Não
 Sim
- SE NÃO: Quantas vezes a Sra. voltou para o hospital até conseguir ser atendida?
- _____

23. Quando o médico ou a enfermeira examinou a Sra. no hospital, estava tudo bem com o seu nenê?
- Não
 Sim
 Ign
 NSA (não foi examinada)
24. A Sra. sabe nos dizer o que havia de errado?
- Não
 Sim
 Ign
25. O que era?
- _____
 (Letras maiúsculas, sem acento.)
26. O médico ou a enfermeira ouviram o coração do nenê batendo dentro da sua barriga?
- Não
 Sim
 Ign
27. Mediram sua pressão?
- Não
 Sim
 Não sabe
28. Mediram sua barriga?
- Não
 Sim
 Não sabe
29. Fizeram exame com "bico de pato"?
- Não
 Sim
 Não sabe
30. Fizeram exame de toque vaginal quando a Sra. foi internada?
- Não
 Sim

31. Este exame doeu? Não
 Sim, um pouco
 Sim, muito
32. SE SIM: Por que a Sra. acha que doeu:
 Porque é normal doer? Não
 Sim,esp.
 Sim, ind
- Porque já estava doendo antes do exame Não
 Sim,esp.
 Sim, ind
- Porque o médico fez sem cuidado? Não
 Sim,esp.
 Sim, ind
- Outro: _____
 (Não=0)
33. Quantas vezes fizeram este exame de toque vaginal desde que a Sra. chegou ao hospital? _____
34. Este exame foi feito por diferentes pessoas/profissionais? Não
 Sim
- SE SIM: Quantos? _____
35. Foi feita a raspagem dos pêlos (pubianos/vagina) no hospital? Não
 Sim
 Ign
36. Foi feita lavagem intestinal? Não
 Sim
 Ign
37. Quando a Sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto? Não
 Sim
 Ign

38. Antes de iniciar o trabalho de parto...

- A. Foi colocado algum remédio por baixo? Não
 Sim
 Ign
- B. Foi preciso colocar soro? Não
 Sim
 Ign
- C. Foi preciso romper a bolsa? Não
 Sim
 Ign
- Depois que colocaram o as dores aumentaram? Não
 Sim
 Não lembra
39. SE SIM NA 38: A, B ou C:
 Porque foi preciso ajudar o nenê nascer... Não
 Sim,esp.
 Sim, ind
 IGN
- Passou do tempo?

- A pressão estava alta? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
 IGN
- Porque rompeu a bolsa? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
 IGN
- Sangue não combina? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
 IGN
- O nenê estava morto? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
 IGN
- Porque o médico quis? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
 IGN
- Parou o trabalho de parto? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
 IGN
- Por outra razão: _____
 (Não=0; IGN=9)

TRABALHO DE PARTO:

- ENTROU EM TRABALHO DE PARTO? Não
 Sim
40. Quando a Sra. estava em trabalho de parto, foi colocado soro na veia? Não
 Sim
41. Foi colocada medicação no soro para aumentar as contrações (dores do parto)? Não
 Sim
 Não sabe
42. Depois que colocaram esta medicação no soro as dores aumentaram? Não
 Sim
 Não sabe
43. E durante o trabalho de parto, a Sra. tinha muita dor? Não
 Sim, um pouco
 Sim, muita dor
- SE SIM: Eu quero saber se o hospital ofereceu alguns dos seguintes cuidados para aliviar esta dor?
- Chuveiro Não
 Sim e usou
 Sim, mas não quis usar
- Bola Não
 Sim e usou
 Sim, mas não quis usar

Massagem <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim e usou <input type="radio"/> Sim, mas não quis usar
Banquinho	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim e usou <input type="radio"/> Sim, mas não quis usar
Outro:	_____
	(Não=0)
44. A Sra. pediu por algum remédio ou outra coisa para aliviar a dor?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
45. Alguém da equipe negou ou deixou de oferecer algum tipo de alívio para a sua dor?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
46. Durante o trabalho de parto, a Sra. podia... Sair da cama?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, e eu saí <input type="radio"/> Sim, mas eu não quis sair
Andar pelo quarto?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, e eu andei <input type="radio"/> Sim, mas eu não quis andar
Andar pelo corredor?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, e eu andei <input type="radio"/> Sim, mas eu não quis andar
47. A Sra. teve que ficar em jejum?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Ign
48. Durante o trabalho de parto, alguém do hospital ofereceu líquidos, água, sucos, sopa ou algum tipo de alimento para a Sra.?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, e eu aceitei <input type="radio"/> Sim, mas eu não aceitei
49. A Sra. pediu algum líquido ou alimento durante o trabalho de parto?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, e eles trouxeram <input type="radio"/> Sim, mas eles não trouxeram
50. A Sra. sabe informar quanto tempo ficou em trabalho de parto, ou seja, sentindo as dores do parto aqui no hospital até o bebê nascer?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quanto tempo? (Horas)	_____
	((88=NSA; 99=IGN))
(Minutos)	_____
	((88=NSA; 99=IGN))
51. Antes do bebe nascer, o médico ficou de sobreaviso, ou seja ficou a disposição da Sra. até vir para o hospital?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
52. A Sra. teve (ou terá) de pagar à parte por ele ter ficado de sobreaviso?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe
53. SE SIM: Quanto a Sra. pagou (ou terá de pagar) ao médico por isto?	_____
	(Anotar o valor sem ponto ou vírgula)

ACOMPANHANTE PARA O PARTO

54. Quando a Sra. baixou/internou para ter o bebê, havia algum familiar/amigo com a Sra.?

- Não, eu estava sozinha
 Sim
 Ign

SEM SIM: Quantas pessoas estavam com a Sra.?

55. Quando a Sra. estava sentindo as dores do trabalho de parto, havia algum familiar/amigo com a Sra.?

- Não
 Sim
 Ign

56. E no momento do parto, na hora que o bebê nasceu, havia algum familiar/amigo junto com a Sra.?

- Não
 Sim
 Ign

57. SE NÃO NA 54, 55 OU 56: Por quê ninguém acompanhou a Sra.?

- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind

58. A maternidade não permitia

59. Só permitia maior de idade

- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind

60. Eu não sabia que podia

- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind

61. Eu não queria

- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind

62. Não tinha quem ficasse comigo

- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind

63. Tinha que pagar para o acompanhante

- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind

64. Outro:

(Não=0)

ASSISTÊNCIA DO PARTO
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o momento do parto...

65. Quem fez o parto?

- Médico
 Estudante
 Enfermeira
 Parteira
 Outro
 Não sabe

Que outro

(Letras maiúsculas, sem acento)

66. Foi feita anestesia nas costas para o parto?

- Não
 Sim
 Não sabe

67. Na hora do nascimento, quem atendeu o nenê na sala de parto?

- Pediatra
 Obstetra
 Anestesiologista
 Estudante
 Enfermeira
 Parteira
 Auxiliar/Técnico de Enfermagem
 Outro
 Não sabe

Que outro

(Letras maiúsculas, sem acento)

68. O parto foi normal ou cesariana?

- Normal
 Cesariana

69. A Sra. sabe o nome de quem fez o parto?

- Não
 Sim

Qual o nome dele(a)?

(Letras maiúsculas, sem acento)

70. No momento do parto, qual a posição do BEBÊ na sua barriga? Ele estava...

- De cabeça para baixo/encaixado/cafálica
 Sentado/pélvica
 De lado/transversal
 Outra
 Não sabe

71. Em que posição a Sra. estava quando teve o bebê?

- Deitada de costas com as pernas levantadas
 Deitada de lado
 Sentada/reclinada
 De quatro apoios
 De cócoras
 De pé
 Deitada: cesariana

72. SE OPÇÃO (1) DEITADA: Foi sugerida outra posição que não deitada com as pernas levantadas?

- Não
 Sim
 Não lembra

73. Quem recomendou esta posição?

- Ninguém, foi ela mesma quem quis
 Médico/enfermeira
 Marido ou companheiro
 Alguém da família
 Outro

Que outro?

(Letras maiúsculas, sem acento)

74. Na hora do parto, alguém empurrou sua barriga por cima para ajudar o bebê nascer?

- Não
 Sim

75. A Sra. sabe se foi feito episiotomia, que é um corte embaixo na hora do parto que ajuda o bebê a nascer?

- Não, não foi feita
 Sim, foi feita
 Não sabe
 Cesariana

76. SE SIM: A Sra. sabe se foi feita anestesia para este corte?

- Não
 Sim
 Não sabe

77. Esta anestesia foi feita (LER AS OPÇÕES):
- Antes do corte
 - Na hora de dar os pontos
 - Nos dois momentos
 - Não sabe
78. A Sra. foi avisada de que este corte poderia ser feito?
- Não
 - Sim
 - Não lembra
79. Além destes pontos feitos na episiotomia, houve necessidade de fazer/dar mais pontos?
- Não
 - Sim
 - Não sabe
- SE SIM: A Sra. se lembra se foi feito anestesia antes de dar estes pontos?
- Não
 - Sim
 - Não sabe
80. SE NÃO FEZ EPISIOTOMIA: Foi necessário dar algum ponto?
- Não
 - Sim
 - Não sabe
- SE SIM: A Sra. se lembra se foi feito anestesia antes de dar estes pontos?
- Não
 - Sim
 - Não sabe
81. Durante o parto, a Sra. se lembra se foi usado fórceps, um tipo de ferro para ajudar o bebê a nascer/a retirar o bebê da sua barriga?
- Não
 - Sim
 - Não lembra
82. A sra. fez laqueadura/ligou as trompas?
- Não
 - Sim
85. Quando foi decidido que seu parto seria cesariana?
- Não
 - Sim,esp.
 - Sim, ind
- Durante o pré-natal
- Logo que chegou ao hospital?
- Não
 - Sim,esp.
 - Sim, ind
- Pouco antes de ir pra sala de parto
- Não
 - Sim,esp.
 - Sim, ind
- Na sala de parto
- Não
 - Sim,esp.
 - Sim, ind
86. Quem decidiu pela cesariana?
- Mãe?
- Não
 - Sim,esp.
 - Sim, ind
- Médico
- Não
 - Sim,esp.
 - Sim, ind
- Marido
- Não
 - Sim,esp.
 - Sim, ind
- Outra pessoa:
- _____
- (Não=0)

87. Qual foi o motivo para fazer cesariana?

- Sofrimento fetal (redução batimentos cardíacos/fez cocô dentro da barriga da mãe);
- Desproporção feto-pélvica (bacia pequena/nenê muito grande);
- Distócia de apresentação (o nenê estava sentado/na posição errada);
- Hemorragia materna (teve sangramento);
- Parada de progressão (parou o trabalho de parto/pararam as dores);
- Eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta);
- Pós-maturidade (passou do tempo);
- Morte fetal (o nenê morreu);
- Diabetes materna (açúcar no sangue);
- Cesariana de repetição (já fez outra cesárea antes);
- Laqueadura tubária (para ligar trompas/para fazer desvio);
- Mãe pediu (a mãe queria que fosse feita cesariana);
- Médico quis (médico resolveu na hora que queria fazer cesariana);
- Cesariana programada (cesariana foi marcada previamente durante a gravidez);
- Outro motivo

Que outro motivo?

(Letras maiúsculas, sem acento)

88. SE RESPOSTA 12, 13 OU 14, PERGUNTE: Por que a Sra. pediu/o médico quis/cesariana foi programada?

(Letras maiúsculas, sem acento)

89. SE RESPOSTA 12: A Sra. decidiu pedir para fazer cesariana...

- Não
- Sim
- Não lembra

Durante as consultas de pré-natal?

Assim que chegou à maternidade?

- Não
- Sim
- Não lembra

Pouco antes de ir para a sala de parto?

- Não
- Sim
- Não lembra

Quando iniciou o trabalho de parto?

- Não
- Sim
- Não lembra

Já na sala de parto?

- Não
- Sim
- Não lembra

90. SE RESPOSTA 12: Quando a Sra. disse que queria fazer cesariana o médico...

- Aceitou na hora
- Disse que não faria, mas depois aceitou
- Recusou e tive de trocar de médico
- Não lembra

91. A Sra. já havia feito alguma outra cesariana?

- Não
- Sim
- NSA (primeiro parto)

Gostaria de saber a opinião da Sra. sobre o parto...

92. A Sra. acha que no parto normal a mulher...
- Tem muito sangramento? Não
 Sim
 Não sabe
- Tem pouca dor após o parto? Não
 Sim
 Não sabe
- Fica com a bexiga caída? Não
 Sim
 Não sabe
- O leite desce mais rápido? Não
 Sim
 Não sabe
- Tem mais dificuldade em cuidar sozinha do bebê? Não
 Sim
 Não sabe
- Pode ter relação sexual mais cedo? Não
 Sim
 Não sabe
- Pode ficar "diferente" para o sexo? Não
 Sim
 Não sabe
- Tem menos infecção vaginal? Não
 Sim
 Não sabe
- Tem maior risco de morrer no parto? Não
 Sim
 Não sabe
93. A Sra. acha que o parto normal é bom para quem?
Para...
- A mãe? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- O bebê? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Para os dois(mãe e bebê)? Não
 Sim, espontâneo
 Sim, induzido
- Nenhum dos dois? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
94. Sra. acha que a cesariana, é bom para quem?
- Para a mãe? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Para o bebê? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind

Para os dois?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind

Para nenhum dos dois?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind

95. A Sra. acha que a maioria dos médicos prefere fazer cesariana, parto normal ou tanto faz?

- cesariana
- parto normal
- tanto faz

SE PREFERE CESARIANA: Por que?

(Letras maiúsculas, sem acento)

96. E as mães, a Sra. acha que a maioria prefere cesariana, parto normal ou tanto faz?

- Cesariana
- Parto normal
- Tanto faz

SE PREFERE CESARIANA: Por que?

(Letras maiúsculas, sem acento)

97. A Sra. acha que a mulher tem o direito de escolher o tipo de parto quando baixa...

- Não
- Sim

Pelo SUS?

Pelo convênio?

- Não
- Sim

Ou somente quando o médico é particular?

- Não
- Sim

98. A Sra. gostaria de ter tido o seu filho por "PARTO NORMAL" "CESARIANA" (INVERTER)?

- Não
- Sim

Se sim, por que?

(Letras maiúsculas, sem acento)

99. Qual a principal razão para a senhora ter tido filho por, [partip16]?

(Letras maiúsculas, sem acento)

Bloco B e C - Pre Natal (ate 213)

Número do questionário _____

AGORA, EU GOSTARIA DE SABER SOBRE O SEU BEBÊ...

100. Logo depois que o bebê nasceu, ainda na sala de parto, a Sra. pegou/tocou nele? Não
 Sim
101. O/A [nomern16] teve ou está tendo algum problema de saúde? Não
 Sim
 Não sabe
102. O/A [nomern16] teve ou tem algum problema respiratório? Não
 Sim
 Não sabe
103. O/A [nomern16] precisou ficar no berçário ou na UTI? Não
 Sim, na UTI
 Sim, no berçário
 Sim, no alojamento
 Outro
 Não sabe
- Que outro? _____
(Letras maiúsculas, sem acento)
104. SE SIM: Qual o problema de saúde que o/a [nomern16] tem ou teve? _____
(Letras maiúsculas, sem acento)
- SE SIM: Qual o problema de saúde que o/a [nomern16] tem ou teve? _____
(Letras maiúsculas, sem acento)
105. Foi furada a orelha da [nomern16] para colocar brinco? Não
 Sim

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O TRATAMENTO DADO À SRA. DESDE O MOMENTO QUE CHEGOU NESTE HOSPITAL ATÉ AGORA

106. Desde que chegou ao hospital, em algum momento a Sra. se sentiu maltratada ou desrespeitada? Não
 Sim
 Ign
107. Algum profissional gritou ou xingou a Sra., fazendo com que se sentisse ameaçada ou humilhada? Não
 Sim
 Ign
108. Algum profissional debochou ou fez alguma piada da Sra.? Não
 Sim
 Ign
109. Algum profissional repreendeu a Sra. por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto? Não
 Sim
 Ign

110. A Sra. foi impedida de ser acompanhada por algum familiar ou amigo durante a internação?
- Não
 Sim
 Ign

AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE AMAMENTAÇÃO E USO DE BICO E MAMADEIRA

111. A Sra. já colocou o nenê no peito?
- Não
 Sim

112. Com quantas horas de vida a Sra. colocou o nenê no peito? (00:00=< de 1 h)

((99=IGN; 00=< 1h))

113. Por que o nenê não foi colocado no peito?
- Mãe HIV positivo
 Nenê foi para unidade intermediária
 Nenê foi para a UTI
 Outro

Que outro motivo?

(Letras maiúsculas, sem acento)

114. A Sra. pretende amamentar seu filho no peito?
- Não
 Sim

Se sim, até que idade? (meses)

((77=enquanto quiser; 78=enquanto tiver leite; 99=IGN))

115. A Sra. ou alguém que veio visitar [nomern16] trouxe bico/chupeta aqui para o hospital?
- Não
 Sim
 Não sabe

116. SE TROUXE BICO: Quem trouxe bico/chupeta para a [nomern16] aqui no hospital?
- A própria mãe
 O pai do RN
 A avó materna
 Avó paterna
 Outra pessoa

Que outra pessoa

(Letras maiúsculas, sem acento)

117. A Sra. pretende dar bico ou chupeta para o [nomern16]?
- Não
 Sim
 Não sabe

118. A Sra. acha que usar bico é bom, ruim ou indiferente?
- É bom
 É ruim
 É indiferente

119. Com quem aprendeu que usar bico é [abic16]?

(Letras maiúsculas, sem acento)

120. A Sra. pretende dar bico ou chupeta para o bebê dormir?
- Não
 Sim
 Ign

121. Desde que nasceu, seu filho já recebeu...
 Chá, água ou glicose (açúcar)?
- Não
 Sim
 Não sabe

SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu chás, água ou glicose?

(IGN=99)

122. Desde que nasceu, seu filho já recebeu...
Bico ou chupeta?
- Não
 Sim
 Não sabe
- SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu bico ou chupeta?
- _____ (IGN=99)
123. Desde que nasceu, seu filho já recebeu...
Mamadeira de leite?
- Não
 Sim
 Não sabe
- SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu mamadeira?
- _____ (IGN=99)

EU QUERO CONVERSAR AGORA SOBRE A MELHOR POSIÇÃO PARA O BEBÊ DORMIR

124. Como a senhora acha que o bebê deve dormir?
- De barriga para baixo
 De barriga para cima
 De ladinho
 Outra
 Não sabe
124. a) Por quê?
- _____ (Letras maiúsculas, sem acento)
125. Com quem a Sra. aprendeu sobre colocar o bebê para dormir nesta posição?
- Mãe/Avó materna do RN
 Avó paterna do RN
 Outro da família
 Médico
 Campanha
 Sozinha (ela mesma)
 Outra
- Que outra?
- _____ (Letras maiúsculas, sem acento)
126. SE NÃO "DE BARRIGA PRA CIMA": A Sra. aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima?
- Não
 Sim, com certeza
 Talvez
 Não sabe
- SE RESPONDEU "NÃO": Por que motivo a Sra. não aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima?
- _____ (Letras maiúsculas, sem acento)
127. Em alguma consulta de pré-natal, o médico ou a enfermeira orientou a Sra. sobre a posição que o bebê deve ser colocado para dormir?
- Não
 Sim
 Iqn
- SE SIM: Qual a posição que ele(a) recomendou?
- De barriga para baixo
 De barriga para cima
 De ladinho
 Outra
 Não sabe
128. Se o médico dissesse para a Sra. que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria?
- Não
 Sim
 Depende
 Não sabe

129. E se a enfermeira dissesse a mesma coisa, a senhora acreditaria?
- Não
 Sim
 Depende
 Não sabe
130. Se o médico ou a enfermeira dissesse pra Sra. que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga pra cima, a Sra. acreditaria?
- Não
 Sim
 Depende
 Não sabe
130. E se uma avó dissesse que a posição mais segura para o bebê dormir é de barriga para cima, a Sra. acreditaria?
- Não
 Sim
 Depende
 Não sabe
131. E se a sua mãe dissesse que esta é a posição mais segura, a Sra. acreditaria?
- Não
 Sim
 Depende
 Não sabe

EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O LOCAL DO BEBÊ DORMIR NOS PRIMEIROS MESES DE VIDA E GOSTARIA DE SABER SE A SRA. "CONCORDA", "DISCORDA" OU "NÃO SABE"

- A. Nos primeiros meses de idade, o bebê deve dormir no mesmo quarto dos pais
- Concordo
 Discordo
 Não sei
- B. Nos primeiros meses de idade, o bebê deve dormir na mesma cama com outra criança
- Concordo
 Discordo
 Não sei
- C. Nos primeiros meses de idade, o bebê deve dormir na mesma cama dos pais, principalmente no inverno, porque é muito frio.
- Concordo
 Discordo
 Não sei
- D. Nos primeiros meses de idade, é seguro o bebê dormir chupando bico ou chupeta.
- Concordo
 Discordo
 Não sei
- E. Nos primeiros meses de idade, não é seguro o bebê dormir sozinho.
- Concordo
 Discordo
 Não sei
- F. Nos primeiros meses de idade, é seguro o bebê dormir junto com os pais.
- Concordo
 Discordo
 Não sei
132. A Sra. já ouviu falar na campanha "Dormir de Barriga para Cima"?
- Não
 Sim
 Não lembra
132. a) O que era ensinado nesta campanha?
- Colocar a criança para dormir de barriga para cima
 Outra
 Não sabe

Que outra?

(Letras maiúsculas, sem acento)

132. b) SE RESPOSTA (1): Porque era ensinado colocar o bebê para dormir nesta posição?

- Para evitar a morte súbita do bebê
 Para evitar que o bebê viesse morrer
 Outra
 Não lembra

Que outra?

(Letras maiúsculas, sem acento)

133. A Sra. acredita que colocar o bebê para dormir de barriga para cima pode salvar a vida dele?

- Não
 Sim
 Não sabe

134. A Sra. pretende colocar o/a[nomern16] para dormir de barriga para cima?

- Não
 Sim
 Talvez
 Não sabe

135. Onde a Sra. pretende colocar seu bebê para dormir? (ouvir e marcar)

- Berço/cama separada, mas no mesmo quarto em que os pais/adultos dormem
 Berço/cama separada e em cômodo separado
 Na mesma cama que a mãe (dormir junto com a mãe)
 Na mesma cama que os pais (dormir junto com a mãe e o pai)
 Na mesma cama como irmão ou outra criança (dormir junto com outra criança)
 Outro
 Ign

SE OUTRO: Qual?

***** BLOCO C - PRÉ-NATAL E DOENÇAS DA GESTAÇÃO *****

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SUA GRAVIDEZ...

136. Qual foi a data da sua última menstruação?

(IGN=11-11-2011)

137. A Sra. tem certeza desta data?

- Não
 Sim
 Mais ou menos
 NSA (Não sabe a data)

138. A Sra. planejou ter esse filho ou engravidou sem querer?

- Planejou
 Sem querer
 Mais ou menos
 Ignorado

139. Antes de engravidar, quantos quilos a Sra. pesava?

(999=IGN Usar ponto. Não usar vírgula.)

140. A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez?

- Não
 Sim
 Ign

141. Onde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal?

- Posto de saúde
 Ambulatório do HU
 Ambulatório público (INAMPS, etc.)
 Convênio
 Médico particular
 Outro

Que outro?

142. SE FOI EM POSTO DE SAÚDE: Em qual posto de saúde a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal ?

(Letras maiúsculas, sem acento)

- Castelo Branco I
- Castelo Branco II
- Marluz
- Profilurb I
- São João
- São Miguel I -15
- São Miguel II - 13 e 14
- Bernadete
- Quinta
- Santa Rosa
- Povo Novo
- Domingos Petroline
- do PAM
- Cidade de Águeda
- Jardim Humaitá - (Aeroporto)
- CAIC
- Ilha dos Marinheiros
- Torotama
- Posto do Taim
- Posto Querência
- Posto Cassino
- Posto Vila Maria
- Posto Parque Marinha
- Posto 4 - Centro de Saúde
- Posto BGV
- Posto de Puericultura Rita Lobato
- Posto Santa Tereza
- Posto Junção
- Posto da barra
- Posto Quintinha
- Posto Parque São Pedro
- Posto Centro Social Urbano - Hidráulica
- Posto da Cohab IV
- Posto Materno Infantil
- Posto Torotama
- Posto Pesqueiro
- Posto Casa da Criança Dr. Augusto Duprat
- Posto SAMOHP
- Posto da Capilha
- Posto da Palma
- Posto Dr. Luis Gonzaga
- Posto Nossa Senhora de Fátima
- Posto do Bairro Municipal
- Posto da Colônia de Pescadores
- Posto do Recreio
- Presídio
- Bolacha
- Castelo

143. A senhora sabe se neste Posto de Saúde onde a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal tem equipe da Saúde da Família?

- Não
- Sim
- NSA
- Ign

143. a) Em alguma dessas consultas a Sra. foi atendida por algum médico do programa Mais Médicos?

- Não
- Sim
- Ign

144. SE FOI EM CONVÊNIO: Qual era o seu convênio?
- Unimed
 Ipê
 Bradesco
 Notre Dame
 Cassi
 Sul América
 Centro clínico
 Outro
 Ign
- Que outro convênio?
- _____
 (Letras maiúsculas, sem acento)
145. Qual o nome do médico ou enfermeira que atendeu a Sra. na maioria destas consultas?
- _____
 (Letras maiúsculas, sem acento)
146. A Sra. sabe se esta pessoa era médico ou enfermeiro?
- Era médico
 Era enfermeira
 Não sabe
147. PESSOA RESPONSÁVEL PELO CONTROLE DE QUALIDADE: LIGAR PARA O POSTO DE SAÚDE E PERGUNTAR SE ESTE PROFISSIONAL É DA ESTRATÉGIA/PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
- Sim
 Não
 IGN
 NSA
148. Nestas consultas de pré-natal a Sra. foi atendida:
- Somente por médico?
- Não
 Sim
 Não sabe
- Somente por enfermeira?
- Não
 Sim
 Não sabe
- Por médico e por enfermeira?
- Não
 Sim
 Não sabe
149. SE FOI ATENDIDA POR MÉDICO E ENFERMEIRA:
- Quantas consultas a Sra fez com o médico?
- _____
 (99=Ign)
- E com a enfermeira?
- _____
 (99=Ign)
150. Durante o pré-natal, a Sra. foi atendida...
- Pelo mesmo médico?
- Não, por mais de um
 Sim, pelo mesmo
 NSA
- Pela mesma enfermeira?
- Não, por mais de um
 Sim, pelo mesma
 NSA
151. Quantas consultas de pré-natal a Sra. fez?
- _____
 (99=Ign)
152. Algumas destas consultas que a Sra. fez foi por algum problema de saúde da Sra.?
- Não
 Sim
- Em quantas destas consultas foi tratado somente da sua doença?
- _____
 (00=Nenhuma; 99=Ign)
153. A Sra. gostaria de ter feito mais consultas de pré-natal?
- Não
 Sim

Por que gostaria de ter feito mais consultas de pré-natal?	<hr/>
	(Letras maiúsculas, sem acento)
153. a) Por que não fez mais consultas de pré-natal...	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Não sabia que estava grávida/descobriu tarde	
Não tinha tempo	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Não achava importante/Não precisava	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Querida esconder a gravidez	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Não conseguiu mais consulta	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Não tinha com quem deixar os filhos	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Não tinha quem a acompanhasse	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Não tinha dinheiro para o transporte	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Não podia faltar ao trabalho	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim, esp.
	<input type="radio"/> Sim, ind
Outro	<hr/>
	(00=Não)
154. Em que mês da gravidez a Sra. fez a 1ª. consulta de pré-natal?	<hr/>
	(99=Ign)

Agora eu gostaria de perguntar sobre as visitas na sua casa

155. a) Durante a gestação de , alguma vez a Sra. recebeu visita na sua casa...	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim
	<input type="radio"/> Não sabe
Do agente comunitário de saúde?	
Do médico do posto de saúde?	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim
	<input type="radio"/> Não sabe
Da enfermeira do posto de saúde?	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim
	<input type="radio"/> Não sabe

Em que mês da gestação fez o 1º exame HIV?	_____
	((88=NSA; 99=Não sabe))
E o 2º exame HIV, em que mês fez?	_____
	((88=NSA; 99=Não sabe))
E o último exame anti HIV, com quantos meses estava?	_____
	(IGN=99)
159. A Sra. fez teste rápido para sífilis durante esta gravidez?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> NSA <input type="radio"/> Ign
Fez quantos exames?	_____
	(IGN=99)
Quantos foram positivos?	_____
	(IGN=99)
Em que mês de gestação fez o 1º exame?	_____
	(IGN=99)
E o 2º exame, em que mês fez?	_____
	(IGN=99)
Em que mês fez o último exame?	_____
	(IGN=99)
160. A Sra. fez algum outro exame para sífilis (VDRL) durante a gravidez?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> NSA <input type="radio"/> Ign
Fez quantos exames?	_____
	(IGN=99)
Quantos foram positivos?	_____
	(IGN=99)
Em que mês de gestação fez o 1º exame?	_____
	(IGN=99)
E o 2º exame, em que mês fez?	_____
	(IGN=99)
E em que mês fez o último exame?	_____
	(IGN=99)
161. A Sra. chegou a fazer tratamento para sífilis?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe/Não lembra
163. A Sra. lembra qual medicação usou para tratar sífilis?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, espontâneo (Benzetacil/Penicilina) <input type="radio"/> Sim, induzido (Benzetacil/Penicilina) <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Não sabe/Não lembra
Qual outro remédio usou?	_____

164. Há quanto tempo a Sra. iniciou o tratamento para sífilis?

ANOS

Há quanto tempo.... MESES

Há quanto tempo... SEMANAS

165. Quantas vezes a Sra. fez a medicação para sífilis?

166. Qual o intervalo de tempo entre as doses?

MESES

Qual o intervalo? DIAS

167. Onde a Sra. fez o tratamento para a sífilis?

- Posto de saúde
- Ambulatório do HU
- Ambulatório público (INAMPS, etc)
- Convênio
- Médico particular
- Outro

Onde?

168. A Sra. fez exame de sangue para acompanhar o tratamento da sífilis?

- Não
- Sim
- Ign

169. Quantos exames de sangue a Sra. fez?

170. Durante quanto tempo a Sra. fez estes exames?

ANOS

Quanto tempo... MESES

((Se menos de 1 mês = 00))

Depois do tratamento, a Sra. fez algum exame para saber se estava curada da sífilis?

- Não
- Sim
- Não sabe/Não lembra

171. O seu companheiro também fez tratamento para sífilis?

- Não
- Sim
- Não sabe/não lembra
- Não tem companheiro

Por que seu companheiro não fez tratamento para sífilis?

- Ele não tem sífilis
- Ele não quis fazer
- Não sabia que o companheiro precisava fazer
- Não quis contar para ele sobre a infecção
- Porque dói
- Outro

Qual o outro motivo?

173. Por que a Sra. não fez tratamento para sífilis?

- Não quis
- Não sabia que precisava fazer
- Porque dói
- Outro

Outro motivo:

174. A Sra, fez exame para sífilis quando chegou no hospital?
- Não
 Sim
 Não sabe/Não lembra
175. O resultado deu positivo?
- Não
 Sim
 Não sabe
176. A Sra. fez algum exame de ultrassom durante a gravidez?
- Não
 Sim
 NSA
 Ign
- SE SIM: Quantos?
- _____
- (IGN=99)
177. SE SIM: Com quantos meses de gravidez a Sra. estava quando fez o primeiro ultrassom?
- _____
- ((99=IGN; 00=NSA))
- SE SIM: Com quantas semanas de gravidez a Sra. estava quando fez o primeiro ultrassom?
- _____
- ((99=IGN; 00=NSA))
178. Por que a Sra fez ultrassom? Fez para saber...
 Com quanto tempo de gestação estava?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Se o bebê estava bem?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- O sexo do bebê
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind

Agora vamos falar sobre HPV e exame de cólo de útero

179. A Sra. já ouviu falar na vacina do HPV?
- Não
 Sim
 Ign
180. A Sra. sabe para que serve esta vacina?
- Não
 Sim
 Ign
181. A sra. poderia me dizer para que serve esta vacina?
- Previne câncer
 Outra resposta
 Ign
182. Alguma vez a sra. já fez a vacina do HPV?
- Não
 Sim
 Ign
- Se sim: quantas vezes?
- _____
183. SE SIM: Há quanto tempo a sra. fez a última vacina do HPV?
 ANOS
- _____
- Há quanto tempo hpv... MESES
- _____

184. Por qual motivo a sra. não fez a vacina do HPV?
- Não sabia que precisava fazer
 Não tinha a idade mínima para fazer a vacina
 Não havia vacina nos serviços de saúde onde foi
 Outro motivo
- Outro motivo para não fazer vacina: _____
185. Durante esta gravidez a Sra. chegou a fazer exame para prevenir câncer no útero (colo do útero, Papanicolaou ou CP)?
- Não
 Sim
 Ign
186. SE SIM: Este exame deu alterado?
- Não
 Sim
 Ign
187. SE SIM: O que o médico pediu que a Sra. fizesse?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Repetisse o exame dentro de seis meses?
- Tratasse com comprimido, creme, etc.?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Solicitou outros exames (biópsia, etc.)?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Encaminhou para o médico especialista?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Outro: _____
- (0=Não)
188. SE ENCAMINHOU PARA O MÉDICO ESPECIALISTA: O que o especialista pediu que a Sra. fizesse?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Repetisse o exame dentro de seis meses?
- Tratasse com comprimido, creme, etc.?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Realizou biópsia?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Realizou colposcopia?
- Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
189. SE REALIZOU BIÓPSIA: A Sra ficou sabendo do resultado da biópsia?
- Não
 Sim
 Ign
190. SE SIM: A Sra. se lembra qual foi o resultado desta biópsia?
- NIC 1
 NIC 2
 NIC 3
 Câncer
 Outro
- Que outro resultado da biópsia?
- _____
 (Letras maiúsculas, sem acento)

191. SE NÃO FEZ: Porque a Sra. não fez este exame durante a gravidez?

- ESTAVA COM EXAME EM DIA
 NÃO SABIA QUE TINHA QUE FAZER
 SENTIU MEDO/VERGONHA
 MÉDICO DISSE QUE NÃO PRECISAVA
 OUTRA

Que outro motivo para não ter feito este exame?

(Letras maiúsculas, sem acento)

192. Antes desta gravidez, alguma vez a Sra. fez este exame para prevenir câncer no útero/colo do útero?

- Não, nunca fez
 Sim
 Não lembra

193. SE SIM: Há quanto tempo a Sra. fez o último exame? (anos)

((99=IGN; 00=NSA))

SE SIM: Há quanto tempo a Sra. fez o último exame? (Meses)

((99=IGN; 00=NSA))

Durante as consultas de pré- natal o médico ou a enfermeira alguma vez...

- Não
 Sim
 Ign

194. Perguntou a data da última menstruação?

195. Verificou o seu peso?

- Não
 Sim
 Ign

196. Mediu a sua barriga (altura uterina)?

- Não
 Sim
 Ign

197. Escutou o coração do bebé?

- Não
 Sim
 Ign

198. Mediu sua pressão?

- Não
 Sim
 Ign

199. Examinou seus seios?

- Não
 Sim
 Ign

200. Fez exame ginecológico/exame por baixo"?

- Não
 Sim
 Ign

201. Receitou remédio para anemia (sulfato ferroso)?

- Não
 Sim
 Ign

202. Receitou vitaminas?

- Não
 Sim
 Ign

203. Orientou sobre amamentação?

- Não
 Sim
 Ign

Orientou sobre sífilis?

- Não
 Sim
 Ign

204. Perguntou se estava usando algum remédio? Não
 Sim
 Ign
205. Orientou sobre uso de remédios? Não
 Sim
 Ign
206. Perguntou se a senhora fumava? Não
 Sim
 Ign
- Orientou sobre a posição do bebê dormir? Não
 Sim
 Ign
207. Orientou sobre exercícios físicos/caminhadas? Não
 Sim
 Ign
208. SE SIM: Disseram que a Sra... NÃO DEVERIA FAZER EXERCÍCIO
 DEVERIA FAZER EXERCÍCIOS
 DEVERIA FAZER MAIS EXERCÍCIOS
 DEVERIA FAZER MENOS EXERCÍCIO
209. Durante o pré-natal, a Sra. tomou vacina contra o tétano? Não
 Sim
 Já estava vacinada
 Ign
210. SE SIM: Quantas doses de vacina contra o tétano a Sra. fez/recebeu? _____
((7=dose de reforço; 9=IGN))
211. Quantos quilos a Sra. pesava no início desta gravidez? _____
((999=IGN) Não utilizar vírgula)
212. Quantos quilos a Sra. pesou agora no final desta gravidez? _____
((999=IGN) Não utilizar vírgula)
213. Este peso do final da gravidez foi quanto tempo antes do parto? (DIAS) _____
(0 se não se aplica; 99 se ignorado)
- Este peso do final da gravidez foi quanto tempo antes do parto? (SEMANAS) _____
(0 se não se aplica; 99 se ignorado)
- Este peso do final da gravidez foi quanto tempo antes do parto? (MESES) _____
(0 se não se aplica; 99 se ignorado)

Bloco C - Doencas na gestacao (ate 304)

Número do questionário: _____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ÁCIDO FÓLICO

214. A Sra. já ouviu falar em ácido fólico? Não
 Sim
 Não lembra
215. A Sra. começou a tomar ácido fólico antes desta gravidez? Não
 Sim
- SE SIM: Quantos meses antes? _____
(00=menos de um mês; 99=ign)
216. A Sra. tomou ácido fólico durante esta gestação? Não
 Sim
 Não lembra
217. SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra começou a tomar ácido fólico? _____
(77=já estava tomando;99=IGN)
- SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra Parou de tomar ácido fólico? _____
(99=IGN)

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SULFATO FERROSO OU MEDICAMENTO CONTENDO FERRO

218. A Sra. já ouviu falar em sulfato ferroso ou medicamento contendo ferro? Não
 Sim
 Não lembra
219. A Sra. tomou sulfato ferroso durante esta gestação? Não
 Sim
 Não lembra
- SE SIM: Em que mês da gravidez a Sra.... _____
(99=IGN)
- Começou a tomar sulfato ferroso? _____
- Parou de tomar sulfato ferroso? _____
(99=IGN)
220. A Sra. utilizou algum tipo de vitamina no lugar do sulfato ferroso nesta gestação? Não
 Sim
 Ign
- Qual o nome desta vitamina? _____
- Durante esta gravidez... Não
 Sim
 Ign
221. A Sra. teve pressão alta? Não
 Sim
 Ign
222. SE SIM: A senhora chegou a tratar? Não
 Sim
 Ign

- Amarelado Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Esverdeado Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Que outra cor era a a maioria destes corrimentos?

 (00=Não)
236. Este(s) corrimento(s) tinha(m) cheiro ruim?
 Não
 Sim, sempre
 Sim, às vezes
 Ign/Não lembra
237. Quando a senhora estava com corrimento, o que a senhora sentia/tinha?
 COCEIRA:
 NÃO
 SIM, ESP.
 SIM, IND.
 IGN
- ARDÊNCIA PARA URINAR
 NÃO
 SIM, ESP.
 SIM, IND.
 IGN
- DOR DURANTE RELAÇÕES SEXUAIS
 NÃO
 SIM, ESP.
 SIM, IND.
 IGN
238. Durante esta gravidez, alguma vez a senhora fez tratamento para este(s) corrimento(s)?
 Não, nunca
 Sim
- Com que tratou?

 (Letras maiúsculas, sem acento)

AGORA GOSTARIA DE CONVERSAR SOBRE PERDA DE URINA...

239. Durante esta gestação a senhora alguma vez perdeu urina sem querer?
 Não
 Sim
 Não sabe
240. SE SIM: Em que mês de gravidez começou essa perda de urina?

 ((88=NSA; 99=IGN))
241. Nos últimos 3 meses da gravidez, a senhora alguma vez perdeu urina sem querer?
 Não
 Sim
 Não sabe
- Agora eu gostaria de saber se a senhora perde urina...
 Não
 Sim
242. Antes de chegar ao banheiro?
 Não
 Sim
243. Quando dorme?
 Não
 Sim
244. Quando tosse ou espirra?
 Não
 Sim

245. Quando faz força? Não
 Sim
246. Quando faz exercício físico? Não
 Sim
247. O tempo todo? Não
 Sim
248. Durante o pré-natal a senhora contou para o seu médico sobre o problema de perda de urina sem querer? Não
 Sim
 Ign
258. SE NÃO: Por que a Sra. não comentou com ele?:
Vergonha Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Achava que não era importante Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Achava que ia passar Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Não incomodava muito Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Outros motivos: _____
(00=Não)
250. A Sra. recebeu alguma orientação sobre como lidar com este problema de perda de urina? Não
 Sim
251. SE SIM: O que o médico lhe recomendou?
Usar produtos de proteção e higiene pessoal? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Urinar mais vezes, tomar menos líquido? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Receitou algum tipo de medicamento? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- Para fazer fisioterapia? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- O médico recomendou algum tipo de exercício? Não
 Sim, esp.
 Sim, ind
- SEM SIM: qual exercício? _____
252. A Sra., alguma vez, faltou ao trabalho por causa deste problema de perda de urina? Não
 Sim
 Não lembra
253. Durante esta gestação de [nomern16] a Sra... Não
 Sim
254. Teve dor para urinar? Não lembra

255. Teve sangue na urina?
 Não
 Sim
 Não lembra
256. A urina estava escura?
 Não
 Sim
 Não lembra
257. Tinha pus na urina?
 Não
 Sim
 Não lembra
258. A urina estava com mau cheiro?
 Não
 Sim
 Não lembra
259. Tinha ardência para urinar?
 Não
 Sim
 Não lembra
260. Depois de urinar, a Sra. continuava com vontade de urinar mais ainda?
 Não
 Sim
 Não lembra
262. A Sra. tinha febre?
 Não
 Sim
 Não lembra
263. SE SIM: Mediu com termômetro?
 Não
 Sim
 Não lembra
265. Durante esta gestação a Sra. fez exame para saber se tinha infecção urinária?
 Não
 Sim
 Não lembra
266. Quantos exames de urina a senhora fez?

((99=IGN / 88=NSA))
267. SE FEZ EXAME: A Sra. se lembra em que mês de gravidez fez o primeiro exame?
 Não, não lembra
 Sim
- SE SIM, Em que mês da gravidez?

((99=IGN / 88=NSA))
268. SE FEZ MAIS DE UM EXAME: A Sra. lembra em que mês da gravidez foi feito o 2º exame de urina?
 Não, não lembra
 Sim
- SE SIM, Em que mês foi?

((99=IGN / 88=NSA))
269. SE FEZ MAIS DE DOIS EXAMES: E o último exame de urina em que mês foi feito?

((99=IGN / 88=NSA))
270. SE SIM: Algum destes exames deu positivo, ou seja, deu que a Sra. estava com infecção urinária?
 Não
 Sim
 Não lembra
- SE SIM, Em quantos exames?

(IGN=99)

271. SE SIM: Em alguma dessas vezes o médico receitou algum antibiótico para tratar esta infecção?

- Não
 Sim
 Ign

SE SIM, Quantas vezes?

 (IGN=99)

272. SE SIM: A Sra. lembra o nome deste/s antibiótico/s?

- Não
 Sim

273. SE SIM: Qual era o nome?

Antibiótico 1

Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou?

 ((99=Não sabe))

Antibiótico 2

Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou?

 ((99=Não sabe))

Antibiótico 3

Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou?

 ((99=Não sabe))

274. A Sra. teve de ser hospitalizada por causa de infecção na urina nesta gestação?

- Não
 Sim
 Ign

EU GOSTARIA DE CONTINUAR CONVERSANDO SOBRE A SAÚDE DA SRA...

275. A Sra. tem, ou já teve, asma ou bronquite?

- Não
 Sim, tem
 Sim, já teve

276. A Sra. esteve internada alguma vez durante esta gravidez?

- Não
 Sim

SE SIM, Quantas vezes?

 ((99=IGN))

277. Qual foi o problema?

 (00=Nenhuma; 99=Ign)

Problema 1

Problema 2

 (00=Nenhuma; 99=Ign)

Problema 3

 (00=Nenhuma; 99=Ign)

278. A Sra. usou algum remédio durante a gravidez?

- Não
 Sim
 Ign

279. Agora quero que a Sra. diga todos os remédios que usou durante a gravidez, sem esquecer daqueles usados para enjoo, azia, anemia, tratamento de infecção urinária, infecção por baixo, pressão alta ou diabetes.

Remédio 1

Em que mês da gravidez a Sra. estava quando iniciou com este remédio?

(Marque nome do remédio e 88=NSA e 99=IGN)

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

Em que mês da gravidez a senhora estava quando parou com este remédio?

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

Remédio 2

Em que mês da gravidez a senhora estava quando iniciou com este remédio?

(Marque nome do remédio e 88=NSA e 99=IGN)

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

Em que mês da gravidez a senhora estava quando parou com este remédio?

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

Remédio 3

Em que mês da gravidez a senhora estava quando iniciou com este remédio?

(Marque nome do remédio e 88=NSA e 99=IGN)

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

Em que mês da gravidez a senhora estava quando parou com este remédio?

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

Remédio 4

Em que mês da gravidez a senhora estava quando iniciou com este remédio?

(Marque nome do remédio e 88=NSA e 99=IGN)

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

Em que mês da gravidez a senhora estava quando parou com este remédio?

Remédio 5

Em que mês da gravidez a senhora estava quando iniciou com este remédio?

(Marque nome do remédio e 88=NSA e 99=IGN)

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

Em que mês da gravidez a senhora estava quando parou com este remédio?

(Marque o mês de gravidez; 88=NSA;77=ainda toma;00=já tomava)

280. Algum destes remédios a Sra. conseguiu na farmácia popular?

- Não
 Sim
 Ign

SE SIM: Quantos?

AGORA, VAMOS CONVERSAR SOBRE PARTO PREMATURO, QUANDO O BEBÊ NASCE ANTES DA HORA

281. A Sra. tomou injeção de corticóide para amadurecer o pulmão de [nomern16]? Não
 Sim
 Não sabe/Não Lembra
282. SE SIM: Quantas doses de corticóide a Sra. tomou? _____
 (9=IGN)
283. A Sra. tomou algum hormônio (progesterona) para o bebê não nascer antes da hora? Não
 Sim
 Não sabe/Não lembra

EU QUERO AGORA CONVERSAR COM A SRA. SOBRE GRIPE, INCLUSIVE GRIPE SUÍNA

284. Durante esta gravidez a Sra. teve febre? Não
 Sim
285. SE SIM: A Sra. mediu com termômetro? Não
 Sim
- Junto com a febre a Sra. tinha:
286. Tosse? Não
 Sim
 Não lembra
287. Dor de garganta? Não
 Sim
 Não lembra
288. Dor de cabeça? Não
 Sim
 Não lembra
289. Dores nas juntas? Não
 Sim
 Não lembra
290. Dores no corpo? Não
 Sim
 Não lembra
291. Cansaço? Não
 Sim
 Não lembra
292. Falta de apetite? Não
 Sim
 Não lembra
293. Falta de ar? Não
 Sim
 Não lembra
294. Calafrios/tremedeira? Não
 Sim
 Não lembra

295. Manchas vermelhas na pele?
 Não
 Sim
 Não lembra
296. A Sra. consultou com médico por causa desse problema?
 Não
 Sim
297. O médico confirmou para a Sra. que era gripe?
 Não
 Sim
298. A Sra. precisou internar por causa da gripe?
 Não
 Sim
299. Durante esta gestação a Sra. tomou vacina contra a gripe?
 Não
 Sim
 Ign
300. SE SIM: A Sra. tomou essa vacina no...
 POSTO DE SAÚDE
 AMBULATÓRIO (HU/SC/PAN/INPS)
 CONSULTÓRIO MÉDICO OU CLÍNICA PARTICULAR
 OUTRO
- Que outro local tomou a vacina?

(Letras maiúsculas, sem acento)
301. A Sra. teve que pagar por esta vacina?
 Não
 Sim
302. Com quantos meses de gravidez a Sra. estava quanto tomou a vacina?

(IGN=99)
- SE NÃO TOMOU: Por que não tomou?

Bloco C, D, E - Habitos De Vida (ate 424)

Número do questionário _____

VAMOS FALAR AGORA SOBRE DOR NAS COSTAS

305. Nos últimos 12 meses a Sra. teve dor em algumas das seguintes regiões das costas: (PEDIR PARA ELA APONTAR NA FIGURA 1)

- Não
 Sim

REGIÃO VERDE:

REGIÃO AZUL

- Não
 Sim

REGIÃO VERMELHA:

- Não
 Sim

306. SE SIM Região Vermelha: Esta dor começou antes ou durante a gravidez?

- Antes
 Durante
 Ign

307. SE ANTES: Esta dor piorou durante a gravidez?

- Não
 Sim
 Ign

308. SE ANTES: Esta dor desapareceu durante a gravidez?

- Não
 Sim
 Ign

309. SE DURANTE: Em que mês da gravidez esta dor começou?

310. SE DURANTE: Esta dor desapareceu durante a gravidez?

- Não
 Sim
 Ign

311. A Sra. sentia essa dor sempre ou de vez em quando aliviava?

- Tinha dor sempre
 De vez em quando aliviava
 Não sabe

312. A Sra. teve que faltar ao trabalho por causa desta dor?

- Não
 Sim
 Ign

313. SE SIM: Quantas vezes a Sra. faltou ao trabalho?

(99=Ign)

314. Em uma escala de 0 a 10, de quanto era a sua dor, considerando que "0" significa não ter dor (ausência de dor) e 10 significa dor muito forte.

_____ ((PEDIR QUE APONTE NA FIGURA 2 E DEPOIS ANOTE.)

315. Durante a gravidez, a Sra. sentiu dor nesta região? (MOSTRAR A FIGURA 1 E INDICAR A REGIÃO LARANJA PARA RESPONDER)

- Não
 Sim
 Ign

316. Durante a gravidez a Sra. sentiu dor nesta região? MOSTRAR A FIGURA 3 E INDICAR A REGIÃO LARANJA PARA RESPONDER)

- Não
 Sim
 Ign

317. Em que mês da gravidez estas dores começaram?

((IGN=99))

318. A Sra. sentia essas dores sempre ou de vez em quando aliviava?

- Tinha dor sempre
- De vez em quando aliviava
- Não sabe

319. Em uma escala de 0 a 10, de quanto era a sua dor, considerando que "0" significa não ter dor (ausência de dor) e 10 significa dor muito forte.

((PEDIR QUE APONTE NA FIGURA 2 E DEPOIS ANOTE.))

O NOSSO ASSUNTO AGORA É SAÚDE ORAL

320. Faz quanto tempo que a Sra. foi ao dentista pela última vez? (ANOS)

((00=menos de 1 ano; 77=se nunca foi ao dentista))

Faz quanto tempo que a Sra. foi ao dentista pela última vez? (MESES)

((00=menos de 1 mês; 77=se nunca foi ao dentista))

321. A Sra. foi ao dentista durante esta gravidez?

- Não
- Sim
- Ign

322. SE SIM: Por que motivo a Sra. foi ao dentista? A Sra....

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind
- Ign

Estava com dor de dente?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind
- Ign

Estava com infecção na gengiva?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind
- Ign

Tinha sangramento na gengiva?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind
- Ign

A Sra. tinha cárie para restaurar?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind
- Ign

Tinha dente para extrair?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind
- Ign

Foi para fazer revisão?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind
- Ign

Foi encaminhada pelo médico?

- Não
- Sim, esp.
- Sim, ind
- Ign

323. SE NÃO FOI: Nos últimos seis meses (DESDE MÊS "X") a Sra...
- Estava com dor de dente? Não
 Sim
 Não sabe
- Estava com sangramento na gengiva? Não
 Sim
 Não sabe
- Infecção na gengiva? Não
 Sim
 Não sabe
- Outro problema? _____
(0=Não)
324. A) A Sra. range os dentes durante o sono pelo menos uma vez na semana? Não
 Sim
 Ign
- B) A Sra. sente dor ou cansaço na mandíbula (queixo) ao acordar? Não
 Sim
 Ign
- C) A Sra. sente dor de cabeça ao acordar? Não
 Sim
 Ign
- D) Há quanto tempo a Sra. sente esta dor? (meses) _____
- E) Com que frequência a Sra. sente esta dor? Todos os dias
 Pelo menos uma vez por semana
 Pelo menos uma vez por mês
 De vez em quando
325. Na última vez que a Sra. foi ao dentista a Sra. teve de pagar? Não
 Sim
326. SE SIM: Quanto a Sra. pagou nesta última vez? (R\$) _____
(Anotar valor inteiro, sem ponto ou vírgula)

O NOSSO ASSUNTO AGORA É A PASTORAL DA CRIANÇA

327. A Sra. já ouviu falar na Pastoral da Criança? Não
 Sim
 Ign
328. E na líder da Pastoral, a Sra. já ouviu falar? Não
 Sim
 Ign
329. A líder da pastoral visitou a casa da Sra. no último mês? Não
 Sim
 Ign

*****BLOCO D - HISTÓRIA REPRODUTIVA*****
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE OUTRAS VEZES QUE A SRA. ENGRAVIDOU...

330. Quantas vezes a Sra. já engravidou, contando com esta gravidez? (Vezez)

(QUERO QUE CONTE TODAS AS GESTAÇÕES, ATÉ AQUELAS QUE NÃO CHEGARAM AO FINAL. (99=IGN; Se for a primeira gravidez, preencha com 01))

331. Que idade a senhora tinha quando engravidou pela primeira vez? (Anos)

(IGN=99)

332. Que idade a Sra. tinha quando teve o primeiro filho? (Anos)

(IGN=99)

333. Quantos filhos nascidos vivos a Sra. já teve?

334. A Sra. teve algum filho que nasceu morto?

- Não
 Sim
 Ign

SE SIM, Quantos?

335. A Sra. teve algum aborto?

- Não
 Sim
 Ign

SE SIM: Quantos?

335. a) SE SIM: Algum deles foi provocado?

- Não
 Sim

PARA MULTÍPARAS: Dos partos que a Sra. já teve...

336. Quantos deles foram parto normal/vaginal?

337. E quantos deles foram cesariana?

SE JÁ TEVE PARTO NORMAL: Foi feito episiotomia?

- Não
 Sim
 Ign

AGORA EU GOSTARIA DE CONVERSAR SOBRE A SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ

338. Qual a data de nascimento do seu último filho antes do ?

(11/11/11 = se primeiro filho; se não teve filho antes)

339. Quanto pesou ao nascer este último filho?

(9999=IGN)

340. De quantos meses nasceu o seu último filho?

(99=IGN)

341. Se a criança nasceu a termo, ou seja, com 37 semanas (9 meses) ou mais de gestação →342

Por que nasceu prematuro (com menos de 37 semanas)?

- Trabalho de parto prematuro
- Rompeu a bolsa antes do tempo
- Sofrimento fetal
- Apresentou sangramento
- Diabetes
- Hipertensão
- Outro
- NSA
- Ign

342. A Sra. fumou na gestação deste último filho?

- Não
- Sim
- Ign

343. A Sra. teve infecção urinária na gestação anterior?

- Não
- Sim
- Não lembra

344. SE SIM: Esta infecção foi confirmada pelo exame de urina?

- Não
- Sim
- Não lembra

345. A Sra. tomou algum remédio para tratar esta infecção?

- Não
- Sim
- Não lembra

SE SIM, Durante quantos dias?

((99=IGN))

346. Quantos quilos a Sra. ganhou na gestação anterior?

((999=IGN))

Durante esta última gravidez, do irmão(a) do [nomern16]...

- Não
- Sim, não tratado
- Sim, tratado
- IGN

348. A Sra. teve pressão alta?

- Não
- Sim, não tratado
- Sim, tratado
- IGN

349. SE SIM: Já tinha pressão alta antes da gravidez?

- Não
- Sim, não tratado
- Sim, tratado
- IGN

350. A Sra. teve diabetes?

- Não
- Sim, não tratado
- Sim, tratado
- IGN

351. SE SIM: Já tinha diabetes antes da gravidez?

- Não
- Sim, não tratado
- Sim, tratado
- IGN

352. A Sra. teve depressão ou problema nervoso?

- Não
- Sim, não tratado
- Sim, tratado
- IGN

353. SE SIM: Já tinha depressão ou problema nervoso antes da gravidez?

- Não
- Sim, não tratado
- Sim, tratado
- IGN

354. A Sra. teve anemia?
- Não
 Sim, não tratado
 Sim, tratado
 IGN
355. SE SIM: Já tinha anemia antes da gravidez?
- Não
 Sim, não tratado
 Sim, tratado
 IGN
356. A Sra. teve ameaça de aborto?
- Não
 Sim, não tratado
 Sim, tratado
 IGN
357. A Sra. teve ameaça de parto prematuro?
- Não
 Sim, não tratado
 Sim, tratado
 IGN
358. A Sra. teve corrimento?
- Não
 Sim, não tratado
 Sim, tratado
 IGN

EU QUERO AGORA FALAR SOBRE MÉTODOS PARA EVITAR FILHOS ANTES DESTA GRAVIDEZ

359. A Sra. já tomou pílula ou injeção para não engravidar?
- Não, nunca
 Sim, somente pílula
 Sim, somente injeção
 Sim, pílula e injeção
 IGN
360. Quando engravidou, a Sra. estava tomando pílula ou injeção?
- Não, nenhum dos dois
 Sim, pílula
 Sim, injeção
- SE NÃO ESTAVA TOMANDO: Quantos meses antes de engravidar a Sra. parou de tomar a pílula ou injeção?
- _____ (meses)
361. Quando a Sra. estava sem tomar a pílula ou injeção, a sua menstruação era regular?
- Não
 Sim
 Ign
- 362.
- 01) A Sra. já ouviu falar em DIU como método para não engravidar?
- Não
 Sim
 Ign
- 02) A Sra. alguma vez usou DIU?
- Não
 Sim
 Ign
- 03) Alguém falou para a Sra. sobre colocar DIU após o parto?
- Não
 Sim
 Ign

- SE SIM: Quem falou sobre isso?
- Médico
 - Enfermeira
 - Familiar
 - Outro
 - Ign
- 04) Agora, neste parto, foi colocado DIU?
- Não
 - Sim
 - Ign
- 05) A Sra. colocou o DIU...
- Durante a cesariana
 - Imediatamente após o parto
 - No dia seguinte após o parto
- 06) A Sra. se lembra de alguma orientação dada por quem colocou o DIU?
- Não
 - Sim
- SE SIM, Qual/quais?
- SE NÃO COLOCOU: Por que não colocou?
- Medo
 - Medo de engravidar
 - Medo de câncer
 - Medo de infecção
 - Motivo religioso
 - Outro
 - Médico pediu para retornar em outro momento para colocar
 - Não quis
 - Ign

EU QUERO AGORA FALAR SOBRE VACINAS

363. Alguma vez na vida a Sra. tomou vacina contra rubéola?
- Não
 - Sim
 - Ign
364. E vacina contra hepatite B, a Sra. já tomou alguma vez?
- Não
 - Sim
 - Ign
365. SE SIM: Quantas doses?
- _____
- (IGN=99)
366. Alguma destas doses contra hepatite a Sra. tomou durante a gravidez?
- Não
 - Sim
 - Ign
- SE SIM, quantas doses?
- _____
- (IGN=99)
367. SE NÃO TOMOU: Porque não tomou?
- Não sabia que precisava tomar
 - Já era vacinada
 - Outra resposta
 - NSA
 - Não lembra
- Que outra resposta?
- _____
- (Letras maiúsculas, sem acento)

AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE QUANDO A SRA. NASCEU

368. A Sra. nasceu com menos de 2,5 Kg? Não
 Sim
 IGN
369. A Sra. nasceu prematura/antes do tempo? Não
 Sim
 IGN

*****BLOCO E - CARACTERÍSTICAS DA MÃE E HÁBITOS DE VIDA*****
AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE A SRA.

370. A Sra. é natural de Rio Grande? Não
 Sim
371. Há quanto tempo a Sra. mora em Rio Grande?

 ((77=desde que nasceu))
372. Quantos anos a Sra. tem?

- A Sra. é casada ou vive junto com seu companheiro? Não
 Sim
 Ign
- Com quantos companheiros já viveu junto?

- A Sra. pratica alguma religião? Não
 Sim
 Não tenho religião
 Ign
- SE SIM: Qual a sua religião? Católica
 Evangélica
 Espírita
 Candomblé/Umbanda
 Outra
 Ign
373. Com quem a Sra. vive? Não
 Sim
- Com marido ou companheiro?
- Com filhos? Não
 Sim
- Quantos filhos?

- Com outros familiares? Não
 Sim
- Quantos familiares?

- Com outras pessoas? Não
 Sim
- Quantas pessoas?

374. Até que série a Sra. completou na escola?
 Até que série a Sra. completou na escola?
 (Série)
- (Grau: 1=Ens. fundamental; 2=Ens.médio;
 3=Faculdade; 4=Pós-graduação)
375. A Sra. completou a faculdade?
 Não
 Sim
376. (OBSERVAR) Cor da pele da mãe:
 Branca
 Parda/Mulata
 Preta
377. Qual a cor da sua pele?
 Branca
 Parda/Mulata
 Preta
 Outra
 Ign

C1. GOSTARIA DE CONVERSAR UM POUCO SOBRE COMO A SRA. TEM SE SENTIDO ULTIMAMENTE

Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, com que frequência a senhora foi incomodada pelos problemas listados a seguir?

- A. Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa
 Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias
- B. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações
 Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias
- C. Preocupar-se muito com diversas coisas
 Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias
- D. Dificuldade de relaxar
 Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias
- E. Ficar tão agitada que se torna difícil permanecer sentada
 Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias
- F. Ficar facilmente aborrecida ou irritada
 Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias
- G. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer
 Nenhuma vez
 Vários dias
 Mais da metade dos dias
 Quase todos os dias

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE CIGARRO

378. A Sra. fuma ou já fumou? Não, nunca
 Já fumou
 Sim fuma
- SE FUMA: Quantos cigarros/dia _____
- SE FUMA OU JÁ FUMOU: A Sra. costuma/costumava fumar dentro de casa? Não
 Sim
 Ign
379. Nos seis meses anteriores a esta gravidez a Sra. fumava? Não
 Sim
380. SE SIM: Quantos cigarros a Sra. costumava fumar por dia? _____
381. E nos três meses anteriores a esta gravidez a Sra. fumava? Não
 Sim
382. SE SIM: Quantos cigarros a Sra. costumava fumar por dia nestes três meses? _____
383. A Sra. fumou durante esta gravidez? Não
 Sim
 Ign
- Fumou de 0 a 3 meses? Não
 Sim
 Ign
- SE SIM: Fumava todos os dias dos 0 aos 3 meses? Não
 Sim
 Ign
- SE SIM, Quantos cigarros fumava por dia dos 0 aos 3 meses? _____
((99=IGN))
- Fumou dos 4 aos 6 meses? Não
 Sim
 Ign
- SE SIM: Fumava todos os dias dos 4 aos 6 meses? Não
 Sim
 Ign
- SE SIM, Quantos cigarros fumava por dia dos 4 aos 6 meses? _____
- Fumou dos 7 meses em diante? Não
 Sim
 Ign
- SE SIM: Fumava todos os dias dos 7 meses em diante? Não
 Sim
 Ign
- SE SIM, Quantos cigarros fumava por dia dos 7 meses em diante? _____

ENTRE AS QUE FUMARAM EM ALGUM PERÍODO DA GESTAÇÃO

384. A Sra. tentou parar de fumar durante esta gravidez? Não
 Sim
 Ign
385. Quantas vezes a Sra. tentou parar de fumar durante esta gravidez? _____
386. SE AINDA FUMA: A Sra. tem vontade de parar de fumar? Não
 Sim
 Ign
387. Alguma vez durante a gravidez de [nomern16] a Sra. foi orientada a parar de fumar? Não
 Sim
 NSA
 Ign
- SE SIM: Quem do serviço de saúde mais orientou a Sra. a parar de fumar? Não
 Sim
- Médico?
- Enfermeiro Não
 Sim
- Algum outro? _____
((88) NSA (99) IGN)
388. Após ter recebido a orientação para parar de fumar, quando estava grávida do(a) [nomern16], a Sra. chegou a parar? Não, não parou
 Sim, parou, mas voltou a fumar
 Sim, parou e não voltou a fumar
 NSA
 IGN

ENTRE AS QUE FUMAM OU FUMARAM EM ALGUM PERÍODO DA GESTAÇÃO E/OU 3 E 6 MESES ANTES DESTA

389. Com que idade a Sra. começou a fumar? _____
390. Quanto tempo após acordar a Sra. fuma (fumava) o seu primeiro cigarro? Dentro de 5 minutos
 Entre 6 e 30 minutos
 Entre 31 e 60 minutos
 Após 60 minutos
 Ign
 NSA
391. A Sra. acha (achava) difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)? Não
 Sim
 Ign
 NSA
392. Qual o cigarro do dia que lhe traz (trazia) mais satisfação (ou o cigarro que mais detestaria deixar de fumar)? O primeiro da manhã
 Outros
 Ign
 NSA

393. A Sra. fuma (fumava) mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?
- Não
 Sim
 Ign
 NSA
394. A Sra. fuma (fumava) mesmo quando está (estava) tão doente que precisa (precisava) ficar de cama a maior parte do tempo?
- Não
 Sim
 Ign
 NSA
395. A Sra. sabe que a fumaça do cigarro pode causar vários problemas de saúde para o seu nenê?
- Não
 Sim
 Ign
 NSA
396. Dentre as pessoas que moram na sua casa, alguma delas fuma?
- Não
 Sim
 Ign
- Quantas pessoas? _____
- Esta(s) pessoa(s) costuma(m) fumar dentro de casa?
- Não
 Sim
 Ign

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE O HÁBITO DE TOMAR BEBIDAS DE ÁLCOOL

397. A Sra. costumava tomar bebida de álcool durante a gravidez?
- Não
 Sim
 Ign
398. Durante a gravidez, a Sra. tomou vinho?
- Não
 Sim
- Durante a gravidez, a Sra. tomou vinho dos 0 aos 3 meses?
- Não
 Sim
- Quantos dias por semana? _____
- Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)
- _____
 (Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
- Tipo da vasilha?
- _____
 (Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
- Durante a gravidez, a Sra. tomou vinho dos 4 aos 6 meses?
- Não
 Sim
- Quantos dias por semana? _____
- Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)
- _____
 (Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)

Tipo da vasilha? (código abaixo)	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Durante a gravidez, a Sra. tomou vinho dos 7 aos 9 meses?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantos dias por semana?	_____
Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Tipo da vasilha? (código abaixo)	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
399. Durante a gravidez, a Sra. tomou cerveja?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Durante a gravidez, a Sra. tomou cerveja dos 0 aos 3 meses?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantos dias por semana?	_____
Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Tipo da vasilha? (código abaixo)	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Durante a gravidez, a Sra. tomou cerveja dos 4 aos 6 meses?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantos dias por semana?	_____
Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Tipo da vasilha? (código abaixo)	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Durante a gravidez, a Sra. tomou cerveja dos 7 aos 9 meses?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantos dias por semana?	_____

Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	<hr/>
	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Tipo da vasilha? (código abaixo)	<hr/>
	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
400. Durante a gravidez, a Sra. tomou alguma outra bebida como cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Tomou alguma outra bebida dos 0 aos 3 meses?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantos dias por semana?	<hr/>
Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	<hr/>
	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Tipo da vasilha? (código abaixo)	<hr/>
	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
A Sra. tomou alguma outra bebida dos 4 aos 6 meses?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantos dias por semana?	<hr/>
Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	<hr/>
Tipo da vasilha? (código abaixo)	<hr/>
	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
A Sra. tomou alguma outra bebida dos 7 aos 9 meses?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Quantos dias por semana?	<hr/>
Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas)	<hr/>
	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)
Tipo da vasilha? (código abaixo)	<hr/>
	(Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE TOMAR CAFÉ E CHIMARRÃO

401. Nos três primeiros meses de gravidez a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? Não
 Sim
 Ign
 Não toma café/Não tomou café na gestação
402. Quantos dias por semana a Sra. costumava tomar café neste período? _____
403. E dos 4 aos 6 meses de gravidez, a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? Não
 Sim
 Ign
404. SE SIM: Quantos dias por semana a Sra. costumava tomar café neste período? _____
405. Do sétimo mês até o final da gravidez, a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? Não
 Sim
 Ign
406. SE SIM: Quantos dias por semana a Sra. tomava café? _____
407. Em que tipo de vasilha a Sra. costumava tomar café? Xícara
 Xícara de cafezinho
 Meia taça
 Copo comum
 Caneca
 Outro
 NSA
(SE NÃO TOMOU CAFÉ DURANTE A GESTAÇÃO PREENCHER COM "(88) NSA" A P407 408 e 409 E PULAR PARA A PERGUNTA 410)
408. Quantas [vas16] a Sra. costumava tomar por dia? _____
409. O café que a senhora tomava era, na maioria das vezes, fraco, forte ou mais ou menos? Forte
 Fraco
 Mais ou menos
 NSA
410. A Sra. tomou chimarrão nos últimos três meses da gravidez? Não
 Sim
 Não lembra
411. SE SIM: Quantos dias por semana? _____
412. Quanto de chimarrão somente a Sra. tomava por dia? _____
(Cuias (0=NSA))
- Quanto de chimarrão somente a Sra. tomava por dia? _____
(garrafa térmica (0=NSA))
- Quanto de chimarrão somente a Sra. tomava por dia? _____
(chaleiras (0=NSA))

AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO QUE A SRA. PRATICOU DURANTE A GRAVIDEZ, SEM CONTAR AQUELES FEITOS NA ESCOLA, NO TRABALHO OU NAS TAREFAS DE CASA

413. Sem contar as lidas da casa ou no seu trabalho fora de casa, a Sra. fazia algum tipo de exercício físico de forma regular?

- Não
 Sim, sempre
 Sim, de vez em quando
 Sim, mas parei

414. SE PAROU: Qual foi o principal motivo para a Sra. ter parado de se exercitar?

- Achei melhor parar
 Falta de vontade, cansaço
 Me machuquei
 Me sentia enjoada
 Conselho do médico
 Não sabe
 Outro

Que outro motivo?

(Letras maiúsculas, sem acento)

415. A Sra. fez estes exercícios nos primeiros três meses de gravidez?

- Não
 Sim

SE SIM: Quantas vezes por semana?

416. Quanto tempo duravam estes exercícios? (Minutos)

(Minutos; 999=Ign)

417. A Sra. fez estes exercícios do quarto ao sexto mês de gravidez?

- Não
 Sim

SE SIM: Quantas vezes por semana?

418. Quanto tempo duravam estes exercícios? (Minutos)

(Minutos; 999=Ign)

419. E nos últimos três meses de gravidez, a Sra. fez estes exercícios?

- Não
 Sim

SE SIM: Quantas vezes por semana?

420. Quanto tempo duravam estes exercícios? (Minutos)

(Minutos; 999=Ign)

421. SE FEZ EXERCÍCIO DURANTE A GRAVIDEZ:

Quem disse como a Sra. deveria se exercitar?

- Médico
 Professor de educação física
 Outro profissional de saúde
 Amigo/parente
 Ninguém
 IGN
 Outro

Que outro?

(Letras maiúsculas, sem acento)

422. Eu gostaria de saber se a Sra. concorda ou discorda das seguintes afirmativas:

- Concordo
 Discordo
 Não sei

O exercício físico durante a gravidez torna o parto mais fácil.

423. Fazer exercício físico durante a gravidez melhora a saúde do bebê.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

AGORA, NOSSO ASSUNTO É USO DE DROGAS DURANTE A GRAVIDEZ...

424. Durante a gravidez a Sra. usou alguma destas substâncias?

- Não
- Sim

Cocaína?

Mês que iniciou o uso de cocaína

((00=Já usava))

Mês que parou o uso de cocaína:

(77=Não parou)

Maconha ?

- Não
- Sim

Mês que iniciou o uso de maconha:

((00=Já usava))

Mês que parou o uso de maconha:

(77=Não parou)

Crack?

- Não
- Sim

Mês que iniciou o uso de crack

((00=Já usava))

Mês que parou o uso de crack:

(77=Não parou)

Alguma outra?

- Não
- Sim

Que outra?

Bloco F - Trabalho Pai Renda Familiar (ate 466)

Número do questionário _____

C2. VOU LHE PERGUNTAR AGORA SOBRE ALGUMAS SENSações E GOSTARIA QUE A SRA. RESPONDESSE "SIM" OU "NÃO"...

- | | |
|---|--|
| 1. No geral, tens dificuldades em fazer ou manter amizades? | <input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não |
| 2. Te descreverias como uma pessoa solitária normalmente? | <input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não |
| 3. No geral, consegues confiar em outras pessoas? | <input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não |
| 4. Normalmente, perdes a paciência normalmente? | <input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não |
| 5. Te consideras uma pessoa do tipo impulsiva normalmente? | <input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não |
| 6. Te consideras uma pessoa preocupada normalmente? | <input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não |
| 7. No geral, te consideras uma pessoa que depende muito dos outros? | <input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não |
| 8. No geral, te consideras uma pessoa perfeccionista? | <input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não |

*****BLOCO F - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO, DO PAI E RENDA FAMILIAR*******AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRABALHO QUE A SRA. TENHA FEITO DURANTE A GRAVIDEZ**

425. A Sra. trabalhou durante a gravidez? Não
 Sim
- a. O que a senhora fazia? _____
(tipo de trabalho)
- b. Em que tipo de local? _____
426. A Sra. trabalhou nos primeiros três meses da gravidez? Não
 Sim, parte do tempo
 Sim, todo o tempo
427. A Sra. trabalhou dos 4 aos 6 meses da gravidez? Não
 Sim, parte do tempo
 Sim, todo o tempo
428. A Sra. trabalhou dos 7 aos 9 meses da gravidez? Não
 Sim, parte do tempo
 Sim, todo o tempo

429. Quantos meses durante a gravidez a Sra. trabalhou? _____
(Meses; 99=Ign)
430. Nesse período, quantos dias por semana a Sra. trabalhou? _____
(Dias; 99=Ign)
431. Nos dias de trabalho, quantas horas por dia a Sra. trabalhava? _____
(Horas; 99=Ign)
432. Durante o seu trabalho, a Sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?
 Não
 Sim
 Ign
433. Durante o seu trabalho, a Sra. tinha que levantar coisas pesadas?
 Não
 Sim
 Ign
434. Há quantas semanas atrás a Sra. parou de trabalhar? _____
(00< de 1 semana;)
435. A Sra. foi afastada do trabalho ou se afastou durante a gravidez?
 Não
 Sim, fui afastada
 Sim, me afastei
 NSA
436. Quem é que fez o trabalho de casa para a sua família?
 A mãe fez todo o trabalho
 A mãe fez parte do trabalho
 Empregada
 Outra pessoa

AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE O PAI DE [nomern16].

437. Qual o nome completo do pai de [nomern16]? _____
(maiúsculas sem acento) 999=Ign)
438. Quantos anos ele tem? _____
(88=pai falecido/ desconhecido; 99=IGN)
439. Até que série ele completou na escola?
 Grau _____
(Série)
 Grau _____
(1=1ºGrau; 2=2ºGrau; 3=Superior; 4=Pós-graduação))
440. Ele completou a faculdade?
 Não
 Sim
442. Ele está trabalhando no momento?
 Não
 Sim
 Ign
441. Qual é o trabalho dele? _____
(tipo de trabalho)
- Em que tipo de local? _____

443. Qual é a cor da pele do pai de [nomern16]?
- Branca
 - Parda/Mulata
 - Preta
 - Ign
- ((Ler as TODAS as alternativas, exceto IGN))
444. COMO FOI A REAÇÃO DO PAI DO NENÊ QUANDO SOUBE DA GRAVIDEZ?
- FICOU CONTENTE
 - INDIFERENTE
 - NÃO GOSTOU
 - NÃO VIVE COM O PAI DO NENÊ
 - IGN
 - OUTRA
- (Ler as alternativas exceto IGN)
445. COMO A SRA. SENTIU QUE FOI O APOIO QUE RECEBEU DO PAI DO NENÊ DURANTE A GRAVIDEZ?
- ÓTIMO
 - BOM
 - REGULAR/MAIS OU MENOS
 - RUIM
 - PÉSSIMO
 - NÃO TEVE CONTATO COM O PAI DO NENÊ/NÃO TEVE APOIO
- (Ler as alternativas)

AGORA EU GOSTARIA DE SABER SOBRE O PAGAMENTO DA SUA HOSPITALIZAÇÃO PARA TER O NENÊ

446. (OBSERVAR) Quantos leitos para paciente tem no quarto:
- _____
- ((Observar e anotar o número de leitos do quarto))
447. A Sra. está hospitalizada como SUS, particular ou convênio?
- SUS
 - Particular
 - Convênio
 - IGN
448. A Sra. está pagando alguma diferença em dinheiro pelo parto?
- Não
 - Sim
 - Ign
449. A Sra. está pagando para o médico obstetra?
- Não
 - Sim
 - Ign
450. Por que a Sra. está pagando o obstetra?
- Porque ele é particular
 - Para fazer cesariana
 - Para ligar as trompas
 - Outro
 - Ign

AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA DA SUA FAMÍLIA

451. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? (Renda do pai)
- _____
- ((Anotar a renda do pai; 99.999=Ign; Não anotar centavos))
- Renda da mãe:
- _____
- ((Anotar a renda da mãe; 99.999=Ign; Não anotar centavos))

- Renda de outra pessoa: _____
((Anotar a renda da outra pessoa; 99.999=Ign; Não anotar centavos))
- Renda de outra pessoa: _____
((Anotar a renda da outra pessoa; 99.999=Ign; Não anotar centavos))
- A família tem outras fontes de renda?
 Não
 Sim
- Fonte de renda 1: _____
((Anotar a renda de outra fonte; 99.999=Ign;0=Não;)
- Fonte de renda 2: _____
((Anotar a renda de outra fonte; 99.999=Ign;0=Não;)
452. A Sra. ou alguém da sua casa recebeu bolsa família no mês passado?
 Não
 Sim
 Ign
- Qual o valor que recebeu do bolsa família (pessoa 1) _____
- Valor do bolsa família (pessoa 2) _____
453. Quem é o chefe da família?
 Pai da criança
 Mãe da criança
 Outro
454. Até que série o chefe da família completou na escola?

 (Anotar a série; 9=Ign)
- Grau

 (Anotar o grau: 1=1º Grau; 2=2º Grau; 3=Superior; 4=Pós-graduação; 9=Ign)
455. O/A [chef16] completou a faculdade?
 Não
 Sim
 Ign
456. Durante esta gestação, a senhora teve, em algum momento, de recorrer a justiça para garantir algum tipo de tratamento, benefício ou cuidado?
 Sim, e conseguiu
 Sim, mas não conseguiu
 Não
457. SE RECORREU: Que tratamento, cuidado ou benefício foi esse?

 (Letras maiúsculas, sem acento)

AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE AO TRABALHO ATUAL OU O ÚLTIMO TRABALHO DA PESSOA DE MAIOR RENDA DA FAMÍLIA

458. Quem é a pessoa de maior renda na família?
 Pai da criança
 Mãe da criança
 Chefe (se não é o pai ou a mãe da criança)
 Outro
 Ign

459. O/A [prend16] encontra-se trabalhando no momento?
- Não
 Sim
 Aposentado
 Afastado/encostado
 Estudante
 Ign
460. Qual o tipo de firma onde [prend16] trabalha? _____
461. Que tipo de trabalho [prend16] faz? _____
462. O/A [prend16] é patrão, empregado ou trabalha por conta?
- Empregado
 Empregador
 Conta própria
 Biscateiro
 Parceiro ou meeiro
 Pensionista
 Enconstado
463. O/A [prend16] emprega ou contrata empregados?
- Não
 Sim
 Ign
- Quantos empregados? _____
 ((00=nenhum; 98=98 ou mais; 99=IGN))
464. Dentre as pessoas que fazem a refeição juntas na casa, incluindo a Sra., teve alguma que ficou desempregada nos últimos 12 meses?
- a. Quem é essa pessoa?
- Ela própria
 Marido
 Pai
 Mãe
 Outro
- b. Há quanto tempo está desempregado? (ANOS) _____
- Há quanto tempo está desempregado... (MESES) _____
465. A Sra. ou alguém da casa mudou de emprego nos últimos 12 meses?
- Não
 Sim
 Ign
466. Na sua casa trabalha empregada/o doméstica/o mensalista?
- Não
 Sim
- Quantos? _____

C3. VOU LHE PERGUNTAR AGORA SOBRE O APOIO QUE A SRA. TEM RECEBIDO. PARA CADA AFIRMAÇÃO, GOSTARIA QUE RESPONDESSE "SIM" OU "NÃO"

1. Há uma pessoa especial que se encontra próxima quando necessito
- Sim
 Não
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas
- Sim
 Não
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente
- Sim
 Não

4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família Sim
 Não
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim Sim
 Não
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me Sim
 Não
7. Posso contar com meus amigos quando algo corre mal Sim
 Não
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família Sim
 Não
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas Sim
 Não
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos Sim
 Não
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões Sim
 Não
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos Sim
 Não

***481.

Altura da mãe:

(Anotar altura em centímetros; 999=Ign)

"MUITO OBRIGADO PELA ENTREVISTA, [nmae16]"

Bloco Gêmeos

Número do questionário _____

AGORA, EU GOSTARIA DE CONVERSAR SOBRE SEU SEGUNDO(A) FILHO(A) DESTE PARTO

- 5g. Qual a data de nascimento do RN _____
((IGN= 11-11-2011))
- 6g. A que horas ele nasceu?
(Horas) _____
(Minutos) _____
((88=NSA; 99=IGN))
- 9g. Sexo do RN Masculino
 Feminino
- 10g. Peso ao nascer (gramas) _____
(Livro de registro da enfermagem 9999=IGN)
- 11g. Apgar no 1º minuto _____
((IGN=99))
- 12g. Apgar no 5º minuto _____
((IGN=99))

BLOCO B - PARTO E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

- 15g. (VERIFICAR NO REGISTRO SE O RN NASCEU VIVO).
O bebê nasceu vivo? Sim
 Não
- 16g. SE NASCEU MORTO: A morte do bebê aconteceu
antes ou durante o trabalho de parto? Antes do trabalho de parto
 Durante o trabalho de parto
- 17g. A Sra. tem alguma ideia de qual foi o problema
ou o que possa ter causado a morte do nenê? Não
 Sim
- 18g. E qual é a sua ideia? _____
(Letras maiúsculas, sem acento)
- 19g. Que nome a Sra. pretende dar para o nenê? _____
(Letras maiúsculas, sem acento)
- 70g. No momento do parto, qual a posição do bebê
na sua barriga? Ele estava... De cabeça para baixo / encaixado / cefálica
 Sentado
 De lado / transversa
 Outra
- AGORA, EU GOSTARIA DE SABER SOBRE O SEU BEBÊ...
100g. Logo depois que o bebê nasceu, ainda na sala
de parto, a Sra. pegou/tocou nele? Não
 Sim

- 101g. O teve ou está tendo algum problema de saúde?
- Não
 Sim
 Não sabe
- 102g. Teve ou tem algum problema respiratório?
- Não
 Sim
 Não sabe
- 103g. Precisou ficar no berçário ou na UTI?
- Não
 Sim, na UTI
 Sim, no berçário
 Sim, no alojamento
 Outro
 Não sabe
- Outro: _____
(Letras maiúsculas, sem acento)
- 104g. SEM SIM: Qual o problema de saúde que a tem ou teve?
Problema 1: _____
(Letras maiúsculas, sem acento)
- Problema 2: _____
(Letras maiúsculas, sem acento. (0=Não teve problema 2))
- 105g. Foi furada a orelha da para colocar brinco?
- Não
 Sim
- AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE AMAMENTAÇÃO E USO DE BICO E MAMADEIRA.
- 113g. A Sra. já colocou o nenê no peito?
- Não
 Sim
- 114g. Com quantas horas de vida a Sra. colocou o nenê no peito?
- _____ ((00=< de 1 hora))
- 115g. Porque o nenê não foi colocado no peito?
- Mãe HIV positivo
 Nenê foi para unidade intermediária
 Nenê foi para a UTI
 Outro
- Outro: _____
(Letras maiúsculas, sem acento)
- DESDE QUE NASCEU, O SEU FILHO JÁ RECEBEU...
- 122g. Chá, água ou glicose (açúcar)?
- Não
 Sim
 Não sabe
- SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu chás, água ou glicose?
- _____ ((IGN=99))
- 123g. Bico ou chupeta?
- Não
 Sim
 Não sabe
- SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu bico ou chupeta?
- _____ ((IGN=99))
- 124g. Mamadeira de leite?
- Não
 Sim
 Não sabe

SE SIM: Com quantas horas de vida recebeu mamadeira? _____
((IGN=99))

BLOCO H - EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

(somente nascidos vivos)

Sexo do RN	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Comprimento	_____ (Usar ponto para casas depois da vírgula; 999=Ign)
Perímetro cefálico	_____ (Usar ponto para casas depois da vírgula; 999=Ign)
Perímetro torácico	_____ (Usar ponto para casas depois da vírgula; 999=Ign)
Circunferência abdominal	_____ (Usar ponto para casas depois da vírgula; 999=Ign)
Capurro	_____ (Usar ponto para casas depois da vírgula; 999=Ign)

Bloco G - Exames (ate 484)

Número do questionário _____

*****BLOCO G - EXAMES DA MÃE NO PRÉ-NATAL*******EU GOSTARIA DE VER SUA CARTEIRA DE PRÉ-NATAL PARA ANOTAR ALGUNS DADOS**

467. A Sra. está com a sua carteira de pré-natal aqui no hospital?

- Não
 Sim
 Sim, mas está com a equipe/não devolveram
 Ign

(DE POSSE DA CARTEIRA, COPIE OS SEGUINTE DADOS)

468. Data da última menstruação:

((11-11-2011= Em branco))

469. Data da primeira consulta de pré-natal:

((11-11-2011= Em branco))

470. Data da última consulta pré-natal:

((11-11-2011= Em branco))**QUADRO 8. PERÍODO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL****Número de consultas**

1º mês (0 a 4 semanas) _____

2º mês (5 a 9 semanas) _____

3º mês (10 a 13 semanas) _____

4º mês (14 a 18 semanas) _____

5º mês (19 a 22 semanas) _____

6º mês (23 a 27 semanas) _____

7º mês (28 a 31 semanas) _____

8º mês (32 a 36 semanas) _____

9º mês (37 a 39 semanas) _____

9º mês (40 semanas ou mais) _____

Total de consultas _____

QUADRO 9. Exame físico**Número de vezes que foi realizado**

Peso	_____
Pressão arterial (PA ou TA)	_____
Altura uterina (AU)	_____
Batimentos cardio-fetais (BCF)	_____
Exame das mamas	_____ (00=Não fez; 99=IGN)
Exame de Papanicolaou (CP)	_____ (00=Não fez; 99=IGN)
471. Peso referido como anterior à gravidez:	_____ (999=Ign)
472. Peso da mãe na primeira consulta:	_____ (999=Ign)
473. Peso da mãe na última consulta:	_____ (999=Ign)
474. Número de vezes em que a pressão arterial esteve maior ou igual a 140/90:	_____ (99=Ign)
EXAMES: NÚMERO DE VEZES QUE FORAM REALIZADOS	
Hemograma (Hematócrito-HCT/ Hemoglobina-Hb)	_____ (Número de vezes que foi realizado; (00=Não fez; 99=IGN))
Glicemia de jejum (GJ)	_____ (Número de vezes que foi realizado; (00=Não fez; 99=IGN))
Exame de urina (EQU ou EAS)	_____ (Número de vezes que foi realizado; (00=Não fez; 99=IGN))
Exame de sífilis (VDRL)	_____ (Número de vezes que foi realizado; (00=Não fez; 99=IGN))
Anti-HIV	_____ (Número de vezes que foi realizado; (00=Não fez; 99=IGN) Se já era HIV+: preencher com 77)
Hepatite B (HBsAg)	_____ (Número de vezes que foi realizado; (00=Não fez; 99=IGN))
Hepatite C (anti-HCV)	_____ (Número de vezes que foi realizado; (00=Não fez; 99=IGN))
Ultrassom (US)	_____ (Número de vezes que foi realizado; (00=Não fez; 99=IGN))

475. Valor da primeira hemoglobina

 (Usar ponto para casas depois da vírgula; 9999=Ign)
476. Valor da segunda hemoglobina

 (Usar ponto para casas depois da vírgula; 9999=Ign)
477. Valor do primeiro exame de glicemia:

 (9999=Ign; usar ponto para casas depois da vírgula;)
478. Valor do segundo exame de glicemia

 (9999=Ign; usar ponto para casas depois da vírgula;)
479. Se recebeu vacina:
 Contra Influenza (gripe):
 Tríplice Bacteriana (dTpa-Difteria, Tétano e Coqueluche):
 Hepatite B:
480. Grupo RH:
481. Altura da mãe anotada do cartão:

Não
 Sim

Não
 Sim
 1º R
 2º R

Não
 Sim
 1º R
 2º R
 3º R

Positivo
 Negativo
 Ign

 (Anotar altura em centímetros; 999=Ign)

*** EXAMES REALIZADOS DURANTE A GRAVIDEZ. ANOTAR SÓ DO CARTÃO, SE TIVER, OU DE EXAMES QUE A MÃE TENHA TRAZIDO. SE TIVER MAIS DE UM, ANOTAR O RESULTADO SÓ DO EXAME MAIS RECENTE.**

482. Quantos exames de ultrassom foram realizados?

 (0=Não fez; 99=Ign)
483. Data do primeiro ultrassom realizado:

 ((DAR PREFERÊNCIA PARA ULTRA-SOM REALIZADO ENTRE A 6ª E A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO)
 11-11-2011=Ign 12-12-2012= Não fez;)
484. Idade gestacional estimada no ultrassom:

 (Usar ponto e não vírgula. Semanas; 00= Não fez; 99=Ign)

QUADRO 8. PERÍODO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Conformar com a mãe o número de consultas em cada período.

SE NÃO ESTIVER COM A CARTEIRA, PERGUNTAR!

Confirma o número de consultas da carteirinha?

- Não está com a carteira
- Não. Não estão todas anotadas
- Sim, todas as consultas estão anotadas

1º mês (0 a 4 semanas)

2º mês (5 a 9 semanas)

3º mês (10 a 13 semanas)

4º mês (14 a 18 semanas)

5º mês (19 a 22 semanas)

6º mês (23 a 27 semanas)

7º mês (28 a 31 semanas)

8º mês (32 a 36 semanas)

9º mês (37 a 39 semanas)

9º mês (40 semanas ou mais)

Total

Saude Mental, Relacionamento e Sono

Número do questionário _____

Número da entrevistadora _____

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

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

Eu tenho pensado no futuro com alegria.

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado.

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito frequentemente

Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes.
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

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

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

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

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes.
- Raramente
- Não, nenhuma vez.

Eu tenho me sentido triste ou muito mal.

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes.
- Raramente
- Não, de jeito nenhum.

Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

SOBRE O RELACIONAMENTO DA SRA. COM SEU MARIDO OU COMPANHEIRO...

(A entrevistada tem marido ou companheiro?)
 *Se não tiver marido ou companheiro não responde.

- Não. > (não responde)
 Sim
 Sim, mas não respondeu ao questionário

1. Meu COMPANHEIRO ou ESPOSO e eu temos problemas em nosso relacionamento[]

- Não
 Sim

2. Estou muito feliz com o nosso relacionamento

- Não
 Sim

3. O meu COMPANHEIRO ou ESPOSO é geralmente compreensivo

- Não
 Sim

4. Estou satisfeito com a minha relação com o meu COMPANHEIRO ou ESPOSO

- Não
 Sim

5. Concordamos como as crianças devem ser criadas[]

- Não
 Sim

QUESTIONÁRIO DO SONO

Você tem um horário regular de trabalho (também como dona de casa, etc)?

- Não
 Sim

Quantos dias por semana?

NOS DIAS DE TRABALHO

Vou para a cama às... (horas)

Às __ estou pronto para ir dormir. (horas)

Necessito de __ minutos para adormecer

Acordo às __ (horas)

Passados __ minutos, levanto-me.

Você usa um despertador nos dias de trabalho?

- Não
 Sim

SE SIM: Você acorda regularmente antes do alarme tocar?

- Não
 Sim

FORA DOS DIAS DE TRABALHO

Vou para a cama às... (horas)

Às __ estou pronto para ir dormir. (horas)

Necessito de __ minutos para adormecer

Acordo às __ (horas)

Passados __ minutos, levanto-me.

Os horários que mencionou acima são dependentes do despertador mesmo fora dos dias de trabalho?

- Não
 Sim

Há uma razão pela qual você não possa escolher livremente os seus horários de sono fora dos dias de trabalho?

- Não
- Criança ou animal doméstico
- Hobbies
- Outro motivo

OUTRO MOTIVO: Por exemplo...

LUZ

Em média, quanto tempo por dia você passa exposto à luz do dia (ao ar livre)?

Nos dias de trabalho (horas e minutos)

Fora dos dias de trabalho (horas e minutos)
