

**Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Área de concentração Saúde Brasileira**

Dissertação de Mestrado

CLARISSA ROCHA PANCONI PICCININI

**INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE
MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES GESTANTES EM FASE
INICIAL DA GESTAÇÃO**

Juiz de Fora
2019

Clarissa Rocha Panconi Piccinini

Influência da religiosidade e espiritualidade na saúde mental e qualidade de vida em mulheres gestantes em fase inicial da gestação

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Área de concentração: Saúde Brasileira

Orientador: Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti
Co-Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Lamas Granero Lucchetti

Juiz de Fora
2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Piccinini, Clarissa Rocha Panconi.

Influência da religiosidade e espiritualidade na saúde mental e qualidade de vida em mulheres gestantes em fase inicial da gestação / Clarissa Rocha Panconi Piccinini. -- 2019.

127 f.

Orientador: Giancarlo Lucchetti

Coorientador: Alessandra Lamas Granero Lucchetti

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2019.

1. Espiritualidade. 2. Religiosidade. 3. gestantes. 4. qualidade de vida. 5. saúde mental. I. Lucchetti, Giancarlo , orient. II. Lucchetti, Alessandra Lamas Granero, coorient. III. Título.


CLARISSA ROCHA PANCONI PICCININI

**INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE MENTAL
E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES GESTANTES EM FASE INICIAL DA
GESTAÇÃO**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde – Área de Concentração: Saúde Brasileira

Aprovada em 27/06/2019

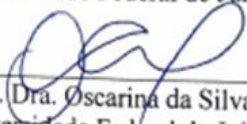
BANCA EXAMINADORA



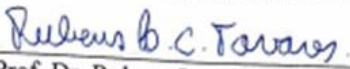
Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dra. Alessandra Lamas Granero Lucchetti – Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dra. Oscarina da Silva Ezequiel
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Rubens Lene Carvalho Tavares
Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, à minha mãe Sueli, por estar sempre ao meu lado e cuidando do meu filho Lucas, se fazendo presente nos meus momentos de reclusão para os estudos. Ao meu pai Cristovão que sempre me inspirou a busca incessante do conhecimento, o prazer pela leitura e por seguir a carreira acadêmica. Serei grata eternamente, pois me proporcionaram alcançar meus objetivos e obter mais essa conquista.

Ao meu filho Lucas que me proporcionou conhecer o amor incondicional e que me deu a força para seguir essa caminhada, vencer as dificuldades e fortalecer meu crescimento moral e espiritual. Ao meu esposo Leonardo pela amizade e companheirismo nesta jornada.

Ao meu irmão Felipe que apesar da distância sempre está presente e comemorando minhas vitórias.

Ao meu orientador Giancarlo, um ser humano e professor que admiro cada vez mais, pela paciência, presteza e por todos os ensinamentos. A minha coorientadora Alessandra por ser essa professora exemplar, que está sempre disponível a ajudar, pelas orientações e por todo o aprendizado que obtive neste período.

Aos colegas do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFJF pela amizade e pela oportunidade de convívio com pessoas tão agradáveis.

As pacientes que doaram parte do seu tempo para participarem e tornarem essa pesquisa possível.

Ao Dr Rubens e a Dra Oscarina por aceitarem participar da minha banca e contribuírem ainda mais para a conclusão deste projeto.

RESUMO:

Introdução: As mulheres têm usado oração e práticas espirituais para auxiliar nos problemas de saúde há milhares de anos. Apesar disso, os estudos que tenham abordado a religiosidade e espiritualidade das gestantes ainda são escassos.

Objetivos: Avaliar como as crenças religiosas e espirituais podem influenciar na sintomatologia ansiosa, estresse e depressiva e na qualidade de vida de mulheres brasileiras em fase inicial da gestação.

Métodos: Estudo transversal, prospectivo, realizado em gestantes brasileiras no período de novembro de 2016 a novembro de 2018. Foram avaliados dados sociodemográficos, dados obstétricos, suporte social, religiosidade/espiritualidade (Duke Religion Index, Daily Spiritual Experiences, Brief RCOPE), saúde mental (DASS-21) e qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Para análise, foram utilizados modelos de regressão linear hierárquicos.

Resultados: Foram incluídas 160 gestantes, com média de idade de 26 (SD: 5.71) anos e idade gestacional de 10.5 (SD: 3.27) semanas. A média de religiosidade e espiritualidade das gestantes foi alta e a utilização do coping positivo foi maior que o coping negativo. O coping religioso/espiritual negativo esteve associado a maiores níveis de estresse e sintomas depressivos e ansiosos (Betas entre 0.207 e 0.321) e pior qualidade de vida física (Beta -0.235). Por outro lado, a qualidade de vida psicológica esteve associada a uma série de dimensões como religiosidade intrínseca, coping positivo e negativo, e espiritualidade (Betas variando de 0.186 a 0.318). Finalmente, a qualidade de vida social esteve apenas associada a espiritualidade (Beta=0.169).

Conclusão: O coping negativo, mas não o coping positivo, esteve associado a pior saúde mental e qualidade de vida física nas gestantes do primeiro trimestre de gestação. Outras medidas de religiosidade e espiritualidade estiveram associadas à qualidade de vida psicológica e social. Profissionais de saúde, obstetras e enfermeiras que lidam com gestantes devem estar atentos ao uso de estratégias de coping negativas em suas pacientes.

Palavras-chave: Espiritualidade, religiosidade, gestantes, qualidade de vida, saúde mental, obstetrícia.

ABSTRACT:

Introduction: Women have used prayer and spiritual practices to help cope with health issues for millennia. However, studies addressing religiosity and spirituality of pregnant women are scarce.

Objectives: To assess how religious and spiritual beliefs can influence the depressive, anxious and stress symptoms and quality of life of Brazilian women in early pregnancy.

Methods: A prospective, cross-sectional study was conducted in Brazilian pregnant women between November 2016 and November 2018. Sociodemographic data, obstetrics data, social support, religiosity/spirituality (Duke Religion Index, Daily Spiritual Experiences, Brief RCOPE), mental health (DASS-21) and quality of life (WHOQOL-Bref) were assessed. Analyses were carried out using hierarchical linear regression models.

Results: A total of 160 pregnant women were included, with a mean age of 26 years (SD: 5.71) years and gestational age of 10.5 (SD: 3.27) weeks. Mean religiosity and spirituality of the pregnant women was high and the use of positive coping was greater than that of negative coping. Negative religious/spiritual coping was associated with high levels of stress, depressive and anxious symptoms (Betas 0.207-0.321) and worse physical quality of life (Beta -0.235). However, psychological quality of life was associated with multiple dimensions, including intrinsic religiosity, positive and negative coping, and spirituality (Betas 0.186-0.318). Finally, social quality of life was associated only with spirituality (Beta=0.169).

Conclusion: Negative coping, but not positive coping, was associated with worse mental health and physical quality of life in women at the first trimester of

pregnancy. Other measures of religiosity and spirituality were associated with psychological and social quality of life. Health professionals, obstetricians and nurses who work with pregnant women should be alert to the use of negative coping strategies in their patients.

Key words: Spirituality, religiosity, pregnant, quality of life, mental health, obstetrics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama ilustrativo das repercussões da gestação na vida da mulher.....	25
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Ilustração dos estudos entre Desfechos X Medidas de Religiosidade na saúde da gestante	53
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ITU	Infecção do Trato Urinário
HG	Hiperêmese Gravídica
R/E	Regiosidade/ Espiritualidade
EUA	Estados Unidos da América
OR	Odds ratio
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UNA SUS	Universidade Aberta do SUS
DPN	Depressão Perinatal
CRE	Enfrentamento religioso/espiritual
SRC	Enfrentamento religioso/espiritual
EPDS	Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo
DSES	Daily Spiritual Experiences Scale
PRCs	Centro de Recursos para Gravidez
IC	Intervalo de confiança
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
EPSS	Escala de Percepção do Suporte Social
DASS-21	Depression, Anxiety and Stress Scale
P-DUREL	Índice de Religiosidade de Duke

Brief-RCOPE	Escala de coping religioso e espiritual
WHOQOL-Bref	Versão abreviada do WHOQOL-100 desenvolvida pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SD	Standard deviation- Desvio padrão
GPA	Gestações, partos e abortos.

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2. Revisão da Literatura	17
2.1. Epidemiologia da Gestação	17
2.2 Repercussões da Gestação na Vida da mulher	20
2.3. Saúde Mental e Qualidade de Vida na Gestação	25
2.4. Influência da Religiosidade e Espiritualidade na Saúde.....	30
2.5. Influência da Religiosidade e Espiritualidade na saúde da Gestante.....	37
3. Justificativa para o estudo	59
4. Objetivos	61
4.1. Objetivo Geral	61
4.2. Objetivos Específicos	61
5. Método	62
5.1. Data, local e Desenho do Estudo.....	62
5.2. Critérios de Inclusão e exclusão	62
5.3. Procedimentos	63
5.4. Instrumentos	63
5.5. Tamanho da Amostra e análise estatística	67
5.6. Aspectos éticos.....	67
6. Resultados	69
7. Limitações	93

8. Considerações finais	94
9. Referências Bibliográficas	95
APÊNDICES.....	113
ANEXOS	125

1. Introdução

A gravidez é um evento considerado biologicamente natural e um momento especial na vida da mulher (Bell e Palma, 2000). Entretanto, também é uma fase de diversas mudanças físicas e alterações tanto corporais quanto sexuais, relacionadas aos ritmos metabólicos e as influências hormonais (Clark *et al.*, 2009),(Szejer *et al.*, 1997). Todas essas alterações tornam-se menos relevantes a partir do segundo trimestre de gestação, quando os movimentos fetais ficam mais perceptíveis. Nesta fase, diversas mudanças psicológicas ocorrem, uma vez que a mulher começa a mudar o seu conceito sobre o feto, que anteriormente era percebido como parte de si mesma, para então ser percebido como um bebê vivo, que logo será um indivíduo independente e autônomo (Piccinini *et al.*, 2004). É neste momento de transição que há a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, principalmente no que diz respeito à mudança de identidade e uma nova definição de papéis (Antunes e Patrocínio, 2007). Dessa forma esse período é considerado de importante vulnerabilidade emocional em que sentimentos ambivalentes são vivenciados (Antunes e Patrocínio, 2007).

Todas essas mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, que se iniciam desde a confirmação da gravidez, podem influenciar de forma importante o desenvolvimento da gestação, assim como o bem-estar e saúde materno-infantil. Entre os fatores psicológicos que, geralmente, implicam em complicação durante gestação, parto e pós-parto, estão os estressores vivenciados na gravidez e no puerpério (Faisal-Cury *et al.*, 2009).

Estudos demonstraram que estressores como a ansiedade em relação à saúde do bebê, doenças associadas à gestação, problemas sociais, insônia, estressores, baixo suporte social e familiar podem resultar em alterações na saúde mental da gestante (Bei et al., 2010),(Pawar et al., 2011), predispondo ao aparecimento de distúrbios do humor em geral.

Os distúrbios psicológicos e psiquiátricos, durante a gravidez e/ou puerpério podem trazer diversas consequências negativas para a relação mãe/filho, além da relação familiar. A depressão e ansiedade na gravidez e puerpério estão associadas com maiores atitudes punitivas da mãe em relação aos filhos anteriores e/ou com o bebê, menor espontaneidade e responsividade nos cuidados do infante, maiores problemas conjugais (Cunningham e Zayas, 2002), além de influenciar no tempo de início e duração da amamentação (Dennis, 2006).

Para lidar com essa nova realidade de vida e com os estressores que aparecem nesse período, a gestante busca inúmeras estratégias como por exemplo, o suporte da família, de amigos, apoio psicológico (O'Connor et al., 2016), grupos de auto-ajuda, terapias integrativas, meditação, relaxamento, cursos de gestantes e a busca por um suporte religioso e espiritual através de suas próprias crenças ou por meio de comunidades religiosas (O'Connor *et al.*, 2016). De fato, as pessoas tendem a voltar-se para suas crenças espirituais e religiosas no intuito de enfrentar estressores e situações desafiadoras. Os estudos mostram que essas crenças têm sido associadas a desfechos de saúde. Em geral, os indivíduos que apresentam maior religiosidade e espiritualidade têm menos sintomas depressivos (Lucchetti, Lucchetti, Peres, Moreira-Almeida, et al., 2012),(Koenig, 2007), ansiosos, melhor qualidade de vida, melhores

desfechos psiquiátricos (Koenig, 2009),(Moreira-Almeida et al., 2006a),(Bonelli e Koenig, 2013) e até mesmo redução da taxa de mortalidade quando comparada com outras medidas de intervenção em saúde (Lucchetti *et al.*, 2011). Da mesma forma, grandes centros universitários investigam o tema e mais de 30 mil estudos foram publicados no Pubmed com essa temática nos últimos 15 anos (Lucchetti e Lucchetti, 2014). Entretanto, a maioria da literatura atual foca na saúde espiritual das pessoas que possuem doenças crônicas ou aquelas com doença terminal, enquanto que há relativamente pouca atenção à espiritualidade ou religiosidade durante a idade fértil (Page *et al.*, 2009).

As mulheres têm usado oração e práticas espirituais para auxiliar nos seus “problemas de saúde” há milhares de anos (Callister e Khalaf, 2010). Apesar disso, os estudos que tenham abordado a religiosidade e espiritualidade das gestantes ainda são escassos, principalmente aqueles que avaliem na fase inicial da gestação.

Um estudo recente documentou a relação entre risco à saúde e o envolvimento com comportamentos religiosos em mulheres grávidas, concluindo que as crenças religiosas foram significativamente correlacionadas com os comportamentos de menor risco à saúde (Page et al., 2009).

Outro estudo realizado por Wilkinson e Callister (2010), mostrou que a maioria das mulheres acreditava que Deus poderia e influenciaria os resultados de sua gravidez e nascimento. Muitas mulheres relataram confiança em Deus para ajudar a garantir resultados de nascimentos bem sucedidos (Wilkinson e Callister, 2010).

Uma pesquisa realizada com mulheres iranianas mostrou que, sob a perspectiva cultural e religiosa destas mulheres, houve uma influência tanto física quanto

mental destas gestantes no cuidado com o recém-nascido e autocuidado durante a gestação. O acompanhamento durante o pré-natal abrangendo equipe multidisciplinar sob o contexto cultural, social e religioso foram facilitadores durante a gestação e para o cuidado do recém-nascido (Heidari et al., 2015).

Finalmente, um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, foi realizado com mulheres muçulmanas submetidas à cesariana sob raquianestesia, mostrando que a oração e a meditação foram importantes medidas não farmacológicas na redução da ansiedade e dor pós-operatória. O ato de orar e meditar reduziu os sintomas de náuseas e vômitos, além de promover um maior relaxamento (Beiranvand et al., 2014).

Compreender como a religiosidade e espiritualidade influenciam na saúde e qualidade de vida das gestantes brasileiras pode ter grande impacto durante o pré-natal (sintomas depressivos e ansiosos) destas pacientes. Na literatura não encontramos estudos que abordassem esta temática na fase inicial da gestação e, através da ampliação do conhecimento da relação entre saúde e espiritualidade nas gestantes, conseguiremos intervir de maneira mais efetiva na assistência durante o pré-natal. Essa busca por uma melhor qualidade de atendimento e o acompanhamento destas pacientes que motivou nossa pesquisa.

2. Revisão da Literatura

2.1. Epidemiologia da Gestação

No mundo, cerca de 16 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos engravidam a cada ano. Na América latina, o percentual gira em torno de 18% e metade deste ocorre em apenas sete países, um deles o Brasil (Estatística, 2009),(Organization, 2017).

Um estudo realizado no município de Gurupi, Tocantins avaliou o perfil sociodemográfico de gestantes atendidas pelo SUS (Silva et al., 2015). Quanto à faixa etária das gestantes, os dados (23,6%) corroboram a literatura que estima a existência no Brasil de cerca de um milhão de adolescentes entre 10 e 20 anos que têm partos todos os anos, o que corresponde a 20% do total de nascimentos (Spindola et al., 2006),(Buendgens e Zampieri, 2012),(Costa et al., 2013). A prevalência da gravidez em mulheres com idade acima de 40 anos (2,4 %) também se mostrou semelhante ao restante do país (Estatística, 2009). No estudo realizado por Souza et al (2013) em relação à idade houve predomínio da gestação na faixa etária de 20 a 25 anos (42 %) (De Souza *et al.*, 2013). A respeito da etnia das mulheres pesquisadas, em sua maioria (83,1%), eram negras ou pardas(Silva *et al.*, 2015).

Esses números estão de acordo com a literatura para gestantes da região Norte e Nordeste do Brasil (Estatística, 2009). Identificou-se que 53% das pesquisadas realizaram seis ou mais consultas no pré-natal, e o restante das gestantes, quase metade (47%) se submeteram a um número de consultas inferior ao recomendado pelo ministério da saúde (Silva *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde preconiza a realização de uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (Estatística, 2009),(Andreucci e

Cecatti, 2011),(Cecatti *et al.*, 2010). Ao comparar com os dados do estado do Tocantins, foi observado que apenas 39,1% se submetem a mais de 6 consultas pré-natais (Ministério Da Saúde . Secretaria De Ciência, 2009),(Coutinho *et al.*, 2010),(Domingues *et al.*, 2012). Segundo Cunha (2008), em São Paulo, a realidade é diferente e 72,5% das gestantes são submetidas a 6 ou mais consultas no pré-natal (García e Da Cunha, 2008). Os dados do IBGE mostraram aumento da proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram seis ou mais consultas pré-natal, passando de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006 (Estatística, 2009).

Quanto ao tipo de parto, foi observado que 62,6% das pesquisadas foram submetidas ao parto cesáreo. Esses dados são superiores aos relatados pelo ministério da saúde ao afirmar que a cesariana já representa 43% dos partos realizados no Brasil nos setores público e privado e que no Sistema Único de Saúde as cesáreas somam 26% (Victoria *et al.*, 2011).

Costa *et al* (2006) referiram que, quanto ao tipo de parto, observa-se em estudos nacionais que o parto cesáreo é mais frequente na região urbana, do que na região rural. Esta prática revela-se também fortemente associada à condição social, sobretudo ao grau de instrução da mulher, aumentando progressivamente com o número de anos de estudo (Guilhem *et al.*).

Em relação ao parto cesáreo, Silva *et al* (2001) encontraram em sua pesquisa em São Luís no Maranhão, que a chance de realizar cesariana era cinco vezes maior nas gestantes atendidas no serviço privado, quando comparada com a gestante atendida pelo serviço público (De Souza *et al.*, 2013). Haidar *et al* (2001) indicam forte associação entre parto cesáreo e maior escolaridade

materna, podendo explicar esse achado dentre as atendidas no serviço privado (Haidar *et al.*, 2001).

Quanto à ocupação, 35(70%) das gestantes se dedicam a cuidar do lar. A maior parte das gestantes entrevistadas, 34(68%) declarou possuir renda familiar entre um e três salários mínimos. No que diz respeito ao número de moradores do domicílio, 45(90%) das gestantes relataram a presença de um a cinco moradores. Neste estudo pode-se verificar que o nível de escolaridade predominante nas gestantes 20(40%) foi o ensino médio completo e que 25 (50%) das mulheres viviam em união consensual (Costa *et al.*, 2013).

Spindola *et al* (2006) identificaram em seu estudo, prevalência de 72,7% de gestantes casadas ou unidas consensualmente e 23,1% de solteiras (Saúde, 2006) . A presença do parceiro é de grande importância para a gestante, visto que o período gestacional é um período de mudanças fisiológicas que podem gerar dúvidas, angústias e ansiedade por tudo o que está acontecendo^(Saúde, 2000).

No estudo realizado com gestantes de alto risco no município de Francisco Beltrão observou-se que 36,1% (n=22) das gestantes foram identificadas como trabalhadoras do lar, 47,5% (n=29) possuíam o segundo grau completo, 52,5% (n=32) eram casadas e 62,3% (n=38) de cor branca. O principal motivo pelo qual a gestante participou do pré-natal de alto risco foi a HAS, diagnosticado em 24,6% (n=15) das gestantes, seguido de 18% (n=11) por obesidade e 14,8% (n=9) por ITU. A gestação de risco evoluiu para cesarianas em 80,3% (n=49) dos casos (Dalla Costa *et al.*, 2016).

Diante desse quadro de gestação de risco, a literatura destaca que o acompanhamento pré-natal é essencial para garantir a gestação segura e/ou saudável, além de parto seguro e esclarecimentos de dúvidas das futuras mães

(Morse et al., 2011). As gestantes que recebem assistência de qualidade no pré-natal, com eficiência e eficácia em suas ações, têm possibilidade de redução de morbidades que podem persistir mesmo após o término da gestação, como também evitar mortalidade materna, baixo peso do recém-nascido, retardo do crescimento intrauterino, entre outras complicações (Peixoto *et al.*, 2011).

2.2 Repercussões da Gestação na Vida da mulher

Estudos têm mostrado que as alterações fisiológicas e psicossociais relacionadas à gravidez podem afetar o corpo e causar sintomas que podem influenciar na qualidade de vida da gestante, conforme ilustrado na figura 1.

Um estudo realizado com mulheres grávidas no Irã mostrou que a gravidez pode afetar a qualidade de vida da mulher em diferentes aspectos. Dentre as principais categorias afetadas estão: distúrbios psicológicos, interações conjugais, realização das atividades diárias e de atividades físicas, alterações nas relações sexuais, na imagem corporal, nos hábitos alimentares e nos regimes de trabalho (Kazemi *et al.*, 2017).

Os distúrbios psicológicos mais frequentes na gravidez foram relacionados ao sono e irritabilidade. As gestantes atribuíram seus problemas de sono a fatores como estresse relacionado ao parto, necessidade de assumir certa posição de dormir, aumento da frequência urinária, problemas gastrointestinais, dor física, dificuldade em adormecer e sono leve. Além disso, expressaram principalmente que durante a gravidez, elas se tornaram sensíveis e irritáveis e reagiram fortemente aos seus maridos e comportamentos de outras pessoas (Kazemi *et al.*, 2017).

A maioria das pacientes observaram deficiências significativas em atividades domésticas, recreativas e outras atividades diárias devido à sua impaciência relacionada à gravidez, fadiga, náusea, dor e problemas físicos. Algumas delas haviam reduzido suas atividades físicas, como caminhar ou escalar montanhas, enquanto outras haviam desistido de suas aulas de arte ou evitado viagens (Kazemi et al., 2017),(Vieira e Parizotto, 2013). As gestantes empregadas também tiveram problemas como desinteresse pelo trabalho, um sentimento de crueldade em relação aos fetos e uma sensação de carga de trabalho pesada (Kazemi et al., 2017).

Algumas pacientes estavam insatisfeitas com as alterações na aparência física, principalmente ganho de peso. Elas estavam preocupadas com a capacidade de perder peso após o parto. E notaram que não podiam se vestir apropriadamente como antes devido às mudanças em seu corpo. Além disso, por causa do ganho de peso e do aumento do volume abdominal, algumas sentiram vergonha da sua imagem. Alterações cutâneas induzidas pela gravidez, como melasma, erupções cutâneas e estrias, foram outras causas para a insatisfação destas mulheres (Kazemi et al., 2017).

A maioria das gestantes experimentaram alterações nas relações sexuais durante a gravidez. Essas alterações incluíram redução do número de atividades sexuais, redução da qualidade da relação sexual e diminuição da libido. Elas atribuíram esses problemas sexuais a fatores como medo de danificar o feto, sofrimento físico e dor, e sentir vergonha de fazer sexo na presença do feto (Kazemi et al., 2017). A influência negativa da gestação na função sexual feminina é notória e, portanto, não deve ser negligenciada, de modo que os médicos devem ser capazes de investigar a incidência de disfunção sexual entre

as pacientes, minimizar a ansiedade destas quanto às mudanças trazidas pela gravidez, estimular a participação dos parceiros nas consultas médicas, sanar dúvidas e desmistificar tabus (Prado, 2013).

Problemas físicos relacionados à gravidez estavam entre as queixas mais comuns das pacientes. Dentre estes estavam dores físicas, fadiga e dificuldades em sentar, levantar e caminhar, o que reduziu sua capacidade de satisfazer suas necessidades pessoais e, assim, dependiam de outros para realizar a maioria de suas atividades. Além disso, as gestantes apresentaram problemas gastrointestinais e geniturinários, como constipação, azia, epigastralgia, náusea e aumento da frequência urinária (Kazemi et al., 2017).

Um estudo realizado com mulheres imigrantes e portuguesas verificou que a gravidez promoveu mudanças nos estilos de vida provocadas pela gravidez e pelo parto (De Carvalho Coutinho *et al.*, 2014). A maioria das mulheres adotou estilos de vida mais saudáveis durante a gravidez por si e pelo bebê, aproveitaram este período para deixar de lado alguns consumos menos saudáveis, como é o exemplo do tabaco, do álcool e da exposição a ambientes poluídos (De Carvalho Coutinho et al., 2014). Além disso, as gestantes evitavam o uso de medicamentos e alguns alimentos (como açúcar, sal, salsicha e alimentos enlatados e fritos) devido a seus prováveis efeitos negativos sobre a saúde do feto (Kazemi et al., 2017).

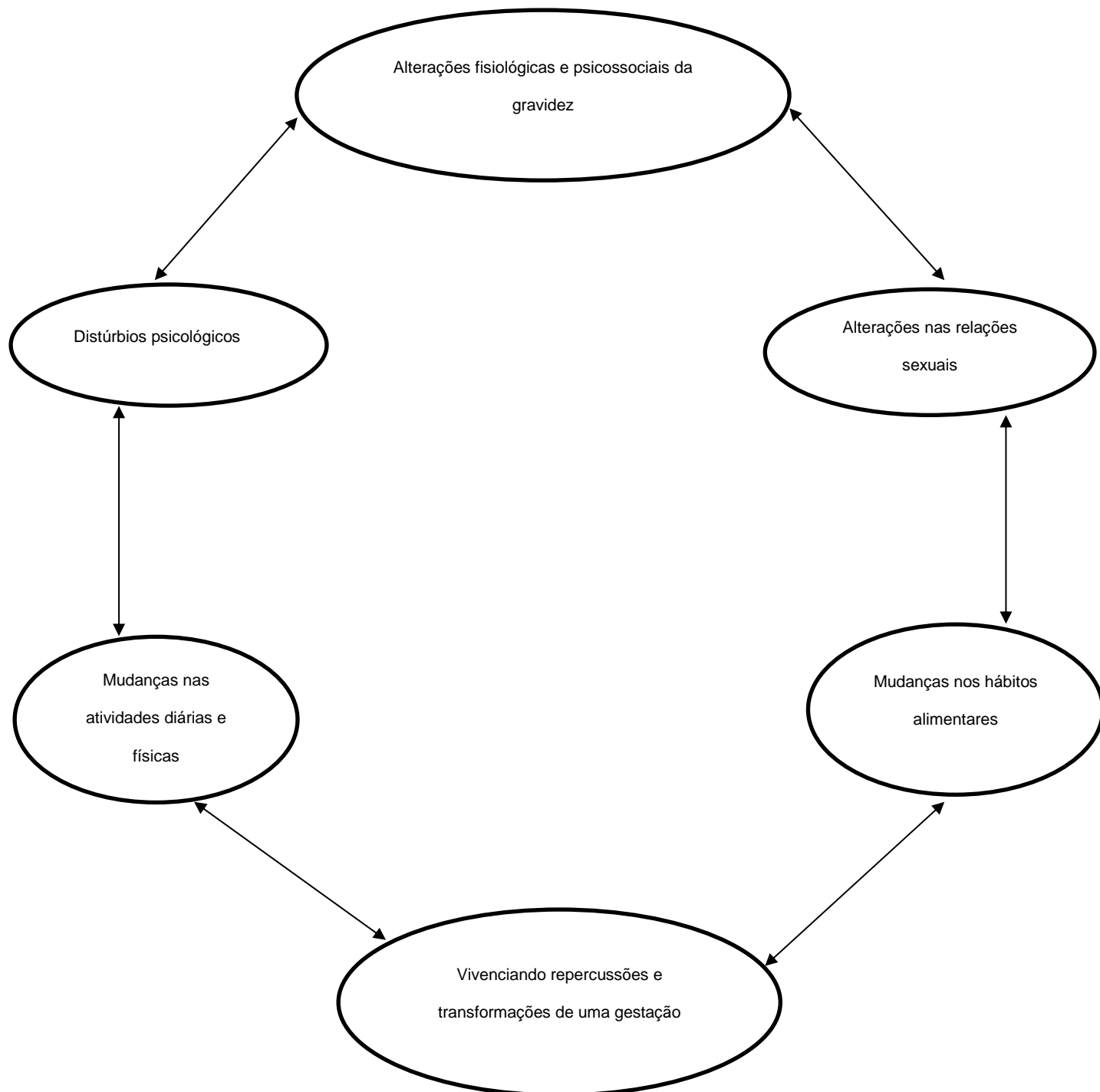
De acordo com a maioria das pacientes, os custos relacionados à gravidez e ao parto impunham um pesado fardo financeiro para suas famílias e, portanto, estavam preocupadas sobre como cobrir os custos. Esses custos diziam respeito a exames laboratoriais, medicamentos, alimentos, parto em um hospital privado e educação infantil (Kazemi et al., 2017).

Uma das principais preocupações das gestantes foi o medo sobre como lidar com os sintomas relacionados ao parto e o processo de parto vaginal devido a motivos como dores no parto, danos ao feto, rumores sobre o parto, incapacidade percebida de ter um parto vaginal, isolamento da família, falta de preparo emocional para o parto, toque vaginal, suturas e experiências desagradáveis (Kazemi *et al.*, 2017).

A fim de superar os problemas e preocupações supracitados e relacionados à gravidez, minimizando a ansiedade, as pacientes tendem a usar diferentes estratégias de enfrentamento, como por exemplo, a espiritualidade, o pensamento positivo em relação à gravidez, a distração e imaginação e o apoio psicológico e familiar (Kazemi *et al.*, 2017).

Todas as gestantes referiram à compreensão, maior atenção e apoio dos maridos durante a gravidez como principais fatores que contribuem para a redução do estresse. Além dos maridos, outros membros da família, especialmente as mães de mulheres grávidas, desempenharam papéis significativos na redução do estresse, fornecendo-lhes apoio emocional e dizendo palavras de conforto e redução da ansiedade (Kazemi *et al.*, 2017),(Costa *et al.*, 2017). Algumas delas também relataram sua satisfação com os serviços de saúde prestados por seus médicos e parteiras e consideraram sua atenção e competência como fatores responsáveis pela sua tranquilidade. O apoio do governo e programas comunitários (como a presença de uma doula na sala de parto, palestras sobre a gravidez e a possibilidade de parto com analgesia) também facilitou o enfrentamento da gravidez (Kazemi *et al.*, 2017).

Figura1: Diagrama ilustrativo das repercussões da gestação na vida da mulher



2.3. Saúde Mental e Qualidade de Vida na Gestação

Um estudo realizado no sul de Minas Gerais com 209 gestantes relacionando ansiedade e gravidez mostrou que a ansiedade é um transtorno mental frequente entre as gestantes estudadas, estando mais presente no terceiro trimestre da gestação e com sua ocorrência associada à ocupação da gestante, ao histórico de abortamento, à presença de complicações em gestações anteriores, ao desejo materno em relação à gravidez, à quantidade de cigarros consumidos por dia e ao uso de drogas ilícitas. As gestantes que exerciam atividade do lar apresentaram maior chance de desenvolver ansiedade na gravidez do que as que possuíam trabalho. Neste estudo, a grande maioria das participantes (98,6%) desejava a gestação que estava vivenciando, sentimento que também era experimentado por 99% dos pais da criança. O desejo materno em relação à gestação esteve associado à ocorrência da ansiedade na gravidez. Destaca-se, ainda, que 99% das participantes receberam apoio da família e do pai da criança na gestação (Silva et al., 2017).

O número de abortamentos também demonstrou relação estatisticamente significativa com a ocorrência da ansiedade na gravidez. Ao contrário do esperado, observou-se uma relação inversa entre o número de abortamentos e a presença da ansiedade na gestação, de maneira que se constatou que as gestantes que tiveram mais abortamentos em gestações anteriores, não apresentaram ansiedade. Neste estudo, 185 (85,5%) gestantes referiram não ser tabagistas, 194 (92,8%) não consumir bebida alcoólica e 204 (97,6%) não usar drogas ilícitas. Esta última variável esteve associada à ansiedade na gravidez, assim como a quantidade de cigarros consumidos por dia. Desta forma, as gestantes usuárias que fumavam acima de dez cigarros por dia e as usuárias de

drogas ilícitas tinham 28 e 11 vezes mais chances, respectivamente, de sofrer ansiedade na gravidez do que as participantes que não usavam nenhuma dessas drogas (Silva et al., 2017).

Com relação à depressão, um estudo realizado na cidade de Alfenas relacionando os fatores associados à depressão na gravidez mostrou que ocorrência da depressão na gravidez apresentou associação com a classificação quanto ao número de gestações, evidenciando que participantes primigestas têm maior chance de apresentar depressão na gravidez do que as multigestas. O uso de medicamentos diários também apresentou associação com a depressão, de maneira que as gestantes que usavam medicamentos diários apresentaram maior chance de desenvolver a depressão na gravidez do que as não faziam uso de medicações diariamente. Embora referido pela minoria das participantes (20.1%), o histórico de transtorno mental demonstrou associação com a depressão, evidenciando que as gestantes que possuem histórico de transtorno mental têm 5,24 vezes mais chance de apresentar depressão na gravidez do que as que não possuem esta vivência passada. Vale ressaltar que a depressão foi o transtorno mais relatado entre as gestantes que vivenciaram um transtorno psíquico no passado (76.2%) (De Jesus Silva et al., 2016).

A maior parte das participantes referiu não ter vivenciado um evento marcante de vida nos últimos doze meses (33.5%), no entanto, sua ocorrência demonstrou associação com a depressão na gravidez, evidenciando que as gestantes que tiveram um evento marcante na vida nos últimos 12 meses têm maior chance de apresentar depressão durante a gravidez do que as que não vivenciaram um evento marcante do decorrer do ano anterior. Apenas uma gestante neste estudo referiu sofrer violência doméstica atualmente e 10% das participantes relataram

tê-la sofrido no passado, sendo que o histórico de violência doméstica apresentou associação com a depressão na gravidez. Constatou-se que as gestantes que sofreram violência doméstica no passado possuem 4,41 vezes mais chance de apresentar depressão na gravidez do que as que não possuem esse histórico. O número de partos e número de filhos vivos também apresentou associação com a depressão, mostrando que gestantes com maior número de partos e de filhos vivos apresentaram depressão na gravidez (De Jesus Silva et al., 2016).

Kingston et al (2018) realizou um estudo associando depressão materna e desenvolvimento infantil. Das 1983 participantes que preencheram os critérios de elegibilidade, foram identificadas quatro trajetórias distintas de sintomas depressivos maternos: baixo nível (64,7%); pós-parto precoce (10,9%); subclínica (18,8%); e persistente alta (5,6%). Em modelos multivariáveis, a proporção de crianças com sintomas comportamentais elevados foi mais alta em crianças cujas mães tinham sintomas depressivos elevados persistentes, seguidas por mães com sintomas moderados (trajetórias precoces no pós-parto e subclínicas) e mais baixas nos sintomas mínimos (Kingston *et al.*, 2018).

Um estudo realizado em Shanghai com 2813 gestantes avaliou o efeito da resiliência ao estresse na ansiedade / depressão pré-natal em mulheres grávidas. Havia 11,1% e 10,3% das mulheres grávidas na coorte materno-infantil de Shanghai indicando ansiedade e humor depressivo, respectivamente. O estresse causado por eventos subjetivos e objetivos entre 32-36 semanas de gravidez é menor do que entre 12-16 semanas de gravidez. Verificou-se que a resiliência foi um fator de proteção para a saúde mental materna e, entretanto, foi um modificador de efeito e um mediador para a associação entre estresse e

ansiedade / depressão pré-natal, com a taxa de efeito mediador de 15,1% e 23,8%, respectivamente (Ma et al., 2019).

Os sintomas depressivos são conhecidos por afetar o funcionamento no início da gravidez. Segundo Setse et al (2009) a proporção de mulheres com sintomas depressivos foi de 15%, 14% e 30% no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente, e 9% após o parto. As mulheres que se tornaram deprimidas apresentaram escores nos domínios sociais que foram 10 a 23 pontos e 19 a 31 pontos mais baixos no segundo e terceiro trimestres, respectivamente, em comparação com mulheres sem sintomas depressivos. Este estudo mostrou que as alterações na sintomatologia depressiva têm um efeito substancial na qualidade de vida durante a gravidez e após o parto (Setse et al., 2009). O risco de depressão está aumentado em 76 vezes em pacientes com hiperêmese gravídica (HG), portanto, não apenas a terapia médica da hiperêmese, mas também a avaliação psiquiátrica deve ser considerada para essas pacientes. Verificou-se que das pacientes com hiperêmese gravídica 35,1% das pacientes apresentaram depressão leve, 26,0% moderada e 17,8% depressão grave, enquanto apenas 5% das pacientes do grupo controle apresentaram depressão leve e 95% não apresentaram depressão (Hizli et al., 2012).

Um estudo realizado com 200 mulheres, 100 diagnosticadas como portadoras de hiperêmese gravídica antes da 20ª semana de gestação em um centro de referência terciário, O Etlík Zübeyde Hanım, Hospital de Treinamento e Pesquisa em Saúde da Mulher, de junho de 2013 a outubro de 2013 e 100 controles pareados por idade gestacional foram incluídos. Avaliou o estado de ansiedade e depressão em mulheres com hiperêmese gravídica (HG) e os fatores de risco

para o desenvolvimento de depressão e ansiedade em mulheres com HG. Observou-se que os escores medianos para depressão e ansiedade, usando o inventário de Beck para depressão e ansiedade foi significativamente maior no grupo hiperêmese gravídica em comparação com o controle. O risco relativo de mulheres com hiperêmese gravídica foi maior para depressão moderada e ansiedade grave. Os dados de todos os participantes foram analisados para determinar os fatores de risco para depressão e ansiedade. HG, menor nível educacional, menor renda e relações sociais ruins foram os fatores de risco significativos para depressão e HG, e relações sociais ruins foi um fator de risco significativo para ansiedade em toda a população de gestantes. Além disso, HG e relações sociais pobres foram fatores de risco independentes para depressão e ansiedade em toda a coorte. Pacientes com HG foram 5,5 vezes mais propensos a ter depressão e 6,7 vezes mais propensos a ter ansiedade em comparação com os controles pareados. Além disso, os riscos de depressão e ansiedade em gestantes com relacionamento social ruim foram 2,8 e 5,6 vezes maiores, respectivamente, quando comparados aos controles. Este estudo reforça como os fatores associados à saúde mental interferem na qualidade de vida das gestantes, mostrando que tanto a depressão quanto os transtornos de ansiedade são mais comuns e graves em pacientes com HG em comparação com controles. Além disso, ter relacionamentos familiares e sociais fracos e nível socioeconômico mais baixo também desempenhou um papel importante no desenvolvimento de depressão e ansiedade em mulheres grávidas (Topalahmetoğlu *et al.*, 2017).

2.4. Influência da Religiosidade e Espiritualidade na Saúde

Religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas observados por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com, ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus (em culturas ocidentais), ou da Verdade Absoluta da Realidade, ou do nirvana (em culturas orientais). A religião normalmente se baseia em um conjunto de escrituras ou ensinamentos que descrevem o significado e o propósito do mundo, o lugar do indivíduo nele, as responsabilidades dos indivíduos uns com os outros e a natureza da vida após a morte (Koenig, 2012a). Espiritualidade, por outro lado, é um conceito mais amplo que envolve consiste em uma relação pessoal com o objeto transcendente (Deus ou Poder Superior), o metafísico, em que a pessoa busca significados e propósitos fundamentais da vida e que pode ou não envolver a religião (Koenig, 2012a).

Diversos estudos têm sido publicados abordando a influência da religiosidade/espiritualidade na saúde e muitas universidades ao redor do mundo têm incluído o tema religiosidade/espiritualidade (R/E) nas diretrizes curriculares, especialmente nos Estados Unidos e Reino Unido (Aguiari et al., 2017). Da mesma forma, vários estudos têm avaliado a relação entre bem-estar espiritual e bem-estar psicológico. Dos 100 estudos que examinaram a associação entre práticas religiosas, comportamento e indicadores de bem-estar psicológicos (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e maior moral), 79 relataram pelo menos um impacto positivo na correlação entre essas variáveis (Koenig *et al.*, 2012).

Crenças e processos cognitivos influenciam o modo como as pessoas lidam com o estresse, o sofrimento e problemas de vida. As crenças religiosas podem

fornecer apoio através das seguintes formas: melhorar a aceitação, resistência e resiliência. Essas crenças gerariam paz, autoconfiança, propósito, perdão para os próprios fracassos do indivíduo e autoimagem positiva (Argyle e Beit-Hallahmi, 2013).

Práticas religiosas públicas e privadas podem também ajudar a manter a saúde mental e prevenir doenças mentais, ajudando a lidar com a ansiedade, medos, frustração, raiva, anomia, sentimentos de inferioridade, desânimo e isolamento (Scheff, 1979)-(Schumaker, 1992).

Estudos mostram ainda que pertencer a um grupo traz suporte psicossocial que pode promover a saúde. A religião pode fornecer coesão social, fortalecendo a participação em um grupo de cuidado, a continuidade nos relacionamentos com amigos e familiares e outros grupos de apoio. O apoio social pode influenciar a saúde facilitando a adesão aos programas de promoção da saúde, oferecendo apoio em tempos de estresse, sofrimento e tristeza, diminuindo o impacto da ansiedade e outras emoções e anomia. O apoio social, embora importante, não é o único mecanismo pelo qual a religião influencia a saúde. A religião ainda tem efeitos benéficos, mesmo quando o apoio social é uma variável controlada (Levin *et al.*, 1996).

Koenig *et al* (1998) realizou um estudo prospectivo investigando o impacto da religiosidade no curso de transtornos depressivos (Koenig *et al.*, 1998) e encontrou que aqueles adultos idosos deprimidos e hospitalizados com maior motivação religiosa intrínseca obtiveram remissão mais rápida da depressão em um tempo médio de seguimento de 47 semanas. Para cada aumento de 10 pontos nos escores de religiosidade intrínseca (10-50), houve um aumento de 70% na velocidade de remissão depois de controlada pelo status funcional, o

suporte social e a história familiar psiquiátrica. Entre os pacientes cuja incapacidade física não melhorou durante o seguimento de um ano (isso significa má resposta ao tratamento médico), a velocidade de remissão da depressão aumentou em 106% para cada aumento de 10 pontos na escala da religiosidade intrínseca (Koenig et al., 1998).

Um estudo realizado nos EUA com uma amostra de 2.616 gêmeos adultos investigou a relação envolvendo várias dimensões da religiosidade com prevalência ao longo da vida de transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias. Embora várias dimensões da religiosidade fossem geralmente associadas à prevalência de depressão maior, transtornos de ansiedade e comportamento antissocial (com exceção do transtorno do pânico levemente associado à religiosidade geral), a associação mais forte foi entre quase todas as dimensões religiosas e menores taxas de prevalência de abuso ou dependência de nicotina, álcool e drogas (Kendler et al., 2003).

Em um estudo brasileiro envolvendo 2.287 estudantes em uma grande área metropolitana, mostrou uma forte associação entre fatores religiosos com menor uso de drogas durante o mês anterior à entrevista, mesmo depois de controlar os dados sociodemográficos e variáveis educacionais. Alunos que não receberam uma educação religiosa na infância tinham uma maior chance de fazer uso de ecstasy (OR 4.2) e abusar de medicamentos (OR 3.15) em comparação com estudantes que tinham uma educação altamente religiosa. A falta de afiliação religiosa foi associada a maior chance de uso de cocaína (OR 2.9) e abuso de medicamentos (OR 2.2) (Dalgarrondo et al., 2004).

Segundo Panzini et al (2007) outra importante dimensão da qualidade de vida é a espiritualidade. A qualidade de vida é um conceito recente, que engloba e

transcende o conceito de saúde, sendo composto de vários domínios ou dimensões: física, psicológica, ambiental, entre outras. Há indícios consistentes de associação entre qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade, por meio de estudos com razoável rigor metodológico, utilizando diversas variáveis para avaliar espiritualidade (por exemplo: afiliação religiosa, oração e coping religioso/espiritual). Pacientes oncológicos, HIV positivos, com transtornos de ansiedade e depressão mostraram relação positiva entre qualidade de vida e bem-estar espiritual, existencial e religioso (Panzini et al., 2017).

Várias doenças estão relacionadas ao comportamento e estilo de vida. O hábito de comer, beber, dirigir o automóvel, fazer sexo, fumar, usar drogas, seguir prescrições médicas, realizar exames preventivos têm influências importantes em nossa saúde. A maioria das religiões prescreve ou proíbe comportamentos que podem afetar a saúde (Jarvis e Northcott, 1987).

A interface entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde pode ser provocativa e controversa; R/E é frequentemente visto como uma área privada e subjetiva, que está fora do contexto terapêutico. Mas as crenças do paciente podem ter um impacto substancial na construção do significado da doença, do comportamento de enfrentamento e das preferências de tratamento. Assim, as comunidades médicas precisam entender e aceitar que a R/E de um paciente faz parte de sua própria jornada de cura. Há evidências crescentes sobre a correlação entre participação R/E e longevidade (Koenig, 2012b).

Alguns pesquisadores tentam quantificar o impacto dessa relação na extensão da expectativa de vida. Koenig (Koenig, 2012b) citaram uma revisão sistemática e duas metanálises que confirmaram a relação entre R / E e maior sobrevivência. Sobrevivência entre participantes freqüentes em atividades religiosas foi

aumentada, respectivamente, por 37, 43 e 30% (média de efeito de 37%) nestes três estudos. Segundo este autor, um aumento na sobrevida de 37% é tão clinicamente relevante que poderia ser comparado com os efeitos da redução do colesterol, do uso de drogas e do exercício físico na sobrevida após o infarto do miocárdio (Koenig, 2012b).

A relação entre maior atividade de R/E e longevidade é documentada, e a comunidade médica deve encontrar o valor prático ou a relevância clínica de tal informação. Sabendo dessas conexões, o que os profissionais de saúde poderiam fazer de diferente? “Participação religiosa” não é uma forma de terapia que poderia ser prescrita, mas o público merece saber o quanto certas crenças ou comportamentos influenciam sua saúde e bem-estar, porque, à luz dessa informação, as pessoas poderiam optar por viver de maneira diferente. A R/E do paciente como estratégia positiva de enfrentamento da doença, pode favorecer a recuperação da saúde. Como a R / E do paciente pode ter um impacto em sua saúde física e mental, ela deve ser mais valorizada na consulta clínica (Saad e Medeiros, 2017).

Um estudo realizado pela Universidade Federal de Porto Alegre (UFCSPA) objetivou apresentar a opinião de médicos, especializando em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) sobre o ensino do tema R/E na graduação em Medicina, as percepções dos profissionais sobre essa temática na prática clínica e os índices de religiosidade/espiritualidade dos estudantes. Constatou-se que 60,3% consideram a coleta da história espiritual como a habilidade mais importante a ser aprendida e 72,2% concordam que o tema R/E deve ser abordado na graduação, enquanto 13,7% relataram contato prévio com

o tema na faculdade. A relevância conferida à R/E no cuidado médico não parece ter sido mediada pela religiosidade intrínseca dos estudantes, pois não houve correlação estatisticamente significativa entre essa variável e a atribuição de importância à R/E na prática clínica ($p = 0,585$). Os médicos avaliados parecem reconhecer a importância da espiritualidade para os pacientes e para a saúde, mas são menos fortemente propensos a considerar o seu papel como cuidadores dessa dimensão. Muitas universidades ao redor do mundo têm incluído o tema religiosidade/espiritualidade (R/E) no currículo médico no período de graduação, especialmente nos Estados Unidos e Reino Unido. A carência de atividades teórico-práticas que ensejem uma qualificação profissional mínima para a abordagem da espiritualidade dos pacientes reitera a importância de buscar alternativas educacionais que proponham a construção de conhecimentos aplicáveis à prática clínica do médico brasileiro. Dada à relevância do tema R/E e suas demonstradas repercussões no âmbito da saúde física e mental, urge que a comunidade docente e discente nacional desenvolva propostas pedagógicas inovadoras, metodologicamente eficazes e apropriadas ao contexto da atuação médica no Sistema Único de Saúde, tanto na graduação, quanto nos programas de pós-graduação (Aguiari *et al.*, 2017).

Segundo Koenig (2012), 77% dos médicos pensam que a crença religiosa pode trazer benefícios aos pacientes, mas a maioria deles não sabe como chegar ao doente e introduzir a espiritualidade na conversa. Prevalece ainda o desconhecimento dessa importância para o diagnóstico, prognóstico e tratamento de pacientes. O fato é que a maioria dos pacientes quer que os médicos abordem a questão da religiosidade (Koenig, 2012a).

Muitos pacientes usam a religião para lidar com problemas médicos e não médicos. O estudo do enfrentamento (tradução para *coping*) religioso, que pode ser positivo ou negativo, surgiu como uma pesquisa promissora. O enfrentamento religioso positivo tem sido associado a bons desfechos de saúde e respostas religiosas negativas o oposto. Pacientes religiosos tendem a usar mais coping religioso positivo do que negativo. O enfrentamento religioso positivo envolve comportamentos como: tentar encontrar uma lição de Deus no evento estressante, fazendo o possível e deixar o resto nas mãos de Deus, buscando apoio dos membros da igreja, pensando em como a vida é parte de uma força espiritual maior, olhando para a religião para obter assistência para encontrar uma nova direção para viver quando o antigo já não pode ser viável e tentando fornecer apoio espiritual e conforto para os outros. O enfrentamento religioso negativo inclui esperar que Deus controle a situação, redefinindo o estressor como uma punição de Deus ou como um ato do diabo e questionando o amor de Deus (Tepper et al., 2001),(Pargament et al., 2001),(Pargament et al., 2004).

Hordern (2016) corrobora o que foi dito nos artigos anteriores, de que religião, crença e cultura devem ser reconhecidas como fontes potenciais de propósito morais e força pessoal nos cuidados de saúde, aumentando o bem-estar tanto dos médicos quanto dos pacientes em meio à experiência de problemas de saúde, cura, sofrimento e morte. A comunicação entre médicos e pacientes e entre profissionais de saúde deve atender com sensibilidade aos benefícios de bem-estar da religião, crença e cultura. Os médicos devem respeitar os compromissos religiosos e culturais pessoais, levando em conta sua importância para o tratamento e as preferências de cuidados. Bons médicos entendem suas

próprias crenças e as dos outros. Eles defendem que o bem-estar do paciente é mais bem atendido pela compreensão da importância da religião, crença e cultura para pacientes e colegas. O conhecimento das diferenças entre as religiões, crenças e culturas das pessoas é parte das obrigações cívicas dos médicos e no Reino Unido deve seguir as orientações do Conselho Médico Geral e do Departamento de Saúde. Em particular, o aparente conflito entre julgamento clínico ou práticas normais, cultura, religião e crença de um paciente deve ser considerado com cuidado. A religião ou cultura dos médicos pode desempenhar um papel importante na promoção da adesão a essa boa prática. Em todas as questões, a conduta dos médicos deve ser regida pela lei e pelos acordos de objeção de consciência que estão em vigor (Hordern, 2016).

2.5. Influência da Religiosidade e Espiritualidade na saúde da gestante

Alguns autores relatam que determinantes culturais possuem uma influência grande na vida da gestante (Dougherty e Leininger, 1979),(Macy e Falkner, 1981). Nesse contexto, as práticas religiosas, os santos e as orações fazem parte do cotidiano das gestantes, que se apegam aos aspectos religiosos, esperando receber de alguma força superior a proteção divina, a fim de que a gestação e o parto ocorram sem problemas (Gorette Andrade Bezerra e Moreira Leitão Cardoso, 2006). Nessa subseção, serão apresentadas algumas das pesquisas que envolvem a temática espiritualidade na saúde da mulher em gestação, conforme ilustrado na tabela 1.

Estudo realizado por Wilkinson e Callister (2010) com 24 mães que receberam cuidados de saúde na Clínica do Exército de Salvação em Wiamease, Ashanti, Gana e participaram de entrevistas gravadas em fita, mostrou que a maioria das

mulheres acreditava que Deus poderia e influenciaria os resultados de sua gravidez e nascimento. Muitas mulheres relataram confiança em Deus para ajudar a garantir resultados de nascimentos bem sucedidos e temiam a influência da feitiçaria nos resultados do parto (Wilkinson e Callister, 2010).

Um estudo realizado na maternidade pública de Fortaleza no Ceará, durante o período de junho a agosto de 2003, teve como objetivo compreender os fatores que interferem nas experiências vividas pela parturiente. Participaram sete parturientes que tiveram filhos através de parto normal. Os achados foram refletidos na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, e foram organizados em três categorias: medo; influência das crenças e religiosidade e gestação anterior (Gorette Andrade Bezerra e Moreira Leitão Cardoso, 2006).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado fez perceber que o parto não é um ato isolado, fechado nele mesmo, mas engloba uma série de fatores imbricados e interligados, os quais constituem o momento do parto. Nota-se também, que não se pode compreender o comportamento da parturiente olhando-a somente no momento em que se encontra no Centro Obstétrico. Há de se buscar a visualização do ambiente em que se desenvolveu a gestação, em que momento de vida se encontrava a mulher e o seu companheiro, e qual a preocupação maior da parturiente naquele momento (Gorette Andrade Bezerra e Moreira Leitão Cardoso, 2006).

A sofisticação da prática obstétrica, com o uso das tecnologias, tornou-a mecanizada e massificada, acrescida da infinidade de procedimentos utilizados desde a gravidez, atuando, às vezes desfavoravelmente, na mulher, tornando-a

insegura e ansiosa, prejudicando o trabalho de parto (Gorette Andrade Bezerra e Moreira Leitão Cardoso, 2006).

As informantes-chaves do estudo apresentaram suas crenças com base nos valores religiosos e filosóficos em que acreditavam. O estudo mostrou que no estado gravídico, por ser uma fase da vida da mulher permeada por insegurança, as mulheres são propensas a se apegar a aspectos religiosos, com esperança de receber proteção durante sua gestação e o parto (Gorette Andrade Bezerra e Moreira Leitão Cardoso, 2006),(Simões).

Aziato et al (2016) verificou a importância das parteiras fornecerem um ambiente propício para que as mulheres em trabalho de parto pratiquem sua fé e gerenciem efetivamente a dor do parto, levando em conta as crenças e práticas religiosas das mulheres (Aziato, Ohemeng, et al., 2016),(Aziato, Odai, et al., 2016). A espiritualidade emerge não apenas de situações incomuns, mas de qualquer parto como uma "intensificação da experiência humana". Diferenças significativas para alguns temas espirituais indicam a necessidade de considerar a espiritualidade de ambos os pais (Bélanger-Lévesque *et al.*, 2016).

Além disso, sugere mudanças na melhoria de assistência ao parto e na sua humanização, de onde se conclui que essa realidade tem que ser reestruturada, com o atendimento centralizado no ser humano com suas crenças e valores (Gorette Andrade Bezerra e Moreira Leitão Cardoso, 2006).

Uma pesquisa realizada com 22 mulheres iranianas mostrou que, sob a perspectiva cultural e religiosa destas mulheres, houve uma influência tanto física quanto mental destas gestantes no cuidado com o recém-nascido e autocuidado durante a gestação. Aquisição ativa e passiva de informações, mensagens inspiradoras internas, receberem apoio efetivo das pessoas ao

redor, foram importantes medidas para auxiliar a mãe a cuidar de seu feto. Em contrapartida, condições físicas inadequadas durante a gravidez, condições econômicas e sociais precárias, condições psicológicas e cognitivas inadequadas foram identificadas como barreiras. O acompanhamento durante o pré-natal abrangendo equipe multidisciplinar sob o contexto cultural, social e religioso foram facilitadores durante a gestação e para o cuidado do recém-nascido (Heidari *et al.*, 2015).

Um estudo realizado com 33 mulheres cuidando de crianças menores de seis anos abordou a relação entre saúde e espiritualidade através da análise de narrativas de doenças que ocorrem durante a gravidez e o pós-parto e que afetam mulheres e crianças em comunidades rurais de Molinos (Vale Calchaquíes, Salta). Focou-se na maneira como as mulheres entrevistadas apresentaram a sequência de eventos que cercam o surgimento de doenças que afetam a própria saúde e a de seus filhos, nos quais aspectos orgânicos, emocionais e espirituais interagem tanto na etiologia da doença quanto no seu tratamento. Analisaram como exemplo o susto e suas variações, assim como a recaída e a doenças uterinas (relacionadas a gestação). Os significados atribuídos a essas doenças enfatizam a dimensão espiritual envolvida que justifica o uso de recursos da medicina tradicional (Remorini *et al.*, 2018).

Os estudos têm mostrado cada vez mais que a religião influencia na saúde da mulher. Recentemente foi realizado um estudo na Indonésia com 9.771 gestantes muçulmanas que foram expostas ao Ramadã durante o pré-natal. Muitas mulheres muçulmanas grávidas jejuam durante o mês sagrado muçulmano do Ramadã, mostrando resultados negativos na vida adulta dessas crianças. As crianças foram classificadas em três grupos com base na

religiosidade de sua mãe: muçulmanas religiosas, muçulmanas menos religiosas e não muçulmanas. Usando efeitos fixos e agrupados de mãe robusta, encontraram efeitos negativos na estatura de crianças nascidas de mães muçulmanas religiosas. Os efeitos foram dependentes da idade e sensíveis ao tempo. Por exemplo, as crianças nascidas de mães muçulmanas religiosas eram mais baixas no final da adolescência (15-19 anos de idade) quando a exposição ocorreu no primeiro trimestre da gravidez em comparação com seus irmãos não expostos. Curiosamente, encontraram efeitos positivos na estatura para crianças de gestantes muçulmanas menos religiosas que atingem o pico de crescimento no início da adolescência (10-14 anos de idade) e efeitos negativos na estatura para crianças de gestantes não muçulmanas que atingem o pico apenas na primeira infância (0-4 anos de idade). Importante avaliar também fatores socioeconômicos para explicar esses resultados surpreendentes (Kunto e Mandemakers, 2018).

Um estudo realizado em um hospital urbano na Califórnia avaliou a associação entre religião / espiritualidade e estresse percebido em mulheres hispânicas pré e pós-parto. Participaram duzentos e quarenta e oito mulheres hispânicas gestantes e puérperas entre 18 e 45 anos. A maioria das participantes eram mulheres solteiras e de baixa renda, com baixa escolaridade. Noventa por cento das mulheres relataram uma afiliação religiosa, com mais da metade (57,4%) listando sua afiliação religiosa como "católica". No geral, a religiosidade / espiritualidade foi significativamente associada ao aumento das experiências negativas de estresse em mulheres que selecionaram instrumentos da língua inglesa ($r = 0,341$ de Spearman, $p = 0,007$); não houve tal associação em mulheres que selecionaram instrumentos de língua espanhola. O apoio social e

a maior qualidade do relacionamento com o outro foram estatisticamente significativos na redução do estresse percebido na leitura de espanhol e na leitura de mulheres em inglês (Mann et al., 2010). Nesta amostra de latinas grávidas e puérperas, a religiosidade / espiritualidade não foi associada à redução do estresse percebido e, de fato, foi associada ao aumento do estresse percebido entre mulheres que selecionaram pesquisas em língua inglesa. Este estudo reforça a importância do suporte social e da qualidade do relacionamento para gestantes e puérperas (Mann et al., 2010).

Dolatian et al (2017) realizou um estudo com 450 mulheres iranianas grávidas (150 mulheres de cada trimestre) na cidade de Dehdasht, avaliando o modelo estrutural de espiritualidade e bem-estar psicológico para o estresse específico da gravidez. Das variáveis que afetaram o estresse específico da gravidez por ambos os caminhos, a espiritualidade teve um efeito positivo ($B = 0,11$) e a variável pessoal-social um efeito negativo ($B = -0,37$). O bem-estar psicológico afetou o estresse específico da gravidez de forma negativa e direta e apenas por um caminho ($B = -0,59$). Os resultados obtidos através do modelo confirmam o efeito da espiritualidade e do bem-estar psicológico na redução do estresse específico da gravidez (Dolatian *et al.*, 2017).

Um ensaio clínico randomizado realizado com gestantes entre 20 e 28 semanas de gestação, referentes às clínicas selecionadas da Universidade de Ciências Médicas de Teerã, examinou o impacto do ensino religioso sobre a ansiedade em mães primíparas. Os sujeitos foram selecionados por amostragem aleatória simples e divididos em grupos de educação religiosa e controle. Aplicou-se um pré-teste e pós-teste e 1 ou 2 meses após o teste sobre o conhecimento religioso nos dois grupos. As aulas de treinamento (conhecimento religioso e

característica de atitude) foram realizadas em seis semanas e as sessões duraram 1½ h. Os escores de conhecimento e atitude mostraram diferenças significativas nos controles e casos após a intervenção ($P = 0,001$) e 2 meses após o estudo ($P = 0,001$). De acordo com os resultados do teste t independente, uma diferença significativa foi encontrada no escore de ansiedade do estado ($P = 0,002$) e escore pessoal ($P = 0,0197$) entre os dois grupos antes da intervenção; no entanto, os resultados foram significativamente diferentes após a intervenção e dois meses após o estudo ($P \leq 0,001$). A melhora no conhecimento e atitude das mães em assuntos religiosos reduziu a ansiedade em primíparas (Mokhtaryan *et al.*, 2016).

Uma revisão sistemática realizada com mulheres latinas residentes nos EUA, na América Latina e em outros países teve como objetivo determinar se o grau de aculturação, o marianismo e a religiosidade são riscos ou fatores de proteção para depressão perinatal (DPN).

A revisão foi realizada entre julho de 2017 e fevereiro de 2018, sendo que foram selecionados dez estudos para inclusão. Desses, dois estudos foram realizados no México e a maioria dos estudos realizados nos EUA incluiu mulheres de ascendência mexicana. Grau de aculturação (adoção de valores, ideias e crenças aceitados por um grupo de pessoas) foi inconsistentemente associado diretamente com DPN; evidências sugerem associações indiretas. O marianismo, o tradicional papel feminino de virtude, passividade e prioridade de outros sobre si mesmo, estava inconsistentemente correlacionado com o risco de depressão na gravidez, mas significativa e indiretamente associado à depressão pós-parto. Dois dos três estudos descobriram que a religiosidade é protetora no pós-parto (Lara-Cinisomo *et al.*, 2018).

Um estudo realizado com 160 mulheres grávidas, 80 com gravidez de baixo risco e 80 com gravidez de alto risco, avaliou papel do enfrentamento espiritual / religioso (CRE) sobre sintomas depressivos em gestantes de alto e baixo risco. O enfrentamento espiritual / religioso está associado a resultados de saúde física e mental. No entanto, apenas alguns estudos investigaram o papel dessas estratégias durante a gravidez e se gestantes de baixo e alto risco têm mecanismos de enfrentamento diferentes. O uso positivo de SRC foi alto, enquanto o uso negativo de SRC foi baixo em ambos os grupos. Embora não tenham encontrado nenhuma diferença nas estratégias de CRE entre os dois grupos, o CRE negativo foi associado à depressão em mulheres com gravidez de alto risco, mas não naquelas com gravidez de baixo risco. Além disso, o CRE positivo não foi associado com sintomas depressivos em ambos os grupos. Os resultados mostraram que apenas as estratégias de CRE negativas de mulheres brasileiras com gestações de alto risco estavam associadas à piora nos resultados de saúde mental (Vitorino *et al.*, 2018). Preocupações na gravidez tem uma influência significativa na saúde mental das mulheres grávidas de baixo risco, enquanto o enfrentamento religioso apenas incrementa uma influência adicional (Puente *et al.*, 2015).

Um estudo realizado com 30 gestantes em três clínicas obstétricas do sul avaliou a associação entre religiosidade / espiritualidade e sintomas depressivos em mulheres grávidas. Vinte e oito mulheres (8,1%) obtiveram pontuação acima da pontuação de corte da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) recomendada. No geral, a religiosidade / espiritualidade foi significativamente associada a menos sintomas depressivos ao controlar covariáveis significativas, mas houve uma interação significativa de tal forma que a associação se tornou

mais fraca à medida que o apoio social aumentou. O apoio social não parece ser um mediador importante (passo intermediário) no caminho entre a religiosidade / espiritualidade e os sintomas depressivos. A religiosidade e a espiritualidade podem ajudar a proteger dos sintomas depressivos quando falta apoio social.(Mann et al., 2007a).

Saffari et al (2017) realizou um estudo com 377 mulheres grávidas que foram recrutadas em três hospitais gerais localizados em Teerã, no Irã buscando adaptar uma versão persa da Daily Spiritual Experiences Scale (DSES) para uso na gravidez. A validade da escala foi avaliada por testes relacionados ao critério, comparação de grupos conhecidos e análise fatorial exploratória. A média de idade das participantes foi de 27,7 (4,1), e a maioria era nulípara (70%). A DSES foi encontrada para ser uma medida confiável e válida de espiritualidade em mulheres grávidas iranianas. Essa escala pode ser usada para examinar a relação entre espiritualidade e resultados de saúde, pesquisas que podem levar a intervenções de apoio nessa população (Saffari et al., 2017).

Um estudo realizado com gestantes no leste da Pensilvânia avaliou a relação entre religiosidade e comportamentos promotores de saúde (baseou-se no modelo de promoção da saúde de Pender) de gestantes nos Centros de Recursos para Gravidez (PRCs). As mulheres relataram que "algumas vezes" ou "muitas vezes" se engajaram em comportamentos de promoção da saúde, mulheres hispânicas relataram menos comportamentos promotores de saúde do que mulheres não hispânicas, e mulheres que frequentavam aulas nos centros relataram comportamentos mais frequentes de promoção da saúde do que as que não frequentavam as aulas. Em regressões lineares múltiplas separadas, a religiosidade organizada, não organizada e intrínseca e a satisfação com a

entrega a Deus explicavam a variação adicional nos comportamentos de promoção da saúde acima e além do que a etnia hispânica e as aulas nos centros explicaram nas gestantes dos PRCs (Cyphers et al., 2017).

Um ensaio clínico realizado com 72 gestantes (36 em cada grupo), selecionadas de forma conveniente entre as idades de 34 e 38 semanas que tiveram pré-eclâmpsia e internadas em dois hospitais públicos em Mashhad, avaliou "o efeito da educação espiritual sobre o cuidado no transtorno de estresse pós-parto em mulheres com pré-eclâmpsia". Transtorno de estresse pós-traumático é um transtorno de ansiedade que ocorre após a exposição a um evento que causa lesão ou ameaça. A prevalência de pré-eclâmpsia foi de 28%. O escore médio de mudança do transtorno de estresse pós-parto nos grupos intervenção e controle foi diferente após a intervenção ($P = 0,001$). Prestar cuidados espirituais a mães grávidas com pré-eclâmpsia reduz o risco de transtorno de estresse pós-parto. Portanto, esse tipo de cuidado como uma intervenção eficaz está incluído na rotina de cuidados desse grupo com gestações de alto risco (Kamali *et al.*, 2018).

Um estudo realizado com 185 mulheres com aborto espontâneo que foram hospitalizadas na enfermaria de cuidados pós-natais do hospital de ensino de Kowsar, Qazvin, Irã, avaliou a relação da inteligência espiritual com a depressão após o aborto espontâneo. A perda da gravidez é um grande estressor que pode causar transtornos mentais. Em condições estressantes, a inteligência espiritual pode ser usada como uma estratégia de enfrentamento para gerenciar e lidar com o estressor. Variáveis que foram encontradas na análise univariada para ter uma correlação significativa com a depressão foram inseridas em análise de regressão logística múltipla para avaliar seus papéis na previsão de depressão.

A maioria das mulheres estava deprimida (54%). A análise de regressão logística múltipla revelou que os preditores significativos da depressão foram o status educacional das mulheres (OR 0,419; IC 0,18-0,93), a idade gestacional no momento do aborto (OR 1,121; IC 1,02-1,22) e a dimensão pessoal de produção de significado da inteligência espiritual (OR 0,82; IC 0,73-0,91). A inteligência espiritual está significativamente correlacionada com a depressão pós-aborto (Moafi et al., 2018).

Estudo realizado com 42 mulheres em idade fértil e seus familiares nas aldeias remotas nas montanhas do Nepal sobre a doença perinatal e a morte, considerou as implicações dessas crenças para a futura prestação de cuidados de saúde. Três temas-chave emergiram do estudo: (1) "Todo mundo já passou por isso": a morte perinatal como uma ocorrência natural; (2) Dewata (Deus) como um fator na saúde e doença: uma causa e meios para superar a doença na mãe e no bebê; e (3) karma (ações passadas), bhagya (destino) ou lekhanta (destino): maneiras de racionalizar as mortes perinatais. Interpretações religioculturais fundamentam uma visão fatalista entre os moradores das comunidades montanhesas do Nepal sobre qualquer possibilidade de prevenir mortes perinatais. Isso perpetua um silêncio em torno da questão e resulta em subnotificação grave das altas taxas de mortalidade perinatal e quase nenhum relato de natimortos. O estudo identificou uma forte crença nos determinantes religio-culturais da morte perinatal, o que demonstra que intervenções médicas sozinhas não são suficientes para prevenir essas mortes e que determinantes sociais mais amplos que são altamente significativos na vida local devem ser considerados na formulação de políticas e programação (Paudel et al., 2018).

Um estudo realizado com 158 mulheres e 109 homens que perderam uma gravidez por anencefalia, um defeito letal do tubo neural, examinou o impacto psicológico, especificamente os sintomas de luto, estresse pós-traumático e depressão, em mulheres e homens que interromperam ou continuaram a gravidez após o diagnóstico pré-natal de um defeito fetal letal. As mulheres que interromperam a gestação relataram significativamente mais desespero ($p = 0,02$), evitação ($p = 0,008$) e depressão ($p = 0,04$) do que as mulheres que continuaram a gravidez. A atividade religiosa organizacional esteve associada à redução do luto (subescalas da Perinatal Grief Scale) em ambas as mulheres ($p = 0,02$, $p = 0,04$ e $p = 0,03$) e homens ($p = 0,047$). Parece haver um benefício psicológico para as mulheres continuarem a gravidez após um diagnóstico fetal letal. Após este diagnóstico, os riscos e benefícios, incluindo os efeitos psicológicos, de término e continuação da gravidez devem ser discutidos em detalhes com o objetivo de ser o menos diretivo possível (Cope et al., 2015). A religião tem um efeito significativo na aceitação dos pais de tais contratemplos e pode ter um efeito considerável na sua recuperação de tais eventos trágicos (Allahdadian e Irajpour, 2015), (Cowchock et al., 2011).

Cowchock et al (2010) em um estudo realizado com 103 mulheres inscritas no Projeto de Perdas Perinatais de Lehigh Valley, e que foram acompanhados por pelo menos 1 ano, foram avaliados quanto ao impacto das práticas e crenças religiosas iniciais sobre o curso e a gravidade do luto. Nem a concordância com as afirmações correspondentes à religiosidade extrínseca e intrínseca, nem ao enfrentamento religioso positivo, nem a frequência do atendimento religioso, foram preditivas de escores de acompanhamento na Escala Perinatal de Luto. A luta religiosa, a concordância com declarações classificadas como coping

religioso negativo e o apego contínuo ao bebê foram todas associadas a um sofrimento mais severo (Cowchock *et al.*, 2010).

Um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, foi realizado com 180 mulheres muçulmanas em um hospital terciário regional e de ensino em Lorestan, Irã, submetidas à cesariana sob raquianestesia. Foi medida a intensidade de dor, a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória antes e durante a meditação e oração. Observou-se que a oração e a meditação foram importantes medidas não farmacológicas na redução da ansiedade e dor pós-operatória. No entanto, não houve diferença significativa nas respostas fisiológicas (pressão arterial sistólica e diastólica, respiração e frequência cardíaca). O ato de orar e meditar reduziu os sintomas de náuseas e vômitos, além de promover um maior relaxamento (Beiranvand *et al.*, 2014).

Um estudo realizado com 404 gestantes que receberam atendimento pré-natal em três clínicas obstétricas do sul avaliou a associação da religiosidade / espiritualidade, outras características psicossociais e o tabagismo recente (Mann *et al.*, 2007b). O uso recente de tabaco foi relatado por 8% das participantes do estudo. Na modelagem multivariada, a raça negra (OR = 0,32), o apoio social (OR = 0,92) e a religiosidade geral (OR = 0,57) foram significativamente associados com menores chances de relatar o uso recente de tabaco. Participação em atividades religiosas organizadas e religiosidade auto avaliada foram as medidas religiosas / espirituais mais fortemente associadas com menores chances de uso do tabaco. Há evidências de que a religiosidade / espiritualidade está associada ao menor consumo de tabaco durante a gestação (Mann *et al.*, 2007b).

Um estudo realizado com gestantes e puérperas examinou a associação entre envolvimento religioso e comportamento de risco à saúde, como fumar, beber, usar maconha e ter múltiplos parceiros sexuais. Observou-se que as assistentes frequentes (mais de uma vez por semana) e regulares (uma vez por semana) em serviços religiosos tiveram 80% e 60% respectivamente, menor probabilidade de consumo de bebidas alcóolicas em comparação com mulheres que frequentavam menos de uma vez por semana. Em relação ao tabaco, cerca de 85% tiveram chances de fumar mais baixas entre frequentadores frequentes e quase 65% menor entre frequentadoras regulares. As chances de fumar maconha são quase 75% menor entre as mulheres que frequentam os serviços frequentemente e 65% menor para aquelas que frequentam regularmente. A assistência religiosa emergiu como um importante correlato de comportamentos de saúde menos arriscados entre esta amostra nacional de mulheres grávidas e puérperas (Page *et al.*, 2009).

Um estudo realizado com 411 mulheres grávidas iranianas investigou a relação entre a saúde espiritual e atividade física nestas mulheres durante o pré-natal. A saúde espiritual obteve a maior pontuação ($25,86 \pm 4.7$) e atividade física obteve a menor pontuação ($11,31 \pm 3.27$), entre seis subescalas do Perfil de Estilo de Vida de Promoção da Saúde. De fato, houve uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde espiritual e a atividade física ($p > 0,001$). Segundo os resultados, as gestantes apresentam maior saúde espiritual e menores escores de atividade física (Rabiepoor *et al.*, 2017).

Tabela 1: Ilustração dos estudos entre Desfechos X Medidas de Religiosidade na saúde da gestante

NO	AUTOR	REVISTA	n	DESFECHO	MEDIDA DE RELIGIOSIDADE	O QUE FOI ENCONTRADO
006	Bezerra MGA, Cardoso MVLML	Revista Latino- am Enfermagem	7 parturientes	Compreender os fatores que interferem nas experiências vividas pela parturiente.	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, e foram organizados em três categorias: medo; influência das crenças e religiosidade e gestação anterior.	A prática do cuidado cultural na assistência à mulher mostrou como é importante a comunicação e o respeito às suas crenças e valores no momento do trabalho de parto e parto.
018	Kunto Mandemakers JJ	Economics & Human Biology.	9771 gestantes muçulmanas	Mulheres muçulmanas grávidas jejuam durante o mês sagrado muçulmano do Ramadã, mostrando resultados negativos na vida adulta dessas crianças.	Indicador de religiosidade objetiva da mãe para melhorar as estimativas de intenção de tratar	Encontraram efeitos negativos na estatura de crianças nascidas de mães muçulmanas religiosas.
010	Mann Mannan Quiñones Palmer Torres M.	Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing	248 mulheres hispanicas gestantes e puérperas	Religiosidade/ espiritualidade foi significativamente associada ao aumento das experiências negativas de estresse em mulheres que selecionaram instrumentos da língua inglesa); não houve tal associação em mulheres que selecionaram instrumentos de língua espanhola.	Pesquisas sobre características de religiosidade e espiritualidade	Este estudo reforça a importância do suporte social e da qualidade do relacionamento para gestantes e puérperas
018	Lara-Cinisomo S, Wood J, Fujimoto E	Archives of women's mental health	10 estudos	Grau de aculturação e marianismo estavam inconsistentemente associados a depressão na gravidez.	Grau de aculturação, o marianismo e a religiosidade	Dois dos três estudos descobriram que a religiosidade é protetora no pós-parto.

007	Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F	Southern medical jornal	404 gestantes	Na modelagem multivariada, a raça negra, o apoio social e a religiosidade geral foram significativamente associadas com menores chances de relatar o uso recente de tabaco.	Questionários de espiritualidade/religiosidade	Religiosidade/Espiritualidade está associada ao menor consumo de tabaco durante a gestação.
009	Page RL, Ellison CG, Lee J	Maternal and child health jornal	Amostra multiétnica	O envolvimento religioso reduz os comportamentos de risco à saúde como fumar, beber, usar maconha e ter múltiplos parceiros sexuais em gestante e puérperas.	Dados da Pesquisa Nacional de Crescimento familiar	Assistência religiosa emergiu como um importante fator para comportamentos de saúde mesmo arriscados em gestante e puérperas.
010	Wilkinson S, Callister L.	Health Care for Women International	24 gestantes	A maioria das mulheres acreditava que Deus poderia e influenciaria os resultados de sua gravidez e nascimento.	Entrevistas sobre as crenças espirituais	As mulheres relataram confiança em Deus para ajudar a garantir resultados de nascimentos bem sucedidos e temiam a influência da feitiçaria nos resultados do parto.
015	Heidari T, Ziaei S, Ahmadi F, Mohammadi E	Global journal of health Science	22 gestantes	Sob a perspectiva cultural e religiosa destas mulheres, houve uma influência tanto física quanto mental destas gestantes no cuidado com o recém-nascido e autocuidado durante a gestação.	Entrevistas com conteúdo qualitativo	O acompanhamento durante o pré-natal abrangendo equipe multidisciplinar sob o contexto cultural, social e religioso foram facilitadores durante a gestação e para o cuidado do recém-nascido.
014	BEIRANVAND, S. et al	Acta Med Iran	160 puérpera	Meditação e oração reduz dor pós-operatória	Oração, meditação	Observou-se que a oração e a meditação foram importantes medidas não farmacológicas na redução da ansiedade e dor pós- Operatória.

018	Remorini C, Palermo M, Schvartzman L.	Salud colectiva	33 mulheres	Focou-se na maneira como as mulheres entrevistadas apresentaram a sequência de eventos que cercam o surgimento de doenças que afetam a própria saúde e a de seus filhos, nos quais aspectos orgânicos, emocionais e espirituais interagem tanto na etiologia da doença quanto no seu tratamento.	Entrevistas sobre espiritualidade	Os significados atribuídos a essas doenças enfatizam a dimensão espiritual envolvida que justifica o uso de recursos da medicina tradicional
018	Moafi F, Momeni M, Tayeba M, Rahimi S, Hajnasiri H	Journal of religion and health	185 mulheres	Em condições estressantes, a inteligência espiritual pode ser usada como uma estratégia de enfrentamento para gerenciar e lidar com o estressor. Pode também produzir resultados positivos no aborto espontâneo.	Inventário de Autorrelato de Inteligência Espiritual. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo	A inteligência espiritual está significativamente correlacionada com a depressão pós-aborto.
018	Kamali Z, Tafazoli M, Ebrahimi M, Hosseini M, Saki A, Fayyazi-Bordbar MR, et al	Journal of education and health promotion	72 gestantes	Determinar "o efeito da educação espiritual sobre o cuidado no transtorno de estresse pós-parto em mulheres com pré-eclâmpsia".	Os questionários, como o Índice de Religião da Duke University, DASS 21, o Checklist de Transtornos de Estresse Pós-Traumático (PCL) e Questionário de Estresse Pós-Traumático Pré-Natal (PPQ)	Prestar cuidados espirituais a mães grávidas com pré-eclâmpsia reduz o risco de transtorno de estresse pós-parto.
018	Paudel M, Javanparast S, Dasvarma G, Newman L	PloS one	42 mulheres em idade fértil e seus familiares	Examina as crenças e experiências das mulheres e suas famílias nas aldeias remotas nas montanhas do Nepal sobre a doença perinatal e a morte e considera as implicações dessas crenças para a futura prestação de cuidados de saúde.	Entrevistas individuais em profundidade	Interpretações religioculturais fundamentam uma visão fatalista entre os moradores das comunidades montanhosas do Nepal sobre qualquer possibilidade de prevenir mortes perinatais.
	Vitorino LM, Chiaradia R, Low	Journal of clinical nursing	160 mulheres grávidas, 80	O enfrentamento espiritual / religioso (CRE) sobre sintomas depressivos em gestantes de alto e baixo risco.	Inventário de Depressão de Beck, a escala abreviada SRC e um	Os resultados mostraram que apenas as estratégias de CSR negativas de mulheres brasileiras com gestações

- 018 G, Cruz JP, com gravidez
Pargament KI, de baixo risco
Lucchetti AL, et al e 80 com
gravidez de
alto risco.
- questionário estruturado sobre de alto risco estavam associadas a piora nos resultados
aspectos sociodemográficos e de saúde mental.
obstétricos.
- 017 Rabiepoor S, Journal of 411 gestantes Relação entre a saúde espiritual e atividade física entre as mulheres
Sadeghi E, religion and iranianas grávidas iranianas
Sayyadi H health
- Questionário demográfico e As gestantes apresentam maior saúde espiritual e
questionário Health-Promoting menores escores de atividade física. Houve uma
Lifestyle Profile. correlação estatisticamente significativa entre a saúde
espiritual e a atividade física.
- 017 Dolatian M, Journal of 450 gestantes Examinou o modelo estrutural de espiritualidade e bem-estar psicológico
Mahmoodi Z, religion and iranianas para o estresse específico da gravidez.
Dilgony T, Shams health
J, Zaeri F
- Questionário pessoal social, o Os resultados obtidos através do modelo confirmam o
questionário de estresse específico efeito da espiritualidade e do bem-estar psicológico na
da gravidez, o questionário de redução do estresse específico da gravidez.
espiritualidade e o bem-estar
psicológico.
- 017 Saffari M, Amini Journal of 377 mulheres Adaptar uma versão persa do DSES para uso na gravidez.
H, Sheykh-oliya religion and grávidas
Z, Pakpour AH, health.
Koenig HG
- As escalas administradas foram A DSES foi encontrada para ser uma medida confiável
DSES, Índice de Religião da Duke e válida de espiritualidade em mulheres grávidas
University, Escala de Força da Fé iranianas.
Religiosa de Santa Clara e Escala
de Estresse de Ansiedade de
Depressão, bem como medidas
demográficas.

017	Cyphers NA, Western journal of nursing research. Clements AD, Lindseth G	Uma amostra consecutiva incluiu mulheres que sabiam que estavam grávidas há pelo menos dois meses, sabiam ler / escrever inglês e visitaram PRCs no leste da Pensilvânia.	Avaliou a relação entre religiosidade e comportamentos promotores de saúde de gestantes nos Centros de Recursos para Gravidez (PRCs)	Pesquisas de auto-relato que examinaram religiosidade, dados demográficos, variáveis relacionadas à gravidez, serviços recebidos nos PRCs e comportamentos de promoção da saúde.	Em regressões lineares múltiplas separadas, a religiosidade organizada, não organizada e intrínseca e a satisfação com a entrega a Deus explicavam a variação adicional nos comportamentos de promoção da saúde acima e além do que a etnia hispânica e as aulas de CPR explicaram nas gestantes dos PRCs.
016	Mokhtaryan T, Journal of family medicine and primary care. Yazdanpanahi Z, Akbarzadeh M, Amooee S, Zare	Gestantes entre 20 e 28 semanas de gestação	Examinou o impacto do ensino religioso sobre a ansiedade em mães primíparas referentes às clínicas perinatais selecionadas da Universidade de Ciências Médicas de Teerã em 2013.	Questionário demográfico, um traço de ansiedade, Inventário de Ansiedade Traço-Estado e um traço de atitude e conhecimento religioso.	A melhora no conhecimento e atitude das mães em assuntos religiosos reduziu a ansiedade em primíparas.
N					

016	Aziato L, Ohemeng HA, Omenyo CN	Reproductive health	27 ganesas	parteiras parteiras em relação à dor do parto e as crenças e práticas religiosas que influenciam o cuidado das mulheres em trabalho de parto em Gana.	Obter uma visão aprofundada sobre as experiências e percepções das parteiras em relação à dor do parto e as crenças e práticas religiosas que influenciam o cuidado das mulheres em trabalho de parto em Gana.	Entrevistas sobre crenças e práticas religiosas e artefatos religiosos	É importante que as parteiras forneçam um ambiente propício para que as mulheres em trabalho de parto pratiquem sua fé e devem empregar estratégias apropriadas ao contexto para gerenciar efetivamente a dor do parto, levando em conta as crenças e práticas religiosas das mulheres.
016	Bélanger- Lévesque M-N, Dumas M, Blouin S, Pasquier J-C.	BMC pregnancy and childbirth	197 e pais	gestantes Comparar a espiritualidade de mães e pais durante o parto.	Comparar a espiritualidade de mães e pais durante o parto.	Um questionário de métodos mistos foi desenvolvido a partir de nossa categorização de espiritualidade relacionada ao parto	Prevalência da espiritualidade durante o parto destacam uma pontuação elevada para ambos os pais, entre uma população de hospitais públicos não selecionados.
016	Aziato L, PN, Omenyo CN.	BMC pregnancy and childbirth.	13 parto.	mulheres Investigar as crenças e práticas religiosas das mulheres ganenses pós-parto.	Investigar as crenças e práticas religiosas das mulheres ganenses pós-parto.	Entrevistas individuais	A religiosidade deve ser um componente-chave da formação de profissionais de saúde para que eles possam entender as necessidades religiosas de seus clientes e fornecer cuidados holísticos. Concluímos que mulheres grávidas e mulheres em trabalho de parto devem ser apoiadas para exercer suas crenças e práticas religiosas.

015	Cope H, Garrett ME, Gregory S, Ashley-Koch A	Prenatal diagnosis	158 mulheres e 109 homens	Examinar o impacto psicológico, especificamente os sintomas de luto, estresse pós-traumático e depressão, em mulheres e homens que interromperam ou continuaram a gravidez após o diagnóstico pré-natal de um defeito fetal letal.	Escala de Luto Perinatal, a Escala de Impacto de Eventos - Revisada e o Inventário de Depressão de Beck-II, que medem os sintomas de luto, estresse pós-traumático e depressão, respectivamente. Demografia, religiosidade e escolha da gravidez também foram coletadas.	Parece haver um benefício psicológico para as mulheres continuarem a gravidez após um diagnóstico fetal letal. Após um diagnóstico fetal, os riscos e benefícios, incluindo os efeitos psicológicos, de término e continuação da gravidez devem ser discutidos em detalhes com o objetivo de ser o menos diretivo possível.	
015	Allahdadian M, Irajpour A	Journal of education and health promotion	31 artigos	Revisar a literatura existente sobre religião e morte fetal e, em seguida, estudar as mulheres iranianas e a resposta de suas famílias a tal tragédia.	PubMed e Ovid bancos de dados e recursos religiosos iranianos como Tebyan foram utilizados para esses estudos.	A religião tem um efeito significativo na aceitação dos pais de tais contratemplos e pode ter um efeito considerável na sua recuperação de tais eventos trágicos.	
015	Puente Morales Monge FJC	CP, DM, health	Journal of religion and health	285 gestantes	Avaliar efeito do enfrentamento religioso e locus de controle sobre sintomas psiquiátricos e sobre a relação entre sintomas psiquiátricos e preocupações com a gravidez.	Enfrentamento religioso	Os resultados mostram que não há associação entre locus de controle e coping religioso. Locus de controle tem uma influência significativa na saúde mental das mulheres grávidas, enquanto o enfrentamento religioso apenas incrementa uma influência adicional.
011	Cowchock Ellestad Meador	FS, S, KG,	Journal of religion and health	15 gestantes	Altos níveis de luto e sintomas de STP são problemas significativos para mulheres grávidas que sofreram perda tardia de uma gravidez desejada.	Escala de dor Perinatal (PGS), a Escala de Impacto de Eventos (IES), o Duke Depression Inventory (DDI),	A religiosidade pode desempenhar um papel importante no enfrentamento materno durante essas gravidezes estressantes.

	Koenig HG, Hooten EG, Swamy GK					o Transtorno de Ansiedade Generalizada-7 (GAD) e a Escala de Hoge para Religiosidade Intrínseca (RI)	
010	Cowchock FS, Lasker JN, Toedter LJ, Skumanich SA, Koenig HG	Journal of Religion and Health	103 mulheres	As crenças e práticas religiosas podem ajudar no enfrentamento do luto e luto após a perda da gravidez.	Escalas padrão de religiosidade e concordância com crenças específicas	A luta religiosa, a concordância com declarações classificadas como coping religioso negativo e o apego contínuo ao bebê foram todas associadas a um sofrimento mais severo.	
007	Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F	The International Journal of Psychiatry in Medicine.	30 gestantes	A religiosidade / espiritualidade foi significativamente associada a menos sintomas depressivos ao controlar covariáveis significativas, mas houve uma interação significativa de tal forma que a associação se tornou mais fraca à medida que o apoio social aumentou.	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Entrevistas sobre religiosidade/ espiritualidade	A religiosidade e a espiritualidade podem ajudar a proteger dos sintomas depressivos quando falta apoio social. A pesquisa longitudinal é necessária para avaliar a direcionalidade das relações observadas.	

3. Justificativa para o estudo

Observamos que os estudos que relacionam gestação e religiosidade/espiritualidade ainda são escassos. Investigações que associam religião e saúde têm implicações éticas e práticas que devem ser abordadas pelo público leigo, profissionais de saúde, a comunidade de pesquisa e o clero. As pesquisas de religião e saúde tiveram um grande avanço nos últimos anos, mostrando que existe uma correlação positiva da religião na saúde em geral. Isso nos permite abordar a questão religiosa do paciente, respeitando as crenças de cada indivíduo, mas sabendo que de alguma forma temos mais uma oportunidade de intervir positivamente no tratamento do nosso paciente. Vários pesquisadores internacionais e nacionais, em grupo ou independentemente, têm se engajado em pesquisar esse tema, tendo desenvolvido instrumentos válidos e confiáveis para acessá-lo e produzido inúmeros estudos com razoável rigor metodológico.

Por isso buscar entender como a religiosidade/espiritualidade influencia na saúde mental e qualidade de vida de nossas gestantes nos permitirá prestar uma assistência diferenciada e com uma abordagem completa, avaliando o biopsicossocial das nossas gestantes. Permitindo que novas políticas sejam implantadas, pois elas têm grande responsabilidade, tanto na assistência à mulher, no planejamento familiar, no pré-natal, quanto nas maternidades, para que se possam atender as necessidades biopsicossociais, visto que o atendimento ainda é centrado no biológico, no modelo biomédico de saúde/doença. Esse quadro sugere mudanças na melhoria de assistência ao pré-natal, ao parto e na sua humanização, de onde se conclui que essa realidade

tem que ser reestruturada, com o atendimento centralizado no ser humano com suas crenças e valores.

4. Objetivos

4.1. Objetivo Geral

Avaliar como as crenças religiosas e espirituais durante o pré-natal podem influenciar na saúde física, mental e na qualidade de vida das gestantes residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.2. Objetivos Específicos

- Avaliar como as diferentes dimensões de religiosidade e espiritualidade associam-se com a saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos) e com a qualidade de vida em gestantes durante o pré-natal.
- Avaliar como as crenças religiosas e espirituais e seu aumento ou diminuição durante o período de pré-natal associa-se com a saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos) e qualidade de vida.

5. Método

5.1. Data, local e Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, realizado em gestantes brasileiras da cidade de Juiz de Fora no período de novembro de 2016 a novembro de 2018. A cidade de Juiz de Fora é uma cidade referência para o interior de Minas Gerais, Brasil e compreende uma área de cerca de 600 mil habitantes. As participantes da pesquisa foram recrutadas em serviços de pré-natal da cidade como o ambulatório de obstetrícia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e o ambulatório de obstetrícia do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, os quais possuem atendimento de consultas de pré-natal. Este hospital também é um local de referência direta para gestantes de baixo risco de cidades vizinhas.

5.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para a seleção da amostra do estudo foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: gestantes que estiverem em acompanhamento pré-natal nos diferentes ambulatórios em que a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) é responsável e com início do pré-natal com idade gestacional ≤ 16 semanas de gestação. Gestantes com transtornos psiquiátricos prévios graves detectados por um médico ou por diagnóstico prévio e que não tenham condições clínicas ou intelectuais para responder aos questionários da pesquisa não foram incluídas.

5.3. Procedimentos

O ambulatório de pré-natal da UFJF funciona no Hospital Universitário da UFJF e na Maternidade Therezinha de Jesus e possui um atendimento em torno de 220 pacientes por mês. As visitas ao ambulatório de obstetrícia foram agendadas previamente em determinados dias da semana. As gestantes participantes foram selecionadas de forma aleatória (mediante randomização da ordem de chegada) e entrevistadas através de um questionário, que foi aplicado pelos pesquisadores do projeto ou por residentes treinados, do primeiro ano de ginecologia e obstetrícia da UFJF. O inquérito foi aplicado em uma sala reservada no dia da primeira consulta de pré-natal da gestante nas primeiras 16 semanas de gestação. As gestantes foram abordadas por uma equipe de pesquisadores previamente treinados e a duração do questionário foi de aproximadamente 40 minutos. As participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido de forma voluntária e a participação na pesquisa não influenciou no tratamento recebido.

5.4. Instrumentos

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário que continha:

- dados sociodemográficos (idade, raça, escolaridade, estado civil, ocupação, renda),
- dados obstétricos (idade gestacional, tipo de gravidez, antecedentes obstétricos, amamentação em gestação anterior, complicações nas gestações anteriores),
- suporte social: A escala de Percepção de Suporte social (EPSS) foi validada por Siqueira em 2008, constituída de 29 itens, avaliados na escala de 4 pontos

para as respostas (1= nunca, 2=poucas vezes, 3= muitas vezes, 4=sempre), com a qual os participantes informaram a frequência com que percebiam a possibilidade de contar com o apoio de alguém. Sendo sustentada por três dimensões teóricas que integram o suporte social :suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional (Siqueira e Maria, 2008).

- sintomas ansiosos e depressivos (Depression, Anxiety and Stress Scale, versão curta de 21 itens (DASS-21): A tradução da DASS-21 para português de Portugal foi feita por Vignola. A DASS-21 é um conjunto de três sub-escalas, do tipo Likert, de 4 pontos, de auto-resposta. Cada sub-escala é composta por 7 itens, destinados a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. Pede-se à pessoa que indique o quanto cada enunciado se aplicou a si durante a última semana. São dadas quatro possibilidades de resposta de gravidade ou de frequência organizadas numa escala de 0 a 3 pontos sendo que o resultado é obtido pelo somatório das respostas aos itens que compõem cada uma das três sub-escala (Vignola e Tucci, 2014).

- religiosidade (Duke Religion Index - DUREL): desenvolvida por Koenig *et al.*, é composta de cinco itens que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde (Koenig e Büssing, 2010), sendo estas: Religiosidade Organizacional (Koenig e Büssing, 2010) é a frequência a encontros religiosos; Religiosidade Não Organizacional (Koenig e Büssing, 2010) é frequência de atividades religiosas privadas; Religiosidade Intrínseca (Moreira-Almeida *et al.*, 2006b) a qual refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos. A DUREL é um instrumento sucinto

e de fácil aplicação, que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizado em diversas culturas para esse fim (Koenig e Büssing, 2010). Recentemente, um grupo de pesquisadores traduziu a versão original da DUREL (P-DUREL) para uso no Brasil (Moreira-Almeida et al., 2008). Esse instrumento foi posteriormente validado em uma amostra de baixa renda proveniente de uma comunidade da cidade de São Paulo. Os achados deste estudo demonstraram elevada consistência interna, bem como adequada validade discriminante (Lucchetti, Lucchetti, Peres, Leão, *et al.*, 2012).

- Espiritualidade (Daily spiritual experiences - DSE): A versão brasileira da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale (DSES) seguiu as etapas internacionalmente recomendadas e a versão adaptada manteve equivalência com a original, após ajustes na redação de cinco itens. DSES é composta por 16 itens e é considerada uma medida unidimensional. Os 15 primeiros itens estão dispostos em uma escala do tipo Likert, com pontuações variando de 1 (muitas vezes ao dia) a 6 (nunca ou quase nunca). O item 16 Em geral, quanto você se sente próximo de Deus? é respondido numa escala de 4 pontos (de 1 = nada próximo a 4 = tão próximo quanto possível). O escore do item 16 deve ser invertido para manter a mesma direção dos demais itens. O escore total é obtido pela soma das pontuações dos 16 itens, podendo variar de 16 a 94 (Kimura et al., 2012).

- Escala de Coping religioso e espiritual (BriefRCOPE): Foi construída uma versão menor revisada, a partir de uma análise fatorial da RCOPE completa, a fim de gerar apenas dois fatores (positivo e negativo), de onde selecionaram sete itens de cada fator (referentes a 12 subescalas da RCOPE), gerando uma BriefRCOPE de 14 itens. As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1-nem

um pouco a 5-muitíssimo). Uma análise fatorial confirmatória desses 14 itens foi realizada indicando a solução de dois fatores como razoavelmente adequada aos dados (Panzini, 2004). Em 2001, Pargament, Koenig e colegas utilizam novamente esta BriefRcope de 14 itens num estudo sobre mortalidade. No teste-reteste de confiabilidade, a atitude de coping religioso mostrou-se, em geral, estável no tempo e coping religioso na linha-base e acompanhamento foi significativamente intercorrelacionado com as subescalas positiva e negativa de CRE (Pargament et al., 2001). O coping religioso descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse e os problemas de vida – ressalta-se que a fé pode incluir religião, espiritualidade ou crenças pessoais. O coping positivo ocorre quando a fé promove uma adaptação considerada saudável. Em geral, este tipo de enfrentamento está apoiado em crenças de amor e acolhimento relacionados a Deus, e está associado à melhor adaptação psicológica frente ao estresse de doenças graves. Uma reação de coping religioso é caracterizada como negativa quando gera uma crise existencial e, em geral, está relacionada a crenças da doença como culpa ou punição (Panzini, 2004).

- Qualidade de vida (WHOQOL-bref): A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. Esta consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim o WHOQOL-bref é composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Além de ter mostrado boa consistência

interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (Fleck et al., 2000).

5.5. Tamanho da Amostra e análise estatística

O tamanho da amostra foi calculado usando o software G*Power 3.1. Considerando um tamanho de efeito moderado ($d=0.50$), alfa de 0.05 e $1-\text{Beta}=0.80$ e two-tailed, seria necessário um número amostral mínimo de 132 gestantes.

Os dados foram tabulados em Excel e importados para o programa SPSS. A análise estatística foi realizada de forma descritiva, através de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão. Adotou-se intervalo de confiança de 95%.

Na estatística inferencial, foram verificadas se haviam associações entre as diferentes dimensões de religiosidade e espiritualidade (variáveis independentes) com relação aos desfechos qualidade de vida, estresse, depressão e ansiedade (variáveis dependentes). Para isso foram utilizados modelos de regressão linear hierárquicos, ajustando os seguintes modelos: Modelo1(idade, escolaridade, estado civil e raça), modelo 2 (modelo 1+ semana de gestação, quantidade de gestações, aborto e partos) e modelo 3 (modelo 2+ suporte social prático e suporte social emocional). Foi adotado $p < 0,05$ como significativo e utilizado o programa SPSS versão 21 (SPSS Inc.).

5.6. Aspectos éticos

O estudo foi realizado após aprovação do comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e do Hospital Maternidade Therezinha de

Jesus, sob números de aprovação 1.881.783/2016, 1.945.762/2016 e todas as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

6. Resultados

Os resultados do presente estudo foram convertidos em artigo científico e submetidos à publicação em revista científica indexada. Segue abaixo o artigo submetido.

Influence of religiosity and spirituality on the mental health and quality of life of women in early pregnancy

Abstract:

Introduction: Women have used prayer and spiritual practices to help cope with their “health issues” for millennia. However, studies addressing religiosity and spirituality of pregnant women are scarce, particularly in the early phases of pregnancy.

Objectives: To assess how religious and spiritual beliefs can influence the depressive, anxious and stress symptoms and quality of life of Brazilian women in early pregnancy.

Methods: A prospective, cross-sectional study was conducted in Brazilian pregnant women between November 2016 and November 2018. Sociodemographic data, obstetrics data, social support, religiosity/spirituality (Duke Religion Index, Daily Spiritual Experiences, Brief RCOPE), mental health (DASS-21) and quality of life (WHOQOL-Bref) were assessed. Analyses were carried out using hierarchical linear regression models.

Results: A total of 160 pregnant women were included, with a mean age of 26 years (SD: 5.71) years and gestational age of 10.5 (SD: 3.27) weeks. Mean religiosity and spirituality of the pregnant women was high and the use of positive coping was greater than that of negative coping. Negative religious/spiritual coping was associated with high levels of stress, depressive and anxious symptoms (Betas=0.207-0.321) and worse physical quality of life (Beta=-0.235). However, psychological quality of life was associated with multiple dimensions, including intrinsic religiosity, positive and negative coping, and spirituality (Betas

0.186-0.318). Finally, social quality of life was associated only with spirituality (Beta=0.169).

Conclusion: Negative coping, but not positive coping, was associated with worse mental health and physical quality of life in women at the first trimester of pregnancy. Other measures of religiosity and spirituality were associated with psychological and social quality of life. Health professionals, obstetricians and nurses who work with pregnant women should be alert to the use of negative coping strategies in their patients.

Introduction

Worldwide, around 16 million women aged 15-19 years become pregnant every year. In Latin America, the rate of adolescent pregnancy is about 18%, with half of cases occurring in just seven countries, including Brazil^{(1),(2)}. Pregnancy is considered a biologically natural event and a special time in a woman's life.⁽³⁾ However, it also a phase marked by many physical changes, both bodily and sexual, driven by metabolic rhythms and hormonal influences^{(4),(5)}.

All of these alterations become less relevant from the second trimester of pregnancy, when fetal movements are more noticeable. Numerous psychological changes take place during this phase, given the woman begins to change her concept of the fetus, hitherto perceived as part of her, soon to become an independent autonomous individual⁽⁶⁾. At this transition point, there is a need for restructuring and readjustment in a number of dimensions, particularly concerning changes in identity and redefining of roles⁽⁷⁾. Thus, the first trimester is considered a time of great emotional vulnerability during which ambivalent feelings can arise⁽⁷⁾.

All of these physiological, social, family and psychological changes, which commence from confirmation of pregnancy, can have a major impact on the

development of the pregnancy and on maternal-child well-being and health. Psychological factors associated with complications include stressors experienced during pregnancy⁽⁸⁾. Studies have shown that stressors such as maternal anxiety, health of the baby, diseases associated with pregnancy, social problems, insomnia, and low social and family support can affect the mental health of pregnant women^{(9),(10)}, predisposing them to general mood disorders. Psychological and psychiatric disturbances during pregnancy and/or the immediate postpartum period can have negative consequences for the both the mother-child relationship and family relationship. Depression and anxiety in pregnancy and immediate postpartum period are associated with stronger punitive attitudes held by the mother toward her other children and/or the baby, lower spontaneity and responsiveness in infant care, and greater marital problems⁽¹¹⁾, and also influence the starting and duration of breastfeeding⁽¹²⁾. Pregnant women seek numerous strategies to cope with this new life situation and with the stressors arising during this period, e.g. support from family, friends, psychological support, self-help groups, integrative therapies^{(13),(14)}, meditation, relaxation⁽¹⁵⁾, courses for pregnant women and a search for spiritual and religious support drawing on their own beliefs or religious communities⁽¹⁴⁾ .

Indeed, people tend to turn to their spiritual and religious beliefs to deal with stressors and challenging situations^{(16),(17)}. Studies show that these beliefs are correlated with health outcomes. In general, individuals with greater religiosity and spirituality have fewer depressive and anxious symptoms^{(18),(19)}, better quality of life and psychiatric outcomes^{(20),(21)} and also a lower mortality rate⁽²²⁾ .

Major universities have investigated the subject and over 30,000 related studies have been published on Pubmed in the last 15 years⁽²³⁾ . However, most of the

current literature focuses on the spiritual health of individuals suffering from chronic or terminal diseases, while spirituality or religiosity during childbearing age has received little research attention⁽²⁴⁾.

Women have used prayer and spiritual practices to help cope with their “health issues” for millennia^{(25),(26)}. However, studies addressing religiosity and spirituality of pregnant women are scarce. Some authors report that cultural determinants exert a major influence on the lives of pregnant women^{(27),(28)}. In this context, religious practices, saints and prayers are part of the everyday lives of pregnant women who adhere to religious aspects in the hope of receiving divine protection from a higher power, thereby ensuring a successful pregnancy and birth^{(29),(30)}. A study performed in 2010 showed that most women believed God would influence the results of their pregnancy and birth. Likewise, many women report trusting in God to help ensure healthy births⁽²⁶⁾.

A study of Iranian women showed that, from the cultural and religious perspective of these women, there was both a physical and mental influence of these pregnant women on the care provided to the neonate and on self-care during the pregnancy. Prenatal care involving a multidisciplinary team in the cultural, social and religious context were facilitators during the pregnancy and for care of the newborn⁽³¹⁾. Lastly, a recent study showed a relationship between health risk behaviors and religious involvement in pregnant women, concluding that religious beliefs were a strong correlate of less health risk behaviors, such as smoking, drinking, marijuana use, and having multiple sex partners⁽²⁴⁾.

Understanding how religiosity and spirituality influence health and quality of life of Brazilian pregnant women can have a major impact during prenatal care of these patients. Broadening knowledge on the relationship between health and

spirituality in pregnant women can enable more effective interventions during prenatal care, in an effort to reduce psychological suffering and promote better quality care and follow-up of these women.

Objectives:

To assess how religious and spiritual beliefs can influence depressive, anxious and stress symptoms and quality of life of Brazilian women in early pregnancy.

Methods:

Study design, date and ethical aspects.

A prospective, cross-sectional study of Brazilian pregnant women was conducted between November 2016 and November 2018. The present study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Juiz de Fora and the Maternity Hospital Therezinha de Jesus under permit number 1.881.783/2016 and 1.945.726/2016 and all participants signed the consent form.

Study Venue

The study was conducted in pregnant women from Juiz de Fora city, Brazil. Juiz de Fora is a reference city in the interior of Minas Gerais state, Brazil and has a population of around 600,000 people. The study participants were recruited from the city's different prenatal services, including the obstetrics outpatient clinic of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF) and the obstetrics clinic of the Therezinha de Jesus Hospital, which provides a prenatal service. This hospital is also a referral center for women with low-risk pregnancies from neighboring cities.

Eligibility criteria

The study sample was selected using the following inclusion criteria: pregnant women present at the first consultation of prenatal care at the outpatient clinics cited above and whose gestational age was \leq 16 weeks. Pregnant women with

prior psychiatric disorders detected by a physician or by previous diagnosis and those who did not have the clinical or intellectual capacity to answer the study questionnaire were not included.

Procedures

The visits to the obstetrics clinic were previously scheduled on set days of the week. The participants were randomly selected (randomization by order of arrival) and interviewed using a questionnaire. The questionnaire was applied by the project researchers or by previously trained residents from the first year of gynecology and obstetrics at the UFJF. The questionnaire was applied in a reserved room within the clinic during the first prenatal consultation. The pregnant women were approached by a team of previously trained researchers and the questionnaire took around 40 minutes to apply. All participants voluntarily signed the consent form and the fact of participating in the study had no bearing on the treatment received.

Instruments

Data was collected by applying a questionnaire gathering:

- sociodemographic data (age, race, education, marital status, occupation, income);
- obstetrics data (gestational age, type of pregnancy, obstetric antecedents, breastfeeding for previous pregnancy, complication in previous pregnancies).
- religiosity (Duke Religion Index - DUREL): developed by Koenig et al., comprises a 5-item measure assessing three major dimensions of religious involvement related to health outcomes⁽³²⁾, namely: Organizational Religiosity⁽³²⁾ – frequency of attending religious meetings; Non-Organizational Religiosity⁽³²⁾ - frequency of private religious activities; Intrinsic Religiosity⁽³³⁾ - refers to the

search to internalize and fully live religiosity as a master motive of the individual. The DUREL is a succinct, easy-to-apply instrument which assesses some of the main domains of religiosity and has been used in numerous cultures for this purpose⁽³²⁾. Recently, a group of researchers translated the original version of the DUREL (P-DUREL) for use in Brazil⁽³⁴⁾. This instrument was later validated in a low-income community-dwelling sample from São Paulo city. The findings of the study confirmed the instrument's high internal consistency and adequate discriminant validity⁽³⁵⁾.

- Spirituality (Daily spiritual experiences - DSE): the Brazilian version of Underwood's Daily Spiritual Experience Scale (DSES) followed the internationally recommended steps and the adapted version reflected the original, after changes to the wording of five items. The DSES is a 16-item scale and is considered a uni-dimensional measure. The first 15 items are arranged in a Likert-type scale, with scores ranging from 1 (many times a day) to 6 (never or almost never). Item 16, In general, how close do you feel to God? Is answered on a 4-point scale (from 1 = not close to 4 = as close as possible). The score for item 16 must be inverted to be in the same direction as the other items. Total score is attained by summing all the scores of the 16 items, and ranges from 16 to 94⁽³⁶⁾.

- Spiritual/Religious Coping Scale (BriefRcope): A brief revised version was devised from factorial analysis of the full RCOPE to produce only two factors (positive and negative), from which seven items were selected from each factor to produce the 14-item BriefRcope. Responses are given on a 5-point Likert scale (1- not at all to 5- a great deal). Confirmatory factorial analysis of these 14 items was performed, indicating the two factor solution suitable for the data⁽³⁷⁾.

Religious coping can be defined as the way individuals use their faith to cope with stress and life problems – where faith may include religion, spirituality or personal beliefs. Positive coping occurs when faith promotes adaptation deemed healthy. In general, this type of coping is underpinned by beliefs of love and embrace related to God, and is associated with better psychological adaptation in response to the stress of diseases. A religious coping reaction is characterized as negative when it provokes an existential crisis and is generally related to holding the belief that the disease represents blame or punishment⁽³⁷⁾.

- Social Support (Perceived Social Support Scale (PSSS): The PSSS was validated by Mirlene in 2008 and comprises 29 items assessed on a 4-point scale for responses (1=never, 2=rarely, 3=often, 4=always), by which participants indicate how often they perceive the possibility of relying on someone's support. The scale is based on three theoretical dimensions of social support: emotional support, instrumental support and informational support⁽³⁸⁾.

- Depressive, anxious, and stress symptoms (Depression, Anxiety and Stress Scale, short 21-item version - DASS-21): The DASS-21 was translated into Portuguese of Portugal by Vignola. The DASS-21 is a set of three self-complete Likert-type 4-point sub-scales. Each sub-scale comprises 7 items, designed to assess depression, anxiety and stress states. The interviewee is asked to indicate the extent each item applied to them during the past week. There are four severity or frequency responses on a scale of 0-3 points, where the result is calculated as the sum of the answers to the items in each of the three sub-scales⁽³⁹⁾.

- Quality of life (WHOQOL-bref): The need for instruments that are brief and quick-to-complete, yet provide satisfactory psychometric properties, led to the

WHO Quality of Life Group developing a short version of the WHOQOL-100, the WHOQOL-bref. This contains 26 questions, of which two are general questions on quality of life and the other 24 represent each of the 24 facets in the original instrument. The WHOQOL-bref comprises 4 domains: physical, psychological, social relationships and environment. The instrument exhibits good internal consistency, discriminant validity, concurrent validity, content validity and test-retest reliability⁽⁴⁰⁾.

Sample Size

The sample size was calculated using the G*Power 3.1 software. For a moderate effect size ($d=0.50$), alpha of 0.05 and $1-\text{Beta}=0.80$ and two-tailed allocation, a minimum sample size of 132 pregnant women was determined.

Statistical Analysis

Statistical analyses was performed descriptively, expressed as absolute and relative frequency, mean and standard deviation. On the inferential statistic, the existence of associations between the religiosity and spirituality dimensions (independent variable) were determined for the outcomes quality of life, stress, depression and anxiety (dependent variables). These analyses were carried out using hierarchical linear regression models, adjusting for the following models: Model 1 (age, education, marital status and race), model 2 (model 1 + weeks of gestation, number of previous pregnancies, miscarriages and births) and model 3 (model 2 + practical social support and emotional social support). The statistical software package SPSS version 21 (SPSS Inc.) was used and a p-value $p<0.05$ was adopted as significant.

Results

Of the 200 pregnant women approached at the different clinics, 160 were included in the final sample (response rate: 80%). The main reason for non-inclusion were lack of time, previous psychiatric disorders and refusal to take part in the study. The women included had a mean age of 26 years (SD:5.71), mean gestational age of 10.5 weeks (SD:3.27) and mean educational level of 12.10 years of study (SD:4.78). Regarding marital status, 58 (36.3%) reported being single, 73 (45.6%) declared they were white, and 107 (66.8%) were primiparous (Table 1). With regard to participants' beliefs, the average level of religiosity of the women was high (Table 2). Positive coping had higher averages than negative coping and levels of spirituality were also high. Over 50% of the women reported attending religious services at least once a week and more than 60% stated they prayed at least once a day.

For mental health, participants scored 5.12 (SD:4.87) points for depressive symptoms, 5.65 (SD:4.91) anxious symptoms and 9.07 (SD:5.37) for stress symptoms. Regarding depression, 15 (9.4%) cases were classified as mild, 12 (7.4%) moderate and 1 (0.6%) severe; for anxiety, 16 (17.5%) were mild, 20 (12.5%) moderate, and 16 (9.9%) severe; while for stress, 26 (16.3%) cases were mild, and 6 (3.9%) moderate. With regard to quality of life, the women scored as follows for physical, psychological, social and environmental quality of life: 14.15 (SD: 2.20), 14.26 (SD:2.09), 15.50 (SD: 3.33) and 12.57 (SD: 1.91), respectively (Table 2).

Even after adjusting for confounding variables, the assessment of association of the dimensions of religiosity and spirituality with quality of life and mental health (Tables 3 and 4), revealed that only negative religious/spiritual coping was

associated with high levels of stress, depressive and anxious symptoms (Betas 0.207-0.321) and physical quality of life (Beta -0.235). However, psychological quality of life was associated with multiple dimensions, including intrinsic religiosity, positive and negative coping, and spirituality (Betas 0.186-0.318). Finally, quality of social life was associated only with spirituality (Beta=0.169).

Discussion

The results of the present study showed that the pregnant women used their spiritual and religious beliefs to cope with aspects related to the pregnancy. Negative coping, but not positive coping, was associated with worse mental health and physical quality of life in the women at the first trimester of pregnancy. However, other measures of religiosity and spirituality were associated with psychological and social quality of life measures.

The religiosity and spirituality of the women assessed proved similar to that reported in the literature, showing a high level of religious involvement. A study performed in Brazil of 260 pregnant women showed that most had religious affiliation and 60.8% declared they practiced the religion of their faith. These results are similar to those of the present study, which found that around half of the pregnant women attended a religious service at least once a week⁽⁴¹⁾. Wilkinson and Callister (2010) showed that most of the women believed that God could influence the results of their pregnancy and birth, trusting that God would help ensure successful births ⁽²⁶⁾.

With regard to the association between religious and spiritual beliefs and health outcomes, the results of this study mirror those of another Brazilian study showing that the use of dysfunctional coping is less common, but had greater influence on

health outcomes than functional use. The study conducted by Vitorino et al. ⁽⁴²⁾ compared high and low-risk pregnancies and found that negative coping was not associated with depressive symptoms in the low-risk group, only in the high-risk group. This finding might be explained by the fact that low-risk pregnancies are associated with significantly fewer symptoms than women with high-risk pregnancy. Similar results were also found by Lucero et al. ⁽⁴³⁾ who assessed 178 couples having their first pregnancy and found that negative coping was associated with greater depressive and anxious symptoms, as well as lower satisfaction with the pregnancy, whereas positive religious and spiritual coping was associated with greater stress-related growth.

Although coping influenced the mental health of the pregnant women, other religiosity measures did not have the same strength of association and were not significant for depressive, anxious or stress symptoms. This finding corroborates the results of a North-American study⁽⁴⁴⁾ of 374 pregnant women which found that level of religious involvement was not associated with depression, despite being associated with less blame.

These findings might be attributed to the fact that religious frequency and other markers of religious and spiritual practices do not take into account the vision of God or of a Higher Power held by the pregnant woman. A good example of this hypothesis can be found in a North-American study⁽⁴⁵⁾ of 248 pregnant women which found that overall religiousness/spirituality was significantly associated with increased negative experiences of stress. Likewise, another North-American of 498 pregnant women⁽⁴⁶⁾ found that those women who held attributions of God as loving and knowable and residing within the self, as opposed to a supreme being who was judging, had better scores on anxiety, depression, perceived stress and

social support⁽⁴⁶⁾. Therefore, the vision of God and the use of coping appear to be more precise mechanisms for explaining this association than religious practice alone.

Another finding of this study was that daily spiritual experiences (as measured by the DSES) were associated with psychological and social quality of life, but not with other markers. A recent study assessing 377 pregnant women in Iran ⁽⁴⁷⁾ found a correlation of DSES scores with depression, anxiety and stress, a result not found in the present study. In another study employing the same scale, 167 Orthodox Jewish pregnant women ⁽⁴⁸⁾ were assessed and found that DSES scores were associated with life satisfaction and positive affect. Cultural factors can be used in an attempt to explain these disparities between studies.

A study of 22 Iranian women showed that, from the cultural and religious perspective of these women, there was both a physical and mental influence on the care provided to the neonate and on self-care during the pregnancy. Active and passive acquisition of information, internal inspiring messages, receiving effective support from people, were important measures to help the mother care for her fetus. Conversely, inadequate physical condition during pregnancy, difficult economic and social situation, and inadequate psychological and cognitive conditions represented barriers. Prenatal care involving a multidisciplinary team from a cultural, social and religious context, were facilitators during pregnancy and for care of the newborn⁽³¹⁾ and should be considered in prenatal care.

Understanding how religiosity and spirituality influence health and quality of life of Brazilian pregnant women can have a major impact on the prenatal care (depressive and anxious symptoms) of these patients. Addressing this subject in

early pregnancy and furthering knowledge on the relationship between health and spirituality in pregnant women, can allow more effective intervention in prenatal care, enhancing the quality of service and follow-up of these patients.

The present study has some limitations which should be taken into account. The study had a cross-sectional design, whereas a longitudinal investigation measuring the first and final trimesters could help investigate the possible confounding effects and cause-effect relationship. Also, all patients involved the study were from the same city in Brazil. Thus, care should be taken when generalizing these findings. Despite these limitations, few studies have investigated the association between religiosity and spirituality in health and quality of life of Brazilian women in early pregnancy, a phase more subject to repercussions in mental health. Moreover, previous studies have employed religiosity measures, but failed to explore the association between the spiritual experiences and mental health of Brazilian pregnant women.

Conclusion

The findings of this study add to the scientific literature on religious and spiritual beliefs in pregnant women. The results showed that negative coping, but not positive coping, was associated with worse mental health and physical quality of life in women at the first trimester of pregnancy. Health professionals, obstetricians and obstetric nurses should be alert to the use of negative coping strategies in their pregnant patients and seek to provide more integrative care.

REFERENCES:

1. Sociais IBdGeECdPel. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009: IBGE; 2009.
2. Organization WH. Adolescent Pregnancy Fact Sheet N 364,(Updated September 2014). 2017.
3. Bell R, Palma S. Antenatal exercise and birthweight. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000;40(1):70-3.
4. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. Journal of Health Psychology. 2009;14(1):27-35.
5. Szejer M, Benetti MNB, Stewart R, Lambrichs LL, Frydman R. Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento: Casa do Psicólogo; 1997.
6. Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, Lopes RdCS. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. Psicologia: teoria e pesquisa Brasília Vol 20, n 3 (set/dez 2004), p 223-232. 2004.
7. Antunes MSdC, Patrocínio C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. Psicologia, Saúde & Doenças. 2007;8(2):239-51.
8. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. Archives of women's mental health. 2009;12(5):335.
9. Bei B, Milgrom J, Ericksen J, Trinder J. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. Sleep. 2010;33(4):531-8.

10. Pawar G, Wetzker C, Gjerdingen D. Prevalence of depressive symptoms in the immediate postpartum period. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(3):258-61.
11. Cunningham M, Zayas LH. Reducing depression in pregnancy: Designing multimodal interventions. *Social Work.* 2002;47(2):114-23.
12. Dennis CLE. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in nursing & health.* 2006;29(4):256-68.
13. O'connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama.* 2016;315(4):388-406.
14. Kazemi F, Nahidi F, Kariman N. Exploring factors behind pregnant women's quality of life in Iran: a qualitative study. *Electronic physician.* 2017;9(12):5991.
15. Beiranvand S, Noparast M, Eslamizade N, Saeedikia S. The effects of religion and spirituality on postoperative pain, hemodynamic functioning and anxiety after cesarean section. *Acta Medica Iranica.* 2014:909-15.
16. Scheff TJ. *Catharsis in healing, ritual, and drama:* Univ of California Press; 1979.
17. Schumaker JF. *Religion and mental health:* Oxford University Press; 1992.
18. Lucchetti G, Lucchetti AL, Peres MF, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Religiousness, health, and depression in older adults from a brazilian military setting. *ISRN psychiatry.* 2012;2012:7.
19. Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. *The American journal of geriatric psychiatry.* 2007;15(4):282-91.

20. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(5):283-91.
21. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*. 2013;52(2):657-73.
22. Lucchetti G, Lucchetti AL, Koenig HG. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. *Explore*. 2011;7(4):234-8.
23. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2014;48(3):199-215.
24. Page RL, Ellison CG, Lee J. Does religiosity affect health risk behaviors in pregnant and postpartum women? *Maternal and Child Health Journal*. 2009;13(5):621.
25. Callister LC, Khalaf I. Spirituality in childbearing women. *The Journal of perinatal education*. 2010;19(2):16.
26. Wilkinson S, Callister L. Perceptions of childbearing among women in the Ashanti Region of Ghana. *Health Care for Women International*. 2010;31(3):201-20.
27. Dougherty MC, Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. JSTOR; 1979.
28. Macy C, Falkner F. *Gravidez e parto: prazeres e problemas*. São Paulo: Ed Harper & Row do Brasil. 1981.
29. Gorette Andrade Bezerra M, Moreira Leitão Cardoso MVL. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14(3).

30. Simões S. O ser parturiente: um enfoque vivencial. Niterói (RJ): EDUFF; 1998.
31. Heidari T, Ziaei S, Ahmadi F, Mohammadi E. Powerful leverages and counter-currents in the unborn child spiritual care: A qualitative study. *Global journal of health science*. 2015;7(1):122.
32. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010;1(1):78-85.
33. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2006;28(3):242-50.
34. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2008;35(1):31-2.
35. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*. 2012;51(2):579-86.
36. Kimura M, de Oliveira AL, Mishima LS, Underwood LG. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale-versão brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46:99-106.
37. Panzini RG. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004.
38. Siqueira M, Maria M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em estudo*. 2008;13(2).

39. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*. 2014;155:104-9.
40. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*. 2000;34:178-83.
41. Silva CS, Ronzani TM, Furtado EF, Aliane PP, Moreira-Almeida A. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2010;37(4):152-6.
42. Vitorino LM, Chiaradia R, Low G, Cruz JP, Pargament KI, Lucchetti AL, et al. Association of spiritual/religious coping with depressive symptoms in high-and low-risk pregnant women. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(3-4):e635-e42.
43. Lucero SM, Pargament KI, Mahoney A, DeMaris A. Links between religious and spiritual coping and adjustment among fathers and mothers during first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2013;31(3):309-22.
44. Mann JR, McKeown RE, Bacon J, Vesselinov R, Bush F. Predicting depressive symptoms and grief after pregnancy loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2008;29(4):274-9.
45. Mann JR, Mannan J, Quiñones LA, Palmer AA, Torres M. Religion, spirituality, social support, and perceived stress in pregnant and postpartum Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2010;39(6):645-57.

46. Athan A, Chung S, Sawyer Cohen J. Spiritual beliefs of mothers with potentially distressing pregnancies. *Spirituality in Clinical Practice*. 2015;2(3):216.
47. Saffari M, Amini H, Sheykh-oliya Z, Pakpour AH, Koenig HG. Validation of the Persian version of the Daily Spiritual Experiences Scale (DSES) in Pregnant Women: A Proper Tool to Assess Spirituality Related to Mental Health. *Journal of religion and health*. 2017;56(6):2222-36.
48. Marmon TS. *pirituality, marital quality, and psychological adjustment in pregnant Orthodox Jewish women*. Fordham University. 2008.

Table 1: Sociodemographic Characteristics

	n	%
City of Origin		
Juiz de Fora	144	92.5%
Other	16	7.5%
Marital Status		
Single	58	36.3%
Living together	44	27.5%
Divorced	2	1.3%
Married	56	35.0%
Ethnicity		
White	73	45.6%
Black	37	23.1%
Mixed	43	26.9%
Indigenous	1	0.6%
Asian	6	3.8%
Number of Pregnancies		
1	107	66.8%
2	36	22.5%
>=3	17	10.7%
Number of Deliveries		
0	114	71.3%
1	35	21.9%
2	9	5.6%
>=3	2	1.2%
Number of Vaginal deliveries		
0	131	81.9%
>=1	29	8.1%
Number of Cesarean deliveries		
0	142	88.8%
>=1	18	11.2%
Number of Abortions		
0	144	90.6%
>=1	16	
	Mean	SD
Age	26.18	5.71
Education (years)	12.10	4.78
Pregnancy time	10.51	3.27
Number of Pregnancies	1.46	0.91
Number of Deliveries	0.38	0.74
Number of Vaginal deliveries	0.25	0.67
Number of Cesarean deliveries	0.12	0.36
Number of Abortions	0.11	0.37

Table 2: Religious aspects of pregnant women included in the study

	N	%
How often do you attend church or other religious meetings?		
1 More than once a week	37	23.1
2 Once a week	44	27.5
3 Two or three times a month	25	15.6
4 A few times a year	35	21.9
5 Once a year or less	14	8.8
6 Never	5	3.1
How often do you spend time in private religious activities, such as prayer, meditation or Bible study?		
1 More than once a day	24	15.0
2 Daily	74	46.3
3 Two or more times a week	19	11.9
4 Once a week	12	7.5
3 A few times a month	18	11.3
6 Rarely or never	13	8.1
In general, how close do you feel to God?		
1 Many times a day	4	2.5
2 Every day	29	8.1
3 Most days	79	49.4
4 Some days	48	30.0
	Mean	SD
Duke Religion Index Intrinsic Religiosity	44.73	22.08
Positive religious coping	24.63	3.73
Negative religious coping	10.23	3.66
Daily Spiritual Experiences\$	35.05	13.13
DASS Depression	5.12	4.87
DASS Anxiety	5.65	4.91
DASS Stress	9.07	5.37
WHOQOL Physical	14.15	2.20
WHOQOL Psychological	14.26	2.09
WHOQOL Social	15.50	3.33
WHOQOL Environment	12.57	1.91
Practical Social Support	54.16	10.93
Emotional Social Support	32.91	6.54

\$Inverted; DASS: Depression, Anxiety and Stress Scale, short 21-item

version; WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Scale

Table 3: Hierarchical Linear Regression of association between religiosity and spirituality and depressive, anxious and stress symptoms

DASS depression ^a	Unadjusted	Model 1	Model 2	Model 3
	B	B	B	B
Organizational religiosity\$	-0.066	-	-	-
Nonorganizational religiosity\$	-0.003	-	-	-
Intrinsic religiosity\$	-0.011	-	-	-
Positive religious coping	-0.064	-	-	-
Negative religious coping	0.429***	0.370***	0.340***	0.321***
Daily Spiritual Experiences (Total)\$	0.049	-	-	-
Daily Spiritual Experiences (Question 16)	-0.126	-	-	-
DASS anxiety ^b	B	B	B	B
Organizational religiosity\$	-0.018	-	-	-
Nonorganizational religiosity\$	0.021	-	-	-
Intrinsic religiosity\$	-0.028	-	-	-
Positive religious coping	-0.108	-	-	-
Negative religious coping	0.330***	0.273***	0.256**	0.229**
Daily Spiritual Experiences (Total)\$	0.001	-	-	-
Daily Spiritual Experiences (Question 16)	0.006	-	-	-
DASS stress ^c	B	B	B	B
Organizational religiosity\$	0.001	-	-	-
Nonorganizational religiosity\$	-0.046	-	-	-
Intrinsic religiosity\$	-0.026	-	-	-
Positive religious coping	-0.090	-	-	-
Negative religious coping	0.327***	0.271***	0.246**	0.207*
Daily Spiritual Experiences (Total)\$	0.031	-	-	-
Daily Spiritual Experiences (Question 16)	-0.084	-	-	-

***p>0.001 **p>0.01 *p<0.05

Model 1: age, education, marital status, race

Model 2: Gestational age in weeks, Gravida, Para, Abortus

Model 3: Practical social support and emotional social support

Table 4: Hierarchical Linear Regression of association between religiosity and spirituality and quality of life

WHOQOL Physical ^a	Unadjusted	Model 1	Model 2	Model 3
	B	B	B	B
Organizational religiosity\$	0.100	-	-	-
Nonorganizational religiosity\$	0.142	-	-	-
Intrinsic religiosity\$	0.026	-	-	-
Positive religious coping	-0.057	-	-	-
Negative religious coping	-0.321***	-0.289***	-0.267**	-0.235**
Daily Spiritual Experiences (Total)\$	-0.051	-	-	-
Daily Spiritual Experiences (Question 16)	0.057	-	-	-
WHOQOL Psychological ^b	Unadjusted	Model 1	Model 2	Model 3
	B	B	B	B
Organizational religiosity\$	-0.069	-	-	-
Nonorganizational religiosity\$	-0.159**	-0.135 ^{NS}	-	-
Intrinsic religiosity\$	-0.244**	-0.233**	-0.220**	-0.186*
Positive religious coping	0.219**	0.226**	0.249**	0.227**
Negative religious coping	-0.328***	-0.324***	-0.310***	-0.274***
Daily Spiritual Experiences (Total)\$	-0.362***	-0.376***	-0.360***	-0.318***
Daily Spiritual Experiences (Question 16)	0.262***	0.246**	0.250***	0.203**
WHOQOL Social ^c	Unadjusted	Model 1	Model 2	Model 3
	B	B	B	B
Organizational religiosity\$	-0.096	-	-	-
Nonorganizational religiosity\$	-0.127	-	-	-
Intrinsic religiosity\$	-0.140	-	-	-
Positive religious coping	0.115	-	-	-
Negative religious coping	-0.178*	-0.133 ^{NS}	-	-
Daily Spiritual Experiences (Total)\$	-0.185*	-0.217**	-0.196*	-0.169*
Daily Spiritual Experiences (Question 16)	0.198*	0.199*	0.178*	0.146 ^{NS}
WHOQOL Environment ^c	Unadjusted	Model 1	Model 2	Model 3
	B	B	B	B
Organizational religiosity\$	0.134	-	-	-
Nonorganizational religiosity\$	-0.031	-	-	-
Intrinsic religiosity\$	0.021	-	-	-
Positive religious coping	-0.003	-	-	-
Negative religious coping	-0.167*	-0.133 ^{NS}	-	-
Daily Spiritual Experiences (Total)\$	-0.129	-	-	-
Daily Spiritual Experiences (Question 16)	0.115	-	-	-

***p>0.001 **p>0.01 *p<0.05 ; Model 1: age, education, marital status, race;

Model 2: Gestational age in weeks, Gravida, Para, Abortus; Model 3: Practical social support and emotional social support

7. Limitações

O presente estudo teve algumas limitações, que devem ser levadas em consideração. Primeiro o delineamento foi transversal. Uma investigação longitudinal que mede o primeiro e o último trimestres poderia nos ajudar a investigar os possíveis efeitos confundidores e a relação causa-efeito. Segundo, nossas pacientes eram de uma única cidade no Brasil e, por isso, os presentes achados devem ser generalizados com cautela. Terceiro, foi investigada apenas uma fase da gestação, não podendo generalizar esses achados para os outros trimestres. Finalmente, os instrumentos utilizados foram auto-reportados, podendo ter ocorrido um viés de aceitação social (“social desirability”) nas respostas. No entanto, apesar dessas limitações, poucos estudos investigaram a associação entre religiosidade e espiritualidade na saúde e qualidade de vida de gestantes brasileiras em fase inicial da gestação, fase essa mais sujeita a repercussões na saúde mental da gestante. Da mesma forma, estudos anteriores utilizaram apenas medidas específicas de religiosidade, não fazendo uso de medidas que verificassem várias dimensões desse constructo (religiosidade, coping espiritual e religioso e experiências espirituais).

8. Considerações finais

Em busca de ampliar o conhecimento da relação entre religiosidade e espiritualidade com a saúde mental e qualidade de vida na fase inicial da gestação, optou-se pela realização desse estudo, com o objetivo de promover uma melhoria na assistência à mulher, tanto no pré-natal quanto nas maternidades. Até o momento os estudos que relacionam religiosidade/espiritualidade na gestante ainda são escassos.

Os achados desse estudo acrescentam a literatura científica das crenças religiosas e espirituais nas gestantes. Verificamos que o coping negativo, mas não o coping positivo, esteve associado a pior saúde mental e qualidade de vida física em gestantes no primeiro trimestre de gestação. Profissionais de saúde, obstetras e enfermeiras obstétricas devem estar atentos ao uso de estratégias de coping negativas em suas pacientes grávidas para promover um cuidado mais integral.

A abordagem desta temática em fase inicial da gestação e a compreensão da influência da religiosidade/espiritualidade na saúde e qualidade de vida da gestante possibilitará reestruturar a assistência durante o pré-natal e parto, auxiliando estas mulheres a enfrentar suas inseguranças e incertezas o que reduziria os sintomas ansiosos e depressivos, respeitando as crenças e valores desta mulher.

9. Referências Bibliográficas

AGUIARI, P. R.; CAZELLAI, S. C.; COSTAI, M. R. a religiosidade/Espiritualidade dos médicos de Família: avaliação de alunos da universidade aberta do SuS (uNa-SuS) The Spirituality/religiosity of Family medicine Physicians: Evaluation of SuS Open university. **Revista BRasileiRa de educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 310-319, 2017.

ALLAHDADIAN, M.; IRAJPOUR, A. The role of religious beliefs in pregnancy loss. **Journal of education and health promotion**, v. 4, 2015.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de saúde pública**, v. 27, p. 1053-1064, 2011. ISSN 0102-311X.

ANTUNES, M. S. D. C.; PATROCÍNIO, C. A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 8, n. 2, p. 239-251, 2007. ISSN 1645-0086.

ARGYLE, M.; BEIT-HALLAHMI, B. **The Social Psychology of Religion (Psychology Revivals)**. Routledge, 2013. ISBN 1135041490.

AZIATO, L.; ODAI, P. N.; OMENYO, C. N. Religious beliefs and practices in pregnancy and labour: an inductive qualitative study among post-partum women

in Ghana. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 138, 2016. ISSN 1471-2393.

AZIATO, L.; OHEMENG, H. A.; OMENYO, C. N. Experiences and perceptions of Ghanaian midwives on labour pain and religious beliefs and practices influencing their care of women in labour. **Reproductive health**, v. 13, n. 1, p. 136, 2016. ISSN 1742-4755.

BEI, B. et al. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. **Sleep**, v. 33, n. 4, p. 531-538, 2010. ISSN 1550-9109.

BEIRANVAND, S. et al. The effects of religion and spirituality on postoperative pain, hemodynamic functioning and anxiety after cesarean section. **Acta Medica Iranica**, v. 52, n. 12, p. 909-915, 2014. ISSN 1735-9694.

BÉLANGER-LÉVESQUE, M.-N. et al. "That was intense!" Spirituality during childbirth: a mixed-method comparative study of mothers' and fathers' experiences in a public hospital. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 294, 2016. ISSN 1471-2393.

BELL, R.; PALMA, S. Antenatal exercise and birthweight. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 40, n. 1, p. 70-73, 2000. ISSN 0004-8666.

BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **Journal of religion and health**, v. 52, n. 2, p. 657-673, 2013. ISSN 0022-4197.

BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. D. F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 64-72, 2012. ISSN 1414-8145.

CALLISTER, L. C.; KHALAF, I. Spirituality in childbearing women. **The Journal of perinatal education**, v. 19, n. 2, p. 16-24, 2010. ISSN 1058-1243.

CECATTI, J. G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2010. ISSN 0100-7203.

CLARK, A. et al. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. **Journal of Health Psychology**, v. 14, n. 1, p. 27-35, 2009. ISSN 1359-1053.

COPE, H. et al. Pregnancy continuation and organizational religious activity following prenatal diagnosis of a lethal fetal defect are associated with improved psychological outcome. **Prenatal diagnosis**, v. 35, n. 8, p. 761-768, 2015. ISSN 1097-0223.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013. ISSN 1518-1944.

COSTA, E. C. et al. Predictors of emotional distress in pregnant women: the mediating role of relationship intimacy. **Journal of Mental Health**, p. 1-9, 2017. ISSN 0963-8237.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010. ISSN 0100-7203.

COWCHOCK, F. S. et al. Religiosity is an important part of coping with grief in pregnancy after a traumatic second trimester loss. **Journal of religion and health**, v. 50, n. 4, p. 901-910, 2011. ISSN 0022-4197.

COWCHOCK, F. S. et al. Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. **Journal of Religion and Health**, v. 49, n. 4, p. 485-497, 2010. ISSN 0022-4197.

CUNNINGHAM, M.; ZAYAS, L. H. Reducing depression in pregnancy: Designing multimodal interventions. **Social Work**, v. 47, n. 2, p. 114-123, 2002. ISSN 1545-6846.

CYPHERS, N. A.; CLEMENTS, A. D.; LINDSETH, G. The relationship between religiosity and health-promoting behaviors in pregnant women. **Western journal of nursing research**, v. 39, n. 11, p. 1429-1446, 2017. ISSN 0193-9459.

DALGALARRONDO, P. et al. Religion and drug use by adolescents. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004. ISSN 1516-4446.

DALLA COSTA, L. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016. ISSN 2176-9133.

DE CARVALHO COUTINHO, E. et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 17-24, 2014. ISSN 1980-220X.

DE JESUS SILVA, M. M. et al. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 34, n. 2, p. 342-350, 2016. ISSN 0120-5307.

DE SOUZA, N. A. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde em São Luís-MA. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, 2013. ISSN 2526-6179.

DENNIS, C. L. E. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. **Research in nursing & health**, v. 29, n. 4, p. 256-268, 2006. ISSN 0160-6891.

DOLATIAN, M. et al. The structural model of spirituality and psychological well-being for pregnancy-specific stress. **Journal of religion and health**, v. 56, n. 6, p. 2267-2275, 2017. ISSN 0022-4197.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 425-437, 2012. ISSN 0102-311X.

DOUGHERTY, M. C.; LEININGER, M. **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices**: JSTOR 1979.

ESTATÍSTICA, I. B. D. G. E. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009/IBGE**: IBGE Rio de Janeiro 2009.

FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. **Archives of women's mental health**, v. 12, n. 5, p. 335, 2009. ISSN 1434-1816.

FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178-183, 2000. ISSN 0034-8910.

GARCÍA, E. M.; DA CUNHA, P. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 79-91, 2008.

GORETTE ANDRADE BEZERRA, M.; MOREIRA LEITÃO CARDOSO, M. V. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2006. ISSN 0104-1169.

GUILHEM, D.; COSTA, A. M.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 1025-1029, 2001. ISSN 0102-311X.

HEIDARI, T. et al. Powerful leverages and counter-currents in the unborn child spiritual care: A qualitative study. **Global journal of health science**, v. 7, n. 1, p. 122, 2015.

HIZLI, D. et al. Hyperemesis gravidarum and depression in pregnancy: is there an association? **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 33, n. 4, p. 171-175, 2012. ISSN 0167-482X.

HORDERN, J. Religion and culture. **Medicine**, v. 44, n. 10, p. 589-592, 2016. ISSN 1357-3039.

JARVIS, G. K.; NORTHCOTT, H. C. Religion and differences in morbidity and mortality. **Social science & medicine**, v. 25, n. 7, p. 813-824, 1987. ISSN 0277-9536.

KAMALI, Z. et al. Effect of spiritual care education on postpartum stress disorder in women with preeclampsia. **Journal of education and health promotion**, v. 7, 2018.

KAZEMI, F.; NAHIDI, F.; KARIMAN, N. Exploring factors behind pregnant women's quality of life in Iran: a qualitative study. **Electronic physician**, v. 9, n. 12, p. 5991, 2017.

KENDLER, K. S. et al. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. **American journal of psychiatry**, v. 160, n. 3, p. 496-503, 2003. ISSN 0002-953X.

KIMURA, M. et al. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale-versão brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 99-106, 2012. ISSN 1980-220X.

KINGSTON, D. et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. **PloS one**, v. 13, n. 4, p. e0195365, 2018. ISSN 1932-6203.

KOENIG, H. et al. **Handbook of religion and health**. Oup Usa, 2012. ISBN 0195335953.

KOENIG, H. G. Religion and depression in older medical inpatients. **The American journal of geriatric psychiatry**, v. 15, n. 4, p. 282-291, 2007. ISSN 1064-7481.

_____. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009. ISSN 0706-7437.

_____. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. L&PM, 2012a. ISBN 8525428477.

_____. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. **ISRN psychiatry**, v. 2012, 2012b.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, n. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B. L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 536-542, 1998. ISSN 0002-953X.

KUNTO, Y. S.; MANDEMAKERS, J. J. The effects of prenatal exposure to Ramadan on stature during childhood and adolescence: Evidence from the Indonesian Family Life Survey. **Economics & Human Biology**, 2018. ISSN 1570-677X.

LARA-CINISOMO, S.; WOOD, J.; FUJIMOTO, E. A systematic review of cultural orientation and perinatal depression in Latina women: are acculturation, Marianismo, and religiosity risks or protective factors? **Archives of women's mental health**, p. 1-11, 2018. ISSN 1434-1816.

LEVIN, J. S.; MARKIDES, K. S.; RAY, L. A. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: A panel analysis of three-generations data. **The Gerontologist**, v. 36, n. 4, p. 454-463, 1996. ISSN 1758-5341.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **EXPLORE: The Journal of Science and Healing**, v. 7, n. 4, p. 234-238, 2011. ISSN 1550-8307.

LUCCHETTI, G. et al. Religiousness, health, and depression in older adults from a brazilian military setting. **ISRN psychiatry**, v. 2012, 2012.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014. ISSN 0091-2174.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). **Journal of religion and health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012. ISSN 0022-4197.

MA, X. et al. The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. **Journal of Affective Disorders**, 2019. ISSN 0165-0327.

MACY, C.; FALKNER, F. Gravidez e parto: prazeres e problemas. **São Paulo: Ed. Harper & Row do Brasil**, 1981.

MANN, J. R. et al. Religion, spirituality, social support, and perceived stress in pregnant and postpartum Hispanic women. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 39, n. 6, p. 645-657, 2010. ISSN 0884-2175.

MANN, J. R. et al. Religiosity, spirituality, and depressive symptoms in pregnant women. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 37, n. 3, p. 301-313, 2007a. ISSN 0091-2174.

_____. Religiosity, spirituality, and tobacco use by pregnant women. **Southern medical journal**, v. 100, n. 9, p. 867-872, 2007b. ISSN 0038-4348.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . SECRETARIA DE CIÊNCIA, T. E. I. E. D. D. C. E. T.
Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos: Ministério da Saúde Brasília 2009.

MOAFI, F. et al. Spiritual Intelligence and Post-abortion Depression: A Coping Strategy. **Journal of religion and health**, p. 1-9, 2018. ISSN 0022-4197.

MOKHTARYAN, T. et al. The impact of Islamic religious education on anxiety level in primipara mothers. **Journal of family medicine and primary care**, v. 5, n. 2, p. 331, 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006a. ISSN 1516-4446.

_____. Religiousness and mental health: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006b. ISSN 1516-4446.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008. ISSN 1806-938X.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 623-638, 2011. ISSN 0102-311X.

O'CONNOR, E. et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **Jama**, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016. ISSN 0098-7484.

ORGANIZATION, W. H. **Adolescent Pregnancy Fact Sheet N 364,(Updated September 2014)** 2017.

PAGE, R. L.; ELLISON, C. G.; LEE, J. Does religiosity affect health risk behaviors in pregnant and postpartum women? **Maternal and child health journal**, v. 13, n. 5, p. 621, 2009. ISSN 1092-7875.

PANZINI, R. G. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004.

PANZINI, R. G. et al. Quality-of-life and spirituality. **International Review of Psychiatry**, v. 29, n. 3, p. 263-282, 2017. ISSN 0954-0261.

PARGAMENT, K. I. et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. **Archives of internal Medicine**, v. 161, n. 15, p. 1881-1885, 2001. ISSN 0003-9926.

_____. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. **Journal of health psychology**, v. 9, n. 6, p. 713-730, 2004. ISSN 1359-1053.

PAUDEL, M. et al. Religio-cultural factors contributing to perinatal mortality and morbidity in mountain villages of Nepal: implications for future healthcare provision. **PloS one**, v. 13, n. 3, p. e0194328, 2018. ISSN 1932-6203.

PAWAR, G.; WETZKER, C.; GJERDINGEN, D. Prevalence of depressive symptoms in the immediate postpartum period. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 24, n. 3, p. 258-261, 2011. ISSN 1557-2625.

PEIXOTO, C. R. et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, p. 286-291, 2011.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília. Vol. 20, n. 3 (set./dez. 2004), p. 223-232**, 2004. ISSN 0102-3772.

PRADO, D. S. Impacto da gestação na função sexual feminina. **CEP**, v. 49060, p. 100, 2013.

PUENTE, C. P.; MORALES, D. M.; MONGE, F. J. C. Religious coping and locus of control in normal pregnancy: Moderating effects between pregnancy worries

and mental health. **Journal of religion and health**, v. 54, n. 5, p. 1598-1611, 2015. ISSN 0022-4197.

RABIEPOOR, S.; SADEGHI, E.; SAYYADI, H. Spiritual Health and Physical Activity Among Iranian Pregnant Women. **Journal of religion and health**, p. 1-10, 2017. ISSN 0022-4197.

REMORINI, C.; PALERMO, M.; SCHVARTZMAN, L. Spirituality and health: problems during pregnancy and postpartum and their consequences in women and children's life trajectories (Salta, Argentina). **Salud colectiva**, v. 14, n. 2, p. 193-210, 2018. ISSN 1669-2381.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. D. Implications for public health of the religiosity-longevity relation. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 10, p. 837-841, 2017. ISSN 0104-4230.

SAFFARI, M. et al. Validation of the Persian version of the Daily Spiritual Experiences Scale (DSES) in Pregnant Women: A Proper Tool to Assess Spirituality Related to Mental Health. **Journal of religion and health**, v. 56, n. 6, p. 2222-2236, 2017. ISSN 0022-4197.

SAÚDE, B. M. D. **Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**: Ministério da Saúde Brasília 2006.

SAÚDE, M. D. **Assistência pré-natal: manual técnico**: Ministério da Saúde Brasília 2000.

SCHEFF, T. J. **Catharsis in healing, ritual, and drama**. Univ of California Press, 1979. ISBN 0520041259.

SCHUMAKER, J. F. **Religion and mental health**. Oxford University Press on Demand, 1992. ISBN 0195069854.

SETSE, R. et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. **Maternal and Child Health Journal**, v. 13, n. 5, p. 577-587, 2009. ISSN 1092-7875.

SILVA, M. G. D. et al. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. 2015. ISSN 1678-5398.

SILVA, M. M. D. J. et al. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. ISSN 0080-6234.

SIMÕES, S. **O ser parturiente: um enfoque vivencial**. Niterói (RJ): EDUFF; 1998.

SIQUEIRA, M.; MARIA, M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 2, 2008. ISSN 1413-7372.

SPINDOLA, T.; GARCIA PENNA, L. H.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 3, 2006. ISSN 0080-6234.

SZEJER, M. et al. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. Casa do Psicólogo, 1997. ISBN 8585141832.

TEPPER, L. et al. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. **Psychiatric Services**, v. 52, n. 5, p. 660-665, 2001. ISSN 1075-2730.

TOPALAHMETOĞLU, Y. et al. Depression and anxiety disorder in hyperemesis gravidarum: A prospective case-control study. **Turkish journal of obstetrics and gynecology**, v. 14, n. 4, p. 214, 2017.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. ISSN 0140-6736.

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013. ISSN 2178-3411.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of affective disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014. ISSN 0165-0327.

VITORINO, L. M. et al. Association of spiritual/religious coping with depressive symptoms in high-and low-risk pregnant women. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 3-4, p. e635-e642, 2018. ISSN 0962-1067.

WILKINSON, S.; CALLISTER, L. Perceptions of childbearing among women in the Ashanti Region of Ghana. **Health Care for Women International**, v. 31, n. 3, p. 201-220, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DE
JUIZ DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência da Religiosidade e espiritualidade nos desfechos da gestação e puerpério

Pesquisador: Clarissa Rocha Panconi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61699916.3.3001.5103

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.945.762

Apresentação do Projeto:

Projeto bem estruturado, com objetivos claros e justificativa concisa.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão bem descritos e os métodos de investigação estão adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores relatam no TCLE e no projeto anexado que o projeto apresenta riscos mínimos. "A participação nesta pesquisa traz riscos mínimos, uma vez que envolve a resposta a questionários muito utilizados em outras pesquisas". Os pesquisadores devem descrever melhor os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Questionários muito extensos, acredito que o tempo de aplicação deve ser descrito no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O cronograma não está correto, pois indica que a submissão seria em outubro e novembro de 2016;
- A resolução citada do Conselho Nacional de Saúde foi a 196/96 e não a 466/12 (rever).

Recomendações:

Endereço: BR 040, Km 796
Bairro: Salvaterra **CEP:** 36.045-410
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2101-5055 **Fax:** (32)2101-5046 **E-mail:** cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DE
JUIZ DE



Continuação do Parecer: 1.945.762

Ajustes nos itens citados anteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto necessita de pequenos ajustes e correções no TCLE e cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sugiro aos pesquisadores realizar as alterações necessárias conforme descrito em parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803914.pdf	04/12/2016 22:18:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	04/12/2016 22:12:15	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimento.pdf	04/12/2016 22:11:37	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803914.pdf	06/11/2016 12:41:43		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_803914.pdf	28/10/2016 22:19:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	28/10/2016 22:03:31	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/10/2016 21:47:53	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	curriculooscarina.pdf	27/10/2016 02:31:02	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Curriculogiancarlo.pdf	27/10/2016 02:30:32	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Curriculoclarissa.pdf	27/10/2016 02:29:31	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Registroprojeto.pdf	27/10/2016 02:27:00	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Registropesquisador.pdf	27/10/2016 02:26:01	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoconsentimento.pdf	27/10/2016 02:21:17	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/10/2016 02:12:01	Clarissa Rocha Panconi	Aceito

Endereço: BR 040, Km 796

Bairro: Salvaterra

CEP: 36.045-410

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2101-5055

Fax: (32)2101-5046

E-mail: cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE DE
JUIZ DE



Continuação do Parecer: 1.945.762

Outros	declaracaofinanciador.pdf	27/10/2016 01:57:45	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	declaracaopesquisadores.pdf	27/10/2016 01:50:29	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura2.pdf	27/10/2016 01:45:54	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	27/10/2016 01:45:19	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/10/2016 01:28:17	Clarissa Rocha Panconi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 02 de Março de 2017

Assinado por:
Soraida Sozzi Miguel
(Coordenador)

Endereço: BR 040, Km 796

Bairro: Salvaterra

CEP: 36.045-410

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2101-5055

Fax: (32)2101-5046

E-mail: cep@suprema.edu.br

APÊNDICE B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência da Religiosidade e espiritualidade nos desfechos da gestação e puerpério

Pesquisador: Clarissa Rocha Panconi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61699916.3.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.881.783

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa que estudará a Influência da religiosidade e espiritualidade durante a gestação e no pós parto em mulheres atendidas no ambulatório de pré-natal no Hospital Universitário da UFJF e na Maternidade Therezinhade Jesus e possui um atendimento em torno de 220 pacientes por mês. Serão selecionada cerca de 150 mulheres que serão acompanhadas através de questionário na primeira avaliação do pré parto e em uma segunda etapa no pós parto, cerca de 4 a 6 semanas após o nascimento do filho

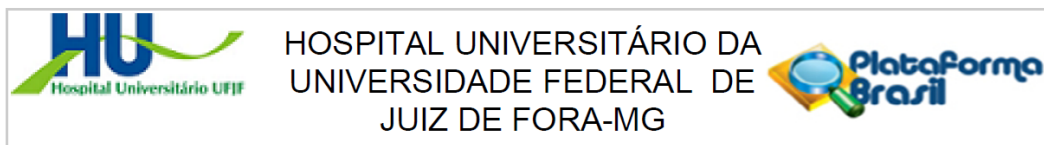
Objetivo da Pesquisa:

Avaliar como as crenças religiosas e espirituais durante o pré-natal podem influenciar na saúde física e mental das gestantes e no pós-parto tardio de puérperas residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Outros objetivos: Avaliar como as diferentes dimensões de religiosidade e espiritualidade associam-se com a saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos) em gestantes durante o pré-natal. Avaliar como as crenças religiosas e espirituais e seu aumento ou diminuição durante o período de pré-natal associa-se com a saúde mental (sintomas depressivos e ansiosos), a eficácia da amamentação, a via de parto, a saúde física (falta de sono) da puérpera no pos parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos possíveis benefícios advindos dessa pesquisa, caso os pesquisadores

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.881.783

identifiquem que a gestante esteja com depressão ou ansiedade ou qualquer outro problema de saúde, ela será tratada ou encaminhada para tratamento com profissionais especializados. Outro ponto importante é que, com os resultados desse estudo, espera-se entender como crenças das participantes impactam esse momento de vida. Com

isso, será possível realizar um atendimento mais integral a gestante e propor futuras intervenções que possibilitem minimizar os problemas enfrentados no período de gestação. Considera-se uma pesquisa com riscos mínimos uma vez que os questionários não serão invasivos e serão acompanhados por profissionais habilitados e a participante poderá escolher não responder a questões que não quiser. O TCLE está descrito de forma clara e de fácil entendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico longitudinal, quantitativo, prospectivo, realizado em gestantes e puérperas na cidade de Juiz de Fora, MG, no período de novembro de 2016 a novembro de 2019. A presente pesquisa será realizada no ambulatório de pré-natal da UFJF, que funciona no Hospital Universitário da UFJF e na Maternidade Therezinha de Jesus e possui um atendimento em torno de 220 pacientes por mês. As gestantes participantes serão selecionadas de forma aleatória (mediante randomização da ordem de chegada) e responderão a um questionário, que será aplicado pelos pesquisadores do projeto ou por residentes treinados, do primeiro ano de ginecologia e obstetrícia da UFJF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos: Informações Básicas do Projeto
PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 06/11/2016 - Projeto Detalhado / Brochura do Investigador - 28/10/2016 - Cronograma 28/10/2016 Outros: currículo Oscarina 27/10/2016 - Currículo Giancarlo. Currículo Clarissa Rocha Panconi - TCLE / Termos de Assentimento / 27/10/2016, Orçamento.

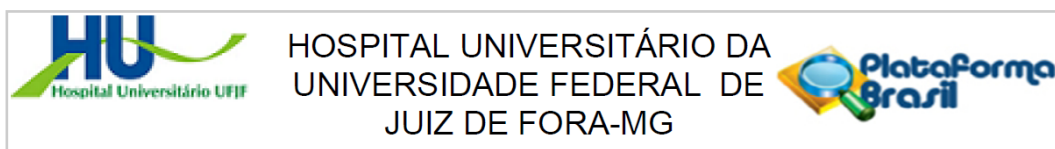
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	04/12/2016		Aceito

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.881.783

Básicas do Projeto	ETO_803914.pdf	22:18:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	04/12/2016 22:12:15	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimento.pdf	04/12/2016 22:11:37	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/10/2016 21:47:53	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	curriculooscarina.pdf	27/10/2016 02:31:02	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Curriculogiancarlo.pdf	27/10/2016 02:30:32	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Curriculoclarissa.pdf	27/10/2016 02:29:31	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Registroprojeto.pdf	27/10/2016 02:27:00	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	Registropesquisador.pdf	27/10/2016 02:26:01	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/10/2016 02:12:01	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	declaracaofinanciador.pdf	27/10/2016 01:57:45	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Outros	declaracaopesquisadores.pdf	27/10/2016 01:50:29	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura2.pdf	27/10/2016 01:45:54	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	27/10/2016 01:45:19	Clarissa Rocha Panconi	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/10/2016 01:28:17	Clarissa Rocha Panconi	Aceito

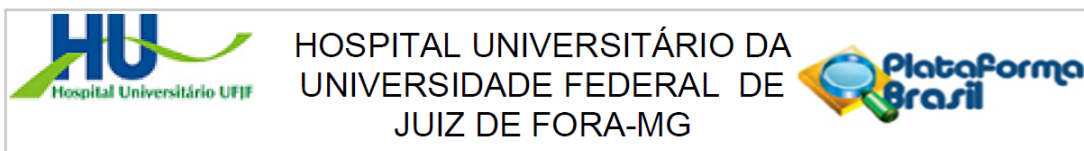
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.881.783

JUIZ DE FORA, 26 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco **CEP:** 36.038-330
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

Pesquisador Responsável:

Endereço:

CEP: – Juiz de Fora – MG

Fone: (32)

E-mail:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Influência da Religiosidade e Espiritualidade nos desfechos da Gestação e Puerpério”. Neste estudo pretendemos avaliar como as crenças religiosas e espirituais durante o pré-natal podem influenciar na saúde física e mental das gestantes e no pós-parto tardio de puérperas residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

O motivo que nos leva a estudar este tema é que através da ampliação do conhecimento da relação entre saúde e espiritualidade nas gestantes e puérperas, conseguiremos intervir de maneira mais efetiva na assistência durante o parto e puerpério. Essa busca por uma melhor qualidade de atendimento e acompanhamento destas pacientes que motivou nossa pesquisa.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: as gestantes participantes serão selecionadas de forma aleatória (mediante randomização da ordem de chegada) e responderão a um questionário, que será aplicado pelos pesquisadores do projeto ou por residentes treinados, do primeiro ano de ginecologia e obstetrícia da UFJF. O primeiro inquérito será aplicado durante a primeira consulta de pré-natal da gestante. As gestantes selecionadas a partir da base de dados provenientes do primeiro inquérito serão acompanhadas e responderão a este inquérito novamente em dois momentos: com 34 a 37 semanas de gestação e no puerpério tardio (4 a 6 semanas pós-parto). Na última avaliação (pós-parto tardio), as puérperas também responderão a um segundo inquérito com questões relacionadas ao pós-parto. As gestantes e puérperas serão abordadas por uma equipe de pesquisadores previamente treinados e a duração do questionário será de aproximadamente 40 minutos.

Riscos e Desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Benefícios: ao participar desta pesquisa a Sra. não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre este tema, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar no atendimento das gestantes e puérperas, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Ressarcimento: Caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte: pagamento em dinheiro.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “NOME DO ESTUDO”, de maneira clara e detalhada e

esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 200 .

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXOS

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E HISTÓRIA OBSTÉTRICA:

Parte1: Questionário sociodemográfico

Data: ____/____/____ Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Ocupação: _____ Naturalidade: _____

Escolaridade: (em anos de estudos concluídos) _____ anos

Estado Civil/União: () Solteira () União Estável () Divorciada () Casada ()

Viúva

Cor/ Raça: () Branca () Negra () Parda () Indígena () Amarela

Parte 2: História Obstétrica

Idade Gestacional: _____

Gestação: () Única () Dupla () Tripla ou mais

Antecedentes Obstétricos:

G____P____ () Parto vaginal () Parto Cesárea A____

Complicação na(s) Gestação(s) anterior(s): _____

Antecedentes pessoais: _____

Medicações em uso: _____

Amamentou na (s) gestação(s) anterior(s): () Sim () Não

ANEXO 2: ESCALA DE PERCEPÇÃO DO SUPORTE SOCIAL:

Leia atentamente e responda o quanto as pessoas que convivem com você estão disponíveis para lhe auxiliar nas seguintes situações:

Dá sugestões sobre viagens que quero fazer.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Empresta-me algo de que preciso.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Dá sugestões sobre algo que quero comprar.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Ajuda-me na execução de tarefas.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Empresta-me dinheiro.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Dá sugestões sobre meu futuro.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Orienta minhas decisões.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Sugere fontes para eu me atualizar.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Dá sugestões sobre lugares para eu me divertir.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Toma conta de minha casa em minha ausência.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Fornece-me alimentação quando preciso.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Leva-me a algum lugar aonde eu preciso ir.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Ajuda-me com minha medicação se estou doente.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Esclarece minhas dúvidas.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Ajuda-me a resolver um problema prático.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Dá sugestões sobre cuidados com a minha saúde.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Consola-me se estou triste.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Dá atenção às minhas crises emocionais.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Ouve com atenção meus problemas pessoais.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Compreende minhas dificuldades.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Está ao meu lado em qualquer situação.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Comemora comigo minhas alegrias e realizações.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Faz-me sentir valorizado como pessoa.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Preocupa-se comigo.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre
Demonstra carinho por mim.

1-() Nunca 2-() Poucas vezes 3-() Muitas vezes 4-() Sempre

ANEXO 3: DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE, VERSÃO CURTA DE 21 ITENS (DASS-21):

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0- Não se aplicou de maneira alguma

1- Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2- Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3- Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1- Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2- Senti minha boca seca	0	1	2	3
3- Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4- Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex.respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5- Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6- Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7- Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8- Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9- Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10- Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11- Senti-me agitado	0	1	2	3
12- Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13- Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14- Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15- Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16- Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17- Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18- Senti que estava um pouco emotivo/ sensível demais	0	1	2	3
19- Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20- Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21- Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO 4: ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

___ Mais do que uma vez por semana ___ Uma vez por semana ___ Duas a três vezes por mês ___ Algumas vezes por ano ___ Uma vez por ano ou menos ___ Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas.

Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO 5: DAILY SPIRITUAL EXPERIENCES SCALE- DSES: VERSÃO BRASILEIRA

A lista a seguir inclui itens com assuntos que você pode ou não ter experiência com eles. Por favor, responda com que frequência você tem essas experiências, e tente não levar em conta se você acha que deveria ou não ter essas experiências. Alguns itens usam a palavra “Deus”. Se esta palavra não for confortável para você, por favor, substitua-a por outra palavra que signifique o que é “divino” ou “sagrado” para você.

	Muitas vezes por dia	Todos os dias	A maioria dos dias	Alguns dias	De vez em quando	Nunca ou quase nunca
1- Eu sinto a presença de Deus						
2- Eu sinto uma conexão com tudo o que é vida						
3- Durante um culto religioso ou em outros momentos quando estou em conexão com Deus, eu sinto uma alegria que me tira das preocupações diárias						
4- Eu encontro forças na minha religião ou espiritualidade						
5- Eu encontro conforto na minha religião ou espiritualidade						
6- Eu sinto profunda paz interior ou harmonia						
7- Eu peço a ajuda de Deus durante as atividades diárias						
8- Eu me sinto guiado por Deus durante as atividades diárias						
9- Eu sinto diretamente o amor e Deus por mim						
10- Eu sinto o amor de Deus por mim, através dos outros						
11- A beleza da criação me toca espiritualmente						
12- Eu me sinto agradecido pelas bênçãos recebidas						
13- Eu sinto carinho desinteressado pelos outros						
14- Eu aceito os outros mesmo quando eles fazem coisas que eu acho que são erradas						
15- Eu desejo estar mais próximo de Deus ou em união com o Divino						
16- Em geral, quanto você se sente perto de Deus?		Nada próximo		Um pouco próximo	Muito próximo	Tão próximo quanto possível

ANEXO 6: ESCALA BREVE DE ENFRENTAMENTO RELIGIOSO (BRIEFRCOPE)

Este questionário se refere a algumas maneiras de como as pessoas enfrentam acontecimentos estressantes ou difíceis em suas vidas. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente relacionadas à sua religiosidade ou espiritualidade para enfrentar esta condição de saúde no momento atual.

Nós queremos saber **quanto** ou **com que frequência** você pensa ou faz o que o item afirma. Use uma das opções de resposta abaixo para cada item:

1. Nunca 2. Um pouco 3. Algumas vezes 4. Quase sempre

Não responda com base no que deu ou não deu certo, responda se você tem feito ou não o que o item diz. Tente avaliar cada item separadamente em sua mente. Não há respostas certas ou erradas, dê as respostas mais verdadeiras para você. Agora, marque com um **X** a resposta que melhor se aplica a você, em cada item:

	nunca	um pouco	algumas vezes	quase sempre
Procuro uma ligação mais forte com Deus	1	2	3	4
Busco o amor e o cuidado de Deus	1	2	3	4
Procuro a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva ou rancor	1	2	3	4
Tento colocar meus planos em ação juntamente com Deus	1	2	3	4
Tento perceber como Deus estaria tentando me fortalecer com essa situação	1	2	3	4
Peço perdão pelos meus pecados	1	2	3	4
Me concentro na religião para parar de me preocupar com os meus problemas	1	2	3	4
Pergunto a mim mesmo se Deus me abandonou	1	2	3	4
Sinto que sou punido por Deus por causa da minha falta de devoção	1	2	3	4
Me pergunto o que fiz para ser punido por Deus	1	2	3	4
Questiono o amor que Deus tem por mim	1	2	3	4
Me pergunto se minha igreja ou meu grupo religioso me abandonou	1	2	3	4
<i>Chego à conclusão que foi o diabo que fez isso acontecer</i>	1	2	3	4
Coloco em dúvida o poder de Deus	1	2	3	4

ANEXO 7: ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebeu dos outros o apoio de que necessitou nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio, como acima.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece ser a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10 Você tem energia o suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?					
14 Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15 Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18 Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____
 Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____
 Você tem algum comentário sobre o questionário? _____
 Obrigada pela sua colaboração.