

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Rafael Lopes Ataídes de Oliveira

**“AVALIAÇÃO DOS DIFERENTES DOMÍNIOS DE
ATIVIDADES FÍSICAS NA GESTAÇÃO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM DESFECHOS PERINATAIS EM
MULHERES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS”**

UFCSPA

Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Porto Alegre, 2025.

Rafael Lopes Ataídes de Oliveria

**“AVALIAÇÃO DOS DIFERENTES DOMÍNIOS DE
ATIVIDADES FÍSICAS NA GESTAÇÃO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM DESFECHOS PERINATAIS EM
MULHERES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS”**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Ciências da
Saúde de Porto Alegre como requisito para
a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Ygor Arzeno Ferrão
Coorientador: Lucas Primo de C. Alves, Juliana Scherer

**Porto Alegre
2025**

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Publicação

Lopes Ataídes de Oliveira, Rafael

"AVALIAÇÃO DOS DIFERENTES DOMÍNIOS DE ATIVIDADES FÍSICAS NA GESTAÇÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM DESFECHOS PERINATAIS EM MULHERES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS" / Rafael Lopes Ataídes de Oliveira. -- 2025.

84 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2025.

Orientador(a): Ygor Arzeno Ferrão ; coorientador(a): Lucas Primo de Carvalho Alves, Juliana Scherer.

1. Atividade Física. 2. Domínios de Atividade Física. 3. Transtornos Psiquiátricos. 4. Gestação. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

“AVALIAÇÃO DOS DIFERENTES DOMÍNIOS DE ATIVIDADES FÍSICAS NA GESTAÇÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM DESFECHOS PERINATAIS EM MULHERES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS”:

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

BANCA EXAMINADORA

Flávio Milman Shansis - UFCSPA

Juliana Fernandes Tramontina - UFCSPA

Thiago Dipp - UNISINOS

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mães, gestantes ou não, que enfrentam batalhas silenciosas em sua saúde mental, muitas vezes invisíveis aos olhos do mundo.

AGRADECIMENTOS

Há caminhos que não se percorrem sozinho. Esta conquista é feita de encontros, silêncios compartilhados e mãos estendidas nos momentos mais desafiadores.

A Deus, minha fonte inesgotável de força e direção, minha gratidão pela luz que me sustentou mesmo quando tudo parecia incerto.

À minha família, meu primeiro e mais sólido alicerce. Ao meu pai, que me ensinou a importância de enxergar aqueles que muitas vezes passam despercebidos. À minha mãe, que me mostrou, dia após dia, o poder transformador do cuidado, do amor e da presença — e que, como professora, plantou em mim o valor da educação. À minha irmã e ao meu irmão, por serem parceiros de vida em cada passo desta jornada. E à minha avó Célia, também professora, cuja sabedoria transmitida em gestos simples me ensinou que o conhecimento é a chave que abre todas as portas.

À minha namorada, que caminhou comigo com paciência e fé, mesmo quando o cansaço ameaçava me desviar da estrada. Seu apoio foi essencial para que este trabalho ganhasse vida.

Aos mestres e orientadores, meu reconhecimento pela generosidade ao partilhar saberes, pelos desafios propostos e pelo incentivo constante, que moldaram não apenas este trabalho, mas minha forma de cuidar.

Às pacientes e suas famílias, que me ensinaram sobre dor, resiliência e esperança. Com vocês aprendi que o conhecimento sem humanidade é vazio — e que o cuidado precisa sempre ser sensível e atento.

Ao trabalho multiprofissional, especialmente aos colegas do PNAR, minha gratidão pela parceria, pelas trocas e pelo exemplo diário de que cuidar é sempre um esforço coletivo.

A todos que me incentivaram a enxergar a atividade física como parte do cuidado integral — do corpo, da mente e do espírito —, meu agradecimento. O movimento que preserva e fortalece também inspirou esta trajetória.

Esta conquista é feita de muitos rostos, muitas histórias e muitas mãos. A cada um que, de alguma forma, construiu comigo essa história, meu mais sincero e emocionado muito obrigado.

EPIGRAFE

"A educação é a arma mais poderosa que
você pode usar para mudar o mundo."

— **Nelson Mandela**

RESUMO

O estudo investigou a realização de atividades físicas em gestantes com transtornos psiquiátricos a partir da avaliação de diferentes domínios desfechos perinatais. Fundamentado em uma revisão da literatura sobre saúde mental perinatal e sobre as implicações dos transtornos psiquiátricos durante a gestação, o trabalho enfatiza a necessidade de compreender como a prática de atividade física pode influenciar tanto a saúde mental quanto os desfechos obstétricos. Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo e analítico, realizado com 64 gestantes atendidas em hospital público referência em atendimentos a mulheres em situação de vulnerabilidade clínica e social. Foram utilizados instrumentos padronizados, incluindo a Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders – Clinical Version (SCID-5-CV) para diagnóstico psiquiátrico e o Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) para avaliação dos níveis e domínios de atividade física, além de questionários para coleta de dados sociodemográficos e clínicos. A amostra apresentou mediana de idade de 29 anos (18-43 anos), baixa escolaridade (17,2% com ensino fundamental incompleto), predomínio de mulheres solteiras (59,4%) e pertencentes à classe social C (48,4%). Embora 84,6% das participantes tenham atingido a recomendação mínima de atividade física semanal, a prática concentrou-se majoritariamente no domínio doméstico (mediana de 315 minutos/semana), enquanto os domínios de lazer, transporte e trabalho apresentaram medianas de zero minutos. Observou-se associação significativa entre níveis mais elevados de atividade física doméstica e ocorrência de intercorrências obstétricas ($p=0,009$), além de associação entre prática de atividade física vigorosa no lazer e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional ($p=0,003$). Os resultados reforçam que a prática de atividade física, por si só, não garante proteção para a saúde perinatal, sendo essencial considerar o contexto em que ela ocorre. Atividades realizadas predominantemente no ambiente doméstico, associadas a sobrecarga e obrigação, podem não gerar os mesmos benefícios que práticas de lazer, ligadas à autonomia e prazer. Além disso, a associação observada entre atividade física vigorosa no lazer e o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional sugere uma possível causalidade reversa, em que o diagnóstico clínico pode ter motivado o aumento da prática de exercícios como estratégia terapêutica. O estudo reforça a necessidade de estratégias que incentivem práticas voluntárias e prazerosas, especialmente para uma população triplamente vulnerável — marcada pela presença de transtornos psiquiátricos, baixo nível socioeconômico e pelos desafios próprios da gestação —, a fim de promover cuidados mais equitativos e efetivos no período perinatal.

Palavras Chaves: Atividade Física, Domínios de Atividade Física, Gestação, Transtornos Psiquiátricos.

ABSTRACT

This study investigated physical activity among pregnant women with psychiatric disorders by evaluating different activity domains and perinatal outcomes. Grounded in a literature review on perinatal mental health and the implications of psychiatric disorders during pregnancy, the study emphasizes the need to understand how physical activity may influence both mental health and obstetric outcomes. This is a cross-sectional, descriptive, and analytical study conducted with 64 pregnant women receiving care at a public hospital that serves as a reference center for women in situations of clinical and social vulnerability. Standardized instruments were used, including the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders – Clinical Version (SCID-5-CV) for psychiatric diagnosis and the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) for assessing physical activity levels and domains, in addition to questionnaires for sociodemographic and clinical data collection. The sample had a median age of 29 years (range: 18–43), low educational attainment (17.2% with incomplete elementary education), a predominance of single women (59.4%), and most belonged to social class C (48.4%). Although 84.6% of participants met the minimum recommended weekly level of physical activity, the practice was largely concentrated in the domestic domain (median of 315 minutes/week), while the leisure, transportation, and occupational domains had medians of zero minutes. A significant association was found between higher levels of domestic physical activity and the occurrence of obstetric complications ($p=0.009$), as well as between vigorous leisure-time physical activity and the diagnosis of gestational diabetes mellitus ($p=0.003$). The findings reinforce that physical activity alone does not guarantee protection for perinatal health; it is essential to consider the context in which it occurs. Activities carried out predominantly in the domestic environment, often associated with overload and obligation, may not generate the same benefits as leisure-time activities, which are linked to autonomy and pleasure. Additionally, the association between vigorous leisure-time activity and gestational diabetes may suggest reverse causality, in which the clinical diagnosis may have motivated increased physical activity as a therapeutic strategy. This study underscores the need for strategies that promote voluntary and enjoyable physical activity, particularly among a population facing triple vulnerability—marked by psychiatric disorders, low socioeconomic status, and the challenges of pregnancy—in order to foster more equitable and effective care during the perinatal period.

Keywords: Physical Activity, Physical Activity Domains, Pregnancy, Psychiatric Disorders.

SUMÁRIO

1. Revisão de Literatura -----	14
2. Objetivos -----	23
3. Metodologia -----	24
4. Resultados -----	27
5. Discussão -----	32
6. Conclusão -----	36
7. Referências -----	37
8. Artigo -----	45
9. Anexos -----	57

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	57
Anexo B - Questionário Sociodemográfico	58
Anexo C - Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ).	62
Anexo D - Escala de Impressão Clínica Global (CGI).....	67
Anexo E - Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders	68
Anexo F - Certificados e produções científicas durante o mestrado	83

LISTA DE ABREVIACÕES

ABEP -	Associação Brasileira das Empresas e Pesquisas
AF -	Atividade Física
CANMAT -	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CEP -	Comitê de Ética e Pesquisa
CGI -	Clinical Global Impression
DSM -	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
DMG -	Diabetes Mellitus Gestacional
HAS -	Hipertensão
HMIPV -	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
HPA -	Hipotálamo, Pituitária, Adrenal
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PPAQ -	Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ)
SCID-5 -	Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC -	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFCSPA -	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UNISINOS -	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

REVISÃO DE LITERATURA

1. Saúde Mental Perinatal

1.1 Importância e Crescimento do Interesse da Temática

O tema da saúde mental perinatal tem sido estudado mais extensivamente nos últimos anos, como evidenciado por diversas análises e revisões bibliométricas. Uma dessas análises, que mapeou publicações sobre ansiedade perinatal entre 1920 e 2020, identificou um aumento expressivo no número de estudos, especialmente na última década: 75,9% de todos os artigos foram publicados entre 2011 e 2020 (Dol et al., 2024). Da mesma forma, a investigação sobre a depressão perinatal tem demonstrado um aumento constante nas publicações, com uma ampla representação de autores e países, destacando o interesse e a investigação crescentes nesta área (Dol et al., 2024b).

Tais avanços têm sido impulsionados pelo crescente reconhecimento da alta prevalência e dos impactos clínicos significativos dos transtornos mentais perinatais. Esses transtornos são considerados uma das complicações mais comuns da gestação e do pós-parto, afetando até 20% das mulheres em países de baixa e média renda. Seus efeitos não se limitam ao sofrimento psíquico materno: eles estão associados a aumento da morbidade e mortalidade materna, além de repercussões importantes para o bebê, como prematuridade, baixo peso ao nascer, dificuldades na amamentação e prejuízos no desenvolvimento emocional e cognitivo. (Howard et al., 2014).

Além disso, houve avanços na triagem e integração dos cuidados de saúde mental em ambientes obstétricos, embora ainda existam lacunas no diagnóstico, na gestão e no acesso aos cuidados, influenciando também na importância dada à temática nos últimos anos (Johnson et al., 2021; Ayala et al., 2023).

1.2 Prevalência e Dados Epidemiológicos

A prevalência de transtornos mentais durante a gravidez é significativa, com aproximadamente uma em cada cinco mulheres apresentando uma condição de saúde mental durante o período perinatal (Moore et al., 2021). As taxas de prevalência de depressão em qualquer ponto do período perinatal variam de 6,5% a 12,9%, oscilando conforme as metodologias utilizadas para o diagnóstico (Gavin et al., 2005). Já em relação aos sintomas ansiosos, a literatura indica uma prevalência aproximada de 20% de sintomas clinicamente significativos (Fawcett et al., 2019). Quanto ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), a prevalência situa-se em torno de 2%, embora seja importante destacar a expressão de sintomas obsessivo-compulsivos transitórios, especialmente no período puerperal (Fairbrother et al., 2021).

Além disso, a apresentação clínica do transtorno bipolar (TAB) no período perinatal merece atenção. Embora a prevalência do TAB permaneça entre 2% e 3%, semelhante ao restante da vida, sua taxa de recaída no pós-parto é a mais alta entre os transtornos

mentais, variando entre 30% e 50% (Masters et al., 2022; Wesseloo et al., 2016). A taxa de recaída se refere à proporção de mulheres previamente diagnosticadas com TAB que voltam a apresentar sintomas clínicos do transtorno — como episódios depressivos, maníacos ou mistos — após o parto, mesmo quando estavam estáveis durante a gestação.

Outro aspecto relevante é a prevalência de transtornos por uso de substâncias durante a gestação, que representa uma preocupação significativa no cenário brasileiro. Estudos nacionais apontam que cerca de 14% das gestantes relataram uso de álcool durante a gravidez, com 10% apresentando padrões compatíveis com uso inadequado (Cabral et al., 2019). Bianchini et al. (2020) descreveu que a prevalência de transtorno por uso de nicotina durante a gestação foi de 12,55%. Quanto ao uso de substâncias ilícitas, embora menos frequente, tem sua prevalência documentada por volta de 1,45% durante esse período (Rocha, et al 2020). Esses dados reforçam a necessidade de atenção integral à saúde mental materna, incluindo a detecção precoce e o manejo de comportamentos relacionados ao uso de substâncias.

Estudos apontam uma lacuna significativa no reconhecimento e diagnóstico da depressão durante a gravidez. Uma pesquisa recente realizada no Brasil revelou que 88,1% das mulheres grávidas com depressão não foram diagnosticadas, em comparação com 68% das mulheres não grávidas (Faisal-Cury et al., 2021a). Outro estudo no mesmo país evidenciou um subdiagnóstico relevante nessa população, destacando questões sociais associadas a essa lacuna. Mulheres grávidas de cor de pele não branca e com ensino fundamental foram mais propensas a não serem diagnosticadas com depressão pré-natal em comparação com mulheres brancas (Faisal-Cury et al., 2021b).

As barreiras à detecção de condições de saúde mental durante a gravidez incluem preocupações com a confidencialidade, o estigma e a falta de protocolos padronizados para encaminhamento. Profissionais de saúde frequentemente enfrentam desafios como tempo limitado, altas demandas de pacientes e desconforto ao abordar questões de saúde mental, o que contribui para o subdiagnóstico dessas condições (Abrahams et al., 2023).

1.3 Etiologia e fatores de risco

O motivo pelo qual o período gestacional ser um momento de aumento de risco de adoecimento mental entre as mulheres tem sido alvo de investigação de pesquisas acadêmicas. Com um olhar neurobiológico, estudos levantam diferentes hipóteses, sem ainda chegar a um consenso, desde alterações no eixo Hipotálamo Pituitária Adrenal (HPA) (Rathi, A., Khapre, S., Chavada, J., Gupta, S., & Singla, T., 2022), influência de hormônios sexuais femininos - sobretudo os metabólitos da progesterona (McEvoy & Osborne, 2019), modificações do sistema imune (Dye, Lenz & Leuner, 2022) e alterações neuroanatômicas do sistema nervoso central (Martínez-García et al., 2021).

No entanto, utilizar apenas variáveis biológicas para explicar o adoecimento mental durante esse período parece ser um equívoco reducionista. A complexidade envolvendo esse período da vida da mulher também inclui repercussões associadas ao olhar psicológico e social, como demonstrado no Quadro 1. Para alguns autores, a gravidez é entendida como uma crise de maturação, que pode ser caracterizada pelas fases de regressão, enfraquecimento dos mecanismos de defesa mental, transformação da autoimagem e potencial conflito com a própria feminilidade (Bjelica et al., 2018).

Precisamos desse olhar biopsicossocial para identificarmos fatores de risco para o adoecimento mental e, dessa forma, agirmos na prevenção e no tratamento dessas condições. Dentro da esfera social, podemos destacar desvantagens socioeconômicas e estressores relacionados, além da vivência de maus-tratos e violência obstétrica (Basile-Ibrahim et al., 2024). Além disso, a falta de apoio social e eventos estressantes da vida estão entre os principais fatores de risco para depressão e ansiedade perinatais (Howard et al., 2014). Porém, nenhum fator de risco é mais forte do que o histórico anterior do transtorno em questão e sintomas não tratados ou subtratados antes ou durante a gravidez (Biaggi et al., 2016).

Quadro 1 – Etiologia e Fatores de Risco para o Adoecimento Mental no Período Gestacional

Causas Biológicas	Causas Psicológicas	Causas Sociais
Alterações no eixo HPA (Rathi et al., 2022)	Gravidez como crise de maturação (Bjelica et al., 2018)	Desvantagens socioeconômicas (Basile-Ibrahim et al., 2024)
Influência dos hormônios sexuais femininos – especialmente metabólitos da progesterona (McEvoy & Osborne, 2019)	Regressão psíquica e enfraquecimento dos mecanismos de defesa (Bjelica et al., 2018)	Estressores cotidianos da vida (Howard et al., 2014)
Modificações no sistema imune (Dye, Lenz & Leuner, 2022)	Transformações da autoimagem e conflitos com a feminilidade (Bjelica et al., 2018)	Violência obstétrica e maus-tratos (Basile-Ibrahim et al., 2024)
Alterações neuroanatômicas no sistema nervoso central (Martínez-García et al., 2021)	Histórico prévio de transtornos mentais (Biaggi et al., 2016)	Falta de apoio social (Howard et al., 2014)
	Sintomas não tratados ou subtratados antes ou durante a gestação (Biaggi et al., 2016)	

1.4 Consequências do Não Tratamento

É fundamental enfatizar a importância do tratamento eficaz dos transtornos mentais perinatais, pois a ausência de tratamento pode acarretar repercussões significativas a curto e longo prazo para a pessoa afetada, o filho e a família. No caso da depressão durante a gestação, o não tratamento ou um tratamento inadequado estão associados a um risco aumentado de episódios depressivos futuros, uso de substâncias, dificuldades no relacionamento com o parceiro e suicídio (Khalifeh et al., 2016; Bonari et al., 2004; Wang et al., 2021). Além disso, uma revisão sistemática com metanálise recente demonstrou uma associação positiva entre depressão materna durante a gravidez com parto prematuro, maiores riscos de natimorto, baixo peso ao nascer e maior morbidade materna (incluindo complicações perinatais, aumento do parto operatório e depressão pós-parto). Episódios de humor depressivo também foram associados a menores taxas de amamentação (Kim et al., 2022), interações mãe-bebê menos otimizadas (Bind et al., 2021) e maiores taxas de hospitalizações, maus-tratos e mortalidade infantil (Jacques et al., 2019; Ayers et al., 2019).

As consequências do não tratamento também se aplicam além dos transtornos de humor, uma vez que os efeitos de sintomas ansiosos significativos e transtornos relacionados, quando não tratados ou subtratados, são semelhantes em natureza e magnitude aos da depressão (Grigoriadis et al., 2019; Rogers et al., 2020).

1.5 Dificuldades Relacionadas ao Tratamento Farmacológico na Gestação

Apesar de avanços na área de pesquisa, o que ainda vemos é uma minoria de mulheres com transtornos psiquiátricos recebendo cuidados de saúde mental adequados durante a gravidez e no período pós-parto (Cook et al., 2025). O cenário atual é de que mesmo com a presença de estudos robustos na literatura indicando segurança de várias dessas medicações, como uma Umbrella Review publicada no ano de 2025 (Fabiano et al., 2025), muitos médicos ainda possuem uma distorção dos potenciais teratogênicos de diversos psicofármacos (Cantilino et al., 2014), aumentando as barreiras para a instauração de um tratamento adequado. Além disso, tratamentos envolvendo medicações durante o período perinatal carregam certos estigmas sociais e apresentam custos para o indivíduo ou para o sistema de saúde (Goodman, 2009). Dessa forma, além da necessidade de educação continuada aos profissionais que assistem essa população, surge a necessidade de pensarmos em outras alternativas, baseadas em evidência, que possam ajudar no tratamento e na prevenção do adoecimento durante esse período - como por exemplo intervenções de psicoterapia e de modificações do estilo de vida.

2. Medicina e Psiquiatria do Estilo de vida

2.1 Definição

A medicina do estilo de vida surgiu da necessidade de abordar a crescente prevalência de doenças crônicas causadas por maus hábitos de vida, como inatividade física e dietas pouco saudáveis. Ela se concentra na prevenção, tratamento e potencialmente reversão dessas doenças por meio de intervenções no estilo de vida, enfatizando seis pilares principais: uma dieta saudável e variada, atividade física regular, boa qualidade de sono, gerenciamento do estresse, evitação de substâncias psicoativas e conexões sociais positivas (Parkinson, Stout, & Dysinger, 2023). O campo foi significativamente influenciado por áreas da cardiologia, como reabilitação cardíaca e cardiologia preventiva, que demonstraram a eficácia das intervenções no estilo de vida na redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (Rozanski et al., 2023).

A psiquiatria do estilo de vida, por outro lado, estende esses princípios à saúde mental. Ela reconhece o papel dos fatores do estilo de vida na patogênese e no gerenciamento de transtornos mentais, integrando modificações no estilo de vida com tratamentos tradicionais para melhorar o bem-estar mental (Firth et al., 2020). Essa área tem ganhado mais espaço dentro das discussões acadêmicas a partir da percepção de que o perfil de estilo de vida de pacientes com condições psiquiátricas é marcado por hábitos alimentares pouco saudáveis, baixa atividade física, má qualidade do sono e engajamento social limitado. Esses fatores ressaltam a necessidade de intervenções focadas no estilo de vida e de forma adaptada a essa população, para melhorar desfechos relacionados à saúde física e mental (Chuang, Mansell, & Patten, 2008; Firth et al., 2020).

2.2 Atividade física - definição e domínios

A prática de atividade física regular acaba sendo um dos pilares em que se baseia a psiquiatria e medicina do estilo de vida. A definição mais popular e amplamente citada de atividade física foi publicada por Caspersen e colegas em 1985 (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985), definindo atividade física como: "quaisquer movimentos corporais produzidos pelos músculos esqueléticos que resultam em gasto de energia". Para uma questão didática, é importante diferenciar esse termo de exercício físico, que acaba sendo definido como "uma atividade física planejada, realizada com o propósito de promover benefícios à saúde e ao condicionamento físico" (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).

Além desses, outro ponto fundamental é o de comportamento sedentário e o de inatividade física. Comportamento sedentário é definido como qualquer atividade de vigília caracterizada por um gasto energético de 1,5 equivalentes metabólicos (METs) ou menos, tipicamente em uma postura sentada, reclinada ou deitada (Katzmarzyk et al., 2019). Isso inclui atividades como assistir televisão, trabalhar em uma mesa ou viajar em um veículo. É importante ressaltar que o comportamento sedentário não é meramente a ausência de atividade física; é uma categoria específica de atividades de baixa energia que podem ocorrer independentemente dos níveis gerais de atividade física de uma pessoa (Gibbs et al., 2015). Em contraste, o termo de inatividade física se refere a não atingir os níveis recomendados de atividade física, que atualmente é definido pela OMS como pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física de moderada intensidade por semana. Ou seja, podemos ter um indivíduo ativo fisicamente (realizando 150 minutos de atividade física moderada por semana), mas com um grande tempo de comportamento sedentário (ficando mais de 6 horas em atividades que exigem mínimos esforços e gastos calóricos). Dessa forma encaramos essas duas variáveis como distintas, influenciando de forma independente os desfechos de saúde.

Existem várias formas de subdividir as práticas de atividade física. Durante muito tempo os esforços para avaliar a superioridade de um tipo ou outro de atividade física se concentrava na disputa entre "atividades aeróbicas x atividades de força". Entretanto, diversos estudos "head to head" não demonstraram dados fortes o suficientes para indicar que uma prática fosse superior a outra quando pensamentos em desfechos relacionados a saúde mental (Martinsen, Hoffart, & Solberg, 1989; Doyne et al., 1987; Moraes et al., 2020).

Os atuais esforços da literatura têm se direcionado a avaliar as atividades físicas a partir dos seus diferentes domínios, e correlacionarem com desfechos de saúde física (Serrano-Sánchez et al., 2019; Steinbrink et al., 2024) e mental (White et al., 2017). Os domínios de atividade física referem-se aos diferentes contextos ou cenários nos quais a atividade física ocorre. De acordo com a literatura médica, existem quatro domínios de atividade física: ocupacional, doméstico, transporte e lazer.

O domínio ocupacional tem o contexto relacionado ao trabalho, como atividade envolvendo tarefas de trabalho manual, caminhar, carregar ou levantar objetos. Já o domínio doméstico, se refere a realização de tarefas domésticas, trabalhos no quintal de casa, cuidados com as crianças, tarefas, autocuidado e compras. O domínio de transporte tem como propósito ir a algum lugar, seja através de caminhada, de bicicleta ou ficando de

pé enquanto anda de transporte público. E por último, o domínio de lazer se refere a atividades recreativas: esportes, hobbies, exercícios e trabalho voluntário (Strath et al., 2013).

Historicamente, abordagens para promover atividade física eram quase que em sua totalidade direcionadas à atividade física de lazer. Os próprios instrumentos de avaliação foram desenvolvidos e validados de acordo com esse domínio; no entanto, como a atividade física que melhora a saúde pode ocorrer em qualquer e todos esses domínios, a avaliação da atividade física total deve capturar cada um dos 4 domínios (Strath et al., 2013).

2.3 Atividade física e transtornos mentais

A conexão entre atividade física e saúde mental tem raízes históricas, com o reconhecimento dessa ligação datando de quase dois milênios. No entanto, o estudo acadêmico dessa relação é relativamente recente, tendo se desenvolvido significativamente nos últimos 50 anos (Brellenthin & Sirotiak, 2024).

São muitos os dados da literatura que corroboram com a ideia de que a prática de atividade física pode ajudar a prevenir transtornos mentais. Uma recente revisão guarda-chuva (Rahmati et al., 2024) compilou diversos dados da literatura para demonstrar que existe uma associação significativa entre níveis mais altos de atividade física e risco reduzido de depressão e de transtornos da ansiedade. Já como uma descoberta bem documentada, estudiosos da área têm tentado achar qual a dose necessária para essa prevenção. Uma revisão sistemática com metanálise recente (Pearce et al., 2022) demonstrou que 150 minutos de atividade física de moderada intensidade por semana (quantidade mínima incentivada pela OMS) já é o suficiente para diminuir em até 25% o risco de uma pessoa desenvolver um episódio depressivo. Além disso, um dado que chamou bastante a atenção neste estudo é que, mesmo que a pessoa faça apenas 75 minutos de atividade física de moderada intensidade por semana, já teria o risco reduzido em 18% de desenvolver um episódio depressivo.

Além da depressão e da ansiedade, a atividade física tem sido associada à prevenção de vários outros transtornos mentais. Dados da literatura demonstram que atividade física regular está associada a uma diminuição também da prevalência e incidência de transtornos por uso de substâncias, distímia e transtornos somatoformes em adolescentes e adultos jovens (Ströhle et al., 2007). Além disso, a atividade física demonstrou reduzir o risco de transtornos de humor, incluindo transtorno bipolar II, e sofrimento psicológico geral entre adolescentes (He, Paksarian, & Merikangas, 2018). Dados também evidenciam que ela pode ser sugerida como uma medida preventiva para transtornos mentais relacionados ao estresse, incluindo transtorno de estresse pós-traumático e transtornos obsessivo-compulsivos, embora as evidências sejam menos robustas e exijam mais pesquisas (Bendau et al., 2024).

Além da prevenção, esforços têm sido feitos para também utilizar a atividade física como parte do tratamento, não apenas como prevenção. O guideline do Colégio Australiano e Neozelandês (Malhi et al., 2020) já colocava em suas recomendações intervenções do estilo de vida como intervenção no tratamento de episódios depressivos, porém, não descrevia a dose recomendada. Já o Guideline Canadense CANMAT de 2023 (Lam et al., 2024) relativo ao manejo de depressão unipolar em adultos, reconheceu que a prática de 30

a 40 minutos de exercício físico supervisionado de baixa a moderada intensidade de 3 a 4 vezes por semana é um tratamento de primeira linha para depressões leves, além de também colocar o exercício físico como instrumento adjuvante no tratamento de depressão moderada.

Além disso, também encontramos fortes evidências da prática de exercício físico como adjuvante no tratamento do transtorno por uso de substâncias (Ashdown-Franks et al., 2020), transtorno por estresse pós-traumático (Yuan et al., 2025) e transtornos da ansiedade (Ewuzie, Ezeano, & Aderinto, 2024).

Porém, como podemos ver, a maior parte dos dados da literatura vão ao encontro de explorar a prática de exercício físico e não os diferentes domínios que podem ser explorados a partir da atividade física. Os dados, apesar de escassos, já nos conseguem levantar questionamentos sob esse olhar. Uma pesquisa sobre o tema envolvendo mulheres (Kull et al., 2012) concluiu que a relação entre atividade física (AF) e saúde mental varia entre diferentes domínios de AF, de tal forma que maior tempo de atividade física ocupacional estaria diretamente associado a sintomas depressivos, enquanto que a atividade física no domínio de lazer teria uma relação inversa com esses sintomas. Da mesma forma, uma outra revisão (Asztalos et al., 2009) sobre o tema associou que maiores tempos de atividade física doméstica estiveram mais associados a maior sensação de estresse. Já quanto ao domínio de deslocamento, os dados acabam sendo conflitantes, e postula-se que isso aconteça por conta dos diferentes motivos que levariam uma pessoa a caminhar ou não, sobretudo se isso acontece por escolha ou necessidade (Asztalos et al., 2009).

São muitos os questionamentos levantados para explicar o porquê certos domínios de atividade física podem produzir benefícios ou malefícios para a saúde mental. Se formos nos prender às perspectivas biológicas que explicam o motivo desses exercícios trazerem o bem à saúde mental - como aumento de neuroplasticidade, neurogênese e angiogênese (Matta Mello Portugal et al., 2013) - não conseguiremos ter argumentos suficientes até o momento. Justamente por isso, um olhar se recai a partir da teoria da autodeterminação. A teoria da autodeterminação postula que os comportamentos que são realizados por causa da motivação autônoma são mais prováveis de serem associados à satisfação de necessidades psicológicas (ou seja, autonomia, competência e relacionamento) e que o bem-estar é aprimorado quando as necessidades psicológicas de um indivíduo são satisfeitas (Weinstein & Ryan, 2010).

Como tal, espera-se que os comportamentos motivados autonomamente produzam resultados psicológicos mais positivos do que os comportamentos realizados por causa da motivação controlada (Deci & Ryan, 2008). Além disso, as evidências também mostram que o exercício envolvendo escolha está associado ao aumento do afeto positivo e do prazer, em comparação com o exercício sem escolha (Parfitt, Rose, & Burgess, 2006).

A motivação autodeterminada também pode explicar parte da variação dentro de cada domínio de atividade física. Embora a atividade física de transporte esteja positivamente associada à saúde mental entre adultos, nenhuma relação foi encontrada para adolescentes. É possível que essa descoberta reflita os benefícios para a saúde mental experimentados quando os adultos escolhem pessoalmente caminhar para o

trabalho porque é agradável ou importante, enquanto os jovens que são forçados a caminhar para a escola não experimentam o mesmo benefício.

Essa descoberta sugere que a atividade física não está automaticamente associada a maior saúde mental e redução de problemas de saúde mental, e que fatores contextuais são cruciais para entendermos o papel dela no tratamento e prevenção dos transtornos mentais.

2.4 Atividade física e gestação

A atividade física desempenha um papel fundamental na promoção da saúde materna durante a gestação, sendo associada a diversos benefícios físicos e psicológicos. Estudos indicam que a prática regular de exercícios reduz o risco de complicações gestacionais e melhora a saúde geral da gestante, sem aumentar significativamente o risco de lesões para mãe ou bebê (Shakeel et al., 2018). Além disso, manter níveis adequados de atividade física pode contribuir para uma melhor adaptação às mudanças fisiológicas da gravidez, reduzindo desconfortos comuns como dores musculoesqueléticas e fadiga (Arizabaleta et al., 2010).

Um aspecto relevante da prática de atividade física durante a gestação é sua relação com a saúde mental materna. Há evidências de que mulheres fisicamente ativas apresentam menor incidência de sintomas depressivos no período pós-parto (Demissie et al., 2013). No entanto, os efeitos da atividade física na redução da depressão pós-parto ainda não são totalmente conclusivos, uma vez que diferentes domínios de atividade podem ter impactos distintos na saúde mental. Segundo van der Waerden et al. (2019), atividades físicas de lazer parecem ser mais benéficas para a saúde mental materna, enquanto atividades domésticas e de cuidado estão associadas a um maior risco de sintomas depressivos no pós-parto.

Além dos benefícios diretos para a saúde, a atividade física também se relaciona positivamente com a percepção de qualidade de vida durante a gravidez. No segundo trimestre, gestantes que praticam atividades físicas vigorosas ou ocupacionais relatam melhor qualidade de vida no domínio da saúde física (Krzepota et al., 2018). Esse achado sugere que a prática de exercícios pode auxiliar na manutenção da disposição e bem-estar físico, reduzindo limitações funcionais e contribuindo para uma gestação mais confortável. Já no terceiro trimestre, a relação entre atividade física e qualidade de vida se estende para outros domínios, incluindo a percepção geral de bem-estar e saúde psicológica (Krzepota et al., 2018).

Por outro lado, níveis elevados de comportamento sedentário durante a gravidez estão associados a um maior risco de depressão pós-parto. Dados da coorte francesa EDEN e ELFE sugerem que gestantes que passam mais tempo em atividades sedentárias de lazer, como assistir televisão e usar o computador, apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos no pós-parto (van der Waerden et al., 2019). Além disso, a realização de atividades domésticas e de cuidado no terceiro trimestre da gravidez também foi associada a um aumento no risco de depressão pós-parto, possivelmente devido ao caráter não voluntário dessas atividades, que podem ser percebidas como estressantes e sobrecarregantes.

Apesar dos benefícios amplamente documentados da atividade física, diversos fatores contribuem para a redução de sua prática ao longo da gestação. A prevalência de sedentarismo tende a aumentar, especialmente no terceiro trimestre, quando há uma diminuição das atividades moderadas e um crescimento do tempo gasto em comportamentos sedentários (Krzepota et al., 2018). Entre as barreiras mais comuns para a prática de exercícios estão o desconforto físico, a fadiga e a falta de informação sobre a segurança dos exercícios durante a gravidez. Além disso, muitas mulheres interrompem suas atividades físicas regulares à medida que a gestação avança, o que pode impactar negativamente a saúde mental no período pós-parto.

Diante desse cenário, torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias de incentivo à prática de atividade física na gestação, com orientações adequadas às necessidades individuais das gestantes. Profissionais de saúde desempenham um papel central nesse processo, ao fornecerem informações baseadas em evidências e estimularem a adoção de um estilo de vida ativo. Além disso, reduzir o comportamento sedentário pode ser uma estratégia complementar eficaz para a promoção da saúde mental materna. Dessa forma, é possível maximizar os benefícios da atividade física para a saúde materna e fetal, promovendo gestações mais saudáveis e uma melhor adaptação ao período pós-parto.

OBJETIVOS:

2. Objetivo geral

- Avaliar os domínios de atividade física praticados por gestantes com transtornos psiquiátricos e investigar a associação entre os diferentes domínios e desfechos clínicos materno-infantis.

2.1 Objetivos específicos

- Avaliar o tempo de atividade física total e seus domínios doméstico, lazer, trabalho e transporte em gestantes com transtornos mentais
- Avaliar a associação entre o tempo de atividade física total e seus domínios com hipertensão arterial, diabetes mellitus gestacional e qualquer tipo de intercorrência obstétrica
- Avaliar a associação entre o tempo de atividade física total e seus domínios com a gravidade dos transtornos psiquiátricos

3. Hipóteses do estudo

Com base na literatura e nas observações clínicas, este estudo partiu das seguintes hipóteses:

- **H₁:** Acredita-se que níveis mais elevados de atividade física no **domínio doméstico** estejam **associados a maior gravidade dos transtornos psiquiátricos**, enquanto níveis mais elevados no **domínio de lazer** estariam **associados a menor gravidade**. Também se hipotetiza que **maiores níveis de atividade física doméstica estejam relacionados a piores desfechos obstétricos**.
- **H₀:** Não há associação entre os domínios de atividade física e a gravidade dos transtornos psiquiátricos, nem entre atividade doméstica e desfechos obstétricos.

METODOLOGIA:

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo e analítico, realizado como subanálise de um estudo maior intitulado “*Desfechos e Determinantes Biopsicossociais de Hospitalizações Psiquiátricas Durante a Gestação*”, cujo protocolo foi previamente publicado (Alves et al., 2023). Este recorte é uma análise transversal do estudo original, voltada especificamente à análise do comportamento em relação à atividade física em gestantes com diagnóstico psiquiátrico.

Amostragem

A amostragem foi realizada por conveniência, e o recrutamento ocorreu no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), entre junho de 2022 e dezembro de 2024, em três contextos assistenciais: unidade de internação psiquiátrica, pré-natal de alto risco e alojamento materno-infantil. O HMIPV é um hospital público de referência no atendimento a gestantes em situação de vulnerabilidade clínica e social no estado do Rio Grande do Sul, com histórico de acolhimento a mulheres em sofrimento psíquico. Esse contexto institucional tem impacto direto no perfil das participantes, que em sua maioria enfrentam múltiplas formas de vulnerabilidade.

Critérios de elegibilidade

Foram incluídas gestantes e parturientes adultas, com idade entre 18 e 50 anos, que apresentaram diagnóstico confirmado de transtorno psiquiátrico durante a gestação. Foram excluídas aquelas que, por condições clínicas como quadros psicóticos graves ou deficiência intelectual, não apresentavam capacidade mínima para fornecer informações de forma compreensível e segura no momento da coleta de dados.

Logística do Estudo e Coleta de Dados

Recrutamento:

Todas as mulheres elegíveis foram convidadas por um membro da equipe de pesquisa, que explicou os objetivos do estudo, as convidou a participar e solicitou a assinatura do termo de consentimento informado. As pacientes em ambiente de internação foram avaliadas pela equipe de pesquisa 48 horas após a admissão psiquiátrica, e seus dados foram coletados após a assinatura do termo de consentimento. As pacientes em seguimento dentro do Pré Natal foram avaliadas em dias de suas consultas. Para o grupo de parturientes, as participantes foram avaliadas pelas equipes de pesquisa durante o período de recuperação pós-parto.

Entrevista:

Todas as participantes que foram incluídas no estudo foram entrevistadas por membros treinados da equipe de pesquisa a partir de um questionário padronizado. O instrumento de pesquisa era composto pelas seguintes sessões de avaliação:

Questionário de Dados Sociodemográficos:

Foram coletados dados incluindo sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade e renda média mensal.

Avaliação da Atividade Física e seus Domínios:

A atividade física durante a gestação foi avaliada por meio do *Pregnancy Physical Activity Questionnaire* (PPAQ), instrumento de autorrelato, com 36 perguntas, amplamente empregada em pesquisas sobre gravidez e saúde materna em diversos países. Utilizada para mensurar duração, frequência e intensidade das atividades físicas nos 4 grandes domínios realizadas ao longo da gravidez. (Chasan-Taber et al. 2004) (Silva et al. 2015).

No presente estudo, o PPAQ foi aplicado por entrevistadores treinados, com apoio presencial para esclarecimento de dúvidas, respeitando as necessidades de cada participante quanto à compreensão do instrumento. Para fins de análise, foram considerados apenas os dados referentes às atividades de intensidade moderada e vigorosa, alinhando-se às recomendações da Organização Mundial da Saúde, que preconizam a prática de pelo menos 150 minutos semanais nesse nível de intensidade como parâmetro de promoção de saúde. Esse critério foi utilizado na categorização de variáveis e na interpretação dos resultados, em consonância com metodologias adotadas em estudos prévios que também focaram atividades de intensidade moderada a vigorosa em suas análises (Yu et al., 2025).

Avaliação da Diagnósticos Psiquiátricos

Foi utilizado o instrumento Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV) como entrevista estruturada aplicada pelo clínico para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos como transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno por uso de substâncias e transtorno de estresse pós-traumático. Essa avaliação foi realizada por um psiquiatra ou residentes de psiquiatria treinados na aplicação do instrumento. (First et al., 2017)

Avaliação da Gravidade

Foi utilizado a escala CGI - Escala Clínica de impressão global, validada no Brasil por Lima et al, 2007. Essa escala avaliou a impressão do clínico sobre a gravidade do transtorno diagnosticado nas gestantes independentemente de qual seja. Varia de 1 (normal ou sem sinais e sintomas de doença) a 7 (gravemente enfermo). (Guy, 1976)

Avaliação de Desfechos Obstétricos:

Foi definido como intercorrência obstétricas a presença de hipertensão gestacional, pré eclâmpsia, eclâmpsia, sangramento durante a gestação, incompetência istmo cervical, oligoidrânio ou polidrânio, crescimento intrauterino restrito, diabetes gestacional e ruptura prematura de membranas.

Essas informações foram obtidas prioritariamente a partir dos prontuários hospitalares das participantes. Nos casos em que o parto não ocorreu no HMIPV, os dados

foram complementados por contato telefônico com a paciente, realizado em até 30 dias após o parto.

Análise dos dados

Os dados foram descritos em números absolutos e relativos, e variáveis descritivas foram expressas através de mediana, mínimo e máximo, e intervalo interquartil, visto que essas não tiveram uma distribuição normal, de acordo com o teste de Shapiro-Wilk. A comparação entre tempo de atividade física entre os diferentes domínios na amostra foi feita através do teste de Friedman. A comparação entre tempo de atividade física por domínios e as intercorrências obstétricas foi feita através do teste de Mann-Whitney-U, enquanto a presença de atividade física por domínios e as intercorrências obstétricas foi feita através do teste de qui-quadrado. A correlação de Spearman foi utilizada para avaliar a associação entre a gravidade dos transtornos psiquiátricos pela CGI e o tempo de atividade física por domínios. Todas as análises foram feitas no Software SPSS v. 25, e foram considerados significativos os resultados com valor de $P < 0,05$.

Aspectos Éticos

O presente projeto seguiu a Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo Comitê de Ética do HMIPV e UNISINOS (nº 5.205.194). Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento informado. O consentimento foi obtido da paciente sempre que possível; caso os sintomas psiquiátricos tivessem temporariamente impedido a paciente de consentir, o representante legal foi solicitado a assinar o termo de consentimento.

Durante a coleta de dados, os pesquisadores tiveram acesso a informações que poderiam identificar a paciente; no entanto, ao preencher o formulário de pesquisa, foi atribuído um número de identificação para cada participante, de modo que apenas os principais autores pudessem identificar cada participante. O conjunto de dados final não continha informações de identificação além do número de identificação.

RESULTADOS

Foram avaliadas um total de 64 gestantes no presente estudo. Na análise do perfil sociodemográfico (tabela 1), as participantes apresentaram uma mediana de idade de 29 anos (mínimo: 16 anos/ máximo: 43 anos), baixa escolaridade (n=11; 17,2% com ensino fundamental incompleto), sendo a maioria heterossexual (n=59; 92,1%), solteira (n=38; 58,5%), de cor branca (n=42; 65,6%) e pertencente a classe social C (n=31; 48,4%) segundo os critérios da ABEP.

A mediana da escala de CGI, que avalia a gravidade do transtorno mental, foi de 4 pontos (mínimo:1; máximo:7). Quanto ao local de coleta, 18 (28,1%) faziam parte do grupo de pacientes internadas em unidade de internação psiquiátrica, 36 (56,2%) do grupo de pacientes acompanhadas no pré-natal de alto risco e 10 (15,6%) do grupo de puérperas.

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e perfil psicossocial da amostra (n=64)

Variável	Análise descritiva
Idade (anos)^a	29 (18 - 43)
Escolaridade^b	
Ensino fundamental incompleto	11 (17,2)
Ensino fundamental completo	12 (18,7)
Ensino médio incompleto	16 (25,0)
Ensino médio completo	18 (28,2)
Ensino superior incompleto	3 (4,0)
Ensino superior completo	3 (4,0)
Orientação sexual^b	
Heterossexual	59 (92,1)
Não heterossexual	5 (7,9)
Estado civil^b	
Solteira	38 (59,4)
Casada ou com companheiro	26 (40,6)
Raça/cor^b	
Branca	42 (65,6)
Preta	16 (25,0)
Parda	6 (9,3)
Classe social^b	
Classe B	9 (14,1)
Classe C	31 (48,4)
Classes D e E	24 (37,5)
Tem Outros filhos^b	43 (67,2)

Com quem você mora ^b	
Sozinha	3 (4,7)
Com algum familiar	15 (23,4)
Com esposo(a)/parceiro(a)	41 (64,0)
Com colega/amigo/outro	2 (3,0)
Religião ^b	
Católica	19 (29,6)
Evangélica	19 (29,6)
Afro	9 (14,0)
Outras	5 (7,0)
Sem Religião	12 (18,7)
Empregada Atualmente^b	22 (34,4)
Planejou a Gestação^b	20 (31,2)
Condições Clínicas durante a Gestação^b	
Hipertensão	14 (21,9)
Pré-Eclâmpsia	3 (4,7)
Sífilis	8 (12,5)
HIV	4 (6,2)
Anemia	10 (15,6)
Diabetes	19 (29,7)
Ruptura Prematura de Membrana	16 (25,0)
Semanas Gestacionais do Parto^a	40 (33 - 41)
Local de Coleta^b	
Internação Psiquiátrica	18 (28,1)
Pré Natal de Alto Risco	36 (56,2)
Alojamento Materno Infantil	10 (15,6)
CGI^a	4 (1 - 7)

Legenda - ^a Mediana (mínimo e máximo); ^b frequência absoluta (n) e frequência relativa (%); HIV: Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência humana) ; CGI: Clinical Global Impression (Impressão Clínica Global)

A **Tabela 2** apresenta a distribuição dos diagnósticos psiquiátricos da amostra estudada. Observa-se que o transtorno depressivo maior foi o mais prevalente, identificado em 53,8% das participantes. Em seguida, destaca-se a presença de transtorno por uso de substâncias, presente em 32,3% da amostra, o que reforça a complexidade clínica da população analisada e o perfil atendido no Hospital em que foi realizado a pesquisa.

Tabela 2. Diagnósticos dos Transtornos Mentais (n=64)

Transtornos Mentais	Análise descritiva
	n (%)
Transtorno Depressivo Maior	35 (53,8%)
Transtorno Bipolar (I, II e outros)	4 (6,2%)
Transtorno por Uso de Substância	21 (32,3%)
Transtorno por Estresse Pós Traumático	14 (21,5%)

Legenda: n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Nota: Os diagnósticos podem ser comórbidos; por isso, a soma das frequências ultrapassa 100%.

A **Tabela 3** descreve a mediana de minutos semanais de atividade física moderada a vigorosa praticada pelas gestantes em cada domínio avaliado. Observou-se que o domínio doméstico foi o mais frequentemente explorado, apresentando uma mediana de 315 minutos por semana. Em contrapartida, as atividades físicas nos domínios de lazer, transporte e trabalho apresentaram medianas de zero minutos. Além disso, 55 (84,6%) mulheres praticavam mais de 150 minutos de atividade física moderada ou intensa por semana.

Tabela 3. Tempo de Atividade Física de intensidade moderada a vigorosa por semana.

Domínio	Minutos por semana
	Mediana (p25; p27)
Doméstico	315 (105 - 1050)
Trabalho	0 (0 - 525)
Transporte	0 (0 - 105)
Lazer	0 (0 - 210)
Atividade Física Total	735 (315 - 2415)
Valor P	<0,001*

Legenda - p25: percentil 25; p75: percentil 75; * Entre os diferentes domínios: doméstico > trabalho, transporte e lazer.

As associações entre os diferentes domínios de atividade física e a ocorrência de desfechos clínicos durante a gestação estão expressas na **Tabela 4**. Dentre os achados, observou-se que gestantes que apresentaram intercorrências obstétricas apresentaram níveis mais elevados de atividade física no domínio doméstico, com mediana de 420 minutos/semana, do que as que não tiveram intercorrências, onde a mediana foi de 157,5 minutos/semana ($p = 0,009$). No domínio do lazer, foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre a prática de atividade física vigorosa e o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional ($p = 0,003$).

A **Tabela 5** descreve a proporção de mulheres que realizavam ou não atividade física moderada nos diferentes domínios. Optou-se por apresentar a atividade de intensidade moderada isoladamente nesta análise complementar devido à baixa frequência de práticas vigorosas entre as participantes, o que inviabilizaria comparações estatísticas mais robustas. Em contrapartida, a hipertensão gestacional não demonstrou associação significativa com nenhum dos domínios de atividade física avaliados.

TABELA 4: Associações entre os domínios de atividade física e a ocorrência de desfechos clínicos durante a gestação.

Condição Clínicas	Dimensão e Intensidade de atividade física pela PPAQ						
	Doméstica	Transporte	Lazer		Trabalho	Total	
	Moderada	Moderada	Mod	Vig	Mod+Vig	Moderada	Mod+Vig
	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)
	UMW (p)	UMW (p)	UMW (p)	UMW (p)	UMW (p)	UMW (p)	UMW (p)
DM							
Positivo	315 (131.2 - 708.7)	0 (0 - 0)	52.5 (0 - 288.7)	0* (0 - 78.7)	105 (0 - 288.7)	0 (0 - 0)	787,5 (314.2 - 2861.2)
Negativo	315 (0 - 1470)	0 (0 - 105)	0 (0 - 262.5)	0* (0 - 0)	0 (0 - 262.5)	0 (0 - 105)	735 (210 - 2782.5)
UMW (p)	0,651	0,920	0,519	0,003	0,302	0,756	0,921
HAS							
Positivo	315 (183.7 - 1181.2)	0 (0 - 26.2)	0 (0 - 157.5)	0 (0 - 0)	52.5 (0 - 157.5)	0 (0 - 315)	682.5 (262.5 - 2992.5)
Negativo	315 (0 - 945)	0 (0 - 105)	0 (0 - 315)	0 (0 - 0)	0 (0 - 315)	0 (0 - 105)	840 (210 - 2625)
UMW (p)	0.687	0.297	0.855	0.634	0.971	0.836	0.932
Interc. Obstétrica							
Positivo	420* (157.5 - 1470)	0 (0 - 105)	0 (0 - 315)	0 (0 - 0)	0 (0 - 315)	0 (0 - 0)	840 (367.5 - 2992)
	0.009	0.815	0.704	0.174	0.574	0.642	0.057
Negativo	157.5* (0 - 315)	0 (0 - 105)	0 (0 - 236.2)	0 (0 - 0)	0 (0 - 236.2)	0 (0 - 105)	420 (78.75 - 1286.2)
UMW (p)	0.009	0.815	0.704	0.174	0.574	0.642	0.057

Legenda - M: Mediana ; Mod: Moderada; Vig: Vigorosa; q25: Quartil 25; Quartil 75; Interc. Obstétrica: Intercorrência obstétrica. O asterisco (*) ao lado da mediana e do valor de p indica associação significativa ($p < 0,05$; teste U de Mann-Whitney). UMW: Teste de U de Mann-Whitney

Tabela 5: Presença de Atividade Física Moderada nos diferentes domínios

Condição Clínica	Doméstica		Transporte		Lazer		Trabalho		Total	
	Realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza	Realiza	Não realiza
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
DMG										
Positivo	4 (6.8)	15 (25.4)	17 (28.8)	2 (3.4)	13 (22.0)	6 (10.2)	16 (27.1)	3 (5.1)	2 (3.4)	17 (28.8)
Negativo	15 (25.4)	25 (42.4)	35 (59.3)	5 (8.5)	29 (49.2)	11 (18.6)	33 (55.9)	7 (11.9)	8 (13.6)	32 (54.2)
χ² (p)	0.24*		1.00*		<0.001 (0.99)		1.00*		0.48*	
Hipert.										
Positivo	2 (3.4)	10 (16.9)	12 (20.3)	0 (0.0)	10 (16.9)	2 (3.4)	10 (16.9)	2 (3.4)	2 (3.4)	10 (16.9)
Negativo	17 (28.8)	30 (50.8)	40 (67.8)	7 (11.9)	32 (54.2)	15 (25.4)	39 (66.1)	8 (13.6)	8 (13.6)	39 (66.1)
χ² (p)	0.30*		0.33*		0.48*		1.00*		1.00*	
Interc. Obst										
Positivo	12 (24.0)	29 (58.0)	38 (76.0)	3 (6.0)	28 (56.0)	13 (26.0)	34 (68.0)	7 (14.0)	6 (12.0)	35 (70.0)
Negativo	5 (10.0)	4 (8.0)	7 (14.0)	2 (4.0)		8 (16.0)	1 (2.0)	7 (14.0)	2 (2.0)	3 (6.0) 6 (12.0)
χ² (p)	1.25 (0.26)		0.22*		0.41		0.66*		0.33*	

Legenda:

χ^2 : qui-quadrado de Yates;

(p): significância estatística;

*-Teste exato de Fisher (apenas o valor de "p");

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; Hipert.: Hipertensão;

Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%)

Em relação aos desfechos psiquiátricos, conforme apresentado na **Tabela 6**, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre os diferentes domínios de atividade física e a gravidade dos transtornos mentais, avaliada pela escala de impressão clínica global (CGI). As correlações entre a pontuação da CGI e os domínios de atividade

física apresentaram coeficientes de Spearman fracos e valores de p superiores a 0,05, indicando ausência de associações relevantes.

Tabela 6. Correlação entre CGI e domínio de atividade física de intensidade moderada a vigorosa.

Domínio	CGI	
	Coeficiente de Correlação (ρ de spearman)	Valor P
Doméstico	- 0.169	0.193
Ocupacional	-0.63	0.089
Transporte	-0.219	0.632
Lazer	-0.86	0.508
Atividade Física Total	-0.199	0.123

Legenda - CGI: Clinical Global Impression (Impressão Clínica Global)

DISCUSSÃO

O presente estudo se propôs a avaliar níveis de atividades físicas e seus diferentes domínios entre gestantes com transtornos psiquiátricos. Um dos nossos achados foi a alta proporção de mulheres que atingiram a recomendação mínima de atividade física proposta pela Organização Mundial da Saúde, com mais de 84% das participantes praticando 150 minutos ou mais de atividade física de intensidade moderada a vigorosa por semana. A primeira vista, esse número pode soar animador, porém, a análise por domínios revela justamente um panorama mais complexo e desigual: a atividade física esteve fortemente concentrada no domínio doméstico, com mediana semanal de 315 minutos, enquanto os domínios de lazer, transporte e trabalho apresentaram medianas de zero minutos.

Esse padrão sugere que, para grande parte das mulheres do estudo, o movimento corporal ocorre predominantemente no contexto de tarefas domésticas e de cuidado, sendo motivado por exigência funcional, e não por interesse pessoal ou busca por bem-estar. A luz da Teoria da Autodeterminação, proposta por Deci e Ryan (2017), comportamentos orientados por motivações controladas, como obrigações e expectativas externas, estão associados a menores graus de satisfação. Dessa forma o impacto positivo da atividade física sobre a saúde mental está relacionado à percepção de autonomia e prazer, sendo o domínio do lazer o mais frequentemente associado a benefícios psíquicos (Meyer et al 2021). Em contraste, a atividade física realizada por obrigação ou necessidade, como no contexto doméstico, pode ser percebida como sobrecarga ou até mesmo fator estressante (White et al., 2017).

Evidências atuais da literatura demonstram de forma consistente que mulheres com menor nível socioeconômico tendem a concentrar sua prática de atividade física no ambiente doméstico, enquanto aquelas com maior renda e escolaridade têm mais acesso

ao domínio de lazer (Loch et al., 2024; Demissie et al., 2011). Diferentes estudos (Sturgo, 2022; Rinaldi et al., 2022) indicam que, mesmo quando uma parcela das mulheres atinge o tempo mínimo recomendado de atividade física durante a gestação, essa prática tende a se concentrar em atividades de menor intensidade ou ligadas ao cuidado doméstico, com pouca participação em espaços de lazer ou transporte. Um desses estudos, realizado em solo brasileiro (Rinaldi et al., 2022), observou redução significativa na prática de atividade física no domínio doméstico; porém, o aumento de atividade física de lazer se restringiu entre as gestantes com maior escolaridade e renda. Em nosso estudo, a predominância do domínio doméstico e a escassa exploração dos outros domínios — lazer, transporte e trabalho — refletem um contexto de desigualdade social e limitação de escolha, onde a prática de atividade física muitas vezes está menos relacionada à promoção de saúde e mais associada à sobrecarga funcional. Diante desse cenário, fica evidente a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso das gestantes, e de pacientes com diagnósticos psiquiátricos, a oportunidades de lazer ativo, especialmente para aquelas em situação de vulnerabilidade psicossocial.

Tal realidade evidencia a importância de se analisar a atividade física por meio de seus diferentes domínios, e não somente pela duração do tempo total semanal. Estudos demonstram que o impacto da atividade física sobre a saúde oscila de acordo com o contexto em que ela acontece: enquanto atividades no domínio do lazer tendem a estar associadas a maior prazer, autonomia e benefícios para a saúde mental e perinatal (White et al., 2017; Meyer et al., 2021; Wen et al., 2022), domínios como o doméstico ou laboral, quando associados à obrigação ou sobrecarga, podem produzir efeitos inversos. Dessa forma, a abordagem por domínios permite evidenciar desigualdades estruturais e de gênero no acesso ao cuidado (Evenson et al., 2011; Okafor et al., 2020), possibilitando a formulação de políticas mais sensíveis ao cotidiano de certas populações. Esse recorte é particularmente importante na amostra estudada, composta majoritariamente por mulheres com baixa renda, escolaridade reduzida e limitada inserção no mercado de trabalho formal. Além disso, é necessário considerar que muitas dessas mulheres enfrentam, simultaneamente, sofrimento psíquico, responsabilidades familiares e barreiras estruturais, como a falta de espaços públicos seguros, escassez de tempo, medo de estigmatização e dificuldade de acesso a serviços especializados (van der Waerden et al., 2019).

Outro ponto que merece destaque são as barreiras enfrentadas por gestantes com transtornos psiquiátricos para se engajarem em atividades físicas de lazer. A literatura aponta que essas mulheres vivenciam dificuldades relacionadas à motivação, ao medo de julgamento, à baixa autoestima corporal, ao estigma e ao isolamento social (Evenson et al., 2011; Okafor et al., 2020). Esses obstáculos subjetivos se somam a barreiras estruturais — como a falta de espaços públicos adequados, escassez de tempo e dinheiro, ausência de suporte para o cuidado dos filhos e a dificuldade de acesso a profissionais qualificados. O resultado disso acaba sendo que a atividade física do domínio do lazer torna-se um privilégio distante, com múltiplas barreiras de acesso. Consequentemente, a prática de atividade física acaba ocorrendo, muitas vezes, apenas nos domínios que impõem esforço por necessidade.

Quanto aos achados de associação destaca-se a correlação entre os níveis mais elevados de atividade física no domínio doméstico e a presença de intercorrências obstétricas. As gestantes que apresentaram intercorrências obstétricas apresentaram uma

mediana de 420 minutos semanais nesse domínio, enquanto entre aquelas sem intercorrências, a mediana foi de 157,5 minutos. Esse dado lança luz sobre uma hipótese relevante: em contextos de pouca rede de apoio, a sobrecarga com tarefas domésticas pode representar um risco adicional para complicações na gestação — seja pelo esforço físico excessivo, seja pela dificuldade de garantir momentos de repouso adequados. Esse achado dialoga com a literatura recente, que vem apontando o domínio doméstico como um potencial fator de risco para desfechos adversos na gestação. Em um estudo longitudinal realizado com gestantes chinesas (Yan et al., 2024), observou-se que mulheres que mantiveram níveis elevados de atividade física doméstica ao longo de toda a gravidez apresentaram níveis mais altos de fadiga física e mental, mesmo após controle para variáveis de confusão. A fadiga, por sua vez, tem sido associada a um risco maior de morbidades gestacionais, partos cesáreos e depressão pós-parto (Baattaiah et al., 2023) — o que reforça o peso da sobrecarga doméstica como fator de vulnerabilidade. Na mesma linha, uma pesquisa conduzida na Espanha (González-Cazorla et al., 2024) apontou que o excesso de atividade física relacionada ao trabalho — categoria que, em contextos de baixa renda, frequentemente se confunde com as tarefas domésticas — esteve associado a piores desfechos perinatais e também a indicadores negativos de saúde mental. Esses achados reforçam que o tipo, a intensidade e, sobretudo, o contexto em que a atividade física acontece são determinantes para seus efeitos. Quando o movimento corporal se torna imposição, sem espaço para descanso ou autonomia, seus benefícios podem ser anulados — ou até mesmo se transformarem em fonte de desgaste. Isso também é reforçado por uma metanálise (Wen et al., 2022), que identificou benefícios significativos da atividade física de lazer sobre a redução do risco de parto prematuro, mas não observou o mesmo efeito protetor em atividades domésticas ou de transporte.

Também foi identificada uma associação entre a prática de atividade física de lazer e o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG), com medianas mais elevadas entre as mulheres com DMG. Embora esse resultado possa parecer, à primeira vista, contraditório, é bastante plausível considerar a hipótese de causalidade reversa — ou seja, o diagnóstico pode ter levado à indicação médica de exercícios físicos como estratégia de controle glicêmico. Nesses contextos, o acompanhamento mais próximo por equipes multiprofissionais pode ter favorecido o acesso a orientações sobre práticas de autocuidado, inclusive o incentivo à atividade física. De modo geral, esses achados sugerem que o nível de atividade física relatado pode refletir não apenas condições clínicas, mas também oportunidades de cuidado — ou a ausência delas.

Embora não tenham sido encontradas associações estatisticamente significativas entre os níveis de atividade física e a gravidade do transtorno mental, medida pela escala Clinical Global Impression (CGI), os dados da Tabela 6 apontam para tendências exploratórias relevantes, como a correlação negativa entre os domínios de lazer ($r = -0,86$) e ocupacional ($r = -0,63$) com a gravidade clínica. Tais achados sugerem que mulheres com menor gravidade podem se engajar mais em atividades prazerosas e estruturadas, enquanto aquelas com maior sofrimento permanecem restritas a atividades funcionais, como as domésticas. O pequeno tamanho amostral pode ter limitado o poder estatístico necessário para detectar associações mais sutis. Adicionalmente, é importante reconhecer as limitações do uso da CGI como medida de gravidade: apesar de útil na prática clínica por sua simplicidade e aplicabilidade, trata-se de uma medida global e subjetiva, que não capta nuances clínicas, presença de múltiplos diagnósticos ou variabilidade funcional. No contexto

perinatal, em especial, sintomas como fadiga, ansiedade e retraimento social podem ter múltiplas origens e comprometer a interpretação da gravidade global, reduzindo a sensibilidade da CGI para identificar relações mais refinadas entre atividade física e saúde mental.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos nossos achados. O delineamento transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade, sendo as associações observadas limitadas a associações pontuais. Isso é particularmente relevante nos achados em que se cogita a possibilidade de causalidade reversa, como no caso do DMG. Além disso, trata-se de uma amostra não probabilística composta por mulheres em acompanhamento em serviços de saúde mental, o que limita a generalização dos resultados. Limitações também devem ser evidenciadas quanto à forma de mensuração da atividade física. O uso de questionários de autorrelato, como o Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ), apresenta limitações metodológicas importantes. Estudos indicam que esse tipo de instrumento é suscetível a vieses de memória, superestimação da atividade praticada e influência da desejabilidade social (Sattler et al., 2018; Terwee et al., 2010). Embora amplamente utilizado, o PPAQ ainda apresenta lacunas quanto à validade de construto, conforme demonstrado em revisões sistemáticas recentes (Sattler et al., 2018). No Brasil, a versão adaptada do PPAQ foi validada por Silva et al. (2015), mostrando-se compreensível e aplicável a gestantes com baixa escolaridade. No entanto, o próprio estudo ressalta limitações na compreensão dos itens em populações com baixa escolaridade, indicando que entrevistas assistidas podem introduzir vieses adicionais. Além disso, a ausência de um padrão-ouro universal para mensuração da atividade física em gestantes dificulta a comparação entre estudos e compromete a acurácia das estimativas (Terwee et al., 2010). Portanto, é possível que os dados obtidos neste estudo reflitam mais uma estimativa subjetiva da percepção de movimento do que o gasto energético real. A adoção futura de medidas objetivas, como acelerômetros validados para gestantes, poderia contribuir para uma avaliação mais acurada, especialmente em populações com alta variabilidade funcional e sintomas mentais que podem interferir na percepção ou no relato da atividade praticada.

Em conjunto, os achados deste estudo apontam para um padrão de atividade física condicionado por determinantes sociais, estruturais e de gênero, mais do que por motivação autônoma ou busca intencional por saúde. A concentração do movimento no espaço doméstico, aliada à baixa exploração dos domínios de lazer, transporte e trabalho, evidencia a necessidade de se ampliar o olhar sobre o que constitui "atividade física" e como ela é vivenciada em diferentes contextos. Trata-se de uma população vulnerabilizada por marcadores interseccionais e que demanda políticas públicas integradas, que considerem tanto a promoção de atividade física quanto o cuidado em saúde mental perinatal como prioridades interdependentes.

Conclusão

Os achados do presente estudo destacam a importância de repensar a forma como consideramos a prática de atividade física, sobretudo quando o foco recai sobre populações com maior grau de vulnerabilidade. Mais do que somar minutos semanais de movimento corporal ou calcular o total de energia gasta, é necessário compreender em quais contextos e por quais motivos esses movimentos acontecem. No caso das gestantes com

diagnósticos psiquiátricos, a análise por domínios revelou um padrão que não pode ser ignorado: embora a maioria tenha alcançado a recomendação mínima de atividade física proposta pela Organização Mundial da Saúde — 150 minutos de atividade física moderada a vigorosa por semana —, grande parte dessa prática ocorreu dentro do espaço doméstico, um lugar marcado mais por exigência do que por escolha.

A literatura já vem mostrando, com cada vez mais consistência, os benefícios da atividade física para a saúde física e mental (Dipietro et al., 2019). No entanto, quando desmembramos essa prática por domínios, fica claro que os efeitos não são universais. Atividades realizadas no lazer costumam estar associadas a experiências de prazer, autonomia e bem-estar (Meyer et al., 2021), enquanto a prática de atividade nos domínios doméstico e de transporte, principalmente quando vivida sob pressão ou sem suporte social, tende a expressar sobrecarga, cansaço e ausência de cuidado. Para as mulheres que vivenciam a gestação em meio ao sofrimento psíquico, essas barreiras não apenas se somam — elas se entrelaçam, tornando o movimento mais uma obrigação do que uma ferramenta de autocuidado.

Esse grupo — gestantes com transtornos mentais — vive uma condição de invisibilidade tripla. São mulheres que, enquanto gestantes, têm suas necessidades reais frequentemente subestimadas; enquanto pessoas em sofrimento psíquico, enfrentam estigmas, desinformação e medo; e, além disso, carregam um perfil socioeconômico vulnerável, que limita ainda mais o acesso a recursos de saúde, informação e práticas de autocuidado. Quando essas três realidades se sobrepõem, a vulnerabilidade se intensifica e se reflete no corpo que se movimenta — não por escolha ou lazer, mas porque precisa dar conta do básico para sobreviver. Nesse contexto, é fundamental que profissionais de saúde considerem a atividade física doméstica não apenas como um marcador de sobrecarga, mas como uma variável potencialmente associada a desfechos obstétricos relevantes. Incorporar essa dimensão às práticas assistenciais pode contribuir para um cuidado mais sensível, integral e conectado à realidade das pacientes.

Além disso, este estudo evidencia o papel essencial dos estudos descritivos na compreensão de realidades ainda pouco exploradas na literatura científica. Ao mapear como gestantes com sofrimento psíquico se movimentam ao longo da gestação, contribuimos para preencher uma lacuna importante de conhecimento sobre essa população. Esses dados não têm a pretensão de oferecer respostas definitivas, mas sim de levantar perguntas mais potentes, que inspirem futuras investigações e subsidiem políticas públicas mais alinhadas com as vivências concretas dessas mulheres. Porque, antes de propor intervenções, é preciso descrever com cuidado aquilo que já está acontecendo.

Referências:

Abrahams, Z., Boisits, S., Schneider, M., Honikman, S., & Lund, C. (2023). Facilitators and barriers to detection and treatment of depression, anxiety and experiences of domestic violence in pregnant women. *Scientific Reports*, 13(1), 12457. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36150-z>

Alves, L. P. C., Althoff, B. F., Oliveira, V. G., Oliveira, R. L. A., Goi, S. S., Telles, L. E. B., et al. (2023). Desfechos e determinantes biopsicossociais de hospitalizações psiquiátricas durante a gestação: descrição de um protocolo de estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 25(3), 25–37. Disponível em https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=466

Arizabaleta, A. V. M., Buitrago, L. O., de Plata, A. C. A., Escudero, M. M., & Ramírez-Vélez, R. (2010). Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 56, 253–258.

Ayala, N. K., Lewkowitz, A. K., Whelan, A. R., & Miller, E. S. (2023). Perinatal mental health disorders: A review of lessons learned from obstetric care settings. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19, 427–432. <https://doi.org/10.2147/NDT.S292734>

Ayers, S., Bond, R., Webb, R., Miller, P., & Bateson, K. (2019). Perinatal mental health and risk of child maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104172. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104172>

Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N., Thomis, M., Duquet, W., Lefevre, J., & Cardon, G. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of science and medicine in sport*, 12(4), 468–474. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2008.06.009>

Baattaiah, B. A., Alharbi, M. D., Babteen, N. M., et al. (2023). The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: An emphasis on maternal mental health. *BMC Psychology*, 11, 10. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01043-3>

Basile-Ibrahim, B., Combellick, J., Mead, T. L., Sorensen, A., Batten, J., & Schafer, R. (2024). The social context of pregnancy, respectful maternity care, biomarkers of weathering, and postpartum mental health inequities: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 480. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040480>

Bendau, A., Petzold, M., Kaminski, J., Plag, J., & Ströhle, A. (2024). Exercise as Treatment for "Stress-Related" Mental Disorders. *Current Neuropharmacology*, 22(3), 420-436. doi: [10.2174/1570159X22666230927103308](https://doi.org/10.2174/1570159X22666230927103308)

- Bianchini, B. V., Maroneze, M. C., Timm, M. S., Dos Santos, B. Z., & Dotto, P. P. (2020). Prevalence of Alcohol and Tobacco Use and Perceptions Regarding Prenatal Care among Pregnant Brazilian Women, 2017 to 2018: A Mixed-Methods Study. *Maternal and child health journal*, 24(12), 1438–1445. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03012-3>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bind, R. H., Biaggi, A., Bairead, A., et al. (2021). Mother-infant interaction in women with depression in pregnancy and in women with a history of depression: The psychiatry research and motherhood - depression (PRAM-D) study. *BJPsych Open*, 7(3), e100. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.52>
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy - A psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102-106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 726-735. <https://doi.org/10.1177/070674370404901103>
- Cabral, V. P., Moraes, C. L., Bastos, F. I., Abreu, A. M. M., & Domingues, R. M. S. M. (2023). Prevalence of alcohol use during pregnancy, Brazil, 2011-2012. Prevalência de uso de álcool na gestação, Brasil, 2011-2012. *Cadernos de saude publica*, 39(8), e00232422. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT232422>
- Cantilino, A., Rennó Jr, J., Ribeiro, H. L., Calvasan, J. P., Demarque, R., & Ribeiro, J. de A. M. (2014). E o estigma atravessa a barreira placentária. *Debates em Psiquiatria*, 4(3), 34-38. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/241>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.
- Cook, C. A. L., Flick, L. H., Homan, S. M., Campbell, C., McSweeney, M., & Gallagher, M. E. (2025). *Psychiatric Disorders and Treatment in Low-Income Pregnant Women*.
- Chasan-Taber, L., Schmidt, M. D., Roberts, D. E., Hosmer, D., Markenson, G., & Freedson, P. S. (2004). Development and validation of a Pregnancy Physical Activity Questionnaire. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36(10), 1750–1760. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000142303.49306.0d>
- Chuang, H. T., Mansell, C., & Patten, S. B. (2008). Lifestyle characteristics of psychiatric outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 260-266. <https://doi.org/10.1177/070674370805300407>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>

Demissie, Z., Siega-Riz, A. M., Evenson, K. R., Herring, A. H., Dole, N., & Gaynes, B. N. (2011). Physical activity during pregnancy and postpartum depressive symptoms. *Midwifery*, 27(6), e211–e216. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.006>

Dol, J., Campbell-Yeo, M., Leahy-Warren, P., Hambly LaPointe, C., & Dennis, C. L. (2024a). Bibliometric analysis of published articles on perinatal anxiety from 1920 to 2020. *Journal of Affective Disorders*, 351, 314–322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.231>

Dol, J., Dennis, C. L., Campbell-Yeo, M., & Leahy-Warren, P. (2024b). Bibliometric analysis of published articles on perinatal depression from 1920 to 2020. *Birth*, 51(1), 28–38. <https://doi.org/10.1111/birt.12779>

Doyle, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Wilson, I. B., & Neimeyer, R. A. (1987). Running versus weight lifting in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 748–754. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.55.5.748>

Dipietro, L., Evenson, K. R., Bloodgood, B., et al. (2019). Benefits of physical activity during pregnancy and postpartum: An umbrella review. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(6), 1292–1302. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001941>

Dye, C., Lenz, K. M., & Leuner, B. (2022). Immune system alterations and postpartum mental illness: Evidence from basic and clinical research. *Frontiers in Global Women's Health*, 2, 758748. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.758748>

Ewuzie, Z., Ezeano, C., & Aderinto, N. (2024). A review of exercise interventions for reducing anxiety symptoms: Insights and implications. *Medicine*, 103(41), e40084. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000040084>

Evenson, K. R., Savitz, D. A., & Huston, S. L. (2011). Prevalence and correlates of objectively measured physical activity and sedentary behavior among US pregnant women. *Preventive Medicine*, 53(1–2), 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.04.014>

Fabiano, N., Wong, S., Gupta, A., Tran, J., Bhambra, N., Min, K. K., Dragioti, E., Barbui, C., Fiedorowicz, J. G., Gosling, C. J., Cortese, S., Gandhi, J., Saraf, G., Shorr, R., Vigod, S. N., Frey, B. N., Delorme, R., & Solmi, M. (2025). Safety of psychotropic medications in pregnancy: An umbrella review. *Molecular Psychiatry*, 30(1), 327–335. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02697-0>

Faisal-Cury, A., Levy, R. B., Azeredo, C. M., & Matijasevich, A. (2021a). Are pregnant women at higher risk of depression underdiagnosis? *Journal of Affective Disorders*, 283, 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.057>

Faisal-Cury, A., Rodrigues, D. M. O., & Matijasevich, A. (2021b). Prevalence and associated risk factors of prenatal depression underdiagnosis: A population-based study. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 153(3), 469-475. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13593>

Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A multivariate Bayesian meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(4), 18r12527. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12527>

Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, S. B., Jackson, S. E., Smith, L., Eaton, M., Jacka, F. N., Veronese, N., Marx, W., Ashdown-Franks, G., Siskind, D., Sarris, J., Rosenbaum, S., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2020). A meta-review of "lifestyle psychiatry": The role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 360-380. <https://doi.org/10.1002/wps.20773>

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071-1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>

Gibbs, B. B., Hergenroeder, A. L., Katzmarzyk, P. T., Lee, I. M., & Jakicic, J. M. (2015). Definition, measurement, and health risks associated with sedentary behavior. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 47(6), 1295-1300. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000517>

Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth*, 36, 60-69. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x>

Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C. L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N. A., Guenette, M., & Richter, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 543-556. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0930-2>

González-Cazorla, E., et al. (2024). Physical activity in work and leisure time during pregnancy, and its influence on maternal health and perinatal outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, 13(3), 723. <https://doi.org/10.3390/jcm13030723>

He, J. P., Paksarian, D., & Merikangas, K. R. (2018). Physical Activity and Mental Disorder Among Adolescents in the United States. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 63(5), 628-635. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.030>

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)

Jacques, N., de Mola, C. L., & Joseph, G. (2019). Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.055>

Johnson, A., Stevenson, E., Moeller, L., & McMillian-Bohler, J. (2021). Systematic screening for perinatal mood and anxiety disorders to promote onsite mental health consultations: A quality improvement report. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(4), 534–539. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13215>

Katzmarzyk, P. T., Powell, K. E., Jakicic, J. M., Troiano, R. P., Piercy, K., & Tennant, B. (2019). Sedentary behavior and health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(6), 1227–1241. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001935>

Khalifeh, H., Hunt, I. M., Appleby, L., & Howard, L. M. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 233–242. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1)

Kull, M., Matsi, J., & Raudsepp, L. (2010). Relationship Between Various Physical Activity Domains and Self-Perceived Health and Obesity in Women. *Women & Health*, 50(7), 639–651. <https://doi.org/10.1080/03630242.2010.520255>

Kim, S., Park, M., & Ahn, S. (2022). The impact of antepartum depression and postpartum depression on exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 866–880. <https://doi.org/10.1177/10547738211053507>

Krzepota, J., Sadowska, D., & Biernat, E. (2018). Relationships between Physical Activity and Quality of Life in Pregnant Women in the Second and Third Trimester. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2745. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122745>

Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C., Bahji, A., Beaulieu, S., Bhat, V., Blier, P., Blumberger, D. M., Brietzke, E., Chakrabarty, T., Do, A., Frey, B. N., Giacobbe, P., Gratzner, D., Grigoriadis, S., Habert, J., Ishrat Husain, M., Ismail, Z., McGirr, A., McIntyre, R. S., ... Milev, R. V. (2024). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 69(9), 641–687. <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>

- Lima, M. S., Soares, B. G. O., Paoliello, G., Vieira, R. M., Martins, C. M., Mota Neto, J. I., Ferrão, Y., Schirmer, D. A., & Volpe, F. M. (2007). The Portuguese version of the Clinical Global Impression - Schizophrenia Scale: Validation study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(3), 246–249. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000047>
- Loch, M. R., Augusto, N. A., Souza, B. L. S., Rufino, J. V., & Carvalho, F. F. B. (2024). Association between physical activity domains and depressive symptoms among Brazilian adults: Does every move count? *Cadernos de Saúde Pública*, 40(3), e00095723. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT095723>
- Matta Mello Portugal, E., Cevada, T., Sobral Monteiro-Junior, R., Teixeira Guimarães, T., da Cruz Rubini, E., Lattari, E., Blois, C., & Camaz Deslandes, A. (2013). Neuroscience of exercise: from neurobiology mechanisms to mental health. *Neuropsychobiology*, 68(1), 1–14. <https://doi.org/10.1159/000350946>
- Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Desco, M., Vilarroya, O., & Carmona, S. (2021). Characterizing the brain structural adaptations across the motherhood transition. *Frontiers in Global Women's Health*, 2, 742775. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.742775>
- Martinsen, E. W., Hoffart, A., & Solberg, O. (1989). Comparing aerobic with nonaerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: A randomized trial. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 324–331. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90057-6](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90057-6)
- Masters, G. A., Hugunin, J., Xu, L., Ulbricht, C. M., Moore Simas, T. A., Ko, J. Y., & Byatt, N. (2022). Prevalence of bipolar disorder in perinatal women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 83(5), 21r14045. <https://doi.org/10.4088/JCP.21r14045>
- McEvoy, K., & Osborne, L. M. (2019). Allopregnanolone and reproductive psychiatry: An overview. *International Review of Psychiatry*, 31(3), 237–244. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1553775>
- Moore, J. E., McLemore, M. R., Glenn, N., & Zivin, K. (2021). Policy opportunities to improve prevention, diagnosis, and treatment of perinatal mental health conditions. *Health Affairs*, 40(10), 1534–1542. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00779>
- Meyer, S., Grob, A., & Gerber, M. (2021). No fun, no gain: The stress-buffering effect of physical activity on life satisfaction depends on adolescents' intrinsic motivation. *Psychology of Sport and Exercise*, 52, 102004. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.102004>
- Okafor, U. B., Goon, D. T., & Monyeke, K. D. (2020). Physical activity level during pregnancy in South Africa: A facility-based cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7928. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217928>
- Parfitt, G., Rose, E. A., & Burgess, W. M. (2006). The psychological and physiological responses of sedentary individuals to prescribed and preferred intensity exercise. *British journal of health psychology*, 11(Pt 1), 39–53. <https://doi.org/10.1348/135910705X43606>

Parkinson, M. D., Stout, R., & Dysinger, W. (2023). Lifestyle Medicine: Prevention, Treatment, and Reversal of Disease. *Medical Clinics of North America*, 107(6), 1109-1120. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2023.06.007>

Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A., Strain, T., Schuch, F. B., Golubic, R., Kelly, P., Khan, S., Utukuri, M., Laird, Y., Mok, A., Smith, A., Tainio, M., Brage, S., & Woodcock, J. (2022). Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 79(6), 550–559. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>

Rathi, A., Khapre, S., Chavada, J., Gupta, S., & Singla, T. (2022). Postpartum depression and its biological biomarkers. *Cureus*, 14(11), e31124. <https://doi.org/10.7759/cureus.31124>

Rinaldi, A. E., Conde, W. L., Leal, G. V., & Castro, I. R. (2022). Trend in physical activity patterns of pregnant women living in Brazilian capitals. *Revista de Saúde Pública*, 56, 4. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003300>

Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., Macdonald, J. A., Sunderland, M., Olsson, C. A., Youssef, G., & Hutchinson, D. (2020). Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(11), 1082-1092. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>

Rocha, P. C., Britto e Alves, M. T., Chagas, D. C., Silva, A. A., Batista, R. F., & Silva, R. A. (2016). Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA [Prevalence of illicit drug use and associated factors during pregnancy in the BRISA cohort]. *Cadernos de saude publica*, 32(1), S0102-311X2016000100707. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192714>

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Hinderliter, A. L., Cole, S., & Lavie, C. J. (2023). Cardiology and lifestyle medicine. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 77, 4-13. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.04.004>

Shakeel, N., Richardsen, K. R., Martinsen, E. W., Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Jenum, A. K. (2018). Physical activity in pregnancy and postpartum depressive symptoms in a multiethnic cohort. *Journal of Affective Disorders*, 236, 93-100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.081>

Strath, S. J., Kaminsky, L. A., Ainsworth, B. E., Ekelund, U., Freedson, P. S., Gary, R. A., Richardson, C. R., Smith, D. T., & Swartz, A. M. (2013). Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications. *Circulation*, 128(20), 2259-2279. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000435708.67487.da>

Sattler, M. C., Jaunig, J., Watson, E. D., van Poppel, M. N. M., Mokkink, L. B., Terwee, C. B., & Dietz, P. (2018). Physical activity questionnaires for pregnancy: A systematic review of measurement properties. *Sports Medicine*, 48(10), 2317–2346. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-0961-x>

Silva, F. T., Araujo Júnior, E., Santana, E. F., Lima, J. W., Cecchino, G. N., & Silva Costa, F. D. (2015). Translation and cross-cultural adaptation of the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) to the Brazilian population. *Ceska Gynekologie*, 80(4), 290–298.

Sirotiak, Z., Lee, D. C., & Brellenthin, A. G. (2024). Associations between physical activity, long COVID symptom intensity, and perceived health among individuals with long COVID. *Frontiers in psychology*, 15, 1498900. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1498900>

Ströhle, A., Höfler, M., Pfister, H., Müller, A. G., Hoyer, J., Wittchen, H. U., & Lieb, R. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 37(11), 1657–1666. <https://doi.org/10.1017/S003329170700089X>

Terwee, C. B., Mokkink, L. B., van Poppel, M. N. M., Chinapaw, M. J. M., van Mechelen, W., & de Vet, H. C. W. (2010). Qualitative attributes and measurement properties of physical activity questionnaires: A checklist. *Sports Medicine*, 40(7), 525–537. <https://doi.org/10.2165/11531370-000000000-00000>

van der Waerden, J., Nakamura, A., Pryor, L., Charles, M. A., El-Khoury, F., & Dargent-Molina, P. (2019). Domain-specific physical activity and sedentary behavior during pregnancy and postpartum depression risk in the French EDEN and ELFE cohorts. *Preventive Medicine*, 121, 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.02.012>

Wang, D., Li, Y. L., Qiu, D., & Xiao, S. Y. (2021). Factors influencing paternal postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 51-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.088>

Weinstein, N., & Ryan, R. M. (2010). When helping helps: autonomous motivation for prosocial behavior and its influence on well-being for the helper and recipient. *Journal of personality and social psychology*, 98(2), 222–244. <https://doi.org/10.1037/a0016984>

Wen, J., Xun, P., Chen, C., Quan, M., Wang, R., Liu, Y., & He, K. (2022). Non-occupational physical activity during pregnancy and the risk of preterm birth: A meta-analysis of observational and interventional studies. *Scientific Reports*, 12, 1739.

Wesseloo, R., Kamperman, A. M., Munk-Olsen, T., Pop, V. J., Kushner, S. A., & Bergink, V. (2016). Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(2), 117-127. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15010124>

White, R. L., Babic, M. J., Parker, P. D., Lubans, D. R., Astell-Burt, T., & Lonsdale, C. (2017). Domain-specific physical activity and mental health: A meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(5), 653–666.

Yan, S., Jiang, H., Yang, Z., Tang, X., Chen, Z., Chen, Z., Liu, H., & Zhang, F. (2024). Physical activity trajectory during pregnancy and associations with maternal fatigue using a growth mixture modeling approach. *Scientific Reports*, 14(1), 1020. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-51648-w>

ARTIGO:**“AVALIAÇÃO DOS DIFERENTES DOMÍNIOS DE ATIVIDADES FÍSICAS NA GESTAÇÃO E SUA ASSOCIAÇÃO COM DESFECHOS PERINATAIS EM MULHERES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS”****INTRODUÇÃO**

O período perinatal está associado a um aumento do risco de recaída de transtornos mentais prévios e de apresentação de novos quadros^{1,2}. Além disso, o adoecimento mental durante o período gestacional está ligado a complicações obstétricas e neonatais, tais como um aumento de riscos de Pré-Eclâmpsia³ e Parto Prematuro⁴, e influência negativa na vida fetal e no desenvolvimento infantil⁵.

Apesar dos avanços na área, ainda é preocupante que menos de 25% das mulheres com transtornos psiquiátricos recebam cuidados de saúde mental adequados durante a gestação⁶. Diversos fatores contribuem para essa lacuna, como o estigma associado ao adoecimento psíquico nesse período, barreiras de acesso aos serviços especializados e receios em relação ao uso de psicofármacos — cujos riscos e benefícios devem ser cuidadosamente avaliados de forma individualizada.⁷ Diante desse cenário, torna-se essencial ampliar o leque de estratégias de cuidado, incorporando abordagens complementares que possam contribuir tanto para a prevenção quanto para o tratamento, respeitando as especificidades do período perinatal.

A prática de atividade física (AF) tem estado associada a menor risco do desenvolvimento de alguns transtornos mentais como depressão e ansiedade na população geral e também na população de gestantes⁸. A atividade física pode ocorrer nos domínios do lazer, do trabalho (ou da escola), como meio de transporte ou durante a realização de tarefas domésticas⁹. Como as razões para a realização de AF provavelmente variam entre estes diferentes domínios de AF, é possível que os resultados experimentados em termos de qualidade de vida ou saúde mental também sejam diferentes^{10,11}. Segundo a mais recente metanálise realizada sobre o assunto, na população geral, a AF no lazer foi associada com indicadores de boa saúde mental, enquanto a atividade física no trabalho ou em tarefas domésticas foram associadas com risco aumentado de desfechos negativos em saúde mental¹².

Contudo, os padrões de atividade física classificada por domínios distintos em gestantes com transtornos mentais, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e emocional, são pouco estudados. A maioria dos estudos aborda o volume total de atividade física semanal⁸, sem considerar o contexto em que ela ocorre — o que pode ter implicações importantes na forma como seus efeitos são sentidos. A ausência de dados específicos sobre esse grupo se deve, em parte, à dificuldade metodológica de estudá-lo, mas também reflete uma negligência histórica no campo da pesquisa em saúde mental perinatal.

Desse modo, diante da escassez de literatura sobre os domínios específicos de atividade física em gestantes com transtornos mentais, este estudo teve como objetivo identificar os domínios predominantemente praticados por essas mulheres e avaliar suas possíveis associações com a gravidade dos transtornos psiquiátricos e com desfechos obstétricos clínicos.

METODOLOGIA:

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo e analítico, realizado como subanálise de um estudo maior intitulado “*Desfechos e Determinantes Biopsicossociais de Hospitalizações Psiquiátricas Durante a Gestação*”, cujo protocolo de pesquisa foi previamente publicado (Alves et al., 2023). Este recorte é uma análise transversal do estudo original, voltada especificamente à análise do comportamento em relação à atividade física em gestantes com diagnóstico psiquiátrico.

Amostragem

A amostragem foi realizada por conveniência, e o recrutamento ocorreu no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), entre junho de 2022 e dezembro de 2024, em três contextos assistenciais: unidade de internação psiquiátrica, pré-natal de alto risco e alojamento materno-infantil. O HMIPV é um hospital público de referência no atendimento a gestantes em situação de vulnerabilidade clínica e social no estado do Rio Grande do Sul, com histórico de acolhimento a mulheres em sofrimento psíquico. Esse contexto institucional tem impacto direto no perfil das participantes, que em sua maioria enfrentam múltiplas formas de vulnerabilidade.

Critérios de elegibilidade

Foram incluídas gestantes e parturientes com idade entre 18 e 50 anos, que apresentaram diagnóstico confirmado de transtorno psiquiátrico durante a gestação. Foram excluídas aquelas que, por condições clínicas como quadros psicóticos graves ou deficiência intelectual, não apresentavam capacidade mínima para fornecer informações de forma compreensível e segura no momento da coleta de dados.

Logística do Estudo e Coleta de Dados

Recrutamento:

Todas as mulheres elegíveis foram convidadas por um membro da equipe de pesquisa, que explicou os objetivos do estudo, as convidou a participar e solicitou a assinatura do termo de consentimento informado. As pacientes em ambiente de internação foram avaliadas pela equipe de pesquisa 48 horas após a admissão psiquiátrica. As pacientes em seguimento dentro do Pré Natal foram avaliadas em dias de suas consultas. Para o grupo de parturientes, as participantes foram avaliadas pelas equipes de pesquisa durante o período de recuperação pós-parto.

Entrevista:

Todas as participantes que foram incluídas no estudo foram entrevistadas por membros treinados da equipe de pesquisa a partir de um questionário padronizado. O instrumento de pesquisa era composto pelos seguintes instrumentos:

Questionário de Dados Sociodemográficos:

Foram coletados dados incluindo sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade e renda média mensal.

Avaliação da Atividade Física e seus Domínios:

A atividade física durante a gestação foi avaliada por meio do *Pregnancy Physical Activity Questionnaire* (PPAQ), instrumento de autorrelato, com 36 perguntas, amplamente empregada em pesquisas sobre gravidez e saúde materna em diversos países. Utilizada para mensurar duração, frequência e intensidade das atividades físicas nos 4 grandes domínios realizados ao longo da gravidez. (Chasan-Taber et al. 2004) (Silva et al. 2015).

No presente estudo, o PPAQ foi aplicado por entrevistadores treinados, com apoio presencial para esclarecimento de dúvidas, respeitando as necessidades de cada participante quanto à compreensão do instrumento. Para fins de análise, foram considerados apenas os dados referentes às atividades de intensidade moderada e vigorosa, alinhando-se às recomendações da Organização Mundial da Saúde, que preconizam a prática de pelo menos 150 minutos semanais nesse nível de intensidade como parâmetro de promoção de saúde. Esse critério foi utilizado na categorização de variáveis e na interpretação dos resultados, em consonância com metodologias adotadas em estudos prévios que também focaram atividades de intensidade moderada a vigorosa em suas análises (Yu et al., 2025).

Avaliação da Diagnósticos Psiquiátricos

Foi utilizado o instrumento Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5-CV) como entrevista estruturada aplicada pelo clínico para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos como transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno por uso de substâncias e transtorno de estresse pós-traumático. Essa avaliação foi realizada por um psiquiatra ou residentes de psiquiatria treinados na aplicação do instrumento. (First et al., 2017)

Avaliação da Gravidade

Foi utilizado a escala CGI - Escala Clínica de impressão global, validada no Brasil por Lima et al, 2007. Essa escala avaliou a impressão do clínico sobre a gravidade do transtorno diagnosticado nas gestantes independentemente de qual seja. Varia de 1 (normal ou sem sinais e sintomas de doença) a 7 (gravemente enfermo). (Guy, 1976)

Avaliação de Desfechos Obstétricos:

Foi definido como intercorrência obstétricas a presença de hipertensão gestacional, pré eclâmpsia, eclâmpsia, sangramento durante a gestação, incompetência istmo cervical, oligodrâmnio ou polidrâmnio, crescimento intrauterino restrito, diabetes gestacional e ruptura prematura de membranas.

Essas informações foram obtidas prioritariamente a partir dos prontuários hospitalares das participantes. Nos casos em que o parto não ocorreu no HMIPV, os dados foram complementados por contato telefônico com a paciente, realizado em até 30 dias após o parto.

Análise dos dados

Os dados foram descritos em números absolutos e relativos, e variáveis descritivas foram expressas através de mediana, mínimo e máximo, e intervalo interquartil, visto que essas não tiveram uma distribuição normal, de acordo com o teste de Shapiro-Wilk. A comparação entre tempo de atividade física entre os diferentes domínios na amostra foi feita através do teste de Friedman. A comparação entre tempo de atividade física por domínios e as intercorrências obstétricas foi feita através do teste de Mann-Whitney-U, enquanto a presença de atividade física por domínios e as intercorrências obstétricas foi feita através do teste de qui-quadrado. A correlação de Spearman foi utilizada para avaliar a associação entre a gravidade dos transtornos psiquiátricos pela CGI e o tempo de atividade física por domínios. Todas as análises foram feitas no Software SPSS v. 25, e foram considerados significativos os resultados com valor de $P < 0,05$.

Aspectos Éticos

O presente projeto seguiu a Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo Comitê de Ética do HMIPV e UNISINOS (nº 5.205.194). Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento informado. O consentimento foi obtido da paciente sempre que possível; caso os sintomas psiquiátricos tivessem temporariamente impedido a paciente de consentir, o representante legal foi solicitado a assinar o termo de consentimento.

Durante a coleta de dados, os pesquisadores tiveram acesso a informações que poderiam identificar a paciente; no entanto, ao preencher o formulário de pesquisa, foi atribuído um número de identificação para cada participante, de modo que apenas os principais autores pudessem identificar cada participante. O conjunto de dados final não continha informações de identificação além do número de identificação.

RESULTADOS

Foram avaliadas um total de 64 gestantes no presente estudo. A análise do perfil sociodemográfico está descrito na **tabela 1**.

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e perfil psicossocial da amostra (n=64)

Variável	Análise descritiva
Idade (anos)^a	29 (18 - 43)
Escolaridade^b	
Ensino fundamental incompleto	11 (17.2)
Ensino fundamental completo	12 (18.7)
Ensino médio incompleto	16 (25.0)
Ensino médio completo	18 (28.2)
Ensino superior incompleto	3 (4.0)
Ensino superior completo	3 (4.0)
Orientação sexual^b	
Heterossexual	59 (92.1)
Não heterossexual	5 (7.9)
Estado civil^b	
Solteira	38 (59.4)
Casada ou com companheiro	26 (40.6)
Raça/cor^b	
Branca	42 (65.6)
Preta	16 (25.0)
Parda	6 (9.3)
Classe social^b	
Classe B	9 (14.1)
Classe C	31 (48.4)
Classes D e E	24 (37.5)
Tem Outros filhos^b	43 (67.2)
Com quem você mora^b	
Sozinha	3 (4.7)
Com algum familiar	15 (23.4)
Com esposo(a)/parceiro(a)	41 (64.0)
Com colega/amigo/outro	2 (3.0)
Religião^b	
Católica	19 (29.6)
Evangélica	19 (29.6)
Afro	9 (14.)
Outras	5 (7.0)
Sem Religião	12 (18.7)
Empregada Atualmente^b	22 (34.4)

Planejou a Gestação^b	20 (31.2)
Condições Clínicas durante a Gestação^b	
Hipertensão	14 (21.9)
Pré-Eclâmpsia	3 (4.7)
Sífilis	8 (12.5)
HIV	4 (6.2)
Anemia	10 (15.6)
Diabetes	19 (29.7)
Ruptura Prematura de Membrana	16 (25,0)
Semanas Gestacionais do Parto^a	40 (33 - 41)
Local de Coleta^b	
Internação Psiquiátrica	18 (28.1)
Pré Natal de Alto Risco	36 (56.2)
Alojamento Materno Infantil	10 (15.6)
CGI^a	4 (1 - 7)
Diagnósticos Psiquiátricos^b	
Transtorno Depressivo Maior	35 (53.8%)
Transtorno Bipolar (I, II e outros)	4 (6.2%)
Transtorno por Uso de Substância	21 (32.3%)
Transtorno por Estresse Pós Traumático	14 (21.5%)

Legenda - ^a Mediana (mínimo e máximo); ^b frequência absoluta (n) e frequência relativa (%); HIV: Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência humana) ; CGI: Clinical Global Impression (Impressão Clínica Global)

A **Tabela 2** apresenta resultados do tempo por semana da prática de atividade física de intensidade moderada a vigorosa relatada pelas gestantes em cada domínio. Observou-se que o domínio doméstico foi o mais frequentemente explorado, apresentando uma mediana de 315 minutos por semana. Em contrapartida, as atividades físicas nos domínios de lazer, transporte e trabalho apresentaram medianas de zero minutos. Além disso, destaca-se que 55 (84,6%) mulheres praticavam mais de 150 minutos de atividade física moderada ou intensa por semana.

Tabela 2. Tempo de Atividade Física de intensidade moderada a vigorosa por semana.

Domínio	Minutos por semana
	Mediana (Min-Máx)
Doméstico	315 (105 - 1050)
Trabalho	0 (0 - 525)
Transporte	0 (0 - 105)

Lazer	0 (0 - 210)
Atividade Física Total	735 (315 - 2415)

Legenda - Min: Mínimo; Max: Máximo

Nota: Os diagnósticos podem ser comórbidos; por isso, a soma das frequências ultrapassa 100%.

As associações entre os diferentes domínios de atividade física e a ocorrência de desfechos clínicos durante a gestação estão expressas na **Tabela 3**. Dentre os achados, observou-se que gestantes que apresentaram níveis mais elevados de atividade física no domínio doméstico tiveram maior ocorrência de intercorrências obstétricas, com mediana de 420 minutos/semana entre aquelas com intercorrências, contra 157,5 minutos/semana entre as sem intercorrências, associação estatisticamente significativa ($p = 0,009$).

No domínio do lazer, foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre a prática de atividade física vigorosa e o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional ($p = 0,003$). Contudo, é importante destacar que a mediana de minutos semanais nesse domínio permaneceu zero tanto para gestantes com quanto sem o diagnóstico, indicando que a associação não se deu pelo volume de atividade física realizada, mas sim pela presença ou ausência de qualquer prática de atividade física.

Em contrapartida, a hipertensão gestacional não demonstrou associação significativa com nenhum dos domínios de atividade física avaliados.

TABELA 3: Associações entre os domínios de atividade física e a ocorrência de desfechos clínicos durante a gestação.

Condição Clínicas	Dimensão e Intensidade de atividade física pela PPAQ						
	Doméstica	Transport e	Lazer			Trabalho	Total
	Moderada	Moderada	Mod	Vig	Mod+Vig	Moderada	Mod+Vig
	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)	M (q25-q75)
	UMW (p)	[UMW (p)]	UMW (p)]	[UMW (p)]	[UMW (p)]	[UMW (p)]	[UMW (p)]
DM							
	315 (131.2 - 708.7)	0 (0 - 0)	52.5 (0 - 288.7)	0 (0 - 78.7)	105 (0 - 288.7)	0 (0 - 0)	787,5 (314.2 - 2861.2)
Positivo	0.651	0.920	0.519	0.003*	0.302	0.756	0.923
	315 (0 - 1470)	0 (0 - 105)	0 (0 - 262.5)	0 (0 - 0)	0 (0 - 262.5)	0 (0 - 105)	735 (210 - 2782.5)
Negativo	0.651	0.920	0.519	0.003*	0.302	0.756	0.923
HAS							
	315	0	0	0	52.5	0	682.5

Positivo	(183.7 - 1181.2)	(0 - 26.2)	(0 - 157.5)	(0 - 0)	(0 - 157.5)	(0 - 315)	(262.5 - 2992.5)
	0.687	0.297	0.855	0.634	0.971	0.836	0.932
	315	0	0	0	0	0	840
Negativo	(0 - 945)	(0 - 105)	(0 - 315)	(0 - 0)	(0 - 315)	(0 - 105)	(210 - 2625)
	0.687	0.297	0.855	0.634	0.971	0.836	0.932

Interc. Obstétrica

	420	0	0	0	0	0	840
	(157.5 - 1470)	(0 - 105)	(0 - 315)	(0 - 0)	(0 - 315)	(0 - 0)	(367.5 - 2992)
Positivo	0.009	0.815	0.704	0.174	0.574	0.642	0.057
	157.5	0	0	0	0	0	420
	(0 - 315)	(0 - 105)	(0 - 236.2)	(0 - 0)	(0 - 236.2)	(0 - 105)	(78.75 - 1286.2)
Negativo	0.009*	0.815	0.704	0.174	0.574	0.642	0.057

Legenda - M: Mediana ; Mod: Moderada; Vig: Vigorosa; q25: Quartil 25; Quartil 75; Interc. Obstétrica: Intercorrência obstétrica. O asterisco (*) ao lado da mediana e do valor de p indica associação significativa (p<0,05; teste U de Mann-Whitney). UMW: Teste de U de Mann-Whitney

Em relação aos desfechos psiquiátricos, conforme apresentado na **Tabela 4**, não foram observadas associações estatisticamente significativas entre os diferentes domínios de atividade física e a gravidade dos transtornos mentais, avaliada pela escala de impressão clínica global (CGI)..

Tabela 4. Correlação entre CGI e domínio de atividade física de intensidade moderada a vigorosa.

Domínio	CGI	
	Coefficiente de Correlação (ρ de spearman)	Valor P
Doméstico	-0.169	0.193
Ocupacional	-0.63	0.089
Transporte	-0.219	0.632
Lazer	-0.86	0.508
Atividade Física Total	-0.199	0.123

Legenda - CGI: Clinical Global Impression (Impressão Clínica Global)

DISCUSSÃO

A análise descritiva revelou que mais de 84% das gestantes atingiram a recomendação mínima de atividade física semanal segundo a OMS. Contudo, a prática esteve fortemente concentrada no domínio doméstico (mediana de 315 minutos/semana), enquanto lazer, transporte e trabalho apresentaram medianas de zero minutos. Esse padrão sugere que a atividade física ocorreu predominantemente em contextos de obrigação funcional, e não de lazer ou promoção da saúde. A partir da Teoria da Autodeterminação proposta por Deci e Ryan¹³ sabe-se que comportamentos motivados por pressões externas tendem a estar associados a menor satisfação e benefícios psicológicos, o que pode limitar o potencial positivo da atividade física sobre a saúde mental¹⁴ e até mesmo estar associado a desfechos negativos, por ser percebida como sobrecarga e fator estressante¹².

Evidências atuais da literatura demonstram de forma consistente que mulheres com menor nível socioeconômico tendem a concentrar sua prática de atividade física no ambiente doméstico, enquanto aquelas com maior renda e escolaridade têm mais acesso ao domínio de lazer^{15,16}. Os achados da amostra acompanham esse padrão e evidenciam a distribuição desigual dos domínios de atividade física entre gestantes. Diferentes estudos^{17,20} indicam que, mesmo quando uma parcela das mulheres atinge o tempo mínimo recomendado de atividade física durante a gestação, essa prática tende a se concentrar em atividades de menor intensidade ou ligadas ao cuidado doméstico, com pouca participação em espaços de lazer ou transporte. Um desses estudos, realizado em solo brasileiro²⁰ observou que o aumento de atividade física de lazer durante a gestação se restringiu entre as gestantes com maior escolaridade e renda. Em nosso estudo, a predominância do domínio doméstico e a escassa exploração dos outros domínios — lazer, transporte e trabalho — refletem um contexto de desigualdade social e limitação de escolha, onde a prática de atividade física muitas vezes está menos relacionada a promoção de saúde e mais associada a sobrecarga funcional.

Quanto às associações, um dos achados que se destacou foi a associação entre níveis mais elevados de atividade física no domínio doméstico e a presença de intercorrências obstétricas. As gestantes que apresentaram intercorrências moderadas a vigorosas apresentaram uma mediana de 420 minutos semanais nesse domínio, enquanto entre aquelas sem intercorrências, a mediana foi de 157,5 minutos. Esse dado lança luz sobre uma hipótese relevante: em contextos de pouca rede de apoio, a sobrecarga com tarefas domésticas pode representar um risco adicional para complicações na gestação — seja pelo esforço físico excessivo, seja pela dificuldade de garantir momentos de repouso adequados. Esse achado dialoga com a literatura recente, que vem apontando o domínio doméstico como um potencial fator de risco para desfechos adversos na gestação. Em um estudo longitudinal realizado com gestantes chinesas²³, observou-se que mulheres que mantiveram níveis elevados de atividade física doméstica ao longo de toda a gravidez apresentaram níveis mais altos de fadiga física e mental, mesmo após controle para variáveis de confusão. A fadiga, por sua vez, tem sido associada a um risco maior de morbidades gestacionais, partos cesáreos e depressão pós-parto²⁴ — o que reforça o peso da sobrecarga doméstica como fator de vulnerabilidade. Na mesma linha, uma pesquisa conduzida na Espanha²⁵ apontou que o excesso de atividade física relacionada ao trabalho — categoria que, em contextos de baixa renda, frequentemente se confunde com as tarefas domésticas — esteve associado a piores desfechos perinatais e também a indicadores negativos de saúde mental. Esses achados reforçam que o tipo, a intensidade e, sobretudo, o contexto em que a atividade física acontece são determinantes para seus efeitos. Quando

o movimento corporal se torna imposição, sem espaço para descanso ou autonomia, seus benefícios podem ser anulados — ou até mesmo se transformarem em fonte de desgaste. Isso também é reforçado por uma metanálise²¹ que identificou benefícios significativos da atividade física de lazer sobre a redução do risco de parto prematuro, mas não observou o mesmo efeito protetor em atividades domésticas ou de transporte.

Outro ponto que merece destaque são as barreiras enfrentadas por gestantes com transtornos psiquiátricos para se engajarem em atividades físicas de lazer. A literatura aponta que essas mulheres vivenciam dificuldades relacionadas à motivação, ao medo de julgamento, à baixa autoestima corporal, ao estigma e ao isolamento social^{18,19}. Esses obstáculos subjetivos se somam a barreiras estruturais — como a falta de espaços públicos adequados, escassez de tempo e dinheiro, ausência de suporte para o cuidado dos filhos e a dificuldade de acesso a profissionais qualificados. O resultado disso acaba sendo que atividade física do domínio do lazer é privilégio distante, com muitas barreiras de acesso.

Embora não tenham sido encontradas associações estatisticamente significativas entre os níveis de atividade física e a gravidade do transtorno mental, medida pela escala Clinical Global Impression (CGI), os dados da Tabela 5 apontam para tendências exploratórias relevantes, como a correlação negativa entre os domínios de lazer ($r = -0,86$) e ocupacional ($r = -0,63$) com a gravidade clínica. Tais achados sugerem que mulheres com menor gravidade podem se engajar mais em atividades prazerosas e estruturadas, enquanto aquelas com maior sofrimento permanecem restritas a atividades funcionais, como as domésticas. O pequeno tamanho amostral pode ter limitado o poder estatístico necessário para detectar associações mais sutis. Adicionalmente, é importante reconhecer as limitações do uso da CGI como medida de gravidade: apesar de útil na prática clínica por sua simplicidade e aplicabilidade, trata-se de uma medida global e subjetiva, que não capta nuances clínicas, presença de múltiplos diagnósticos ou variabilidade funcional. No contexto perinatal, em especial, sintomas como fadiga, ansiedade e retraimento social podem ter múltiplas origens e comprometer a interpretação da gravidade global, reduzindo a sensibilidade da CGI para identificar relações mais refinadas entre atividade física e saúde mental.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos nossos achados. O delineamento transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade, sendo as associações observadas limitadas a correlações pontuais. Isso é particularmente relevante nos achados em que se cogita a possibilidade de causalidade reversa, como no caso do DMG. Além disso, trata-se de uma amostra não probabilística composta por mulheres em acompanhamento em serviços de saúde mental, o que limita a generalização dos resultados.

Algumas limitações devem ser consideradas, incluindo o delineamento transversal do estudo, que impede inferências causais, e o uso do PPAQ, instrumento de autorrelato sujeito a vieses de memória e desejabilidade social^{26,27}, especialmente em populações com baixa escolaridade²⁸. A adoção de medidas objetivas, como acelerômetros, poderia contribuir para avaliações mais acuradas em estudos futuros.

Em conjunto, os achados apontam para um padrão de atividade física condicionado por determinantes sociais, estruturais e de gênero, mais do que por motivação autônoma. A

concentração do movimento no espaço doméstico, a baixa exploração de domínios como o lazer, e as múltiplas vulnerabilidades enfrentadas por essas gestantes — psiquiátricas, econômicas e de gênero — evidenciam a necessidade de políticas públicas que integrem a promoção de atividade física e o cuidado em saúde mental perinatal como prioridades interdependentes.

Conclusão

Os achados do presente estudo reforçam a necessidade de repensar a forma de avaliação da prática de atividade física, especialmente em populações vulneráveis. Mais do que somar minutos semanais ou estimar o gasto energético, é fundamental compreender o contexto e a motivação que impulsionam o movimento. Embora a maioria das gestantes com transtornos psiquiátricos tenha atingido a recomendação mínima de atividade física semanal, grande parte da prática ocorreu no domínio doméstico, caracterizado por exigência funcional e não por escolha autônoma. A literatura demonstra que os benefícios da atividade física para a saúde física e mental estão mais associados a práticas realizadas no lazer, enquanto a atividade doméstica, sob pressão, pode refletir sobrecarga e ausência de cuidado.

Esse grupo vivencia uma condição de invisibilidade tripla — por serem gestantes, por enfrentarem sofrimento psíquico e por estarem em situação socioeconômica vulnerável —, o que agrava ainda mais os obstáculos ao autocuidado. O estudo destaca também a relevância de abordagens descritivas para compreender realidades ainda pouco exploradas, oferecendo subsídios para novas investigações e para a formulação de políticas públicas mais sensíveis às vivências concretas dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313–327.
2. Wisner KL, Murphy C, Thomas MM. Prioritizing Maternal Mental Health in Addressing Morbidity and Mortality. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(5):521-526. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5648. PMID: 38381408.
3. Yuan M, Bedell S, de Vrijer B, Eastabrook G, Frisbee JC, Frisbee SJ. Highlighting the Mechanistic Relationship Between Perinatal Depression and Preeclampsia: A Scoping Review. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2022;3(1):850-866. doi:10.1089/whr.2022.0062.
4. Li H, Bowen A, Bowen R, Muhajarine N, Balbuena L. Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):583. doi:10.1186/s12884-021-04021-y.

5. Smith A, Twynstra J, Seabrook JA. Antenatal depression and offspring health outcomes. *Obstet Med.* 2020;13(2):55-61. doi:10.1177/1753495X19843015.
6. Loveland Cook CA, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Psychiatric Disorders and Treatment in Low-Income Pregnant Women. *Arch Womens Ment Health.* [dados de volume/páginas não informados].
7. Goodman JH. Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth.* 2009;36(1):60-69.
8. Dipietro L, Evenson KR, Bloodgood B, et al. Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(6):1292-1302. doi:10.1249/MSS.0000000000001941.
9. Shephard RJ. Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. *Br J Sports Med.* 2003;37(3):197–206. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsm.37.3.197>.
10. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health.* 2006;27:297–322. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100>.
11. Pratt M, Macera CA, Sallis JF, O'Donnell M, Frank LD. Economic interventions to promote physical activity: application of the SLOTH model. *Am J Prev Med.* 2004;27(3):136–145. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.06.015>.
12. White RL, Babic MJ, Parker PD, Lubans DR, Astell-Burt T, Lonsdale C. Domain-specific physical activity and mental health: a meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2017;52(5):653–666.
13. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: The Guilford Press; 2017. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>.
14. Meyer S, Grob A, Gerber M. No fun, no gain: The stress-buffering effect of physical activity on life satisfaction depends on adolescents' intrinsic motivation. *Psychol Sport Exerc.* 2021;52:102004. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.102004>.
15. Loch MR, Augusto NA, Souza BLS, Rufino JV, Carvalho FFB. Association between physical activity domains and depressive symptoms among Brazilian adults: does every move count? *Cad Saude Publica.* 2024;40(3):e00095723. doi:10.1590/0102-311XPT095723. PMID: 38477730; PMCID: PMC10929886.
16. Demissie Z, Siega-Riz AM, Evenson KR, Herring AH, Dole N, Gaynes BN. Physical activity during pregnancy and postpartum depressive symptoms. *Midwifery.* 2011;27(6):e211-e216. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.006>.
17. Sturgo S. Recent patterns of physical activity and sedentary behaviour among pregnant adults in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2022;44(11):1118-1125. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.11.011>.
18. Evenson KR, Savitz DA, Huston SL. Prevalence and correlates of objectively measured physical activity and sedentary behavior among US pregnant women. *Prev Med.* 2011;53(1-2):39-43. doi:10.1016/j.ypmed.2011.04.014.

19. Okafor UB, Goon DT, Monyeki KD. Physical activity level during pregnancy in South Africa: A facility-based cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):7928. doi:10.3390/ijerph17217928.
20. Rinaldi AE, Conde WL, Leal GV, Castro IR. Trend in physical activity patterns of pregnant women living in Brazilian capitals. *Rev Saude Publica*. 2022;56:4. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003300>.
21. Wen J, Xun P, Chen C, Quan M, Wang R, Liu Y, He K. Non-occupational physical activity during pregnancy and the risk of preterm birth: a meta-analysis of observational and interventional studies. *Sci Rep*. 2022;12:1739.
22. van der Waerden J, Nakamura A, Pryor L, Charles MA, El-Khoury F, Dargent-Molina P; on behalf of The EDEN Mother–Child Cohort Study Group. Domain-specific physical activity and sedentary behavior during pregnancy and postpartum depression risk in the French EDEN and ELFE cohorts. *Prev Med*. 2019;121:33-41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.02.012>.
23. Yan S, Jiang H, Yang Z, Tang X, Chen Z, Chen Z, Liu H, Zhang F. Physical activity trajectory during pregnancy and associations with maternal fatigue using a growth mixture modeling approach. *Sci Rep*. 2024 Jan 10;14(1):1020. doi:10.1038/s41598-024-51648-w. PMID: 38200232; PMCID: PMC10781982.
24. Baattaiah BA, Alharbi MD, Babteen NM, et al. The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: an emphasis on maternal mental health. *BMC Psychol*. 2023;11:10. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01043-3>.
25. González-Cazorla E, et al. Physical activity in work and leisure time during pregnancy, and its influence on maternal health and perinatal outcomes. *J Clin Med*. 2024;13(3):723. <https://doi.org/10.3390/jcm13030723>.
26. Sattler MC, Jaunig J, Watson ED, van Poppel MNM, Mokkink LB, Terwee CB, Dietz P. Physical activity questionnaires for pregnancy: a systematic review of measurement properties. *Sports Med*. 2018;48(10):2317-2346. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-0961-x>.
27. Terwee CB, Mokkink LB, van Poppel MNM, Chinapaw MJM, van Mechelen W, de Vet HCW. Qualitative attributes and measurement properties of physical activity questionnaires: a checklist. *Sports Med*. 2010;40(7):525-537. doi:10.2165/11531370-000000000-00000. PMID: 20545379.
28. Silva FT, Araujo Júnior E, Santana EF, Lima JW, Cecchino GN, Silva Costa FD. Translation and cross-cultural adaptation of the Pregnancy Physical Activity Questionnaire (PPAQ) to the Brazilian population. *Ceska Gynekol*. 2015;80(4):290-298. PMID: 26265417.

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



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética é responsável por assegurar os cuidados éticos da pesquisa com seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto de alguns fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais durante a gestação. Você está sendo convidada a participar deste estudo.

Ao participar do projeto, você fará uma avaliação psiquiátrica e psicológica, composta por entrevista e alguns questionários. A entrevista e o preenchimento dos questionários não envolvem maiores riscos e levará em torno de 40 minutos. Algumas perguntas podem trazer algum desconforto e você tem a liberdade de não as responder. Uma parte dessa avaliação será repetida próximo da sua alta hospitalar. Além disso, alguns dados poderão ser coletados diretamente do seu prontuário hospitalar. O seu nome será mantido em sigilo pelos pesquisadores, sendo estes dados utilizados apenas para esta pesquisa.

Eu, _____, fui informada dos objetivos especificados acima e da justificativa desta pesquisa, de forma detalhada e clara. Recebi informações específicas sobre cada procedimento, dos desconfortos e riscos previstos, tanto dos benefícios esperados. Todas minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disso, sei que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa de acordo com estas informações e a qualquer momento do estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu atendimento.

O profissional _____ certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial, sem identificação do paciente.

Este documento foi elaborado em 2 vias, uma ficará com você e outra ficará arquivada com o pesquisador. Em caso de dúvidas, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: Dra. Juliana Scherer ou Dr. Lucas Primo de Carvalho Alves pelos telefones 35911122 - ramal 1270 ou 3289-3151, ou presencialmente no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, localizado na avenida Independência, número 661, bairro Independência, Porto Alegre (CEP 90035074).

_____, _____ de _____ de 2022.

Nome da Participante

Assinatura da Participante

Juliana Scherer
pesquisadora

CEP – UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em 20/06/2022

ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Código de identificação da participante de pesquisa [][][][]

Coletador: _____ Data da aplicação: ____/____/____

Prezada participante, nesse questionário, iremos fazer algumas perguntas para sabermos das suas características demográficas, como a sua idade e renda.

Vamos iniciar com algumas perguntas gerais sobre você:

1. Qual o dia, mês e ano do seu nascimento?	____/____/____
2. Qual sexo consta na sua certidão de nascimento?	1 ☐ Feminino 2 ☐ Masculino
3. Com qual gênero você se identifica? Lembrando que se for o mesmo designado no seu nascimento, sua categoria é cis.	1 ☐ Homem Cis 2 ☐ Mulher Cis 3 ☐ Homem Trans 4 ☐ Mulher Trans 5 ☐ Não-binário 6 ☐ Outros _____
4. Qual a sua orientação sexual?	1 ☐ Heterossexual 2 ☐ Homossexual 3 ☐ Bissexual 4 ☐ Outros _____
5. Qual cor ou raça você é?	1 ☐ Branco 2 ☐ Preta 3 ☐ Parda 4 ☐ Amarela 5 ☐ Indígena
6. Qual seu estado civil?	1 ☐ Solteiro(a) 2 ☐ Casado(a) 3 ☐ Com companheiro(a) 4 ☐ Viúvo(a) 5 ☐ Outro
7. Com quem você mora?	1 ☐ Sozinho(a) 2 ☐ Com ambos os pais 3 ☐ Com um dos pais 4 ☐ Com outro familiar

	5 ☐ Com esposo(a)/companheiro(a) 6 ☐ Com colegas/amigos/etc.
8. Você está trabalhando atualmente? <i>Obs: Para participantes internadas, considerar antes da internação</i>	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Você tem filhos?	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9.1 Se sim q.9, quantos?	1 ☐ 1 2 ☐ 2 3 ☐ 3 4 ☐ 4 5 ☐ 5 ou mais
9.2 Se sim q.9, ele(s) mora(m) com você?	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Qual é a sua religião?	1 ☐ Católico (Catolicismo) 2 ☐ Protestante (Anglicano, Luterano, Metodista, Presbiteriano, Batista) 3 ☐ Evangélico (Assembleia de Deus, Deus é Amor, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino De Deus, Universal da Graça etc) 4 ☐ Espírita (Espiritismo Kardecista) 5 ☐ Religiosidade africana (Umbanda, Candomblé) 6 ☐ Agnóstico (Com crença mas sem nenhuma denominação religiosa) 7 ☐ Ateu (Sem crença nem denominação religiosa) 8 ☐ Islamismo 9 ☐ Budismo 10 ☐ Outra religião? Qual _____ .
11. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	0 ☐ Nunca 1 ☐ Mais do que uma vez por semana 2 ☐ Uma vez por semana 3 ☐ Duas a três vezes por semana 4 ☐ Algumas vezes por ano 5 ☐ Uma vez por ano ou menos
Agora por favor responda algumas perguntas sobre sua família e sobre a sua casa:	
12. Até que série o chefe da sua família estudou? (Entende-se por chefe da família pessoa com maior renda)	1 ☐ Analfabeto / Fundamental I incompleto 2 ☐ Fundamental I completo / Fundamental II incompleto 3 ☐ Fundamental II completo / Médio incompleto 4 ☐ Médio completo / Superior incompleto 5 ☐ Superior completo

13. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio de sua família. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. Quantos dos itens abaixo a sua família possui em casa?

Itens	Nenhum	1	2	3	4 ou mais
Banheiros	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Empregados domésticos (não inclui diarista)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Automóveis	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Microcomputador (notebook ou computador de mesa)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Lava louça	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Geladeira	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Freezer ou Duplex	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Lava roupa	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
DVD	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Micro-ondas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Motocicleta	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Secadora roupa	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

14. Considerando o trecho da rua do domicílio da sua família, você diria que a rua é:

1 ☐ Asfaltada/Pavimentada
2 ☐ Terra/Cascalho

15. A água utilizada no domicílio de sua família é proveniente de?

1 ☐ Rede geral de distribuição
2 ☐ Poço ou nascente
3 ☐ outro meio. Qual _____

Agora por favor responda algumas perguntas seus hábitos e condições gerais de saúde:

16. Com que frequência você pratica atividades físicas (caminhadas, esportes, academia)?

0 ☐ Nunca
1 ☐ Uma vez na semana
2 ☐ Duas vezes na semana
3 ☐ Três vezes na semana
4 ☐ 4 a 5 vezes na semana
5 ☐ 6 vezes ou mais na semana

17. Durante o ÚLTIMO MÊS, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?

1 ☐ Muito bom
2 ☐ Bom
3 ☐ Ruim
4 ☐ Muito Ruim

18. No ÚLTIMO MÊS, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir?

1 ☐ Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia)

	2 ☐ Uma vez no mês 3 ☐ Uma ou duas vezes por semana 4 ☐ Três ou mais vezes por semana																																																				
19. Nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, com que frequência você teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?	1 ☐ Nenhum dia 2 ☐ Menos da metade dos dias 3 ☐ Mais da metade dos dias 4 ☐ Quase todos os dias																																																				
20. Algum médico já lhe disse que você tem/teve:																																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Não</th><th>Sim</th><th>Não sei</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Hipertensão arterial ou Pressão alta</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>b) Asma/bronquite asmática/bronquite</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>c) Doenças do coração</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>d) Colesterol elevado (e/ou triglicérides elevado)</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>e) Diabetes ou açúcar elevado no sangue</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>f) Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>g) Infecção sexualmente transmissível</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>h) Depressão</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>i) Ansiedade</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>k) Cálculo renal ou urolíase ("pedra" no aparelho urinário)</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>l) Alguma outra doença</td><td>0 ☐</td><td>1 ☐</td><td>8 ☐</td></tr> <tr> <td>m) Caso sim, Qual _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Não	Sim	Não sei	a) Hipertensão arterial ou Pressão alta	0 ☐	1 ☐	8 ☐	b) Asma/bronquite asmática/bronquite	0 ☐	1 ☐	8 ☐	c) Doenças do coração	0 ☐	1 ☐	8 ☐	d) Colesterol elevado (e/ou triglicérides elevado)	0 ☐	1 ☐	8 ☐	e) Diabetes ou açúcar elevado no sangue	0 ☐	1 ☐	8 ☐	f) Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo	0 ☐	1 ☐	8 ☐	g) Infecção sexualmente transmissível	0 ☐	1 ☐	8 ☐	h) Depressão	0 ☐	1 ☐	8 ☐	i) Ansiedade	0 ☐	1 ☐	8 ☐	k) Cálculo renal ou urolíase ("pedra" no aparelho urinário)	0 ☐	1 ☐	8 ☐	l) Alguma outra doença	0 ☐	1 ☐	8 ☐	m) Caso sim, Qual _____			
	Não	Sim	Não sei																																																		
a) Hipertensão arterial ou Pressão alta	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
b) Asma/bronquite asmática/bronquite	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
c) Doenças do coração	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
d) Colesterol elevado (e/ou triglicérides elevado)	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
e) Diabetes ou açúcar elevado no sangue	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
f) Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
g) Infecção sexualmente transmissível	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
h) Depressão	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
i) Ansiedade	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
k) Cálculo renal ou urolíase ("pedra" no aparelho urinário)	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
l) Alguma outra doença	0 ☐	1 ☐	8 ☐																																																		
m) Caso sim, Qual _____																																																					

ANEXO C - PREGNANCY PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (PPAQ)

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA NA GRAVIDEZ (PPAQ)

GESTANTE NÚMERO: _____ (deixar em branco, a pesquisadora preencherá esse campo)

INSTRUÇÕES GERAIS:

- Usar lápis preto, número 2.
- Cada questão com suas respostas será lida em voz alta, pela pesquisadora.
- Depois disso, você deverá escolher a resposta com o tempo que, em média, corresponde ao tempo gasto para realizar as atividades de cada questão.
- Você deve preencher completamente o quadrado da resposta escolhida. - Se você tiver algum comentário, por favor escreva no final do questionário.
- É importante que você seja honesta em suas respostas.
- Lembre-se: não existem respostas certas ou erradas, nós apenas queremos saber o quanto você gastou de tempo nas atividades que você realizou (ou está realizando) neste trimestre da gravidez.

- QUESTÕES GERAIS

1. Data de hoje: Dia _____ Mês _____ Ano _____
2. Qual foi a data do primeiro dia da sua última menstruação?
Dia _____ Mês _____ Ano _____ ☐ Eu não sei:
3. Qual a data provável do seu parto?
Dia _____ Mês _____ Ano _____ ☐ Eu não sei:

- ATIVIDADES DOMÉSTICAS

DURANTE ESTE TRIMESTRE, quando você NÃO ESTÁ NO TRABALHO, quanto tempo você gastou em média com as seguintes atividades:

4. Preparando refeições (cozinhando, colocando a mesa, lavando louças)
 - ☐ Não fiz essa atividade
 - ☐ Menos que meia hora por dia
 - ☐ De meia a 1 hora por dia
 - ☐ De 1 a 2 horas por dia
 - ☐ De 2 a 3 horas por dia
 - ☐ Mais que 3 horas por dia
5. Dar banho, vestir e alimentar criança enquanto você está sentada
 - ☐ Não fiz essa atividade
 - ☐ Menos que meia hora por dia
 - ☐ De meia a 1 hora por dia
 - ☐ De 1 a 2 horas por dia
 - ☐ De 2 a 3 horas por dia

☐ Mais que 3 horas por dia

6. Dar banho, vestir e alimentar criança enquanto você está na posição de pé

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

7. Brincar com crianças enquanto você está de pé ou sentada

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

8. Brincar com crianças enquanto você está caminhando ou correndo

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

9. Carregar crianças

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

10. Cuidar de um adulto mais velho

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

11. Sentar e usar um computador ou escrever quando você não está no trabalho

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

12. Assistir TV ou um vídeo

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia hora a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 4 horas por dia
- ☐ De 4 a 6 horas por dia
- ☐ Mais que 6 horas por dia

13. Sentar e ler, conversar ou falar no telefone, enquanto não está no trabalho

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia hora a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 4 horas por dia
- ☐ De 4 a 6 horas por dia
- ☐ Mais que 6 horas por dia

14. Brincar com animais de estimação

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

15. Realizar limpeza leve (arrumar camas, lavar roupas, passar a ferro, colocar lixo fora de casa)

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

16. Fazer compras (de alimentos, de roupas ou outros itens)

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais que 3 horas por dia

17. Realizar limpeza mais pesada (aspirar pó, esfregar e/ou varrer chão, lavar janelas)

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

18. Aparar grama dirigindo um cortador de grama

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

19. Cortar grama usando um cortador manual, um ancinho (ciscador) ou outro equipamento de jardinagem

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

- ATIVIDADES DE TRANSPORTE

Durante este trimestre, quanto tempo você gastou em média para:

20. Ir a lugares (para o ponto de ônibus, para o trabalho ou escola e outros lugares), caminhando devagar. **Não considerar locomoção para diversão ou prática de exercício**

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais de 3 horas por dia

21. Ir a lugares (para o ponto de ônibus, para o trabalho ou escola e outros lugares), caminhando mais rápido. **Não considerar locomoção para diversão ou prática de exercício**

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais de 3 horas por dia

22. Dirigir carro ou ônibus

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ De meia a 1 hora por dia
- ☐ De 1 a 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 3 horas por dia
- ☐ Mais de 3 horas por dia

23. Diversão ou prática de exercício, caminhando devagar

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

24. Diversão ou prática de exercício, caminhando mais rápido

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

25. Diversão ou prática de exercício, caminhando mais rápido numa subida

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

25. Correr num ritmo lento (trotar)

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

26. Aulas de exercícios no pré-natal

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

26. Nadar

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana

- Você faz outras atividades para diversão (ou lazer) ou pratica outros tipos de exercício? Se sim, por favor escreva quais são essas atividades nas duas questões seguintes:

30.

(escrever o nome da atividade)

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

31.

(escrever o nome da atividade)

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

Por favor, se você tem trabalho remunerado (recebe salário), se trabalha como voluntário ou se estuda, preencha a próxima sessão.

Se não trabalha ou não estuda, você NÃO PRECISA COMPLETAR ESTA ÚLTIMA SESSÃO.

- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

27. Dançar

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por semana
- ☐ De meia a 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 2 horas por semana
- ☐ De 2 a 3 horas por semana
- ☐ Mais de 3 horas por semana

- ATIVIDADES NO TRABALHO [ou na ESCOLA]

Durante este trimestre, quanto tempo você gastou em média com as seguintes atividades:

32. Trabalhando ou durante a aula, na posição sentada

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ Meia hora - 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 4 horas por dia
- ☐ De 4 a 6 horas por dia
- ☐ Mais que 6 horas por dia

33. Em pé ou caminhando devagar no trabalho, enquanto carrega coisas (mais pesadas que um galão ou jarra de leite)

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ Meia hora - 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 4 horas por dia
- ☐ De 4 a 6 horas por dia
- ☐ Mais que 6 horas por dia

34. Em pé ou caminhando devagar no trabalho sem carregar nada

- ☐ Não fiz essa atividade
- ☐ Menos que meia hora por dia
- ☐ Meia hora - 2 horas por dia
- ☐ De 2 a 4 horas por dia

☐ De 4 a 6 horas por dia

☐ Mais que 6 horas por dia

35. Caminhando rapidamente no trabalho enquanto carrega coisas (mais pesadas que um galão de ou jarra de leite)

☐ Não fiz essa atividade

☐ Menos que meia hora por dia

☐ Meia hora - 2 horas por dia

☐ De 2 a 4 horas por dia

☐ De 4 a 6 horas por dia

☐ Mais que 6 horas por dia

36. Caminhando rapidamente no trabalho sem carregar nada

☐ Não fiz essa atividade

☐ Menos que meia hora por dia

☐ Meia hora - 2 horas por dia

☐ De 2 a 4 horas por dia

☐ De 4 a 6 horas por dia

☐ Mais que 6 horas por dia

COMENTÁRIOS

ANEXO D - ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL (CGI)

Considerando sua experiência com este tipo de problema, qual o grau de severidade da doença deste paciente no momento?

- 0. () Não avaliado
- 1. () Não está doente
- 2. () Muito leve
- 3. () Leve
- 4. () Moderada
- 5. () Acentuada
- 6. () Grave
- 7. () Extremamente grave

ANEXO E - STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-5 DISORDERS

FOLHA DE RESPOSTAS SCID-5-CV

ID do paciente:

Residente que aplicou:

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Legenda: (-) ausente ou informação subliminar (+) presente (NA) não avaliado

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL

A1	-	+	
A2	-	+	
A3	-	+	NA
A4	-	+	NA
A5	-	+	NA
A6	-	+	NA
A7	-	+	NA
A8	-	+	NA
A9	-	+	NA
A10	NÃO	SIM	NA
A11	-	+	NA
A12	NÃO Diagnóstico: Transtorno depressivo devido a OCM ou induzido por SPAs	SIM Primário! Episódio depressivo maior atual	NA
A13	Mês:	Ano:	NA
A14	()	99	NA

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR

A15	-	+	NA
A16	-	+	NA

A17	-		+	NA
A18	-		+	NA
A19	-		+	NA
A20	-		+	NA
A21	-		+	NA
A22	-		+	NA
A23	-		+	NA
A24	NÃO		SIM	NA
	SIM	NÃO		
A25	-		+	NA
	SIM	NÃO		
A26	NÃO Diagnóstico: transtorno depressivo devido a OCM ou induzido por SPAs		SIM Primário! Episódio depressivo maior anterior.	NA
	SIM	NÃO		
A27	Mês:		Ano:	NA
A28	()		99	NA

EPISÓDIO MANÍACO ATUAL

A29	-	+		
		Elevado ()	Irritável ()	
A30	-	+		NA
A31	-	+		NA
A32	-	+		NA
A33	-	+		NA
A34	-	+		NA
A35	-	+		NA
A36	-	+		NA
A37	-	+		NA
A38	NÃO	SIM		NA
A39	-	+		NA

A40	NÃO Diagnóstico: transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por SPAs	SIM Primário! Episódio maniaco atual	NA
-----	---	--	----

EPISÓDIO HIPOMANIACO ATUAL

A41	-	+	
A42	-	+	NA
A43	-	+	NA
A44	-	+	NA
A45	-	+	NA
A46	-	+	NA
A47	-	+	NA
A48	-	+	NA
A49	NÃO	SIM	NA
A50	-	+	NA
A51	-	+	NA
A52	-	+	NA
A53	NÃO Diagnóstico: transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por SPAs.	SIM Primário. Episódio hipomaniaco atual.	NA

EPISÓDIO MANÍACO ANTERIOR

A54	-	+	
A55	-	+	NA
A56	-	+	NA
A57	-	+	NA
A58	-	+	NA
A59	-	+	NA
A60	-	+	NA
A61	-	+	NA
A62	-	+	NA
A63	NÃO	SIM	NA

	SIM	NÃO		
A64	-		+	NA
	SIM	NÃO		
A65	NÃO Diagnóstico: transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por SPAs.		SIM Primário. Episódio maniaco anterior	NA
	SIM	NÃO		

EPISÓDIO HIPOMANIACO ANTERIOR

A66	-		+	NA
A67	-		+	NA
A68	-		+	NA
A69	-		+	NA
A70	-		+	NA
A71	-		+	NA
A72	-		+	NA
A73	-		+	NA
A73B	NÃO		SIM	NA
	SIM	NÃO		
A74	-		+	NA
	SIM	NÃO		
A75	-		+	NA
	SIM	NÃO		

A76	-		+	NA
A77	NÃO Diagnóstico: transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por SPAs.		SIM Primário. Episódio hipomaniaco anterior.	NA
	SIM	NÃO		

TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE

A78	-		+	NA
-----	---	--	---	----

A79	-	+	NA
A80	-	+	NA
A81	-	+	NA
A82	-	+	NA
A83	-	+	NA
A84	-	+	NA
A85	NÃO	SIM	NA
A86	-	+	NA
A87	-	+	NA
A88	-	+	NA
A89	- Diagnóstico: transtorno depressivo devido a OCM ou induzido por SPAs	+ Primário.	NA
A90	-	+ Diagnóstico: transtorno depressivo persistente (atual).	NA

A. SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS
--

B1	-	+	NA
B2	-	+	NA
B3	-	+	NA
B4	-	+	NA
B5	-	+	NA
B6	-	+	NA
B7	-	+	NA
B8	-	+	NA
B9	-	+	NA
B10	-	+	NA
B11	-	+	NA
B12	-	+	NA

B13	-	+	NA
B14	-	+	NA
B15	-	+	NA
B16	-	+	NA
B17	-	+	NA
B18	-	+	NA
B19	-	+	NA
B20	-	+	NA
B21	-	+	NA
B22	-	+	NA
B23	-	+	NA
		- possivelmente/definitivamente secundário	
B24	-	+	NA
		- possivelmente/definitivamente secundário	

C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS

C1	SIM	NÃO	NA
C2	SIM	NÃO	NA
C3	SIM	NÃO	NA
C4	SIM	NÃO	NA
C5	SIM	NÃO	NA
C6	SIM Esquizofrenia.	NÃO Diagnóstico: Transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por SPAs.	NA

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME

C7	SIM	NÃO	NA
C8	SIM Transtorno Esquizofreniforme.	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por SPAs.	NA

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

C9	SIM	NÃO	NA
C10	SIM	NÃO	NA
C11	SIM	NÃO	NA
C12	SIM Transtorno Esquizoafetivo.	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por SPAs.	NA

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DELIRANTE

C13	SIM	NÃO	NA
C14	SIM	NÃO	NA
C15	SIM	NÃO	NA
C16	SIM	NÃO	NA
C17	SIM	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por substância.	NA
C18	SIM Transtorno delirante	NÃO	NA

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE

C19	SIM	NÃO	NA
C20	SIM	NÃO	NA
C21	SIM Transtorno psicótico breve.	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por substância.	NA

OUTRO TRANSTORNO PSICÓTICO ESPECIFICADO

C22	SIM	NÃO	NA
C23	SIM	NÃO	NA
C24	SIM Outro transtorno psicótico especificado.	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por substância.	NA

CRONOLOGIA DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS

C25	NÃO História médica anterior Diagnóstico: Esquizofrenia	SIM Atual Diagnóstico: Esquizofrenia	NA
C26	NÃO História médica anterior Diagnóstico: Esquizofreniforme	SIM Atual Diagnóstico: Esquizofreniforme	NA
C27	NÃO História médica anterior Diagnóstico: Esquizaafetivo tipo bipolar () ou tipo depressivo ()	SIM Atual Diagnóstico: Esquizaafetivo tipo bipolar () ou tipo depressivo ()	NA
C28	NÃO História médica anterior Diagnóstico: T. Delirante	SIM Atual Diagnóstico: T. Delirante	NA

C29	NÃO História médica anterior Diagnóstico: T. Psicótico breve	SIM Atual Diagnóstico: T. Psicótico breve	NA
C30	NÃO História médica anterior Diagnóstico: Outro transtorno de espectro da esquizofrenia especificado/não especificado () ou outro transtorno psicótico ()	SIM Atual Diagnóstico: Outro transtorno de espectro da esquizofrenia especificado/não especificado () ou outro transtorno psicótico ()	NA

D. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNOS DO HUMOR

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I

D2	SIM	NÃO	NA
----	-----	-----	----

D3	SIM Transtorno bipolar tipo I 1 maníaco () 2 depressivo maior () 3 hipomaniaco () 4 não especificado ()	NÃO	NA
----	---	-----	----

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II

D4	SIM	NÃO	NA
D5	SIM	NÃO	NA
D6	SIM	NÃO	NA
D7	SIM Transtorno bipolar tipo II 1 hipomaniaco () 2 depressivo maior ()	NÃO	NA

OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR ESPECIFICADO (Incluindo transtorno ciclotímico)

D8	SIM	NÃO	NA
D9	SIM	NÃO	NA
D10	SIM Outro transtorno bipolar especificado	NÃO Diagnóstico: Transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por substância.	NA

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

D11	SIM	NÃO	NA
D12	SIM	NÃO	NA
D13	SIM Transtorno depressivo maior 1 episódio único () 2 recorrente ()	NÃO Um transtorno bipolar deveria ter sido previamente diagnosticado.	NA

OUTRO TRANSTORNO DEPRESSIVO ESPECIFICADO

D14	SIM	NÃO	NA
D15	SIM	NÃO	NA
D16	SIM Outro transtorno depressivo especificado	NÃO Diagnóstico: Transtorno depressivo devido a OCM ou induzido por substância/medicamento	NA

CRONOLOGIA DE TRANSTORNOS BIPOLARES

D17	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo I Ep. maníaco mais recente em remissão parcial () Ep. maníaco mais recente em remissão completa ()	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo I Ep. maníaco atual leve () Ep. maníaco atual moderado () Ep. maníaco atual grave () Ep. maníaco atual com características psicóticas ()	NA
D18	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo I Ep. depressivo mais recente em remissão parcial () Ep. depressivo mais recente em remissão completa ()	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo I Ep. depressivo atual leve () Ep. depressivo atual moderado () Ep. depressivo atual grave () Ep. depressivo atual com características psicóticas ()	NA
D19	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo I Ep. hipomaniaco mais recente em remissão parcial () Ep. hipomaniaco mais recente em remissão completa ()	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo I Ep. hipomaniaco atual ()	NA
D20	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo I. Ep. mais recente não especificado ()	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo I Ep. atual não especificado ()	NA
D21	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo II Ep. hipomaniaco mais recente em remissão parcial () Ep. hipomaniaco mais recente em remissão completa ()	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo II Ep. hipomaniaco atual ()	NA
D22	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo II Ep. depressivo mais recente em remissão parcial () Ep. depressivo mais recente em remissão completa ()	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo II Ep. depressivo atual leve () Ep. depressivo atual moderado () Ep. depressivo atual grave ()	NA

		Ep. depressivo atual com características psicóticas ()	
D23	NÃO História médica anterior Diagnóstico: outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado (ou não especificado)	SIM Atual Diagnóstico: outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado (ou não especificado)	NA

CRONOLOGIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

D24	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TDM Ep. único em remissão parcial () Ep. recorrente em remissão parcial () Ep. único remissão completa () Ep. recorrente em remissão completa ()	SIM Atual Diagnóstico: TDM Ep. único leve () Ep. recorrente leve () Ep. único moderado () Ep. recorrente moderado () Ep. único grave () Ep. recorrente grave () Ep. único c/ características psicóticas () Ep. recorrente c/ características psicóticas ()	NA
D25	NÃO História médica anterior Diagnóstico: outros transtorno depressivo especificado (ou não especificado)	SIM Atual Diagnóstico: outros transtorno depressivo especificado (ou não especificado)	NA

E. TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Transtorno por uso de ÁLCOOL

E2	-	+	NA
E3	-	+	NA
E4	-	+	NA
E5	-	+	NA
E6	-	+	NA
E7	-	+	NA
E8	-	+	NA

E9	-	+	NA
E10	-	+	NA
E11	-	+	NA
E12	-	+	NA
E13	NÃO	SIM Transtorno por uso de álcool Leve () Moderado () Grave ()	NA

Transtorno por uso de substâncias NÃO ALCOÓLICAS

E15	SIM. Especifique:	NÃO	NA
E16	SIM. Especifique:	NÃO	NA
E17	SIM. Especifique:	NÃO	NA
E18	SIM. Especifique:	NÃO	NA
E19	SIM. Especifique:	NÃO	NA
E20	SIM. Especifique:	NÃO	NA
E21	SIM. Especifique:	NÃO	NA
E22	SIM. Especifique:	NÃO	NA

	Se for droga ilícita ou recreativa: Você usou pelo menos 6x durante os últimos 12 meses? (sim) (não) Durante o último ano, quando usou mais? Quanto tempo durou? Frequência usada? Quanto utilizou? Causou problema? Alguém fez objeção?		NA
	Se for um medicamento prescrito ou vendido sem prescrição: Nos últimos 12 meses, você ficou viciado ou se tornou dependente? (sim) (não) Você já tomou mais que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? (sim) (não) Já teve que consultar mais de um médico para garantir que não ficaria sem o medicamento? (sim) (não)		
	No limiar ou acima dele		Padrão
E15a	SIM	NÃO	
E16a	SIM	NÃO	
E17a	SIM	NÃO	
E18a	SIM	NÃO	
E19a	SIM	NÃO	

E20a	SIM	NÃO	
E21a	SIM	NÃO	
E22a	SIM	NÃO	

Transtorno por uso de substâncias não alcoólicas nos últimos 12 meses

E24	-	+	NA
E25	-	+	NA
E26	-	+	NA
E27	-	+	NA
E28	-	+	NA
E29	-	+	NA
E30	-	+	NA
E31	-	+	NA
E32	-	+	NA
E33	-	+	NA
E34	-	+	NA
E35	SIM	NÃO	NA
E36	T. sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	Leve () Moderado () Grave ()	NA Especifique:
	T. cannabis	Leve () Moderado () Grave ()	
	T. estimulantes	Leve () Moderado () Grave ()	
	T. opioides	Leve () Moderado () Grave ()	
	T. feniclidina e relacionadas	Leve () Moderado () Grave ()	
	T. outros alucinógenos	Leve () Moderado () Grave ()	
	T. inalantes	Leve () Moderado () Grave ()	
	T. outra substancia ou desconhecida	Leve () Moderado () Grave ()	

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL
--

	G10	G11	G12
Tipo de evento:	Evento 1	Evento 2	Evento 3
- morte, episódio concreto	☐	☐	☐
- morte, ameaça	☐	☐	☐
- lesão grave, episódio concreto	☐	☐	☐
- lesão grave, ameaça	☐	☐	☐
- violência sexual, episódio concreto	☐	☐	☐
- violência sexual, ameaça	☐	☐	☐
Modo de exposição ao evento:			
- diretamente experimentado	☐	☐	☐
- testemunhou pessoalmente um evento que aconteceu com outras pessoas	☐	☐	☐
- ficou sabendo de um evento sofrido por um parente ou amigo próximo	☐	☐	☐
- exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos dos eventos	☐	☐	☐
Idade no momento do evento:			
- Evento único	☐	☐	☐
- Exposição repetida ou prolongada	☐	☐	☐

G13	-	+		NA
G14	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G15	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G16	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G17	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G18	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G19	NÃO	SIM	Critério B satisfeito no último mês? (sim) (não)	NA
G20	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G21	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G22	NÃO	SIM	Critério C satisfeito no último mês? (sim) (não)	NA
G23	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G24	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G25	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G26	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G27	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G28	-	+	no último mês? (-) (+)	NA

G29	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G30	NÃO	SIM	Critério D satisfeito no último mês? (sim) (não)	NA
G31	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G32	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G33	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G34	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G35	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G36	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G37	NÃO	SIM	Critério E satisfeito no último mês? (sim) (não)	NA
G38	-	+	+	NA
G39	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
G40	NÃO	SIM		NA
G41	NÃO TEPT	SIM Transtorno de estresse pós-traumático.		NA

ANEXO F - CERTIFICADOS E PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DURANTE O MESTRADO

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=7822895>



Certificamos que o trabalho

BARREIRAS AO ACESSO À SAÚDE MENTAL EM MULHERES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS GRAVES NA GESTAÇÃO

dos autores: FRANCIELE SOUZA SANTOS; MURILO SANTOS DE CARVALHO; VANESSA GORNIAC DE OLIVEIRA; GABRIELA GARCIA FERREIRA; BARBARA FERREIRA ALTHOFF; RAFAEL LOPES ATAÍDES DE OLIVEIRA; LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES; JULIANA NICTERWITZ SCHERER, foi apresentado na modalidade Roda de conversa, no 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde ocorrido de 03 a 06 de novembro de 2024.
06 de novembro de 2024

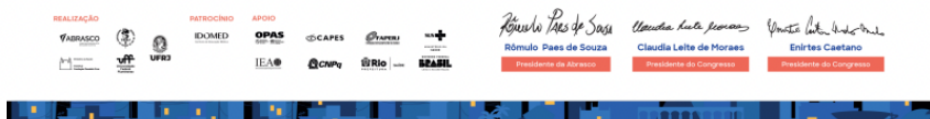
Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=7513102>



Certificamos que o trabalho

IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS AO ACESSO À SAÚDE EM GESTANTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

dos autores: JULIANA NICTERWITZ SCHERER; FRANCIELE SOUZA SANTOS; VANESSA GORNIAC; BÁRBARA ALTHOFF; RAFAEL LOPES; GABRIELA GARCIA; LUCAS PRIMO, foi apresentado na modalidade Pôster dialogado, no 12º Congresso Brasileiro de Epidemiologia ocorrido de 24 a 27 de novembro de 2024.
27 de novembro de 2024





Certificado

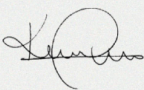
Certificamos que

que o trabalho intitulado **“MATERNIDADE E SAÚDE MENTAL: DESCONSTRUINDO MITOS E PROMOVENDO UM CUIDADO BASEADO EM EVIDÊNCIAS”** de autoria de **“BRUNA GERHARDT, RAFAEL LOPES, CAMILA ZIMMER, BÁRBARA ALTHOFF”**, foi apresentada na Sessão de **MESAS REDONDAS** durante o **XVII Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas**, realizado no período de 25 a 28 de março de 2025.

Florianópolis SC, 28 de março 2025




Angela Donato Oliva
 Presidente da Federação
 Brasileira de Terapias
 Cognitivas e do XVII CBTC 2025


Karen Szupszynski
 Coordenadora Científica
 do XVII CBTC 2025

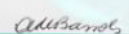
JORNADA CELG 2024 **CONEXÕES E DESCONEXÕES:**
 DO COTIDIANO ÀS CATÁSTROFES
 05 a 07 de setembro
 Wish Serrano | Gramado - RS

CERTIFICADO

Conferido pela Centro de Estudos Luis Guedes

Pela apresentação do trabalho intitulado **CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE MULHERES GESTANTES INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EXCLUSIVAMENTE FEMININA**, dos autores **GABRIELA GARCIA FERREIRA, VANESSA GORNIAC DE OLIVEIRA, BARBARA FERREIRA ALTHOFF, RAFAEL LOPES ATAÍDES DE OLIVEIRA, FRANCIELE SOUZA SANTOS, JULIANA NICHTERWITZ SCHERER, LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES**, na modalidade **PÔSTER**, na área **Psiquiatria Clínica**, durante a **Jornada CELG 2024**, ocorrido no período 05 a 07 de setembro de 2024, no Centro de Convenções do Hotel Wish Serrano em Gramado/RS.

Gramado, 07 de setembro de 2024.


Dra. Ana Margareth Siqueira Bassols
 Presidente CELG | Gestão 2023/2024


Dr. Marcelo Schmitz
 Diretor Científico | Gestão 2023/2024

Realização

