



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CLARISSA DE SOUZA RIBEIRO MARTINS

**Comparação de dois instrumentos para rastreamento da depressão gestacional em
uma amostra de adolescentes grávidas na cidade de Pelotas, RS**

PELOTAS
2014

CLARISSA DE SOUZA RIBEIRO MARTINS

**Comparação de dois instrumentos para rastreamento da depressão gestacional em
uma amostra de adolescentes grávidas na cidade de Pelotas, RS**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde e
Comportamento da Universidade
Católica de Pelotas como requisito
parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador : Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho
Coorientadora : Prof^ª. Dra. Janaína Vieira dos Santos Motta

PELOTAS
2014

**Comparação de dois instrumentos para rastreamento da depressão gestacional em
uma amostra de adolescentes grávidas na cidade de Pelotas, RS**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Patrícia Portantiolo Manzolli
Universidade Federal de Pelotas, UFPel

Prof^a. Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro
Universidade Católica de Pelotas, UCPel

Orientador – Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho
Universidade Católica de Pelotas, UCPel

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha *Mãe*, pelo apoio carinhoso
e incondicional diante das minhas escolhas;
ao meu querido *Pai* (saudades eternas)...
Ao meu marido *Elvis* pelo companheirismo e
compreensão de minhas ausências;
e a minha querida *Vó Cláudia*, por toda força e carinho.

Agradecimento

Primeiro, gostaria de agradecer a Deus por guiar e iluminar meus passos, com força e tranquilidade para seguir em frente sempre com meus objetivos, e não desanimar diante das dificuldades.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho, que com sua calma, conhecimento e competência soube direcionar este trabalho da melhor maneira possível.

À minha coorientadora, Prof^a. Dra. Janaína V. dos Santos Motta, que com seu conhecimento científico contribuiu muito para a realização deste trabalho. Obrigada Jana, pelos conselhos, orientações e pela amizade.

Às secretarias do PPGSC, Ariadne e Flávia, por sua dedicação e presteza.

Aos professores do PPGSC por sua dedicação e conhecimento transmitidos.

Aos bolsistas de iniciação científica que incansavelmente participaram deste trabalho, desde a coleta, até a digitação dos dados.

As instituições que fomentaram a presente investigação, Curso de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), respectivamente, Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

A minha querida colega de mestrado e amiga, Marina dos Santos, que desde o início dividiu comigo as angústias e realizações desta fase.

A todas minhas queridas amigas, especialmente as de Sananduva, que souberam entender minhas ausências, angústias e também dividir as alegrias. A minha querida amiga/irmã Fernanda Hoewell, que desde a minha volta a Pelotas me acolheu como uma pessoa de sua família, e nestes dois anos esteve sempre presente no bons e maus momentos.

Aos meus afilhados queridos Ricardo Ribeiro Dalzotto e Maisa Souza.

A minha irmã, Andréia Ribeiro, pelo apoio, companheirismo e por sempre me fazer rir, não importando a situação.

Ao meu marido Elvis pelo incentivo e auxílio, desde a inscrição para a seleção no programa até esta etapa de conclusão. Sem ele, e sua incansável ajuda, pouco provável que esta fase da minha vida teria tornando-se real. Obrigada e obrigada por me ajudar,

entender, amar e sempre me tranquilizar dizendo “calma, tudo tem sua hora, e acontece na hora certa”, por acreditar em mim, e dividir a vida comigo. Te amo!!!

Também não posso deixar de agradecer a minha família, tios e tias, que sempre estiveram do meu lado. A minha querida e amada Vó Cláudia, minha segunda mãe, fonte de força, fé e sabedoria, só posso dizer obrigada por tudo o que ela representa para mim.

E para finalizar, agradecer a minha amada Mãe, por ser meu alicerce, meu maior exemplo de vida, meu porto seguro, minha fortaleza. Por me ensinar a nunca desistir, e se por ventura cair, levantar e seguir, pois a felicidade está ali!! ***TE AMO MÃE!***

Muito obrigada!!

*Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível.*

São Francisco de Assis

RESUMO

A presente dissertação refere-se a um estudo epidemiológico sobre escalas de rastreamento para depressão em gestantes adolescentes. O objetivo principal da pesquisa foi verificar os pontos de corte das escalas para rastreamento da depressão *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e *Beck Depression Inventory* (BDI), em gestantes adolescentes. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado com gestantes adolescentes (10 a 19 anos de idade), as quais consultaram o serviço de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas-RS. Desenvolvido no período de outubro de 2009 a março de 2011. A amostra foi composta com base nos registros do programa SIS-Pré-Natal, junto a secretaria municipal de saúde e nas Unidades Básicas de Saúde, além de ambulatórios especializados na zona urbana de Pelotas/RS. As gestantes responderam a um questionário com dados sócio demográfico e obstétricos, além das duas escalas para o rastreamento da depressão durante a gestação. Também participaram de uma entrevista clínica estruturada *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* (MINI) para o diagnóstico clínico da depressão. As variáveis sócio demográficas, obstétricas e psiquiátricas foram avaliadas nos domínios do questionário da OMS. A precisão das escalas foi calculada através de suas Áreas sob a curva (*AUC*) de ROC, assim como suas respectivas sensibilidade, especificidade e valores preditivos. O melhor ponto de corte (PC) encontrado para esta amostra na escala EPDS foi ≥ 10 , com sensibilidade 81,1% e especificidade 82,7% e *AUC* de 0,899. Para a escala BDI o melhor ponto de corte foi ≥ 11 , sensibilidade 81,1%, sensibilidade 76,8% e uma *AUC* de 0,869. Sendo que a diferença entre as duas *AUC* mostraram-se estatisticamente significativas ($p=0,0215$). Com base nos resultados, conclui-se que a escala EPDS apresenta-se mais preditiva e sensível no rastreamento para depressão em gestantes adolescentes, quando contrastada com a escala BDI.

Palavras-chave: Gestantes adolescentes; *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS); *Beck Depression Inventory* (BDI).

ABSTRACT

This dissertation refers to an epidemiological study of screening scales for depression in pregnant adolescents. The main objective of the research was to adjust the cutoff scales for screening for depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Beck Depression Inventory (BDI), for pregnant teenagers. It is a cross-sectional, population-based study carried out with pregnant adolescents (10-19 years old), which consulted the service prenatal Unified Health System (SUS) of Pelotas. Was carried out from October 2009 to March 2011. The sample was composed based on the SIS-Prenatal program records along the municipal health department and the Basic Health Units, and specialized clinics in the urban area of Pelotas / RS. The women answered a questionnaire with socio demographic and obstetric data, besides the two scales for screening for depression during pregnancy. Also participated in a structured clinical interview Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI) for the clinical diagnosis of depression. Demographic, obstetric and psychiatric social variables were assessed according to the WHO questionnaire. The accuracy of the scales was calculated by their *Area under the curve* (AUC) of ROC, as well as their respective sensitivity, specificity and predictive values. The best cutoff (PC) found for this sample was ≥ 10 EPDS scale, with sensitivity 81.1% and specificity 82.7% and AUC of 0.899. BDI for the best cutoff point was ≥ 11 , sensitivity 81.1%, sensitivity 76.8% and an AUC of 0.869. Since the difference between the two AUC were statistically significant ($p = 0, 0215$). Based on the results, it is concluded that the EPDS scale has become more predictive and sensitive in screening for depression in pregnant adolescents, with respect to BDI.

Keywords: Pregnant teens; Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); Beck Depression Inventory (BDI).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Projeto

Figura 1 – Coleta de dados e aplicação dos instrumentos32

Figura 2 – Cronograma38

Artigo

Figura 1 - Área Sob a Curva de ROC para as Escalas *Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS (a) e *Beck Depression Inventory* - BDI (b).....61

LISTA DE TABELAS

Projeto

Tabela 1 – Seleção de artigos e bases pesquisadas	21
--	-----------

Artigo

Tabela 1 - Características sócio demográficas, e obstétricas das gestantes adolescentes atendidas nos serviços de Pré-Natal do Sistema Único de Saúde – SUS- Pelotas,2009/2011.....	60
Tabela 2 - Valores Preditivos positivos e negativos nos pontos de corte com melhores valores de sensibilidade e especificidade de cada escala.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUC - Área Sob a Curva (*do inglês, Area Under Curve*)

BDI - do inglês, *Beck Depression Inventory*

CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil

CID-10 - Classificação Internacional das Doenças

DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, Quarta edição (*do inglês, Diagnostic and Statistic Manual, fourth edition*)

EPDS - do inglês, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MINI - do inglês, *Mini- International Neuropsychiatric Interview*

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ROC - do inglês, *Receiver Operating Characteristic Curve*

SUS - Sistema Único de Saúde

TDM - Transtorno Depressivo Maior

WHO - Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. IDENTIFICAÇÃO	16
1.1 Título	16
1.2 Mestranda	16
1.3 Orientador	16
1.4 Instituição	16
1.5 Curso	16
1.6 Linha de Pesquisa	16
2. INTRODUÇÃO	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4. HIPÓTESES	20
5. REVISÃO DA LITERATURA	21
5.1 Estratégias de busca	21
5.1.2 Seleção dos artigos	21
5.2 Gestação na Adolescência	23
5.3 Depressão na Gestação	25
5.4 Triagem para a Depressão em Gestantes Adolescentes	27
6. METODOLOGIA	30
6.1 Delineamento	30
6.2 Amostra	30
6.2.1 Critérios inclusão	30
6.2.2 Critérios exclusão	31
6.2.3 Cálculo do tamanho da amostra	31
6.3 Procedimentos e Instrumentos	31
6.3.1 Logística	31
6.3.2 Coleta de dados e colaboradores	32
6.3.3 Questionário Sócio demográfico:	33
6.3.4 Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)	33
6.3.5 Inventário de Beck para Depressão (<i>Beck Depression Inventory- BDI</i>)	34
6.3.6 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	35
6.3.7 Estudo Piloto	35
6.3.8 Controle de Qualidade	36
6.4 Análise de dados	36
6.5 Aspectos Éticos	36
6.5.1 Riscos	37
6.5.2 Benefícios	37
6.6 Divulgação dos Resultados	37
6.7 Cronograma	38

6.8 Orçamento Financeiro	39
7. REFERENCIAS	40
8. ARTIGO	45
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO	63
APÊNDICES	65
Apêndice A - Resumo dos artigos relevantes ao tema da pesquisa	66
ANEXOS	73
Anexo A - Termo de Consentimento livre e esclarecido	74
Anexo B - Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa	79
Anexo C - Instrumentos	81
Anexo D - Entrevista Clínica - MINI	102

APRESENTAÇÃO

A depressão durante o período gestacional tem sido foco contínuo da atenção de pesquisadores ligados a área da saúde, tanto em termos de pesquisas epidemiológicas quanto clínicas. Quando esta situação se apresenta entre gestantes adolescentes, este quadro caracteriza-se como um problema de saúde pública, devido sua alta incidência e comorbidades associadas a mãe e ao bebê.

A detecção precoce da depressão durante o período gestacional, especialmente em adolescentes, através de escalas de rastreamento, torna-se um mecanismo viável, pela fácil e rápida aplicação, além disto permite uma melhor adesão ao tratamento imprimindo melhores resultados perinatais para a díade. A compreensão da depressão na população de gestantes adolescentes, bem como, a utilização adequada de instrumentos de rastreamento, tem importância empírica. Isto porque, tais informações podem auxiliar no direcionamento de políticas de saúde pública que visem a identificação precoce e tratamento adequado e, quando possível, sua prevenção.

O presente trabalho foi elaborado como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde e Comportamento na Universidade Católica de Pelotas, UCPel. Este projeto faz parte de um estudo mais amplo, que teve como objetivo investigar intervenções preventivas para depressão pós-parto em gestantes adolescentes na cidade de Pelotas, RS. O material apresentado está disposto em quatro partes: o projeto de pesquisa intitulado “Comparação de dois instrumentos para rastreamento de depressão gestacional em uma amostra de adolescentes grávidas na cidade de Pelotas, RS”; o artigo, resultante das atividades desenvolvidas com o projeto, considerações finais; e por fim anexos e apêndices com os instrumentos utilizados.

Na primeira parte, o projeto de pesquisa é apresentado. Inicialmente é feita a delimitação do problema em estudo, sendo estabelecidos os objetivos e as hipóteses a serem testadas. A seguir é apresentada uma revisão da literatura disponível sobre o tema. Para facilitar a organização das informações, a mesma foi dividida em três seções: a primeira tratando de gestação na adolescência, a segunda sobre depressão na gestação e a terceira versando sobre triagem para a depressão em gestantes adolescentes. Adicionalmente é feita uma descrição da metodologia empregada, com detalhes sobre os procedimentos utilizados na execução do projeto.

Na segunda parte, apresenta-se o artigo confeccionado a partir dos resultados obtidos com a execução do projeto, intitulado “*Comparação de dois instrumentos para o rastreamento da depressão gestacional em uma amostra de adolescentes na cidade de Pelotas-RS*”. Registra-se que o mesmo será submetido para avaliação no *Journal of Affective Disorders*.

A terceira parte apresenta os comentários finais, com breve retomada do tema abordado e uma síntese dos principais resultados. As hipóteses formuladas no projeto são retomadas e discutidas de acordo com os resultados obtidos, os quais foram dispostos na segunda parte. Por fim, na quarta parte constam os anexos, como o quadro de revisão bibliográfica, questionários utilizados para entrevista, escalas utilizadas na triagem para depressão, além do termo de consentimento livre e esclarecido.

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título

Comparação de dois instrumentos para rastreamento da depressão gestacional em uma amostra de adolescentes grávidas na cidade de Pelotas - RS.

1.2 Mestranda

Clarissa de Souza Ribeiro Martins

1.3 Orientador

Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho

Coorientadora

Prof^a. Dra. Janaína Vieira dos Santos Motta

1.4 Instituição

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento – Mestrado e Doutorado da Universidade Católica de Pelotas

1.5 Curso

Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de Pesquisa

Saúde Mental no Ciclo Vital

1.7 Data

28 de outubro de 2014

2. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica a adolescência como uma fase marcada pela transição entre a infância e a idade adulta, contemplado a faixa etária entre 10 e 19 anos.

Pesquisadores da área de saúde tem voltado cada vez mais atenção ao estudo sobre a adolescência e suas múltiplas correspondências. Esta atenção, de acordo com Meneses *et al.* (2008), dá-se pelo fato de que a adolescência é um período caracterizado por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais, por conseguinte, múltiplas conexões podem emergir. A conjugação destes aspectos faz com que a gravidez entre as adolescentes torne-se cada vez mais comum. Este cenário, suas causas e consequências tem sido objeto frequente de pesquisa. Corroborando este apontamento, Chen *et al.* (2007) destaca que a gravidez na adolescência é documentada como problema de saúde pública, por sua alta frequência e significativas morbidades com as quais está associada.

Em complemento a esta informação, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relata que entre os anos de 2011 e 2012, o total de filhos de adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, aumentou de 4.500 para 8.000. Outro destaque é o fato que 18% das jovens com esta faixa etária declararam já terem ficado grávidas pelo menos uma vez (IBGE, 2012).

A gestação durante a adolescência também é vista como um evento estressor, associado a um aumento no risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (Freitas *et al.*, 2008), entre eles o transtorno depressivo maior (TDM) ou a depressão. A depressão gestacional, ou pré-natal, é um episódio depressivo que tem início durante a gravidez e é tão comum quanto à depressão pós-parto, porém pouco documentada entre gestantes adolescentes (Gibson *et al.*, 2009).

A depressão gestacional é prejudicial não só a mãe, mas também ao bebê, sendo apontado como um forte preditor para depressão pós-parto e também resultados obstétricos adversos, tais como: trabalho de parto prematuro; baixo peso ao nascer; complicações neonatais, além de associação com o aumento da morbidade e mortalidade das crianças (Beck, 1998; Josefsson *et al.*, 2001; Alder *et al.* 2007; Suri *et al.*, 2007). Ainda, a depressão gestacional é apontada como forte preditor de uma gravidez subsequente e apresentar-se como fator de risco ao bem estar materno (Barnet *et al.*, 2008).

Em pesquisa desenvolvida por Szigethy e Ruiz (2001), foi identificada a prevalência de depressão entre gestantes adolescentes entre 16% e 44% da amostra, representando quase duas vezes mais do que em gestantes adultas. De acordo com os autores, este fato pode estar associado a imaturidade afetiva e de relacionamentos, assim como ao abandono precoce de seus estudos em razão desta gestação.

Valendo-se do instrumento *Beck Depression Inventory* (BDI), a pesquisa de Caliskan *et al.* (2007) observou que 27,3% das gestantes apresentavam sintomas depressivos. De acordo com os autores, os maiores escores destes sintomas foram encontrados em mulheres com a gestação no segundo e terceiros trimestres. Este achado é parcialmente explicado pelas exigências biológicas e psicológicas do avanço da idade gestacional.

Por outro prisma, o estudo de Figueiredo *et al.* (2007), valendo-se do questionário de triagem de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), identificou que as gestantes adolescentes apresentam um risco maior para depressão do que gestantes adultas. Quando as mães adolescentes e adultas foram comparadas, verificou-se significativas diferenças entre os dois grupos, registrando entre as gestantes adolescentes, os maiores percentuais de sintomas depressivos, tanto na gravidez quanto no pós-parto.

Embora existam diferentes ferramentas para a identificação da depressão gestacional, a exemplo dos estudos de Caliskan *et al.* (2007) e Figueiredo *et al.* (2007), LaRocco-Cockburn (2003) grafa que menos de um quarto dos obstetras pesquisados por ele, utilizam ferramenta de triagem para a depressão validada.

Tandon *et al.* (2012) ressaltam que mesmo existindo uma variedade de ferramentas para triagem da depressão com sensibilidades e especificidades adequadas, os pontos de corte podem necessitar ajustes de acordo com a amostra a ser estudada.

Desta forma, visando contribuir para a lacuna teórica identificada por Tandon *et al.* (2012), buscar-se-á com o presente projeto de pesquisa a resolução do seguinte questionamento: Qual o desempenho das escalas de rastreamento para depressão *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), em gestantes adolescentes na cidade de Pelotas - RS.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Comparar o desempenho de duas escalas de rastreamento para depressão, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e *Beck Depression Inventory* (BDI), em gestantes adolescentes na cidade de Pelotas - RS.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio demográfico da amostra estudada;
- Identificar os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo do instrumento BDI em relação ao *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI);
- Identificar os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo do instrumento EPDS em relação ao *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI);
- Verificar os pontos de corte ideais para o instrumento BDI na população estudada;
- Verificar os pontos de corte ideais para o instrumento EPDS na população;
- Comparar os valores da *Area Under Curve* (AUC) do instrumento de rastreabilidade BDI com o instrumento EPDS;

4. HIPÓTESES

Hipótese 1 – A escala de rastreamento EPDS será mais sensível e específica na detecção do risco para depressão em gestantes adolescentes em relação a escala BDI.

Hipótese 2 – Não terá diferença entre o ponto de corte preconizado pela literatura e o identificado na amostra pelo BDI.

Hipótese 3 – O ponto de corte identificado no EPDS será inferior ao preconizado pela literatura.

Hipótese 4 – Os valores da *Area Under Curve* (AUC) da *Receiver Operating Characteristic Curve* (Curva de ROC) do instrumento EPDS será maior em relação ao instrumento BDI, e a diferença será estatisticamente significativa.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Estratégias de busca

Como estratégia de busca de trabalhos sobre a temática em epígrafe, utilizou-se as seguintes palavras-chave como referência aos descritores vinculados a rastreamento da depressão durante a gestação:

5.1.2 Seleção dos artigos

A Tabela 1 expõem a seleção dos artigos, de acordo com os descritores utilizados.

Tabela 1. Seleção de artigos e bases pesquisadas.

BASE DE DADOS	DESCRIPTORES UTILIZADOS*	NÚMERO DE ARTIGOS RECUPERADOS	ARTIGOS SELECIONADOS APÓS LEITURA DE TÍTULOS E RESUMOS
Lilacs/ MedLine		521	31
	(Gravidez na adolescência OR Adolescentes grávidas OR Gestantes adolescentes OR Embarazo en la adolescencia) AND (Depressão OR depresión)	211	20
	(Gravidez na adolescência OR Adolescentes grávidas OR Gestantes adolescentes OR Embarazo en la adolescencia) AND (Perinatal OR Peripatum) AND (Beck Depression Inventory OR BDI)	132	5
	(Gravidez na adolescência OR Adolescentes grávidas OR Gestantes adolescentes OR Embarazo en la adolescencia) AND (Perinatal OR Peripatum) AND (Beck Depression Inventory OR BDI) AND	175	6

	(Depressão OR OR depressão)		
	(Gravidez na adolescência OR Adolescentes grávidas OR Gestantes adolescentes OR Embarazo en la adolescencia) AND (Triagem para depressão durante a gravidez OR La detección de la depresión durante el embarazo)	03	-
PubMed		3677	89
	(Pregnancy in adolescence OR Adolescent pregnancy OR Teenage pregnancy) AND (Depression OR Depressive)	210	19
	(Pregnancy in adolescence OR Adolescent pregnancy OR Teenage pregnancy) AND (Perinatal OR Peripatum) AND ("Beck Depression Inventory" OR BDI)	04	2
	(Pregnancy in adolescence OR Adolescent pregnancy OR Teenage pregnancy) AND (Perinatal OR Peripatum) AND ("Beck Depression Inventory" OR BDI) AND (Depression Or Depressive)	2.127	32
	(Pregnancy in adolescence OR Adolescent pregnancy OR Teenage pregnancy) AND (Screening for Depression During Pregnancy)	519	14
	(Depression OR Depressive) AND (Pregnancy OR Pregnant) AND (Beck Depression Inventory OR Edinburgh Postnatal Depression Scale OR BDI OR EPDS)	817	22

Com a realização da busca, até o presente momento identificou-se o total de 4.198 artigos relacionados ao tema. Na sequência, foi realizada a seleção dos artigos que continham no título e resumo as palavras-chave associadas ao que se propõe o estudo.

Com este procedimento foram selecionados 120 artigos para leitura na íntegra, destes, por conta da aderência aos objetivos do estudo, 32 foram utilizados neste projeto. Os quadros resumos que sintetizam os principais estudos encontra-se nos apêndices, Quadros 1, 2 e 3. Visando ampliar a busca por artigos científicos, foram avaliadas e pesquisadas as referências bibliográficas citadas nos artigos encontrados, além de teses e dissertações sobre o assunto.

5.2 Gestação na Adolescência

A adolescência é a fase da vida compreendida entre a infância e idade adulta, caracterizada por consecutivas e significativas modificações, como por exemplo: crescimento acelerado, construção da personalidade, adaptação ambiental e integração social, além do desenvolvimento emocional. Ademais, é também a fase onde ocorre a conscientização sobre a sexualidade, e muitas vezes o início da vida sexual (Yazlle, 2006; Nery *et al.*, 2011). Em consonância com estes apontamentos, Gradim *et al.* (2010) observam que nos últimos anos, o comportamento dos adolescentes modificou-se, especialmente em relação ao início das relações sexuais, o que acaba contribuindo no aumento das taxas de gravidez nesta faixa da população.

De acordo com a OMS, a cada ano cerca de 16 milhões de partos são realizados em adolescentes entre 15 e 19 anos de idade, o que corresponde a 11% do total de nascimentos no mundo. Deste total, 95% ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2010). Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, nas últimas décadas a taxa total de fecundidade vem reduzindo, entretanto, essa redução é mais sutil entre as adolescentes de 15 a 19 anos. Quando observada a faixa de 10 a 14 anos, existe um discreto aumento de 3 para 4 nascimentos a cada 1.000 mulheres (MS, 2008).

Segundo Yazaki (2003), é importante sublinhar a diferença nas estruturas etárias das taxas de fecundidade, que variam conforme as condições socioeconômicas das mulheres, sendo mais prevalente nos grupos menos instruídos e favorecidos economicamente. Ainda nesta mesma linha, estudos observam que a gestação na adolescência frequentemente vem relacionada a condições sócio econômicas

desfavoráveis, porém é importante considerar que sua ocorrência já se dá em um ambiente de oportunidades restritas, com poucas opções de vida, interrupções na trajetória escolar além de precária educação sobre a sexualidade (Pantoja, 2003; Gonçalves *et al.*, 2006; Gigante *et al.*, 2004).

Ainda sob a análise das taxas de fecundidade, pesquisadores concluíram que em países com alta renda o declínio da fecundidade entre as adolescentes é consequência da postergação da maternidade para grupos etários de 30 a 39 anos, em média. Já em países de baixa e média renda o declínio observado acompanha a diminuição de fecundidade geral, especialmente após os 35 anos (UN, 2009). Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), a taxa de fecundidade entre adolescentes é aproximadamente duas vezes maior em países de média renda e cinco vezes maior em países de baixa renda, quando comparada com países de alta renda.

No tocante a gestação na adolescência, a literatura ressalta que as adolescentes são fisiologicamente imaturas para suportar o estresse da gravidez, além dos riscos de resultados perinatais negativos, como baixo peso ao nascer, partos pré-maturos e bebês pequenos para idade gestacional, os quais são especialmente maiores nesta faixa etária, principalmente quando a gestação ocorrer anterior aos 15 anos de idade (Conde-Agudelo *et al.*, 2005). A gestação durante a esta faixa etária também vem sendo apontada como um problema de saúde pública, gerando complicações obstétricas com repercussões negativas não só a gestante, mas também ao recém-nascido, além de problemas psicossociais e econômicos (Yazlle, 2006).

Uma série de fatores veem sendo relacionados a ocorrência da gestação durante na adolescência, entre eles estão: a) condições sócio econômicas precárias; b) baixa escolaridade; c) transtornos psiquiátricos; d) diminuição global da idade média da menarca; e) início precoce de atividade sexual desprotegida; e f) ser filha de mãe adolescente (Barnet *et al.*, 2008; Chalem *et al.*, 2007; Yazlle *et al.*, 2009; Santos *et al.*, 2014). Do mesmo modo e com mesma inferência, lista-se estudos que destacam o fracasso escolar, modestas expectativas educacionais, baixa escolaridade paterna, irmãos de diferentes pais, comportamentos de riscos (consumo de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo), não uso de métodos contraceptivos, menor intervalo entre as gestações, menor número de consultas e começo tardio do pré-natal, entre outros (Gigante *et al.*, 2008; Imamura *et al.*, 2007; Gigante *et al.*, 2004; Gonçalves *et al.*, 2008; Webbinck *et al.*, 2008; Conde-Agudelo *et al.*, 2005).

A ocorrência da gestação durante a adolescência também evidencia um quadro de morbidade entre as adolescentes, segundo Yazlle (2006), foi constatada a presença de doenças crônicas, transtornos psicossociais, além de problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério. Reafirmando assim, a relevância na identificação da problemática no meio, bem como o reconhecimento de que nesta faixa etária existe maior vulnerabilidade dos efeitos negativos da gestação, tanto para mãe, quanto para bebê. Ainda segundo Yazlle (2006), programas e projetos que abordem o tema, principalmente a sua prevenção devem ser estimulados pela sua relevância e complexidade de causas e consequências.

5.3 Depressão na Gestação

A gestação é um período de transição integrante ao processo do desenvolvimento humano e, concomitante a este período, ocorrem transformações ligadas ao organismo da mulher e ao seu bem-estar, incluindo entre elas: variações em seu estado emocional e modificações em seu papel sócio familiar (Falcone *et al.*, 2005). Do mesmo modo, durante a adolescência o organismo passa por inúmeras transformações e adequações emocionais e biológicas, sendo que a gestação nesta fase torna-se um fator de risco do ponto de vista médico, além de um elemento agravante ou desencadeador para transtornos sociais e psicológicos (Michelazzo *et al.*, 2009).

Do ponto de vista social, estudos apontam que a gestação na adolescência está ligada a repercussões sociais negativas, acarretando consequências no desenvolvimento pessoal e profissional, além de possuir correlação com transtornos no núcleo familiar (Michelazzo *et al.*, 2009). Conhecer e compreender a cultura da gestante adolescente, segundo Eshbaugh (2006), é uma chave para a concepção de programas que tenham como alvo as necessidades específicas de gestantes nesta faixa etária.

Em relação aos transtornos psiquiátricos durante a gestação na adolescência, estudos apontam que os índices de depressão pós parto vêm aumentando gradativamente (Yazlle *et al.*, 2009; Chalem *et al.*, 2011; Figueiredo *et al.*, 2007). Já estudos relacionados a transtornos psiquiátricos em gestantes adolescentes são escassos, sendo que as pesquisas se concentram no período pós parto (Reid, Meadows-Oliver, 2007).

Em um estudo realizado por Camacho *et al.* (2006), os achados apontam como principais fatores de risco psicossociais aqueles relacionados à depressão durante o puerpério, idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes durante os últimos 12 meses, conflitos conjugais, o fato de ser solteira ou divorciada, desemprego (paciente e/ou cônjuge) e apresentar pouco suporte social. Entre

as gestantes adolescentes (<18 anos), sintomas moderados a grave de depressão, nos três meses pós parto, foram encontrados em 37% de uma amostra estudada (Schmidt *et al.*, 2006).

Achados semelhantes foram encontrados por Coelho *et al.* (2011) em um estudo realizado com gestantes adolescentes onde o percentual de gestantes acometidas pelo TDM foi de 17,8%, segundo os autores os mais fortes preditores associados a esta condição estavam a privação social e econômica. Em outro estudo que acompanhou a gestação e o pós parto de mulheres adultas e adolescentes, os achados apontaram diferenças estatisticamente significativas, com maiores escores para sintomas depressivos entre as adolescentes durante a gestação e no período pós parto. Ainda, os autores relatam que pelo menos uma em cada quatro mulheres apresentava-se deprimida antes ou após o parto, e 8,3% apresentava este estado nas duas situações, também apontaram que 47% das mulheres que apresentaram depressão pós parto já apresentavam este quadro no terceiro trimestre da gestação (Figueiredo *et al.*, 2007).

Sobre a saúde mental de gestantes adolescentes, Caputo e Bordin (2007), reiteram que dados sobre esta problemática ainda são escassos na literatura latina, a grande maioria é voltada para o período pós parto. Em seus achados os autores encontraram maiores percentuais de adolescentes gestantes com sintomas de depressão e ansiedade, quando comparada as não grávidas. Schmidt *et al.* (2006) referem que uma em cada duas gestantes adolescentes irão apresentar sintomas depressivos após o parto. Em outro estudo, Freitas e Botega (2002) acompanharam gestantes nos três diferentes trimestres gestacionais, onde encontraram percentuais de ansiedade e depressão de 28 % e 20,8%, respectivamente, não sendo esta diferença estatisticamente significativa. De acordo com os autores, este foi o primeiro estudo de cunho epidemiológico que fornece dados sobre ansiedade, depressão e ideação suicida em adolescentes grávidas, nos três diferentes trimestres da gestação.

Segundo Chalem *et al.* (2011), as rápidas mudanças físicas e hormonais vivenciadas pelas adolescentes são parcialmente responsáveis pela alta vulnerabilidade aos transtornos mentais durante este estágio de desenvolvimento, e a gestação neste período, contribui para um aumento significativo a esta vulnerabilidade. Em complemento, Almeida *et al.* (2012) e Lee *et al.* (2007), destacam a gestação como sendo uma fase crucial para diagnóstico e tratamento das patologias psiquiátricas, porém ainda sub diagnosticadas.

Em um estudo realizado com mães adolescentes por Chalem *et al.* (2011) o diagnóstico de depressão foi encontrado em 13,5% da amostra, no entanto, apenas um quinto destes casos foi detectado durante o pré-natal. Segundo os autores, a grande maioria dos casos de transtornos psiquiátricos, tal como a depressão, não foram diagnosticados, e consequentemente, não receberam nenhum tratamento ou apoio, aumentando, assim, os riscos de resultados perinatais adversos não só a mãe, como ao seu filho.

Portanto, a triagem é um passo inicial importante na identificação e posterior encaminhamento de gestantes com risco de depressão perinatal, visando uma melhora nos resultados neonatais adversos. Mas para tanto a detecção e rastreabilidade, a saúde mental como um todo, devem ser incorporadas a rotina clínica integral de pré-natal evitando o sub diagnóstico, e propiciando um acompanhamento mais preciso, afim de minimizar possíveis prejuízos à saúde das mães e de seus filhos (Chalem *et al.*, 2011; Caputo e Bordin, 2007).

5.4 Triagem para a Depressão em Gestantes Adolescentes

As escalas para rastreamento de depressão em gestantes, especialmente em adolescentes, vêm ganhando papel importante em pesquisas de cunho científico. Através de instrumentos estruturados, busca-se reduzir o grau de subjetividade, tanto na coleta, quanto na interpretação dos dados (Lewis *et al.*, 1992). No entanto, o mesmo não ocorre na clínica, onde a experiência e a intuição do profissional são extremamente valorizadas (Falcone *et al.*, 2005). Vários estudos vêm trazendo a luz esta temática, como por exemplo, a meta análise realizada por Bennett *et al.* (2004), que comparou escalas de rastreabilidade para depressão com entrevista clínica estruturada.

Outros estudos, como Ferri *et al.* (2007) e Mitsuhiro *et al.* (2009), usaram a entrevista clínica para diagnóstico da depressão, diferentemente da maioria dos estudos publicados, que usam instrumentos para o rastreamento de sintomas depressivos durante esta fase (Chaudron *et al.*, 2010; Falcone *et al.*, 2005; Schmidt *et al.*, 2006), objetivando uma detecção mais rápida e acessível para os serviços de saúde.

Em referência a sintomatologia depressiva, estudos que utilizaram instrumentos para o rastreamento apontaram frequências entre 28,4% e 42% respectivamente (Tandon *et al.*, 2012; Freitas e Botega, 2002). Em outra pesquisa realizada em Portugal, autores encontraram que a depressão durante gestação é tão prevalente quanto no pós parto, sendo

que maioria das gestantes que apresentaram depressão no pós parto, já apresentavam esta condição durante a gravidez, e que o mais forte preditor para o desenvolvimento da depressão puerperal é apresentar a doença durante a gestação. Este estudo destaca que a triagem para depressão durante a gestação é uma medida adequada para identificar mulheres em risco, prevenindo e amenizando os efeitos clínicos e psicológicos adversos da depressão, antes e após o parto (Figueiredo *et al.*, 2007).

Atentando a outro ponto em relação às escalas de rastreamento para depressão em gestantes, Camacho *et al.* (2006) reitera que as escalas para o rastreamento da depressão, em sua grande maioria, são desenhadas para o período pós-parto, e quando usadas durante a gestação, podem gerar resultados que se confundem com a sintomatologia, ou quadro, normal da gravidez. Em contraponto, Choi *et al.* (2011) destaca que, apesar de algumas limitações, as escalas têm o objetivo de triagem, e não de diagnóstico, e conclui que as gestantes com testes positivos através de instrumentos de rastreabilidade devem ser encaminhadas para uma entrevista diagnóstico para posterior conduta.

Pontos positivos a destacar em relação as escalas de rastreamento para a depressão perinatal segundo Miller *et al.* (2009) são que os instrumentos apresentam bons resultados no percentual de detecção, sendo possível incorporar esta avaliação à prática de cuidados perinatais, e assim abrem o caminho para um melhor engajamento no tratamento da depressão alcançando melhores resultados clínicos. Ainda estudos apontam positivamente para a grande variedade de instrumentos disponíveis, possibilitando, assim, aos serviços de saúde opções para adaptações à assistência prestada, além da fácil aceitação dos pacientes o aumentando a possibilidade do diagnóstico e tratamentos precoce (Machado *et al.*, 2003; Miller *et al.*, 2009).

Apesar da importância deste tema, existem poucas pesquisas voltadas ao rastreamento, ou a entrevista diagnóstica estruturada durante a gestação em adolescentes. Segundo Fernandes *et al.* (2010) vários instrumentos desenvolvidos para rastreamento de depressão, ou depressão no período pós parto, tem sido utilizados para rastrear depressão em gestantes no período pré-natal, incluindo o EPDS e BDI. Segundo os autores, este primeiro apresenta-se como um bom instrumento capaz de distinguir sintomas biológicos e alterações fisiológicas próprias da gravidez, que por vezes poderiam ser fator de confusão na rastreabilidade da depressão nesta fase. Os pontos de corte definidos na validação desta escala para rastreamento da depressão em gestantes no pós parto foi ≥ 10 e para casos moderados e graves ≥ 11 (Santos *et al.*, 2007).

Em relação ao BDI, apesar de originalmente não ter sido desenvolvido com o objetivo de avaliar sintomas em gestantes, frequentemente tem sido utilizado, e considerado como um instrumento adequado e válido para o rastreamento da depressão durante a gestação (Marcus *et al.*, 2011). Segundo Falcone *et al.* (2005) é importante atentar ao fato que, existem variações no ponto de corte deste instrumento, podendo oscilar dependendo da população a ser estudada. Ainda, segundo seus autores, Beck e Beamesderfer (1974), este instrumento apresenta alta confiabilidade (0,86) e boa validade quando comparado a diagnósticos realizado por profissionais. Os pontos de corte, ou escores, preconizados na validação deste instrumento para a população em geral são assim classificados: <10 sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 depressão de leve a moderada; de 19 a 29 depressão moderada a grave e de 30 a 63 depressão grave, ressaltando que os pontos de corte dependem das características da população a ser estudada (Gorenstein, 1998).

Em uma meta análise realizada por Bennett *et al.* (2004), comparando o BDI e o EPDS para rastreamento de depressão durante a gestação, os autores identificaram que o BDI apresenta prevalências significativamente mais altas de depressão, enquanto o EPDS se equivale aos percentuais encontrados em entrevistas clínicas estruturadas. Em contraponto a este achado, Ji *et al.* (2011) em um estudo que acompanhou as gestantes em dois diferentes períodos gestacionais e no pós parto, concluíram que o BDI apresenta valores comparáveis a entrevista diagnóstica para depressão, variando de acordo com o período gestacional avaliado.

Para alguns autores o uso de escalas para o rastreamento da depressão em gestantes é válido e importante, a fim de aumentar o percentual de identificação das gestantes em risco de depressão gestacional, no entanto é necessário observar a falta de estabilidade que estes instrumentos apresentam em seus respectivos pontos de corte (Ji *et al.*, 2011; Tandon *et al.*, 2012). Esta oscilação se dá não apenas entre diferentes populações, como observa Birkeland *et al.* (2005) para o cuidado nos pontos de corte entre gestantes adultas e adolescentes, como também entre os diferentes períodos gestacionais (Ji *et al.*, 2011).

Desta forma observa-se a necessidade mais pesquisas sobre a temática, principalmente entre gestantes adolescentes, onde foi constatado uma lacuna durante esta revisão bibliográfica.

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado com gestantes adolescentes.

6.2 Amostra

O presente estudo faz parte de um projeto maior de investigação de medidas preventivas para a depressão pós-parto em gestantes adolescentes da cidade de Pelotas, RS. Para o desenvolvimento deste projeto foi utilizada a amostragem consecutiva, desenvolvida para este projeto maior.

Foram convidadas a participar da pesquisa adolescentes entre 13 e 19 anos, no segundo trimestre de gestação e que durante a realização do estudo frequentassem os serviços de pré-natal oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da zona urbana da cidade de Pelotas.

6.2.1 Critérios inclusão

Foram incluídas gestantes adolescentes entre 13 e 19 anos que encontravam-se no segundo trimestre de gestação e frequentavam os serviços de pré-natal oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da zona urbana da cidade de Pelotas. O recrutamento foi realizado a partir de buscas semanais no período entre outubro de 2009 e março de 2011, tanto nos registros do programa do SIS – Pré-natal na Secretaria Municipal de Saúde, quanto nas demais Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios especializados que não fazem parte deste programa.

Após a identificação das gestantes dentro dos critérios de elegibilidade da amostra, estas foram convidadas a participar do estudo, assim como seus pais ou responsáveis.

Quando do aceite em participarem do estudo, este foi realizado através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, de conhecimento das gestantes e dos pais ou responsáveis. Após a assinatura uma entrevista domiciliar foi agendada para a aplicação de um questionário visando coletar informações sobre as variáveis estudadas.

6.2.2 Critérios exclusão

Foram excluídas do estudo gestantes que não apresentassem moradia na zona não urbana de Pelotas ou as quais manifestaram alguma condição clínica que dificultasse a compreensão e o diálogo com o entrevistador no momento da coleta dos dados.

6.2.3 Cálculo do tamanho da amostra

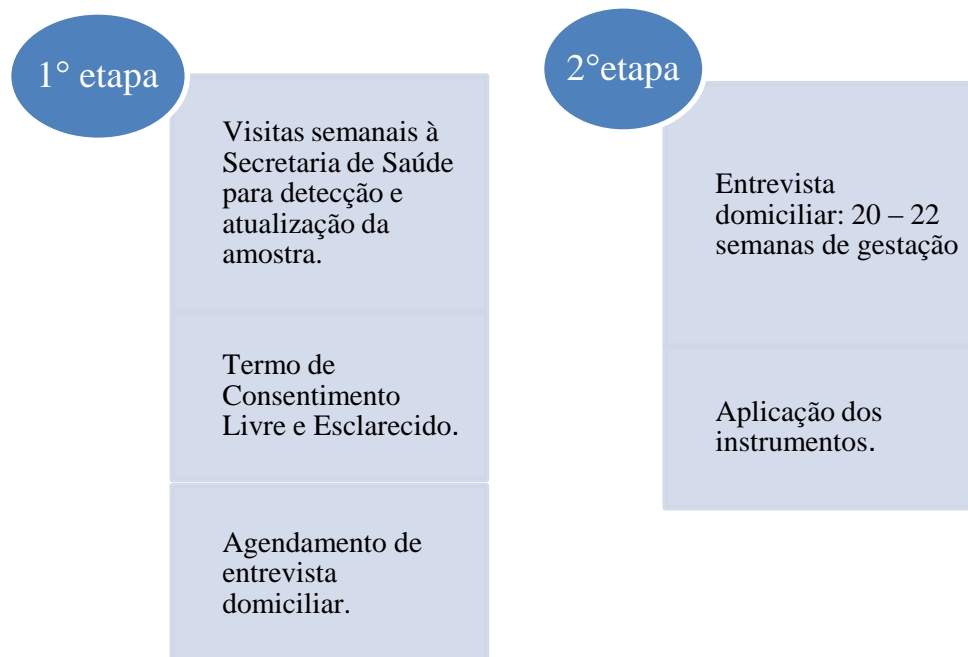
O cálculo do tamanho amostral foi realizado para a pesquisa maior, investigação de medidas preventivas para a depressão pós-parto em gestantes adolescentes. Para fins deste cálculo foi utilizada a ferramenta STATCALC do programa *Epi-Info* 6.04d (*Center for Diseases Control and Prevention, Atlante, USA*). Foi estabelecido um nível de confiança de 95% e um poder de 80%, com prevalência do desfecho estimada em 15% e o risco estimado em 1,55. O tamanho da amostra necessário foi de 758 participantes. Acrescentando 15% para possíveis perdas e recusas, o tamanho amostral estimado foi de 871 participantes.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

6.3.1 Logística

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos, como podemos observar na Figura 1:

Figura 1. Coleta de dados e aplicação dos instrumentos.



6.3.2 Coleta de dados e colaboradores

A equipe envolvida no trabalho de campo foi composta por dois doutorandos, três mestrandas e dez bolsistas de iniciação científica vinculados ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel. Os acadêmicos envolvidos no projeto foram treinados e participaram de reuniões semanais com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo.

A aplicação do EPDS e do BDI foi realizada por bolsistas de áreas afins, treinados e cegos para o resultado do MINI.

Já a entrevista clínica estruturada, o “Padrão Ouro” MINI, foi aplicado por psicólogos treinados, com experiência na aplicação do instrumento anterior a pesquisa. Estes estavam cegos para os resultados das escalas de rastreamento aplicadas.

A análise dos dados e a produção do artigo será realizada pela mestranda responsável pelo presente projeto.

6.3.3 Questionário Sócio demográfico:

Foi utilizado um instrumento auto aplicável e sigiloso sem identificação das gestantes ou responsáveis para a obtenção de informações sócio demográficas, como idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação. Para avaliar o nível socioeconômico do setor censitário onde a gestante reside, foi utilizada a classificação do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), a qual determina a classe social das famílias em cinco estratos (A, B, C, D e E) de acordo com a escolaridade do chefe da família e posse de bens duradouros.

No mesmo instrumento também constaram perguntas sobre histórico obstétrico com informações sobre idade gestacional, se a gestação foi planejada, se foi desejada, quanto a paridade, em relação à ocorrência anterior de aborto e a existência de intenção de abortar.

6.3.4 Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

A fim de estabelecer um diagnóstico psiquiátrico, foi aplicado nas gestantes adolescentes uma versão validada para o português do *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Amorim, 2000), com adequada validade e fidedignidade, considerada “Padrão Ouro” para a caracterização da amostra do estudo, como também para diagnóstico atual, segundo o Manual diagnóstico e estatístico da Associação Psiquiátrica Americana, quarta edição (DSM- IV).

Trata-se de uma entrevista clínica estrutura, de curta a média duração, segundo os autores (entre 15 e 30 minutos) destinada à utilização tanto na prática clínica quanto em pesquisa, que visa à classificação diagnóstico das entrevistadas de uma forma compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) e da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes, o que permite reduzir o tempo de aplicação da entrevista, com prioridade para a exploração dos transtornos atuais, em especial neste estudo para o Episódio Depressivo Maior atual.

6.3.5 Inventário de Beck para Depressão (*Beck Depression Inventory- BDI*)

O BDI foi desenvolvido por Beck *et al.* (1961) para avaliar a intensidade da depressão, e será um dos instrumentos utilizados na entrevista. Seus itens advêm de observações clínicas de pacientes deprimidos, em tratamento de psicoterapia, posteriormente foram selecionados os sintomas mais específicos da depressão e que encontravam reflexão com critérios diagnósticos do DSM III e na literatura sobre depressão.

Conforme afirmam os autores o BDI apresenta-se como um instrumento de estabilidade diagnóstica, alta confiabilidade (0,86) e boa validade quando comparado ao diagnóstico clínico. Na análise de *Kruskal-Wallis*, todas as 21 perguntas apresentaram relação significativa com a pontuação total do teste ($p < 0,001$). Em relação a confiabilidade entre os entrevistadores, a concordância encontrada foi de 97% entre os diagnósticos realizados e para o Teste de *Mann-Whitney*, o poder de distinção nos diferentes graus de depressão (ausência de depressão, depressão leve, moderada e grave) foi significativa ($p < 0,0004$) gerando um coeficiente de Correlação de *Pearson* de 0,65 entre os escores do BDI e as entrevistas clínicas (Beck *et al.*, 1961). O instrumento também apresentou elevada correlação com os resultados da escala de *Hamilton* ($r = 0,75$) (Beck e Beamesderfer, 1974).

Originalmente o BDI foi traduzido para o português em 1982 (Beck *et al.*, 1961) e validado por Gorenstein e Andrade (1996), com uma consistência interna semelhante ao observado em outros países (0,88). Apresenta-se na forma de um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes que relatam manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão, que são: humor, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa ou punição, auto depreciação, autoacusação, desejo de autopunição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, cansaço, perda de apetite e de peso, preocupação somática e perda da libido.

Os 21 itens que compõem a escala apresentam quatro ou cinco alternativas, as quais expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada questão varia de zero a três (sendo zero a ausência de sintomas depressivos e três a presença mais intensa dos sintomas). Na pontuação total, originalmente, os escores até 09 pontos – referem ausência, ou sintomas mínimos de depressão; 10 -18 pontos - depressão leve a moderada; 19-29 pontos – depressão moderada a grave; e, 30 - 63 pontos- depressão

grave. Os autores enfatizam ao fato de não existir um ponto de corte fixo para o diagnóstico da depressão, considerando que este deve ser baseado no estudo em questão e nas características da amostra (Beck *et al.*, 1961).

Este instrumento pode ser melhor observado no Anexo C, questão 47.

6.3.6 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Outro instrumento utilizado para a rastreabilidade da depressão na amostra será o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Este instrumento consiste em uma escala auto aplicável, composta por 10 itens referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério. Apresenta fácil e rápida aplicabilidade, sendo útil tanto para o uso por profissionais da área de saúde, quanto para a utilização em estudos comunitários.

Os valores de sensibilidade e especificidade do instrumento variam na faixa de 70-85%, dependendo do ponto de corte utilizado, sendo que estes já foram confirmados por estudos de validação em diferentes países. No Brasil a validação desta escala em uma amostra de mulheres três meses após o parto foi proposta por Santos *et al.*, os quais encontraram um ponto de corte para rastreamento da depressão ≥ 10 e para rastreamento de casos moderados a grave, o melhor ponto de corte encontrado nesta amostra foi ≥ 11 , também é referido pelos autores um ponto de corte ≥ 13 para diagnóstico (sensibilidade 59,5%; especificidade 88,4%). Para o ponto de corte ≥ 10 os intervalos de confiança de 95% para esse ponto de corte foram de 75,3% para 89,9% de sensibilidade e 59,8% a 71,1% para a especificidade. Os autores relatam que a especificidade e valores preditivos positivos de todos os pontos de corte encontrados nesta validação foram inferiores aos relatados na literatura (Santos *et al.*, 2007).

Este instrumento pode ser melhor observado no Anexo C, questão 49.

6.3.7 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado com as primeiras 30 gestantes adolescentes que foram cadastradas no Programa de Pré-natal da Secretaria de Saúde da cidade de Pelotas, as quais não foram incluídas na amostra. Este estudo tem como objetivo inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias antes do início do projeto no campo.

6.3.8 Controle de Qualidade

Para o efetivo controle da qualidade das entrevistas domiciliares ocorridas no estudo, foram selecionadas aleatoriamente 30% das participantes através de contatos telefônicos, além de 10% da amostra para a realização de uma nova entrevista domiciliar.

6.4 Análise de dados

Os questionários foram digitados e codificados através do programa EPI INFO®, versão 6.04d. Foi realizada checagem automática dos dados no momento da digitação, além de testagem no mesmo software das inconsistências na digitação comparando as duas entradas de dados. Após a edição final do banco de dados, este foi convertido para o programa Stata 12.0.

Na análise dos dados, primeiramente, será realizada a análise univariada dos dados, a fim de se obter a distribuição de frequências simples de todas as variáveis categóricas. Posteriormente, será realizada para as variáveis numéricas, as medidas de tendência central e dispersão.

Os pontos de corte dos instrumentos EPDS e BDI serão estabelecidos através da análise da curva, obtida pelo *Receiver Operating Characteristic* (ROC), no qual o objetivo é comparar os testes de rastreamento com os resultados do teste padrão-ouro, MINI. Através da Curva de ROC será possível identificar o ponto de corte que melhor discrimina os casos de não casos, por meio da verificação do valor sobre a curva correspondente à sensibilidade e especificidade, que mais se distanciam de forma perpendicular da linha diagonal entre os vetores x e y. Também a área sob a curva fornecerá um referencial do poder de discriminação do instrumento de rastreamento, ou seja, de diferenciar casos de não casos. Essa área varia de 0,5 para poder nulo de discriminação até 1, poder máximo (DeLong *et al.*, 1988)

6.5 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Sendo assegurada a autonomia dos indivíduos na participação do

estudo, assim como sigilo e a confidencialidade das informações concedidas, de modo que as participantes não possam ser identificadas em futuras publicações.

Desta forma, foram incluídos no estudo apenas gestantes que aceitaram participar. Tanto as gestantes, quanto seus responsáveis formalizaram o aceite na participação do estudo após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o qual respeitou todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde descritos na resolução nº466/12.

As participantes que apresentaram, em qualquer fase do estudo algum transtorno psiquiátrico, foram encaminhadas para atendimento especializado no Ambulatório de Psiquiatria da UCPel.

6.5.1 Riscos

A pesquisa oferece riscos mínimos as participantes, derivados das questões psicológicas as quais foram convidadas a responder. No entanto, todo o desenvolvimento da pesquisa foi acompanhado por psicólogos responsáveis pelo projeto.

6.5.2 Benefícios

As participantes receberam diagnóstico psiquiátrico fornecido por profissional capacitado. As quais necessitaram de atendimento foram encaminhadas para a clínica de psicologia da Universidade Católica de Pelotas-RS.

6.6 Divulgação dos Resultados

Os resultados serão divulgados à comunidade científica por meio da produção de artigos sobre o tema, às autoridades de saúde da cidade através de relatórios descritivos, a população participante e a comunidade em geral através da publicação dos resultados em meios de comunicação de massa.

6.8 Orçamento Financeiro

O orçamento deste projeto de estudo está incluído junto a pesquisa maior, investigação de medidas preventivas para a depressão pós-parto em gestantes adolescentes, do qual o presente trabalho faz parte com financiamento proveniente do CNPq, CAPES, PRONEX (CNPq/FAPERGS — Projeto IVAPSA).

7. REFERÊNCIAS

- Alder J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007; 20: 189-209.
- Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 Suppl 2: 385-93.
- Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22: 106-15.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP. 2013. Disponível em <http://www.abep.org> [acessado em 28 de maio de 2014]
- Barnet B, Liu J, Devoe M. Double Jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162:246-52.
- Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12: 12-20.
- Beck, AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J e Erbauch G. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961; 4: 53-63.
- Beck AT, Blamsderfer A. (1974). Assessment of Depression: The Depression Inventory In: *Psychological Measurements In Psychopharmacology*. Paris P. Pichot, 1974; 151-69.
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy overview of clinical factors. *Clin Drug Invest* 2004; 24: 157-79.
- Birkeland R, Thompson JK, Phares V. Adolescent Motherhood and Postpartum Depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005; 34 : 292–00.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher- PNDS, 2006. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: MS. 2008.
- Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O. Depression Scores and Associated Factors in Pregnant and Non-Pregnant Women: A community-based Study in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2007; 28 : 195–00.
- Camacho RS, Cantinelli, FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó JR. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiq. Clín* 2006; 33 :92-102.
- Caputo VG, Bordin IA. Mental health problems among pregnant and non pregnant youth. *Rev Saúde Publica*. 2007; 41: 573-81.

Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MC, Guinsburg R, Laranjeira R. [Teenage pregnancy: Behavioral and socio-demographic profile of an urban Brazilian population]. *Cad Saude Publica*. 2007; 23 :177-86.

Chalem E, Mitsuhiro SS, Manzolli P, Barros MCM, Guinsburg R, Sass N, Laranjeira R, Ferri CP. Underdetection of psychiatric disorders during prenatal care: a survey of adolescents in Sao Paulo, Brazil. *Journal of Adolesc Health* 2012; 50: 93-6.

Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins HIM, Xin Tu, Wisner K L . Accuracy of Depression Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Urban Mothers. *Pediatrics*. 2010; 125: 609–17.

Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 368-73.

Choi SK, Kim JJ, Park YG, Ko HS, Park IY, Shin JC. The Simplified Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for Antenatal Depression: Is It a Valid Measure for Pre-Screening? *Int. J. Med. Sci*. 2012; 9: 40-6.

Coelho FMC, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LDM, Castelli RD, Matos MB, Pinheiro KAT. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013; 35: 51-6.

Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192: 342-9.

DeLong E, DeLong DM, Clarke-Pearson D. Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a nonparametric approach. *Biometrics*. 1988; 44: 837-45.

Eshbaugh E.M. Predictors of depressive symptomatology among low-income adolescent mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2006; 9: 339-42.

Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39: 612-8.

Fernandes MC, Srinivasan K, Stein AL, Menezes G, Sumithra RS, Ramchandani PG. Assessing prenatal depression in the rural developing world: a comparison of two screening measures. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14: 209-16.

Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, Prince M, Laranjeira R. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health* 2007; 7: 209.

Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10: 103–09.

Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na Adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48: 245-9.

Freitas GVS, Cais CFS, Stefanello S, et al. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case-control study in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 336-42.

Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119: 350-64.

Gigante DP, Barros FC, Veleda R, Gonçalves H, Horta BL, Victora Cesar G. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2008; 42: 42-50.

Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16: 1-10.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24: 380-90

Gonçalves RCB, Campos PL, Machado PS, Reis VM, Samad VGA, Machado DAD, et al. Avaliação do perfil biopsicossocial de mães adolescentes, da área de abrangência do Centro de Saúde Cachoeirinha, após o parto. *Rev Med*. 2012; 22: 296-00.

Gorestein, C., e Andrade, L. Validation of a Portuguese Version of The Beck Depression Inventory and The State – Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz. J. Med. Biol. Res*, 1996; 29: 453-57.

Gradim CVC, Ferreira MBL, Moraes MJ. Profile of pregnant adolescents in a Family Health Unit in Minas Gerais. *Rev. APS*, 2010; 1: 55-61.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Brasil; 2012. ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf

Imamura M, Tucker J, Hannaford P, da Silva MO, Astin M, Wyness L, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2007; 17: 630-36.

Ji S, Longa Q, Newport DJ, Nab H, Knight B, Zach EB, Morris NJ, Kutner M, Stowe ZN. Validity of depression rating scales during pregnancy and the postpartum period: Impact of trimester and parity. *Journal of Psychiatric Research*. 2011; 45: 213-19.

Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80: 251-5.

LaRocco-Cockburn A, Melville J, Bell M, Katon W. Depression screening attitudes and practices among obstetrician-gynecologists. *Obstet. Gynecol.* 2003; 101: 892-98.

Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology.* 2007; 110: 1102-12.

Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992; 22: 465-86.

Machado S CEP, Goldim JR, Fleck MPA, Eirizik CL. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. *Rev Gaúcha Enferm.* 2003; 24: 209-14.

Marcus S, Lopez JF, McDonough S, Mackenzie MJ, Flynn H, Neal CR Jr, Gahagan S, Volling B, Kaciroti N, Vazquez DM. Depressive symptoms during pregnancy: impact on neuroendocrine and neonatal outcomes. *Infant Behav Dev.* 2011; 34: 26-34.

Meneses C, Lopes C, Magalhães VC. Transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas: um estudo piloto. *Adolescência & Saúde.* 2008; 5: 50-6.

Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26: 633-9.

Miller L, Shade M, Vasireddy V. Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Arch Womens Ment Health.* 2009; 12: 329-34.

Mitsuhiro SS, Chalem E, Moraes Barros MC, Guinsburg R, Laranjeira R. Prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. *J Adolesc.* 2009; 32: 747-52.

Nery IS, Mendonça RCM, Gomes IS, Fernandes ACN, Oliveira DC. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64: 31-7.

Pantoja, ALN. "Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública,* 2003; 19: 335-43.

Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care* 2007; 21: 289-98.

Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, Magalhães PVS, Barbosa APPN, Barros FC. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23: 2577-88.

Santos NLAC, Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Teenage pregnancy: analysis of risk factors for low birth weight, prematurity and cesarean delivery. *Ciência & Saúde Coletiva,* 2014; 19: 719-26.

Schmidt RM, Wiemann CM, Rickert VI, Smith OB. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 38: 712-18.

Suri R, Altshuler L, Hellemann G, Burt VK, Aquino A, Mintz J. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 1206-13.

Szigethy EM, Ruiz P. Depression Among Pregnant Adolescents: An Integrated Treatment Approach. *Am J Psychiatry*. 2001;158: 22-7.

Tandon SD, Cluxton-Keller F, Leis J, Le HN, Perry DF. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *J Affect Disord* 2012; 136: 155-162.

UN. United Nations. Department Of Economic And Social Affairs. Population Division. World Fertility Patterns. 2009. <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/fertility/index.shtml>

Webbink D, Martin NG, Visscher PM. Does teenage childbearing increase smoking, drinking and body size? *J Health Econ*. 2008; 27: 888-903.

WHO (World Health Organization). Young people's health: a challenge for society. World Health Organization Technical Report Series. 1986; 731.

WHO. World Health Organization. Adolescent pregnancy. 2010 http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html

World Health Organization. Child and Adolescent Health Development. Geneva: WHO; 2001.

Yazaki LM. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Instituto de Estudos Avançados* 2003; 17: 65-86.

Yazlle ME, Franco RC, Michelazzo D. [Teenage pregnancy: a proposition to prevention]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31: 477-9.

Yazlle MEHD. Gravidez na Adolescência. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2006;8.

8. ARTIGO

(* Será submetido ao periódico *Journal Affective Disorders*)

COMPARAÇÃO DE DOIS INSTRUMENTOS PARA RASTREAMENTO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS DURANTE A GESTAÇÃO EM UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS NA CIDADE DE PELOTAS – RS

Clarissa de Souza Ribeiro Martins¹

Janaína Vieira dos Santos Motta²

Fábio Monteiro da Cunha Coelho³

RESUMO:

Introdução: A depressão durante a gestação em adolescentes vem aumentando significativamente, no entanto estudos comparando escalas para o rastreamento da depressão durante o pré natal nesta população, ainda são escassos. Diante desta constatação, o objetivo da presente pesquisa será de identificar os melhores pontos de corte do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e *Beck Depression Inventory* (BDI) em uma amostra de gestantes adolescentes.

Método: Foram avaliadas 807 gestantes adolescentes, com idade média de 17 anos, atendidas em serviços de públicos pré-natais. Duas escalas de rastreamento para a depressão foram analisadas, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e o *Beck Depression Inventory* (BDI). Estas escalas tiveram sua acurácia mensuradas por suas Áreas Sob a Curva (AUC) do *Receiver Operating Characteristic* (ROC), assim como suas respectivas sensibilidade e especificidade.

Resultados: Após as análises foi identificado o ponto de corte ≥ 10 para o EPDS, em que a sensibilidade foi de 81,1% e especificidade 82,7%. Para o BDI, reconheceu-se o ponto de corte ≥ 11 , sensibilidade 86,7% e especificidade 73,8%. Na análise da AUC de ROC foram identificados os valores de 0,899 (IC 0,87- 0,92) para o EPDS e, para o BDI, 0,869 (IC 0,84 e 0,89) em comparação ao *MINI*.

Limitações: A amostra pertencer, em sua grande maioria, ao mesmo estrato social e o fato do estudo ter sido realizado apenas com gestantes no segundo trimestre, são os principais limitadores da presente pesquisa.

Conclusões: Os resultados indicam que as duas escalas apresentam boa precisão no rastreamento da depressão em gestantes adolescente. Todavia, a escala EPDS apresenta maior AUC de ROC e também melhores valores de especificidade e sensibilidade, sendo esta mais precisa e eficaz para o rastreamento da depressão nesta população.

Palavras-chave: Gestante adolescentes; *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS); *Beck Depression Inventory* (BDI).

¹ Mestranda em Saúde e Comportamento UCPel - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento – PPGSC/UCPel. ntcissa@gmail.com

² Doutor em Saúde e Comportamento - UCPel. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento – PPGSC/UCPel. coelhofofmc@yahoo.com.br

³ Doutora em Epidemiologia - UFPel. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento – PPGSC/UCPel. jsantos.epi@gmail.com

ABSTRACT:

Introduction: Depression during pregnancy in adolescents is increasing significantly, however, instruments for early depression screening during prenatal care are scarce. Faced this fact, the objective of this research is to identify the best cutoff points for the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Beck Depression Inventory (BDI) in a sample of pregnant adolescents.

Method: 807 pregnant adolescents, with a mean age of 17 years, met in public antenatal services were evaluated. Two screening scales for depression were analyzed, EPDS and the BDI. These scales had their accuracy measured by AUC of their ROC curve, as well as their respective sensitivity and specificity.

Results: In the analyzes, the best cutoff for the EPDS was ≥ 10 , in which the sensitivity was 81, 1% and specificity 82, 7%. For the BDI, it was with recognized the cutoff ≥ 11 , sensitivity 86, 7% and specificity 73, 8%. In the analysis of the ROC AUC, values of 0,899 (CI 0, 87- 0, 92) for the EPDS and BDI for 0.869 (CI 0,84 to 0,89) were identified compared to the MINI.

Limitations: The sample was composed majority by middle and low income adolescent and the fact that the study was performed only with pregnant women in the second trimester, are the main constraints of this research.

Conclusions: The results indicate that both scales have good accuracy in screening of depression in adolescent mothers. However, the EPDS scale shows higher AUC ROC and also better sensitivity and specificity values, the latter being more precise and effective for screening for depression in this population.

Keywords: Pregnant teens; Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); Beck Depression Inventory (BDI).

1. INTRODUÇÃO

A depressão durante a gestação tem chamado a atenção de pesquisadores da área da saúde, especialmente quando ocorre na adolescência. Devido a sua alta frequência e significativas morbidades associadas, a gestação nesta fase vem sendo documentada como um problema de saúde pública (Chen *et al.*, 2007). A gravidez na adolescência pode ser considerada um evento estressor e, por conseguinte, está diretamente relacionada ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, entre eles a depressão (Freitas *et al.*, 2008).

Neste contexto, pesquisadores destacam a depressão gestacional como um transtorno tão frequente quanto à depressão pós-parto, porém ainda pouco documentada entre gestantes adolescentes (Koleva *et al.*, 2011; Gibson *et al.*, 2009; Reid e Meadows-Oliver, 2007). Diante deste contexto, observa-se a relevância no desenvolvimento de estudos que busquem entender, e analisar os múltiplos fatores decorrentes durante o período gestacional observado entre as adolescentes.

Em estudo realizado em São Paulo, com mães adolescentes, verificou-se que a grande maioria dos casos de depressão não foram diagnosticados durante a gestação e, conseqüentemente, estas gestantes não receberam nenhum tratamento ou apoio, aumentando assim os riscos de resultados perinatais adversos para a díade (Chalem *et al.*, 2012). Ainda, a pesquisa revelou a existência de uma lacuna em relação ao diagnóstico precoce, que poderia ser abarcado pela utilização de instrumentos abrangentes e de fácil manuseio para a detecção de sintomas depressivos durante a gestação. Outros autores destacam que as escalas para rastreamento de sintomas depressivos em gestantes adolescentes vêm ganhando importante papel em pesquisas, pois através de instrumentos estruturados busca-se reduzir o grau de subjetividade, tanto na coleta quanto na interpretação dos dados (Lewis *et al.*, 1992).

Ademais, pesquisas recentes ressaltam que as escalas para rastreamento da depressão perinatal apresentam bons resultados no percentual de detecção, sendo possível incorporar esta avaliação ao pré-natal, abrindo caminho para um melhor engajamento no tratamento da depressão, e assim alcançando melhores resultados clínicos (Miller *et al.*, 2009).

Entre as escalas para rastreamento da depressão perinatal duas veem sendo amplamente utilizadas em pesquisas, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e o *Beck Depression Inventory* (BDI) (Davis *et al.*, 2013). A primeira surgiu como instrumento para a detecção da depressão pós-parto, porém tem sido largamente utilizado para identificar a depressão gestacional (Kirkan *et al.*, 2014; Dibaba *et al.*, 2013; Gordon *et al.*, 2006). Já a segunda o BDI, constitui-se de um instrumento de auto avaliação, amplamente utilizado em estudos, com a qual se mede a presença e intensidade de sintomas depressivos (Caliskan *et al.*, 2007).

Embora exista uma quantidade expressiva de escalas validadas para o rastreamento da depressão em gestantes, estudos apontam que as escalas ainda apresentam significativa variabilidade em seus pontos de corte (Ji *et al.*, 2011; Tandon *et al.*, 2012). Estas variações podem ser identificadas entre diferentes populações e, também, entre os diferentes períodos gestacionais (Birkeland *et al.*, 2005; Ji *et al.*, 2011), evidenciando uma lacuna teórica a ser preenchida por novas pesquisas, com intuito de demonstrar pontos de corte específicos e válidos entre gestantes adolescentes, com diferentes escalas. Não obstante, dados sobre esta problemática são escassos na literatura, que limita-se a estudos que compreendem o período pós-parto (Caputo e Bordin, 2007).

Ainda, salienta-se que foram escassos os estudos encontrados na literatura para o direcionamento proposto aqui, gestantes adolescentes, justificando a relevância e contribuição para pesquisas da área de saúde, em especial as de rastreamento da depressão em gestantes adolescentes. Desta maneira, o objetivo da presente pesquisa é identificar os melhores pontos de corte do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e *Beck Depression Inventory* (BDI) em uma amostra de gestantes adolescentes.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo e amostragem

Trata-se de estudo transversal, realizado no período de março de 2009 a setembro de 2011, na cidade de Pelotas - RS. Para a constituição da amostra, utilizou-se como critérios de inclusão ser gestante, estar no segundo trimestre gestacional, ter de 13 a 19 anos, e realizar o acompanhamento pré-natal pelo SUS, na zona urbana da cidade de Pelotas.

O recrutamento foi realizado em 47 unidades básicas de saúde e 3 ambulatórios obstétricos públicos. Após a identificação das participantes, já com perdas e recusas, a amostra ficou composta por 828 adolescentes grávidas, deste total foram excluídas gestantes que não haviam respondido as escalas de rastreamento para sintomas de depressão gestacional e a entrevista clínica estruturada, sendo a amostra composta por 807 gestantes adolescentes. Após a assinatura do termo de consentimento, uma entrevista domiciliar foi agendada a fim de coletar características sócio demográficas, história obstétrica e transtornos psiquiátricos. As entrevistas, previamente agendadas, foram realizadas durante o segundo trimestre da gestação.

2.2 Coleta de Dados

2.2.1 Questionário Sócio Demográfico e Obstétrico

Um questionário de auto relato foi utilizado para obter informações sócio demográficas como idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação e nível

socioeconômico, o qual foi mensurado a partir da classificação CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil, sendo o maior nível de renda "A" e o menor "E").

No mesmo instrumento também constaram questões sobre o histórico obstétrico, tais como, idade gestacional, planejamento da gestação, quanto a paridade, em relação à ocorrência anterior de aborto e a existência de intenção de abortar.

2.2.2 Ferramentas para Triagem da Depressão

2.2.2.1 *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

A escala de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) foi um dos instrumentos utilizados para o rastreamento da depressão na amostra. O mesmo consiste em uma escala auto aplicável, composta por 10 itens referentes a sintomas depressivos observados nos últimos sete dias, frequentes no puerpério. Embora tenha sido inicialmente desenvolvida para avaliação da depressão em mulheres no pós-parto (Cox *et al.*, 1987), tem sido amplamente utilizada para avaliar sintomas depressivos em gestantes (Tandon *et al.*, 2013).

Este instrumento apresenta fácil e rápida aplicabilidade, sendo útil tanto para o uso por profissionais da área de saúde, quanto para a utilização em estudos comunitários. Os escores variam de 0 a 30, sendo o ponto de corte recomendado ≥ 10 para rastreamento da depressão e ≥ 11 para casos moderados a grave (Santos *et al.*, 2007).

2.2.2.2 *Beck Depression Inventory* (BDI)

A escala *Beck Depression Inventory* (BDI), desenvolvida por Beck *et al.* (1961), foi a segunda escala utilizadas no estudo. Apesar de não ter sido originalmente desenvolvida com o objetivo de avaliar sintomas em gestantes, frequentemente tem sido utilizada para tal fim, sendo considerada como um instrumento adequado e válido para o rastreamento dos sintomas depressivos durante a gestação (Marcus *et al.*, 2011).

A BDI apresenta-se como um questionário estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão, retomando os sintomas nas duas últimas semanas. As pontuações no intervalo BDI variam de 0 a 63, com pontos de corte de 10 a 18 sugestivos

de depressão leve e de 19 a 29 sugestivos de depressão moderada, os autores enfatizam ao fato de não existir um ponto de corte fixo para o diagnóstico da depressão, considerando que este deve ser baseado no estudo em questão e nas características da amostra (Beck, 1998).

2.2.3 Entrevista Clínica Estruturada

2.2.3.1 *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)

Para diagnóstico da depressão gestacional, foi utilizada uma versão validada para o português do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Amorim, 2000), sendo uma entrevista padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa.

Nesta pesquisa, utilizou-se somente o "episódio depressivo maior", que identifica se o episódio é atual. A entrevista clínica foi aplicada por psicólogos treinados, com experiência na aplicação do instrumento, e que estavam cegos para os resultados das escalas de rastreamento aplicadas.

2.3 Análise

Os dados foram digitados no programa *Epi Info* (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), com dupla digitação e checagem de consistência.

Para análise dos dados, os resultados foram convertidos, por meio do programa *Stat Transfer do Access* (Microsoft Corp., Estados Unidos), para o Stata 12.1 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

A análise univariada foi utilizada para se obter a distribuição das frequências simples de todas as variáveis categóricas. Posteriormente esta análise foi realizada para as variáveis numéricas, e medidas de tendência central e dispersão.

O cálculo de sensibilidade, especificidade e pontos de corte dos instrumentos EPDS e BDI foram estabelecidos através da análise da curva obtida pelo *Receiver Operating Characteristic* (ROC), no qual compara-se as escalas de rastreamento com o resultado do padrão – ouro MINI.

Através da Curva de ROC foi possível identificar o ponto de corte que melhor discrimina casos de não casos, por meio da verificação do valor da Área Sob a Curva (*AUC*) correspondente à sensibilidade e especificidade. A *AUC* forneceu um referencial do poder de discriminação do instrumento de rastreamento, essa área varia de 0,5 para um poder nulo de discriminação até 1, poder máximo (DeLong *et al.*, 1988).

2.4 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas – UCPel, protocolo N° 2007/95. Os aspectos éticos envolvidos foram tratados conforme legislação vigente para a prática de pesquisa em saúde, sendo respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, constantes na Resolução n°. 466/12.

As gestantes identificadas com depressão, de acordo com o instrumento MINI, foram encaminhadas ao Serviço de Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

3. RESULTADOS

Foram identificadas 871 adolescentes grávidas, que atendiam os critérios para inclusão no estudo, quarenta e três (4,94%) se recusaram a participar, ficando a amostra composta por 828 participantes. Deste total, foram identificadas 807 adolescentes que responderam as duas escalas e a entrevista clínica padronizada, sendo esta a amostra que foi utilizada no presente estudo.

A Tabela 1 sintetiza as principais características demográficas da amostra. A faixa etária das participantes foi de 17,3 anos (DP = 1,4), com renda familiar predominante de aproximadamente R\$ 857,35 (DP = 710,40). A maioria das gestantes declarou-se branca (67,8%), e 63,0% em um relacionamento estável. Em relação a prevalência de transtorno psiquiátricos, depressão, a prevalência encontrada foi de 17,7%, quando mensurada pelo MINI.

Identificou-se que as gestantes adolescentes encontravam-se, em média, com 23,2 semanas gestacionais (DP = 5,07) e realizaram, aproximadamente, 3,28 consultas pré-natais. A maioria (72,4%) declarou não ter planejado a gestação e 78,0% não eram

primíparas (n=621). Em relação a intenção de abortar, 13,4% pensaram em abortar e 2,3% tentou abortar.

Após a análise dos dados identificou-se que a escala EPDS apresenta uma AUC de ROC de 0,90, com um intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}) entre 0,87 e 0,92. Estes valores refletem que o teste possui boa validade diagnóstica quando contrastado com a entrevista padronizada MINI (padrão ouro). Tais informações podem ser melhor observadas na representação gráfica da Figura 1 (a).

Com relação a escala BDI, foi possível observar que a AUC de ROC refletiu o coeficiente de 0,87, e IC_{95%} entre 0,84 e 0,89. Tendo em vista que o AUC refletiu valor superior a 0,8, pode-se concluir que o instrumento BDI, em função a entrevista MINI, também apresenta boa validade diagnóstica, como pode ser visualizado na Figura 1(b).

Quando comparadas as AUC de ROC das escalas EPDS e BDI, o cálculo demonstrou que existe diferença estatisticamente significativa entre as duas escalas (DP = 0,021), sendo que a maior AUC, foi encontrada na escala EPDS.

Ao ser realizada a avaliação de sensibilidade e especificidade, na escala EPDS identificou-se o ponto ≥ 10 como melhor ponto de corte (PC) para esta população, sendo este o melhor equilíbrio entre os indicadores de sensibilidade (81,1%) e especificidade (82,7%). A escolha por este ponto de corte é justificada pelo menor valor de desvio padrão (DP = 1,1) entre os dois valores. Em relação ao rastreamento de sintomas depressivos encontrados com esta escala na amostra, foi observado um percentual de 28,6% (IC_{95%} 25,5 – 31,8) com o ponto de corte ≥ 10 .

Em relação a escala BDI, identificou-se o ponto de corte ≥ 11 . Neste ponto, a escala apresenta 86,7% de sensibilidade e 73,8% de especificidade, quando contrastado com os resultados MINI. A identificação deste ponto de corte para a análise possui suporte no menor valor de variação entre a sensibilidade e especificidade dentre todos os pontos (DP = 2,9). Ao ser analisada a prevalência de sintomas depressivos na amostra com esta escala, foi encontrado um percentual de 33,5% (IC_{95%} 30,2 – 36,8) com o ponto de corte ≥ 11 .

A Tabela 2 demonstra os valores preditivos positivos (VP+) e negativos (VP-), referentes aos PC com maior sensibilidade e especificidade no EPDS e no BDI. Os VP positivos do EPDS em relação ao BDI mostraram-se maiores em todos os pontos de cortes avaliados. Em relação aos VP negativos todos os pontos de corte avaliados mantiveram-se acima de 50% nas duas escalas.

4. DISCUSSÃO

Com base nos resultados aferidos, e apresentados anteriormente, evidencia-se que os instrumentos EPDS e BDI apresentam adequado poder de rastreamento para sintomas depressivos, quando comparados a entrevista clínica MINI na amostra de gestantes adolescentes.

Em relação ao BDI, observa-se que os resultados da presente pesquisa são corroborados com o posicionamento de Marcus *et al.* (2011). De acordo com os autores, a escala é um instrumento com adequada eficácia para rastreamento de sintomas depressivos em gestantes.

Enfatiza-se que o BDI apresentou boa sensibilidade e especificidade (81,1%; 76,8%), além de boa precisão, segundo sua *AUC* 0,869, quando aplicado em gestantes adolescentes (Tape, 2008). Lembra-se que este instrumento não foi originalmente desenvolvido para esta população, no entanto outros estudos, como o de Koleva e Stuart (2014), já realizaram experimentos com o mesmo em gestantes adolescentes. Estes autores identificaram como ponto de corte ideal para o BDI uma média de 10,93 (DP = 7,38), sendo que a faixa etária na amostra analisada foi de 19 anos (DP = 0,59).

Os resultados encontrados por Koleva e Stuart (2014) se assemelham aos resultados da presente pesquisa em dois aspectos. Primeiramente pela proximidade no ponto de corte utilizado na detecção do rastreamento de sintomas depressivos. Em segundo lugar, a paridade em relação a idade da população estudada.

Ainda, na presente pesquisa, ao analisar o ponto de corte ideal para a escala BDI para o rastreamento de sintomas depressivos em gestantes foi encontrado o ponto ≥ 11 , onde a média de idade das gestantes era de 17,3 anos. Já em outro estudo realizado com gestantes, as quais apresentavam uma média de 27,7 anos, a melhor média de ponto de corte encontrada pelos autores foi de 9,04 (DP = 6,88) (Koleva *et al.*, 2012). Acredita-se que a diferença observada entre os dois estudos refere-se, principalmente, a diferença de idade das participantes das pesquisas.

Em outro estudo realizado com gestantes nos três diferentes trimestres gestacionais, e um grupo de não grávidas, foi identificado como PC ideal para o BDI ≥ 18 (Caliskan *et al.*, 2007). Ponto de corte este que também difere do ideal encontrado na presente pesquisa (≥ 11), sendo que esta diferença pode estar relacionada a heterogeneidade das amostras, uma vez que a amostra de Caliskan *et al.* (2007) foi composta por gestantes de diferentes faixas de idade, diferentes períodos gestacionais,

assim como pelo fato de não ter como referência uma entrevista clínica padronizada usada como padrão ouro.

Referente a escala EPDS, como ponto de corte ideal para rastreamento de sintomas depressivos em gestantes adolescentes, o melhor valor encontrado na população estudada foi ≥ 10 (AUC 0,899). Observa-se que esta informação é semelhante a encontrada pelos autores na validação desta escala no Brasil (Santos *et al.*, 2007), quando estudadas mulheres no pós-parto.

Contrapondo estes achados, Kuan-Pin *et al.* (2007) encontraram um ponto de corte ideal, com adequada sensibilidade e especificidade, entre 13/14 para o segundo trimestre gestacional. Porém os autores destacam que, o melhor ponto de corte encontrado para esta escala foi no terceiro trimestre da gestação, onde o PC foi 12/13, AUC 0,934, sensibilidade 0,83 e especificidade 0,89. A diferença existente entre os pontos de corte, assim como em suas respectivas sensibilidade e especificidade podem ser explicados pelas diferenças culturais e pela diferença de idade das amostras (Tandon *et al.*, 2012).

No presente estudo foi encontrado um percentual de depressão de 17,7% entre as gestantes adolescentes quando aplicado o MINI, sendo que 28,6% apresentavam sintomas depressivos quando aplicada a escala EPDS, com o ponto de corte ≥ 10 . Fernandes *et al.* (2011), em uma amostra de gestantes, encontrou 14,4% de diagnóstico para depressão, quando aplicado o MINI (*Plus*). Observa-se ainda que os autores encontraram como ponto de corte ideal para a escala EPDS ≥ 13 , com sensibilidade 100,0%, especificidade de 84,9% e AUC de 0,95. Estas desigualdades entre os valores no ponto de corte da escala podem ser elucidadas por diferenças étnicas, médias de idade gestacional diferente nas populações estudadas, disparidade no percentual de primiparidade e média de idade da amostra.

Segundo a literatura, a escala EPDS apresenta-se como boa alternativa para o rastreamento de sintomas depressivos durante a gestação, porém seu PC pode oscilar nas diferentes populações estudadas (Chaudron *et al.*, 2010). Ainda, Ji *et al.* (2011) destacam que o PC pode diferir, também, entre os diferentes períodos gestacionais. Observando os ensinamentos destes pesquisadores, acredita-se que as diferenças identificadas na presente pesquisa, em relação a outras já destacadas, encontram amparo teórico e justificativa.

Ji *et al.* (2011) ao verificarem o PC ideal para gestantes em diferentes trimestres gestacionais com várias escalas, encontraram um PC ideal para o BDI de 13, com uma AUC de ROC 0,906 (sensibilidade 0,91/especificidade 0,76). Para o EPDS o melhor PC

foi de 9, com uma *AUC* de ROC de 0,871 (sensibilidade 0,89/especificidade 0,66). Estes valores foram encontrados no segundo trimestre, em gestantes múltiplas, com idade média de 33 anos.

Na presente pesquisa, foram encontrados distintos pontos de corte, para as mesmas escalas, na mesma época gestacional do estudo realizado por Ji *et al.* (2011), assim como diferentes valores de sensibilidade, especificidade e *AUC* de ROC. Todavia, ressalta-se que a amostra apresentava diferente faixa de idade (17,3 anos), além do número de entrevistas realizadas no decorrer da gestação.

Neste sentido, esta pesquisa contribui destacando que, quando ponderada a eficácia das escalas, tanto o BDI quanto o EPDS apresentam-se como bons instrumentos para rastreamento da depressão em gestantes adolescentes, segundo suas *AUC* de ROC (Tape, 2008). Porém, a escala EPDS apresenta maior sensibilidade, especificidade, além de maior *AUC* de ROC quando comparado ao BDI, nesta população.

A escala EPDS apresenta-se como um instrumento bem aceito pelo público, de rápida e fácil aplicabilidade, e tem sido amplamente utilizado em pesquisas e serviços de saúde, além de estar disponível em diversos idiomas (Santos *et al.*, 2007; Miller *et al.*, 2009; Ji *et al.*, 2010). Em relação ao BDI, pode-se identificar que esta escala é utilizada em estudos com adolescentes, porém a principal desvantagem deste instrumento é não distinguir sintomas somáticos do período gestacional e sintomas depressivos, o que pode superestimar o percentual de potenciais “doentes” (Bennett *et al.*, 2004; Fernandes *et al.*, 2010; Koleva e Stuart, 2014).

Existem características na presente amostra que podem ser consideradas pontos fortes do estudo. Entre elas pode-se destacar o tamanho da amostra, relativamente grande, a utilização de uma entrevista clínica estruturada e validada para avaliação psiquiátrica (*MINI*), e um dos poucos estudos encontrados analisando a precisão de diferentes escalas de rastreamento de sintomas depressivos em gestantes adolescentes em serviços públicos de saúde. Ademais, o estabelecimento do ponto de corte ideal, embora aplicado a esta população, fornece elementos para a identificação e tratamento precoce da depressão, podendo evitar os efeitos adversos desta doença pré-natal para a díade.

No entanto, existem algumas limitações que devem ser observadas. A primeira é o da população estudada pertencer, em sua grande maioria, a um mesmo extrato social, o que reduz o poder de generalização dos resultados, porém estes resultados podem ser estendidos a outras populações. Outro fato a ser destacado, é o das escalas utilizadas não terem sido, originalmente, desenvolvidas para a utilização em adolescentes. Entretanto

pesquisas (Ji *et al.*,2011; Koleva e Stuart, 2014), entre outras, já utilizaram estas escalas em gestantes adolescentes.

5. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que as escalas para rastreamento de sintomas depressivos EPDS e BDI, apresentam-se adequadas na identificação precoce destes sintomas, desde que, seus pontos de corte sejam ajustados para esta população. Estes instrumentos apresentam baixo custo e fácil aplicação, o que viabiliza sua utilização em serviços de acompanhamento pré-natal, identificando assim um maior número de gestantes adolescentes em risco de desenvolver depressão durante a gestação. Com a utilização adequada as escalas viabilizam o diagnóstico e tratamento precoce, minimizando os efeitos deletérios que a depressão durante este período pode trazer tanto para a mãe, quanto para seu bebê.

REFERÊNCIAS

- Amorim, P., 2000. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 22, 106-15.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP. 2013. <Disponível em <http://www.abep.org>> (28.05.2014)
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbauch, G., 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry.* 4, 53-63.
- Birkeland, R., Thompson, J.K., Phares, V., 2005. Adolescent Motherhood and Postpartum. *Depression Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 34, 292–300.
- Caliskan, D., Oncu, B., Kose, K., Ocaktan, M.E., Ozdemir, O., 2007. Depression Scores and Associated Factors in Pregnant and Non-Pregnant Women: A community-based Study in Turkey. *Journal of Psychosomatic. Obstetrics & Gynecology.* 28, 195–200.
- Caputo, V.G., Bordin, I.A., 2007. Mental health problems among pregnant and non pregnant youth. *Rev. Saúde Pública.* 41,573-81.
- Chalem, E., Mitsuhiro, S.S., Manzolli, P., Barros, M.C.M., Guinsburg, R., Sass, N., Laranjeira, R., Ferri, C.P., 2012. Underdetection of Psychiatric Disorders During Prenatal Care: A Survey of Adolescents in Sao Paulo, Brazil. *J. Adolesc. Health.* 50, 93-96.

Chaudron, L.H., Szilagyi, P.G., Tang, W., Anson, E., Talbot, N.L., Wadkins, H.I.M., Xin, T., Wisner, K.L., 2010. Accuracy of Depression Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Urban Mothers. *Pediatrics*. 125, 609–617.

Chen, X.K., Wen, S.W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G.G., Walker, M., 2007. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int. J. Epidemiol.* 36, 368-373.

Choi, S.K., Kim, J.J., Park, Y.G., Ko, H.S., Park, I.Y., Shin, J.C., 2012. The Simplified Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for Antenatal Depression: Is It a Valid Measure for Pre-Screening? *Int. J. Med. Sci.* 9, 40-46.

Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R., 1987. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry*. 150, 782–786.

Davis, K., Pearlstein, T., Stuart, S., O’Hara, M., Zlotnick, C., 2013. Analysis of brief screening tools for the detection of postpartum depression: Comparisons of the PRAMS 6-item instrument, PHQ-9, and structured interviews. *Arch. Womens Ment. Health*. 16, 271–77.

DeLong, E., DeLong, D.M., Clarke-Pearson, D., 1988. Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a nonparametric approach. *Biometrics*. 44, 837–845.

Dibaba, Y., Fantahun, M., Hindin, M.J., 2013. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 13,135.

Fernandes, M.C., Srinivasan, K., Stein, A.L., Menezes, G., Sumithra, R.S., Ramchandani, P.G., 2011. Assessing prenatal depression in the rural developing world: a comparison of two screening measures. *Arch. Womens Ment. Health*. 14, 209–216.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., 2007. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch. Womens Ment. Health*. 10,103–09.

Freitas, G.V.S., Cais, C.F.S., Stefanello, S., Botega, N.J., 2008. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case-control study in Brazil. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*. 17, 336-342.

Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., Gray, R., 2009. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta. Psychiatr. Scand.* 119, 350-64.

Gordon, T.E.J., Cardone, I.A., Kim, J.J., Gordon, S.M., Silver, R.K., 2006. Universal Perinatal Depression Screening in an Academic Medical Center. *Obstetrics & Gynecology*. 107, 342-47.

Ji, S., Longa, Q., Newport, D.J., Na, H., Knight, B., Zach, E.B., Morris, N.J., Kutner, M., Stowe, Z.N., 2011. Validity of depression rating scales during pregnancy and the

postpartum period: Impact of trimester and parity. *Journal of Psychiatric Research*. 45, 213-19.

Kirkan, T.S., Aydin, N., Yazici, E., Aslan, P.A., Acemoglu, H., Daloglu, A.G., 2014. The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*. 27, 01-07.

Koleva, H., Stuart, S., 2014. Risk factors for depressive symptoms in adolescent pregnancy in a late-teen subsample. *Arch. Womens Ment. Health*. 17,155–58.

Koleva, H., Stuart, S., O'Hara, M., Bowman-Reif, J., 2011. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 14, 99–105.

Lewis, G., Pelosi, A.J., Araya, R., Dunn, G., 1992. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol. Med*. 22,465-486.

Marcus, S., Lopez, J.F., McDonough, S., Mackenzie, M.J., Flynn, H., Neal, C.R.Jr., Gahagan, S., Volling, B., Kaciroti, N., Vazquez, D.M., 2011. Depressive symptoms during pregnancy: impact on neuroendocrine and neonatal outcomes. *Infant. Behav. Dev*. 34, 26-34.

Miller, L., Shade, M., Vasireddy, V., 2009. Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Arch. Womens Ment. Health*. 12, 329–34.

Reid, V., Meadows-Oliver, M., 2007. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J. Pediatr. Health. Care*. 21, 289-98.

Santos, I.S., Matijasevich, A., Tavares, B.F., Barros, A.J.D., Botelho, I.P., Lapolli, C., Magalhães, P.V.S., Barbosa, A.P.P.N., Barros, F.C., 2007. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública*. 23, 2577- 2588.

Su, K.P., Chiu, T.H., Huang, C.L., Ho, M., Lee, C.C., Wu, P.L., Lin, C.Y., Liao, C.H., Liao, C.C., Chiu, W.C., Pariante, C.M., 2007. Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *General Hospital Psychiatry*. 29, 436–41.

Tandon, S.D., Cluxton-Keller, F., Leis, J., Le, H.N., Perry, D.F., 2012. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *J. Affect. Disord*. 136, 155–162.

Tape, T.G., 2008. The area under an ROC curve. <<http://gim.unmc.edu/dxtests/roc3.htm>> (08.09.14)

Tabela 1. Características sócio demográficas e obstétricas das gestantes adolescentes atendidas nos serviços de Pré-Natal do Sistema Único de Saúde (SUS). Pelotas, 2009/2011 (n = 807).

Variáveis	N	%
Idade		
Até 15 anos	93	11,5
16-17 anos	299	37,0
Acima de 18 anos	415	51,4
Situação conjugal		
Sem companheiro	298	37,0
Com companheiro	509	63,0
Ocupação*		
Não trabalha ou estuda	321	41,77
Trabalha e/ou estuda	446	58,22
Nível Socioeconômico*		
Classe A e B	37	4,7
Classe C	484	61,4
Classe D e E	267	33,8
Escolaridade		
< 5 anos	136	16,9
5 – 8 anos	335	41,5
8 – 11 anos	266	32,9
11 – 14 anos	70	8,7
Primiparidade		
Não	625	78,0
Sim	177	21,9
Planejou a gestação		
Não	584	72,4
Sim	223	27,6
Total	807	100%

*Houve ausência de respostas nestas variáveis. Na variável ocupação registra-se a maior ausência de respostas, perfazendo o total de 40 gestantes (4,9%) da amostra.

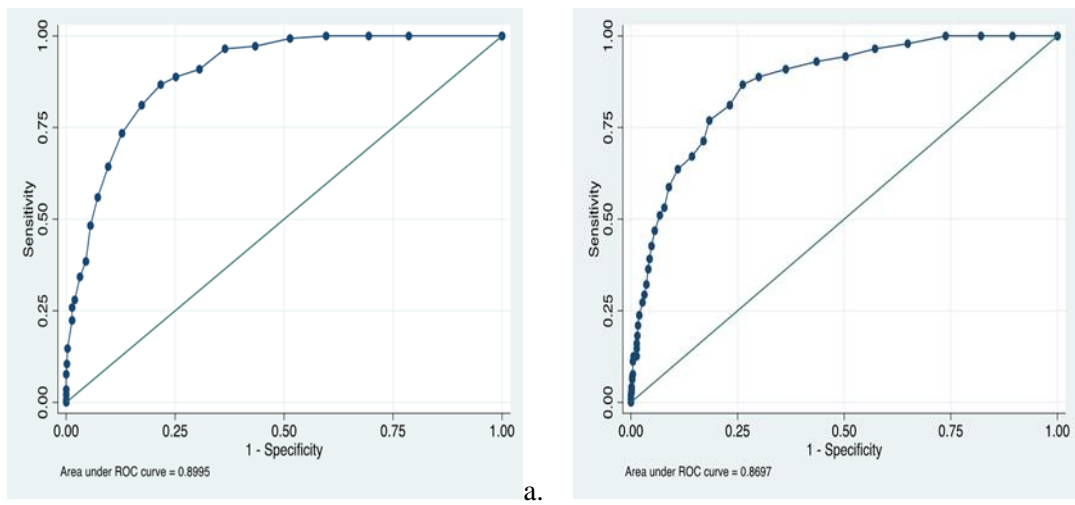


Figura 1. Área Sob a Curva de ROC para as Escalas *Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS (a) e *Beck Depression Inventory* - BDI (b)

Tabela 2. Valores preditivos positivos e negativos nos pontos de corte com melhores valores de sensibilidade e especificidade de cada escala.

Ponto de corte	Valor Preditivo Positivo (IC_{95%})	Valor Preditivo Negativo (IC_{95%})
EPDS		
≥ 7	33,8 (39,0 - 44,5)	95,4 (97,3 - 98,5)
≥ 8	37,5 (43,2 - 49,1)	95,0 (96,9 - 98,2)
≥ 9	40,2 (46,3 - 52,4)	94,5 (96,5 - 97,9)
≥10	43,6 (50,2 - 56,8)	93,3 (95,3 - 96,9)
≥11	47,9 (55,3 - 62,5)	91,6 (93,8 - 95,6)
≥12	50,8 (59,0 - 66,8)	89,8 (92,2 - 94,1)
≥13	53,5 (62,5 - 70,9)	88,3 (90,7 - 92,8)
≥14	55,2 (65,1 - 74,1)	86,9 (89,4 - 91,6)
BDI		
≥ 7	27,1 (31,5 - 36,2)	95,3 (97,4 - 98,7)
≥ 8	30,2 (35,0 - 40,1)	95,0 (97,0 - 98,4)
≥ 9	33,6 (39,0 - 44,5)	94,7 (96,7 - 98,1)
≥10	36,0 (41,6 - 47,4)	94,2 (96,3 - 97,7)
≥11	37,0 (43,0 - 49,1)	92,8 (95,0 - 96,7)
≥12	40,8 (47,4 - 54,1)	92,0 (94,3 - 96,0)
≥13	40,6 (47,4 - 54,3)	90,7 (93,1 - 95,0)
≥14	43,0 (50,3 - 57,6)	90,0 (92,4 - 94,3)

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO

Ao concluir o presente trabalho cabe retomar, em uma breve síntese, os principais resultados encontrados para as hipóteses iniciais do estudo.

A primeira parte deste estudo foi constituída por um projeto de pesquisa a fim de avaliar a precisão de duas escalas para o rastreamento de sintomas depressivos durante o período gestacional em uma amostra de adolescentes, da cidade de Pelotas/RS. Além da aplicação das escalas EPDS e BDI e da entrevista clínica MINI, foi aplicado um questionário para investigação de fatores sócio demográficos e obstétricos.

A segunda parte do projeto, além de completar as etapas de execução das entrevistas, digitação e análise dos dados, foi realizada a redação do artigo final, fruto do projeto de pesquisa anteriormente explicitado, cujos resultados principais serão a seguir dissertados de acordo com o objetivo inicialmente formulado.

Hipótese 1: A escala de rastreamento EPDS será mais sensível e específica na detecção do risco para sintomas depressivos em gestantes adolescentes em relação a escala BDI. Esta hipótese foi confirmada, já que a escala EPDS apresentou maior *AUC* de ROC, além de maiores sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

Hipótese 2 – Não terá diferença entre o ponto de corte preconizado pela literatura e o identificado na amostra pelo BDI. A segunda hipótese não foi confirmada na população estudada. Destaca-se que o melhor ponto de corte para o rastreamento de sintomas depressivos em gestantes adolescentes, com melhores valores de sensibilidade e especificidade, foi de ≥ 11 . A literatura, frequentemente, preconiza como PC ideal ≥ 12 .

Hipótese 3 – O ponto de corte identificado no EPDS será inferior ao preconizado pela literatura. A hipótese foi confirmada. Identificou-se como PC para o EPDS ≥ 10 , enquanto na literatura preconiza como ideal, nos poucos estudos encontrados, um PC entre 12/13.

Hipótese 4 – Os valores da *AUC* da *Receiver Operating Characteristic Curve* (Curva de ROC) do instrumento EPDS será maior em relação ao instrumento BDI, e a diferença será estatisticamente significativa. A quarta hipótese foi igualmente confirmada. A diferença entre as duas *AUC* de ROC foi estabelecida comparando as duas curvas, e este cálculo gerou um $p=0,0215$ ($p>0,05$), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Desta forma, confirma-se que o EPDS apresenta-se como uma escala mais preditiva e sensível em relação ao BDI.

Diante deste contexto, acredita-se que a presente pesquisa apresenta relevância epidemiológica ao utilizar amostra populacional de gestantes adolescentes. Outro ponto forte a se destacar é o emprego de uma entrevista clínica para o diagnóstico da depressão, além da aplicação de duas escalas de rastreamento para sintomas depressivos nesta população. Estudos sobre rastreamento de sintomas depressivos em gestantes adolescentes ainda são escassos, a maioria concentra-se no pós-parto e com amostras relativamente menores.

Desta forma, espera-se que as informações expostas neste estudo contribuam para uma melhor compreensão sobre o uso das escalas de rastreamento para sintomas depressivos no período gestacional de adolescentes, visto que quanto mais cedo detectado o risco de depressão gestacional, melhores resultados serão obtidos tanto na adesão quanto no tratamento. Além disto, com a utilização das escalas de rastreamento durante o pré-natal em adolescentes, é possível um adequado planejamento e direcionamento de políticas públicas voltadas a esta população, tanto em relação a tratamento quanto a prevenção.

APÊNDICES

Apêndice A - Resumo dos artigos relevantes ao tema da pesquisa

Quadro 1. Estudos transversais

Autor/Ano/Pais/ Revista	Delineamento/Amostra	Objetivo	Instrumentos utilizados	Principais Resultados	Observações
Freitas GVS, <i>et al.</i> 2008 Brasil Eur Child Adolesc Psychiatry.	A amostra foi constituída por 110 adolescentes grávidas e 110 não grávidas e sem filhos ou gravidez anterior, que atenderam aos critérios de inclusão: idade entre 14 e 18 anos, primíparas, beneficiárias de assistência médica através do programa de pré-natal do setor dos cuidados de saúde pública.	Identificar as características do perfil psicossocial das gestantes adolescentes, comparado com adolescentes que nunca estiveram grávidas na faixa etária 14-18 e determinar a prevalência de ideação suicida e tentativas de suicídio em ambos os grupos.	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD); Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI); Escala de Apoio Social (SSS).	Prevalência encontrada nos grupos foi: tentativa de suicídio (6,3%); depressão (13,6%); ansiedade (28,0%). O grupo de adolescentes grávidas apresentou um perfil psicossocial com características diferentes do grupo de não grávidas, sendo que os cuidados relativos a saúde mental e preventiva se fazem necessários a este grupo.	
Caliskan <i>et al.</i> 2007 Turquia Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	O estudo foi constituído por 132 mulheres não gestantes e 66 gestantes. Esta amostra incluía todas as mulheres grávidas atendidas em um centro de saúde, de atenção primária. O grupo de mulheres não-grávidas (controle) apresentava características semelhantes ao grupo de estudo de acordo com idade e paridade, e estas deveriam ter dado a luz menos um ano antes da coleta dos dados.	Avaliar e comparar os escores de depressão de mulheres grávidas e não grávidas (grupo controle) pareados por idade e status socioeconômico para determinar os fatores associados a depressão nos dois grupos.	Beck Depression Inventory (BDI), escala constituída por 21 itens que mede a presença e intensidade de sintomas depressivos.	A depressão foi observada em 27,3% das gestantes e 26,5% das mulheres não grávidas, sendo a pontuação do BDI semelhante entre os dois grupos do estudo.	O ponto de corte utilizado foi o preconizado pela literatura.

<p>Figueiredo <i>et al.</i> 2007 Portugal Arch Womens Ment Health</p>	<p>A amostra foi composta de 108 gestantes (54 adultas e 54 adolescentes) as mulheres grávidas, apresentavam idades entre 14 e 40 anos (média de 22,8 anos).</p>	<p>Estudar a depressão durante a gravidez e o pós-parto em mulheres portuguesas adolescentes e adultas, verificar as diferenças nas taxas de depressão entre os dois períodos; outro objetivo foi verificar a associação dos fatores de risco sócio demográficos para os sintomas depressivos durante (EPDS > 12) o terceiro trimestre da gravidez e no pós-parto 2-3 meses.</p>	<p>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</p>	<p>Tarifas para EPDS > 12 apresentaram-se elevados durante o terceiro trimestre da gravidez (18,5%) e no 2º e 3º meses após o parto (17,6%), mais do que 1/4 da amostra (27,8%) teve um EPDS > 12, antes ou após o parto. Mães adolescentes apresentaram mais sintomas depressivos, com maiores percentuais de EPDS > 12 do que as mães adultas, tanto durante a gravidez, quanto no 2º e 3º meses após o parto.</p>	<p>Ponto de corte usado conforme preconiza a literatura.</p>
<p>Tandon <i>et al.</i> 2010 Estados Unidos da América Pediatrics</p>	<p>A amostra foi composta por noventa e cinco mulheres inscritas em programas de visitas domiciliares, sendo 32 grávidas e 63 com crianças <6 meses. Cada uma completou uma entrevista clínica estruturada e três ferramentas de triagem para depressão.</p>	<p>Determinar a sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo de três ferramentas de triagem para depressão, entre a população de baixa renda de mulheres grávidas e puérperas. Um objetivo secundário foi validar os resultados de Chaudron <i>et al.</i> (2010), comparando a precisão de diferentes ferramentas de rastreio com os resultados de seu estudo anterior.</p>	<p>Edimburgo Depression Scale Pós Natal (EPDS), Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), e Beck Depression Inventory II (BDI-II).</p>	<p>Mais de um quarto das mulheres (28,4%) apresentavam depressão maior. As ferramentas de triagem foram precisas detecção de entre as mulheres no pré-natal e pós-parto. A sensibilidades de todas as ferramentas de triagem foram melhores ao usar pontos de corte menores do que aqueles considerados padrão pela literatura.</p>	<p>As ferramentas de triagem EPDS, CES-D e BDI-II parecem ser as confiáveis e breves para avaliação da depressão maior em gestantes, porém ao utilizar estas ferramentas deve-se considerar o uso de pontos de corte inferiores aos preconizados.</p>
<p>Chalem <i>et al.</i> 2011</p>	<p>Este estudo foi baseado em um estudo maior, sua amostra constituiu-se de 457 gestantes</p>	<p>Descrever a prevalência de transtornos psiquiátricos durante a gravidez de adolescentes</p>	<p>CIDI 2.1, a qual fornece diagnóstico dos</p>	<p>Um percentual de 22,5% das adolescentes apresentaram algum distúrbio mental, porém apenas um</p>	<p>Dado o efeito potencial de morbidade</p>

<p>Brasil</p> <p>Journal of Adolescent Health</p>	<p>adolescentes (12-19 anos) atendidas em um hospital maternidade, entre 2001 e 2002.</p>	<p>atendidos em uma unidade de cuidados pré-natal.</p>	<p>últimos 12 meses de transtornos psiquiátricos que incluem depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e dependência de álcool e drogas.</p>	<p>quinto foi detectado durante o pré-natal. A situação mais presente foi a depressão 13,5% mas apenas 21% foi detectado durante a gestação.</p>	<p>psiquiátrica pré-natal sobre os resultados perinatais, especialmente nas adolescentes, a prática precisa ser mudada e profissionais precisam estar habilitados para reconhecimento e tratamento dos transtornos mentais comuns.</p>
<p>Lee <i>et al.</i></p> <p>2007</p> <p>China</p> <p>Obstet & Gynecol</p>	<p>357 gestantes, no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional e 6 semanas pós-parto.</p>	<p>Estimar a prevalência de ansiedade e depressão nos diferentes períodos da gestação, os fatores de risco para cada um deles e a relação entre ansiedade e depressão no pós-parto.</p>	<p>Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD)</p>	<p>A prevalência de ansiedade e depressão foi de 35,8% e 21,6%, respectivamente, e 16,9% apresentavam comorbidade psiquiátrica, mostrando maior associação com gestantes mais jovens.</p> <p>A ansiedade se mostrou mais prevalente do que a depressão em todos os estágios</p>	

Quadro 2. Estudos longitudinais

Autor/Ano/Pais/Revista	Amostra	Objetivo	Principais Resultados	Observações
Barnet B. <i>et al.</i> 2008 Estados Unidos da América Arch Pediatr Adolesc Med.	Trata-se de uma análise secundária de dados retirados de um estudo maior com adolescentes grávidas e pais, os quais participaram em duas intervenções de redução de risco longitudinal consecutivas.	Verificar se os sintomas depressivos são um fator de risco para uma gravidez subsequente em mães adolescentes.	Entre os adolescentes que completaram pelo menos um questionário de acompanhamento, sintomas depressivos basais estavam presentes em 46% das gestantes, gravidez subsequente por dois anos após o parto foi vivenciada por 49%, com um tempo médio para a primeira gestação subsequente de 11,4 (5,8) meses.	Sintomas depressivos foram associados com aumento do risco de gravidez subsequente. (Escala utilizada - CES-D)
Michelazzo <i>et al.</i> 2004 Brasil Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetricia	7.134 gestantes adolescentes e 36.119 adultas.	Verificar diferenças entre alguns indicadores sociais em uma população de gestantes adolescentes (12 a 19 anos) e de adultas	Proporção de internações de adolescentes pelo SUS foi significativamente superior à de adultas. Apenas 14,1% das adolescentes tinham inserção na população economicamente ativa, 6,8% eram estudantes, ao passo que 79,0% eram “do lar” ou sem ocupação remunerada.	
Conde-Agudelo <i>et al.</i> 2005 Uruguay American Journal of Obstetrics and Gynecology	854.377 gestantes Latino-americanas, < 25 anos de idade.	Verificar associação entre gestação na adolescência e resultados adversos.	Adolescentes com 15 anos ou mais jovens tiveram maiores riscos para morte materna, morte neonatal precoce e anemia em comparação com mulheres com idade entre 20 a 24 anos. Além disso apresentaram maiores riscos para hemorragia pós-parto, endometrite puerperal, parto vaginal operatório, a episiotomia, baixo peso ao nascer, parto prematuro.	

<p>Schmidt <i>et al.</i> 2006 México Journal of Adolescent Health</p>	<p>Trata-se de uma amostra prospectiva de 623 mães adolescentes, de 18 anos ou menos, acompanhadas por quatro anos após o parto. Estas análises foram direcionadas em dados coletados em 3, 12, 24 e 48 meses pós-parto.</p>	<p>Verificar a influência das diferenças de raça / etnias nos sintomas depressivos entre mães adolescentes durante os quatro primeiros anos do pós-parto</p>	<p>No geral, 57% da amostra relatou sintomas depressivos moderados a graves durante o período de quatro anos e o aumento mais acentuado na porcentagem de novos relatos de sintomas depressivos ocorreu durante os primeiros 12 meses após o parto.</p>	<p>Os sintomas depressivos foram medidos utilizando o <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI).</p>
<p>Falcone <i>et al.</i> 2005 Brasil Rev Saúde Pública</p>	<p>Para a composição da amostra foram atendidas 103 gestantes (71 adultas e 32 adolescentes) em um programa comunitário. Foram realizados 10 encontros, e posteriormente a intervenção foi realizada comparação entre a saúde mental antes e após intervenção das gestantes.</p>	<p>Identificar os transtornos afetivos não psicóticos em gestantes, intervir com grupos psico profiláticos e avaliar as possíveis alterações após intervenção.</p>	<p>Transtornos afetivos foram observados em 43,7% das gestantes antes da intervenção, e após, em 22,3%. O impacto da intervenção sobre os transtornos afetivos foi estatisticamente significativo. Em relação a depressão a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa, sendo de 20,4% antes da intervenção e 12,6% após (p=0,133).</p>	<p>Instrumentos: <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ) teve como ponto de corte 7/8 e o Inventário Beck de Depressão (BDI) de corte utilizado para diagnóstico de depressão foi 20.</p>
<p>Ji <i>et al.</i> 2005 Estados Unidos da América Journal of Psychiatric Research</p>	<p>Mulheres com história de doença mental participantes de um estudo maior foram selecionadas para inclusão na análise atual Os participantes foram inscritas com até semana 28 de gestação e avaliadas em intervalos de 4-6 semanas durante gravidez, e até 26 semanas após o parto. Em cada visita completaram o BDI e a escala EPDS, também a Escala de Hamilton para Depressão (HRSD17 e HRSD21).</p>	<p>Delinear os pontos de corte ideais para escalas de avaliação de depressão durante a gravidez e período pós-parto e avaliar os fatores perinatais que influenciam estas pontuações.</p>	<p>Análise ROC mostrou que todas as escalas foram altamente preditivas para rastreamento de transtorno depressivo maior (AUC variou 0,857-0,971) e foram todos altamente significativa (p <0,0001). Estes dados indicam que tanto entrevista clínica quanto as escalas de auto avaliação podem ser instrumentos eficazes na identificação de episódios de depressão maior perinatais.</p>	<p>Variabilidade dos escores dos ponto de corte ideal no período perinatal precisam ser considerados na aplicação destas escalas em futuras investigações.</p>

Quadro 3. Revisões de literatura

Autor/Ano/Pais/Revista	Objetivo	Principais Resultados	Observações
Yazlle <i>et al.</i> 2009 Brasil Rev Bras Ginecol Obstet.	Conhecer a magnitude do problema da gestação na adolescência e assim, estimular estudos e viabilizar a publicação de artigos relacionados ao tema, principalmente quando diz respeito à população brasileira.	Considerando que a gravidez na adolescência e a sua recorrência podem ser prevenidas, é necessário considerar a inclusão da população de adolescentes nos programas de assistência à saúde da mulher com ênfase em anticoncepção e orientações sexuais, e considerar a assistência a esta faixa etária como uma das prioridades na atenção primária à saúde. Estes programas devem focar, além dos aspectos citados, também motivação para estudo e trabalho e aspectos relacionados a comportamento, relação familiar, entre outros.	
Camacho <i>et al.</i> 2006 Brasil Rev. Psiq. Clín.	Questões relacionadas a saúde mental das mulheres em período de gestação e puerpério.	Os transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério são mais comuns do que se imagina, e muitos casos ainda são subdiagnosticados.	Segundo os autores não existem escalas desenhadas especificamente para a detecção de depressão durante a gravidez.

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento livre e esclarecido – Gestantes**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Antes de sua participação neste estudo, é preciso esclarecer alguns detalhes importantes, para que possíveis dúvidas sejam resolvidas. Em caso de qualquer outra dúvida quanto a pesquisa ou sobre os seus direitos, você poderá contatar com Dr. Jean Pierre Oses pelo telefone (53) 9156-8075 ou o Dr. Ricardo Tavares Pinheiro, pelo telefone (53) 21288404.

Qual objetivo desta pesquisa?

O objetivo do nosso estudo é entender um pouco mais como diferenças na produção e ação de citocinas do organismo podem influenciar sobre a presença de sintomas depressivos em gestantes adolescentes, assim como estudar modelos de prevenção aos transtornos psicológicos que ocorrem na gravidez e no puerpério, bem como o impacto destes transtornos no desenvolvimento infantil.

Como será feita esta pesquisa?

Se aceitares fazer parte deste estudo, serás acompanhada durante a gestação, e o puerpério por nossa equipe. Entre a 20^a e 22^a semana gestacional um entrevistador (a) de nossa equipe entrará em contato contigo para que respondas um questionário referente à tua saúde e gestação e coletará uma amostra da tua saliva. Após este contato tu poderás ser sorteada ou não para receber psicoterapia, que será realizada em 4 visitas em sua casa por um psicóloga de nossa equipe. Independente de receber a psicoterapia, na tua 32^a semana gestacional e no período entre 30 e 60 dias após o parto, tu responderás novamente a um questionário e a coleta de saliva será realizada novamente.

Após a coleta este material será examinado para dosar as citocinas pretendidas. As amostras serão identificadas por números diferentes daqueles utilizados pelo Hospital. Ao final desse trabalho todos os resultados que possam vincular seu nome serão inutilizados, de forma que estas amostras possam eventualmente ser utilizadas em futuras pesquisas sobre o mesmo assunto.

Quais os riscos em participar?

Não há qualquer risco em participar deste projeto.

O que a paciente ganha com este estudo?

As gestantes que forem sorteadas para receber psicoterapia podem prevenir o surgimento de sintomas depressivos.

As dosagens das citocinas presentes na saliva podem indicar se você está estressado e se você deve procurar ajuda médica ou psicológica.

Além disso, este estudo poderá trazer vários benefícios, mesmo que em longo prazo. Poderemos saber se os diferentes níveis de citocinas na saliva podem aumentar a predisposição ao desenvolvimento de sintomas depressivos, podendo prever quem são as pessoas que apresentam maior predisposição e que medidas para diminuir estes sintomas podem ser feitas. Por fim, a sua participação ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão eventualmente beneficiar você e/ou outras famílias.

Quais são os seus direitos?

Os seus dados e registros médicos serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados deste estudo poderão ser usados para fins científicos, mas você não será identificada por nome.

Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso você decida não participar, isto não afetará no tratamento normal tem direito. Você tem liberdade para abandonar esta pesquisa a qualquer momento.

Declaração da (o) entrevistada (o):

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar desta pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura da entrevistada: _____

Declaração de responsabilidade do entrevistador:

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Assinatura do entrevistador: _____

Pelotas, ____ de _____ de 20 ____.

Termo de Consentimento livre e esclarecido – Responsáveis.**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Antes de tu permitir a participação de tua filha neste estudo, é preciso esclarecer alguns detalhes importantes, para que possíveis dúvidas sejam resolvidas. Em caso de qualquer outra dúvida quanto a pesquisa ou sobre os seus direitos, você poderá contatar com Dr. Jean Pierre Oses pelo telefone (53) 9156-8075 ou o Dr. Ricardo Tavares Pinheiro, pelo telefone (53) 21288404.

Qual objetivo desta pesquisa?

O objetivo do nosso estudo é entender um pouco mais como diferenças na produção e ação de citocinas do organismo podem influenciar sobre a presença de sintomas depressivos em gestantes adolescentes, assim como estudar modelos de prevenção aos transtornos psicológicos que ocorrem na gravidez e no puerpério, bem como o impacto destes transtornos no desenvolvimento infantil.

Como será feita esta pesquisa?

Se permitires a participação de tua filha neste estudo, ela será acompanhada durante a gestação, e o puerpério por nossa equipe. Entre a 20^a e 22^a semana gestacional um entrevistador (a) de nossa equipe entrará em contato para que ela responda um questionário referente à saúde e gestação e coletará uma amostra de saliva. Após este contato ela poderá ser sorteada ou não para receber psicoterapia, que será realizada em 4 visitas em sua casa por um psicóloga de nossa equipe. Independente de receber a psicoterapia, na 32^a semana gestacional e no período entre 30 e 60 dias após o parto, sua filha responderá novamente a um questionário e a coleta de saliva será realizada novamente. Após a coleta este material será examinado para dosar as citocinas pretendidas. As amostras serão identificadas por números diferentes daqueles utilizados pelo Hospital.

Ao final desse trabalho todos os resultados que possam vincular seu nome serão inutilizados, de forma que estas amostras possam eventualmente ser utilizadas em futuras pesquisas sobre o mesmo assunto.

Quais os riscos em participar?

Não há qualquer risco em participar deste projeto.

O que a paciente ganha com este estudo?

As gestantes que forem sorteadas para receber psicoterapia podem prevenir o surgimento de sintomas depressivos. As dosagens das citocinas presentes na saliva podem indicar se você está estressado e se você deve procurar ajuda médica ou psicológica.

Além disso, este estudo poderá trazer vários benefícios, mesmo que em longo prazo. Poderemos saber se os diferentes níveis de citocinas na saliva podem aumentar a

predisposição ao desenvolvimento de sintomas depressivos, podendo prever quem são as pessoas que apresentam maior predisposição e que medidas para diminuir estes sintomas podem ser feitas. Por fim, a participação de sua filha ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão eventualmente beneficiá-la e/ou outras famílias.

Quais são os teus direitos?

Os seus dados e registros médicos serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados deste estudo poderão ser usados para fins científicos, mas você não será identificada por nome.

Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso você decida não participar, isto não afetará no tratamento normal tem direito. Você tem liberdade para abandonar esta pesquisa a qualquer momento.

Declaração do familiar responsável:

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar desta pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura do familiar:

Declaração de responsabilidade do entrevistador:

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Assinatura do entrevistador: _____

Pelotas, _____ de _____ de 20 ____.

Anexo B - Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2007/95

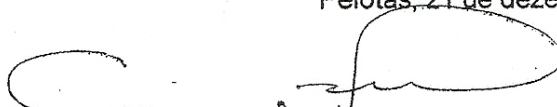
Título do projeto: Intervenção psicológica para prevenção da depressão gestacional e do pós-parto em adolescentes. Ensaio randomizado.

Investigador(a) principal: Ricardo Tavares Pinheiro

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 20 de dezembro de 2007, ata nº 07, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 21 de dezembro de 2007.



Prof. Dr. Gilberto de Lima Garcias
Coordenador CEP/UCPel

Prof(a). Ricardo Tavares Pinheiro

Escola de Psicologia

antonio augusto

Anexo C - Questionário e Instrumentos

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS GESTANTES ADOLESCENTES

Oi, bom dia/tarde/noite! Meu nome é <entrevistadora>. Eu trabalho para Universidade Católica de Pelotas. Estamos entrevistando mulheres em gestação, em um trabalho sobre os aspectos psicológicos deste período. Para isso, precisamos de sua colaboração e compreensão. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? (**agradecer se sim ou não**)

Se SIM, Explicar pesquisa e PREENCHER CONSENTIMENTO INFORMADO. Caso a gestante não possa compreender o consentimento agradecer pela atenção.

Quest _____	Prontuário _____	Data de aplicação: ____ / ____ / ____
Local da entrevista: _____		Local ____ Idade gestacional ____ semanas
Nome: _____		
Telefone: _____ - _____		
Endereço: _____		Bairro: _____
Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____		
Telefone de um parente: _____ - _____		
Quem é este parente? ____ (Tio/a = 01 Sogro/a = 02 Cunhado/a = 03 Primo/a = 04 Amigo/a = 05 Enteadado/a = 06 Filho/a = 07 Irmão/ã = 08 Pai/Mãe = 09 Padrasto/madrasta = 10 Sobrinho/a = 11 Noivo ou namorado = 12)		
Pretende se mudar? (0) Não (1) Sim		Provável novo endereço: _____
Bairro: _____		Cidade: _____

ESTAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ALGUNS DADOS PESSOAIS COM O OBJETIVO DE LHE CONHECER MELHOR.

1. Qual a sua idade? ____ anos

2. Qual o seu estado civil?

- (0) Solteira (1) Casada/vive companheiro
(2) Separada ou divorciada (3) Viúva

3. Qual a sua escolaridade?

- (0) analfabeto / primário incompleto
(1) primário completo / ginásial incompleto
(2) ginásial completo / colegial incompleto
(3) colegial completo / superior incompleto
(5) superior completo

*Primário = 1ª a 5ª série
Ginásial = 6ª a 8ª série
Colegial = 2º grau
Superior = graduação*

4. Na tua casa tem:

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

5. Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

- (0) analfabeto / primário incompleto
 (1) primário completo / ginásial incompleto
 (2) ginásial completo / colegial incompleto
 (3) colegial completo / superior incompleto
 (5) superior completo

Primário = 1ª a 5ª série Ginásial = 6ª a 8ª série Colegial = 2º grau Superior = graduação
--

6. A tua cor ou raça é?

- (1) branca
 (2) preta
 (3) mulata
 (4) amarela
 (5) indígena

7. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

8. Com relação a sua ocupação você:

SE SIM:

- (0) trabalha formalmente / carteira assinada
 (1) trabalha informalmente / bicos
 (2) é dona-de-casa

SE NÃO:

- (3) está desempregada
 (4) é aposentada ou encostada
 (6) é estudante
 (2) é dona-de-casa

9. Em média, qual a renda somada das pessoas que moram na sua casa por mês? R\$ _____

10. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

11. Sua crença em Deus é: (0) muito forte (1) moderada
 (2) fraca (3) não acredito que Deus exista

12. Você reza todos os dias, de vez em quando, raramente ou nunca?

- (0) todos os dias (1) de vez em quando (2) raramente (3) nunca

13. Ao rezar você faz pedidos e/ou agradecimentos por você, pelos outros ou por ambos?

- (0) por mim (1) pelos outros (2) por mim e pelos outros

14. Com que frequência você vai à missa, culto ou sessão na sua religião?

- (0) todos os dias (1) mais de uma vez por semana (2) uma vez por semana
 (3) uma vez por mês (4) quando tenho coisas graves na minha vida (5) nunca vou

➤ **AGORA, GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS A RESPEITO DE SUAS GESTAÇÕES ANTERIORES.**

15. Você teve alguma gestação anterior a essa? (0) não (SE NÃO: pule para questão 18) (1) sim

16. SE SIM: Quantas? _____ gestações

17. Em relação às gestações anteriores, você teve algum desses problemas?

- | | | | |
|---------------------|-----------------|-------|-----------------------|
| (00) não | () Hipertensão | 1-sim | 2-não |
| () diabetes | 1-sim | 2-não | () Sangramento |
| () parto prematuro | 1-sim | 2-não | () Infecção urinária |
| () uso do fórceps | 1-sim | 2-não | () Outro Qual? _____ |

18. Em relação as gestações anteriores, ocorreu algum aborto?

- (0) Não (1) Sim

19. Anteriormente, estavas usando algum método para evitar filhos? Qual?

- | | | |
|------------------------------------|---------|---------|
| a) pílula | (0) não | (1) sim |
| b) camisinha | (0) não | (1) sim |
| c) tabelinha | (0) não | (1) sim |
| d) coito interrompido (tirar fora) | (0) não | (1) sim |
| e) geléia | (0) não | (1) sim |

- f) diafragma (0) não (1) sim
 g) DIU (0) não (1) sim
 h) outro. Qual? _____

➤ **NAS PRÓXIMAS PERGUNTAS VAMOS CONVERSAR SOBRE SUA GESTAÇÃO ATUAL**

20. De que forma você ficou sabendo de sua gestação?

- (0) Exame de sangue (1) Exame de urina () Outro _____

21. Para quem foi a primeira pessoa que você contou que estava grávida?

- (1) amigo (a) (2) mãe (3) pai (4) pai da criança () Outro _____

22. A gestação atual foi planejada ou aconteceu? (0) foi planejada (1) aconteceu

23. Esta gestação é desejada? (0) não (1) sim

24. Nesta gestação, você pensou em abortar? (0) não (1) pensou

25. Nesta gestação, você tentou abortar? (0) não (1) tentou

26. Se você já sabe o sexo do bebê, ele é do sexo desejado?

- (0) Não (1) Sim (2) Não tinha preferência (3) Ainda não sabe

27. Quantas consultas de pré-natal você fez durante essa gestação? ___ __ consultas

28. Nesta gestação, você se sente apoiada por seus familiares, companheiro ou amigos?

- (0) Não (1) Sim

29. Com relação a sua saúde, você percebe risco na gestação atual?

- (0) Não (1) Sim

30. Com relação à saúde do bebê, você percebe risco na gestação atual?

- (0) Não (1) Sim

➤ **AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE E DE SEUS FAMILIARES**

31. Você faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

- (0) não, nunca fiz (1) fiz, mas não faço atualmente (2) faço atualmente

32. Você toma ou tomou remédio para problemas psicológicos/psiquiátricos?

- (0) não, nunca tomou (*pula para a 34*) (1) tomou, mas atualmente não toma (2) toma atualmente

33. Caso tome ou tenha tomado, qual destes foi?

- (01) Haldol (02) Amplictil (03) Anafranil (04) Aropax (05) Diazepan (06) Valium

- (07) Lexotan (08) Tofranil (09) Fluoxetina (10) Imipramina (11) Triptanol

() Outro. Qual? _____

34. Alguma vez você foi internada por problemas psicológicos/psiquiátricos?

- (0) não (1) sim

35. Algum(s) de seus familiares sofre ou sofreu por problemas psicológicos/psiquiátricos?

- (0) não (*pule para questão 37*) (1) sim, sofre (2) sim, já sofreu, mas não atualmente

36. SE SIM: Quem? (ler opções)

a) Mãe? (0) Não (1) Sim

b) Pai? (0) Não (1) Sim

c) Irmão ou irmã? (0) Não (1) Sim

d) Avó ou avô? (0) Não (1) Sim

e) Filho(a)? (0) Não (1) Sim

f) Outro? (0) Não (1) Sim. Quem? _____

37. Algum(s) de seus familiares faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

(0) não, nunca fez (1) fez, mas não faz atualmente (2) faz atualmente

38. Algum(s) de seus familiares toma/tomou medicação para problemas psicológicos/psiquiátricos?

(0) Não (1) Não sei (2) Sim

39. Algum(s) de seus familiares foi hospitalizado por problemas psicológicos/psiquiátricos?

(0) não (1) não sei (2) sim

➤ **AGORA, VAMOS CONVERSAR SOBRE O USO DE CIGARRO E OUTRAS DROGAS**

40. Você fuma cigarros atualmente?

(0) Não, nunca fumei. *(pule para questão 43)*
 (1) Não, fumei no passado, mas parei de fumar
 (2) Sim. *(pule para questão 42)*

41. Você parou de fumar por causa desta gravidez?

(0) Não
 (1) Sim *(pule para questão 43)*

42. Em geral, quantos cigarros por dia você fuma?

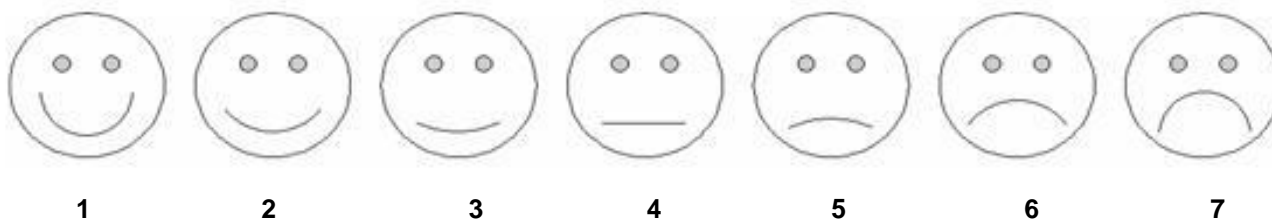
___ cigarros (0) menos de 1 cigarro por dia.

43. No último mês, tu usaste alguma destas coisas que vou lhe dizer: *(ler opções)*

a) Maconha	(0) Não	(1) Sim
b) Cocaína	(0) Não	(1) Sim
c) Lança-perfume	(0) Não	(1) Sim
d) Crack	(0) Não	(1) Sim
e) Cola de sapateiro	(0) Não	(1) Sim
f) Ecstasy	(0) Não	(1) Sim
g) Comprimidos para “dormir” ou “ficar calmo”	(0) Não	(1) Sim
h) Outra coisa. Qual? _____	(0) Não	(1) Sim

➤ **AGORA EU VOU LHE MOSTRAR UMA SÉRIE DE ROSTOS QUE VARIAM DESDE UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO FELIZ ATÉ UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO TRISTE**

44. Qual dessas faces mostra melhor como a Sra. se sente a maior parte da gravidez?



Os assuntos que vamos falar aqui são pessoais. Este é um questionário confidencial e tuas respostas serão mantidas em sigilo. Para que tenha um bom andamento a pesquisa requer que respondas com honestidade e franqueza. Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que achares mais adequada.

55. Em que hospital pretende ganhar o bebê? _____

Anexo D - Entrevista Clínica - Mini-International Neuropsychiatric Interview