

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

MARIANA CARRET SOARES

**Transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante a
gestação na adolescência e a sua relação com prematuridade**

Pelotas
2014/2

PROJETO DE PESQUISA

Transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante a gestação na adolescência e a sua relação com prematuridade

Projeto de pesquisa elaborado para o curso
de Mestrado do Programa de Pós-graduação
em Saúde e Comportamento da Universidade
Católica de Pelotas, sob a orientação da Prof.
Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro

IDENTIFICAÇÃO

Título: Transtornos de humor, de ansiedade e risco de suicídio durante a gestação na adolescência e a sua relação com prematuridade

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas

Linha de Pesquisa: Saúde Materno-infantil

Mestranda: Mariana Carret Soares

Orientadora: Prof. Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro

Revista a ser submetido o artigo produzido neste estudo: Caderno de Saúde Pública

Data: Agosto de 2013

SUMÁRIO

I. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	
1.1 Introdução	04
1.2 Objetivos	05
1.2.1 Objetivo geral	05
1.2.2 Objetivos específicos	06
1.3 Hipóteses	06
II. REVISÃO DE LITERATURA	
2.1 Estratégias de busca	07
2.2 Revisão bibliográfica	07
III. MÉTODOS	
3.1 Delineamento	09
3.2 Amostra	09
3.3 Instrumentos	10
3.4 Definição das variáveis	11
3.5 Pessoal envolvido	12
3.6 Estudo piloto	12
3.7 Logística	12
3.8 Controle de qualidade	13
3.9 Processamento e análise dos dados	13
3.10 Divulgação dos resultados	13
3.11 Considerações éticas	14
3.12 Cronograma	14
3.13 Orçamento	14
IV. REFERÊNCIAS	15
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido	16
ANEXO B – Termo de Consentimento do responsável	18
ANEXO C – Questionário T1	20
ANEXO D – Questionário T4	44
ANEXO E – Entrevista diagnóstica MINI	45
ANEXO F – Encaminhamento	72

I. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

1.1 Introdução

A adolescência é definida cronologicamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período da vida de 10 a 19 anos de idade. É caracterizada por profundas e extensas mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, tendo repercussões individuais, familiares e sociais^(1, 2). Esse momento de transição para a vida adulta, é marcado por diversas descobertas e ocorre em direção a uma vida independente dos pais, tanto emocional como financeiramente⁽³⁾.

É nessa busca incessante de novas descobertas que os jovens começam a ter as primeiras relações sexuais. Estas, ocasionalmente, irão ocorrer de forma imatura e sem os devidos cuidados, muitas vezes por falta de acesso a informações, podendo gerar uma gravidez. Cerca de 16 milhões de meninas adolescentes dão à luz, anualmente, a maioria delas em países de baixa e média renda⁽⁴⁾.

Sendo a gestação um período da vida da mulher que, por si, já é gerador de muitas mudanças e angústias, quando acrescida à adolescência, a tendência é de que seja um período bastante difícil na vida das jovens grávidas. Segundo Silva (2012), existem desvantagens para a saúde de gestantes adolescentes e seus filhos, no que diz respeito à condição biológica de imaturidade, significativamente mais presente em comparação aos resultados encontrados para as mulheres adultas, entre 20 e 30 anos, reconhecidamente o período mais apropriado para a maternidade em todas suas dimensões⁽⁵⁾.

Para tal, é importante que se tenha um cuidado com a saúde mental dessas mulheres a fim de prevenir e promover um processo gestacional saudável. Segundo uma pesquisa feita no sul do Brasil, 41,7% da amostra de mulheres grávidas preenchem pelo menos um critério para algum provável diagnóstico de transtorno mental⁽⁶⁾. Estes cuidados se tornam importantes para que não ocorram intercorrências no pós-parto, tanto na saúde mental da mãe como em possíveis desfechos negativos na saúde do recém-nascido (RN).

Os transtornos mentais (TM) constituem uma categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores. Os sintomas dessa categoria são: dificuldade de concentração e de esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, sensação de inutilidade, e queixas somáticas, entre outros⁽⁷⁾. Tais sintomas se associam com a presença de ideação suicida, com tentativas de suicídio e com sintomatologia depressiva crônica no primeiro ano após o parto⁽⁸⁾. Sabe-se que tais sintomas em mulheres gestantes são importante tema de

estudo, já que o impacto desses não se restringem apenas à saúde e bem-estar maternos, mas afetam, também, a saúde e desenvolvimento do bebê⁽⁹⁾.

Muitas vezes as consequências disso são a ocorrência de parto pré-termo, com o nascimento de bebês prematuros e, por muitas vezes, com baixo peso. É considerada prematura a criança que nasce antes da 37ª semana de gestação. É importante ressaltar que os nascidos entre 37ª e 39ª semanas também podem apresentar desfechos negativos, embora em menor proporção⁽¹⁰⁾.

Outro desfecho obstétrico a ser considerado é o baixo peso ao nascer (BPN), que se caracteriza em crianças que nascem com peso inferior a 2500 kg no momento do nascimento⁽¹¹⁾. A frequência de BPN entre a população de gestantes adolescentes foi 15,1%, maior do que o esperado para a população geral⁽¹²⁾. Ambos os desfechos são reconhecidos no período do pós-parto imediato, que acontece entre o primeiro e o décimo dia após o parto.

A ocorrência de uma gravidez neste período específico, agregada ao aparecimento de algum transtorno mental, pode acarretar em uma maior suscetibilidade a problemas gestacionais e no pós-parto. Diante disso, torna-se incontestável a importância da promoção e prevenção da saúde mental destas jovens. Outro fator a ser considerado é a escassez de estudos relacionados a gestantes adolescentes com transtornos mentais.

Diante do acima exposto justifica-se a realização do presente projeto a fim de conhecer os possíveis fatores associados ao parto prematuro e demais desfechos obstétricos relacionados a transtornos de humor, de ansiedade e risco de suicídio em gestantes adolescentes que realizam acompanhamento pré-natal na cidade de Pelotas.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Verificar a associação entre transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante a gestação na adolescência e a sua relação com prematuridade.

1.2.2 Objetivos Específicos

Verificar a prevalência de transtornos do humor em gestantes adolescentes que realizam acompanhamento pré-natal pelo SUS;

Verificar a prevalência de transtornos de ansiedade em gestantes adolescentes que

realizam acompanhamento pré-natal pelo SUS;

Verificar a prevalência de risco de suicídio em gestantes adolescentes que realizam acompanhamento pré-natal pelo SUS;

Descrever a prevalência de prematuridade em bebês filhos de mães adolescentes;

Verificar a prevalência de baixo peso ao nascer em bebês de mães adolescentes;

Avaliar a associação entre transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante o período gestacional e nascimento prematuro.

1.3 Hipóteses

Filhos de gestantes adolescentes portadoras de transtornos de humor, ansiedade e com risco de suicídio no período gestacional têm mais chance de nascerem prematuros;

A prevalência de transtornos de humor em gestantes adolescentes é em torno de 20%;

A prevalência de transtornos de ansiedade em gestantes adolescentes é em torno de 23%;

A prevalência de risco de suicídio em gestantes adolescentes é em torno de 16%;

A prevalência de parto prematuro em mães adolescentes é de aproximadamente 15%;

A prevalência de baixo peso ao nascer, em filhos de mães adolescentes, gira em torno de 10%.

II. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estratégias de busca

Utilizaram-se os seguintes limites:

- publicações nos últimos 10 anos;
- humanos;
- língua inglesa, espanhola ou portuguesa.

Descritores:

- Prematuridade (prematurity or premature birth)
- Baixo peso ao nascer (low birth weight)
- Desfechos obstétricos negativos (obstetric negatives outcomes or pregnancy outcomes)

- Transtorno mental (mental disorders)
- Gestação (pregnancy)

Pubmed

Descritor: prematurity AND low birth weight

Total de artigos: 6203

Selecionados: 56

Descritor: pregnancy AND mental disorder

Total de artigos: 4616

Selecionados: 48

Descritor: pregnancy AND mental disorder AND perinatal outcome

Total de artigos: 289

Selecionados: 9

Scielo

Descritor: prematurity AND low birth weight

Total de artigos: 201

Selecionados: 8

Descritor: pregnancy AND mental disorder

Total de artigos: 24

Selecionados: 4

Descritor: pregnancy AND mental disorder AND perinatal outcome

Total de artigos: 1

Selecionados: 1

2.2 Revisão Bibliográfica

A gravidez na adolescência é considerada um importante fator de risco, e vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos⁽¹³⁾. Em um estudo de coorte realizado em São Paulo envolvendo 700 gestantes, verificou-se a prevalência 38,4% de gestantes adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos⁽¹⁾. Já em outro, realizado no Rio de Janeiro, com 9.041 puérperas, 22% eram adolescentes, com idade entre 12 e 19 anos⁽¹⁴⁾.

Em 2004, na cidade de Pelotas, RS, foram entrevistadas 4.189 gestantes, sendo 18,9% adolescentes, entre 12 e 19 anos. Do total dessa amostra nasceram prematuros 15,3% dos bebês e com baixo peso, 10%⁽¹⁵⁾. K. Omar et al., utilizando como metodologia o caso-controle, estudou um grupo 102 gestantes adolescentes e, como controle, 102 gestantes adultas. Foi encontrada maior prevalência de prematuridade (22,5%) e baixo peso (37,3%) nos filhos das gestantes adolescentes quando comparadas aos das gestantes adultas, sendo, respectivamente, 2,9% e 5,9%⁽¹⁶⁾.

Algumas das mudanças que acontecem no início da gestação, muitas vezes deixam a gestante adolescente fragilizada emocionalmente, podendo vir a ter algum transtorno mental. Independentemente do meio social ou cultural em que ocorra, a gravidez, neste período, desempenha papel fundamental nas futuras oportunidades de inserção social precipitando e ampliando uma série de acontecimentos que, com frequência, combinam-se para desorganizar a harmonia do desenvolvimento pessoal e de seu núcleo familiar⁽⁵⁾. Na cidade de São Paulo, foi realizado, uma pesquisa com 930 gestantes adolescentes a fim de detectar transtorno mental durante a gravidez. Do total da amostra 103 (22,5%) das gestantes tinham algum transtorno⁽¹⁷⁾.

Em um estudo realizado no sul do Brasil, 780 gestantes foram avaliadas com a entrevista PRIME-MD, destas 297 (41,7%) preencheram pelo menos um provável diagnóstico. Do subgrupo de gestantes adolescentes (n=181), 22,6% foram diagnosticadas com algum transtorno mental⁽⁶⁾. Outra pesquisa feita, sendo o objetivo determinar a prevalência de

depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas, encontrou-se 23,3% casos de ansiedade, 20,8% de depressão e 16,7% de ideação suicida. Os casos de ideação suicida apresentaram alta frequência de falta de concentração, ansiedade, depressão, preocupações, obsessões, ideias depressivas, fadiga, preocupações com o funcionamento do corpo e compulsões. As ideias depressivas foram o sintoma comum para os casos de depressão, de ansiedade, de ideação suicida e de tentativa de suicídio anterior⁽⁸⁾.

S.S. Mitsuhiro et al. avaliaram 1000 gestantes adolescentes, em um hospital público no Brasil, com o instrumento Composite International Diagnostic Interview. Do total da amostra 325 (32,5%) foram diagnosticadas com pelo menos um transtorno mental, sendo depressão o transtorno mais prevalente (12,9%)⁽¹⁸⁾. Em uma pesquisa realizada na cidade de Pelotas, a fim de avaliar transtornos mentais comuns e auto-estima em mulheres grávidas da cidade (N=1267), encontrou-se prevalência de transtorno mental comum 41,7% nas gestantes estudadas. No grupo de gestantes com faixa etária entre 12-18 anos (N=232) foi encontrada prevalência 40,5% de transtorno mental⁽¹⁹⁾.

Alguns dos problemas obstétricos que podem ocorrer em um processo gestacional são a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Em um estudo de associação de transtornos mentais comuns em gestantes adolescentes com prematuridade e baixo peso, somente a prematuridade encontrou-se associada com transtorno mental (RP = 1.45 95% CI 1.00-2.09)⁽²⁰⁾. Já em outro, onde se objetivou avaliar a associação entre transtornos mentais comuns na gravidez com baixo peso ao nascer e prematuridade, foi encontrada associação significativa com prematuridade (RO 1.98, IC95% = 1.14–3.43) e com baixo peso ao nascer (RO 2.24, IC95% = 1.02–4.95). Foi encontrada também prevalência significativa de sintomas clínicos de transtornos mentais comuns antenatais de 37,4%⁽²¹⁾.

No Japão foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, em que 1649 mulheres grávidas foram avaliadas a fim de saber se tinham transtorno mental ou não, associando aos desfechos dos nascimentos. Mulheres que foram diagnosticadas com algum transtorno mental (n=51) tiveram uma ligeira, mas significativa idade gestacional mais curta (39.2 ± 0.2 vs 39.8 ± 0.1 semanas, p=0,003) e baixo peso ao nascer (2993.0 ± 56.7 vs 3152.4 ± 23.6 g, P = 0.010) quando comparadas ao grupo controle (n = 278)⁽²²⁾.

Já em Bangladesh, Nasreen et al. realizaram pesquisa com metodologia longitudinal, sendo a amostra 583 mulheres grávidas, as quais 107 (18%) estavam experienciando sintomas depressivos e 149 (26%) de ansiedade generalizada durante o último trimestre de gravidez. Após ajuste simultâneo para os fatores associados, mães com sintomas de depressão₉ (OR =

2.24; 95% CI 1.37-3.68) e ansiedade (OR = 2.08; 95% CI 1.30-3.25) tiveram duas vezes mais chances de darem a luz a bebês de baixo peso do que mães que não reportaram esses sintomas⁽²³⁾.

Faisal-Cury e outros em São Paulo, 2010, objetivaram estimar a associação entre transtorno mental comum durante a gravidez e o risco de baixo peso ao nascer ou nascimento pré-termo. Foram selecionadas 831 gestantes, a prevalência de transtorno mental nas puérperas foi 33.6%. Dos bebês destas gestantes 7,6% nasceram com baixo peso e 6,9%, prematuros. Nesse estudo o transtorno mental comum não foi associado com os desfechos⁽²⁴⁾.

Desta forma, justifica-se a realização do presente projeto a fim de conhecer os possíveis fatores associados ao parto prematuro e demais desfechos obstétricos decorrentes de transtornos mentais em uma população de gestantes adolescentes que realizam acompanhamento pré-natal na cidade de Pelotas.

2.3 Tabela de revisão

TÍTULO/AUTOR ANO/ PAÍS	DELIENAMENTO/ POPULAÇÃO	OBJETIVO/ INSTRUMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS	OBSERVAÇÃO
Maria Isabel Naliato Perez Neto, Conceição Aparecida de Mattos Segre 2012 Brasil	Estudo de coorte comparativo 700 gestantes internadas em hospital público da cidade de São Paulo e seus recém nascidos (270 mães entre 10 e 19 anos e 430 entre 20 e 35 anos)	Realizar análise comparativa da frequência de prematuridade e de baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas e, ainda, identificar a existência de diferenças entre esses dois grupos, segundo variáveis pré- natais selecionadas Questionário elaborado pelas pesquisadoras, através da revisão bibliográfica e preenchido a partir dos dados retirados dos prontuários das pacientes e de seus respectivos recém-nascidos, constituído por variáveis pessoais, sociais e biológicas	Foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos etários nos quesitos: número de gestações, predominando maior número de primeiras gestações entre as adolescentes (70,3%) e maior número de segundas ou terceiras entre as adultas (26,9 e 53,3%, respectivamente) e, no pré-natal, predominando menor número de consultas entre as adolescentes e maior entre as adultas (45,1% e 63,3%, respectivamente).	O grupo de gestantes adolescentes, na população estudada, não diferiu do grupo de adultas, quanto à frequência de prematuridade e ao baixo peso ao nascer.
Elaine Fernandes Viellas de Oliveira, Silvana Granado Nogueira da Gama, Cosme Marcelo	Estudo transversal Puérperas que se hospitalizaram em	Analisar os fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de	Das 9.041 puérperas que permaneceram no estudo, 22% eram adolescentes, com idade entre 12 e 19	Como limitação do estudo, o número reduzido dos óbitos estudados, uma vez que a

<p>Furtado Passos da Silva 2010 Brasil</p>	<p>maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto, entre julho de 1999 e março de 2001.</p>	<p>Janeiro, com atenção especial ao papel da gravidez na adolescência nessa relação.</p> <p>Foram realizadas entrevistas com as gestantes a fim de coletar os dados sócio demográficos. Os dados referentes aos nascimentos foram retirados de banco de dados do município.</p>	<p>anos. Dentro desse grupo, a proporção de mães que tiveram filhos antes dos 16 anos foi de 2,5%. A média de idade foi de 17,4 anos para as mães adolescentes e 26,3 para puérperas entre 20 e 34 anos.</p>	<p>amostra foi calculada considerando a prevalência de baixo peso ao nascer, reduzindo o poder do teste.</p>
<p>Aluísio J D Barros, Iná da Silva dos Santos, Cesar G Victora, Elaine P Albernaz, Marlos R Domingues, Iândora K Timm, Alicia Matijasevich, Andréa D Bertoldi, Fernando C Barros. 2006 Brasil</p>	<p>Estudo de coorte</p> <p>Todas as crianças nascidas na zona urbana dos municípios de Pelotas e Capão do Leão (bairro Jardim América), no ano de 2004, foram identificadas e suas mães convidadas a fazer parte do estudo.</p>	<p>Descrever uma coorte de nascimentos que teve início em 2004, para avaliar condições pré e perinatais dos recém-nascidos, morbimortalidade infantil, características e desfechos do início da vida e acesso, utilização e financiamento da atenção à saúde.</p> <p>Questionário padronizado, pré-codificado e com poucas questões abertas, era composto de nove blocos: identificação; parto e saúde do recém-nascido; pré-natal e morbidade gestacional; história reprodutiva; características da mãe e hábitos de vida; características do trabalho do pai e renda familiar; exames da mãe no pré-natal; exame físico do recém-nascido e dados para contato.</p> <p>A avaliação do recém-nascido incluía medidas de comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e circunferência abdominal.</p>	<p>Na coorte de nascimentos realizada na cidade de Pelotas, foram entrevistadas 4.189 gestantes, sendo 18,9% adolescentes, entre 12 e 19 anos.</p> <p>Dos 4218 nativos que recrutados, eram prematuros 15,3% e de baixo peso 10%.</p>	
<p>Khairani Omar, Suriati Hasim, Noor Azimah Muhammad, Aida Jaffar, Syahnaz Mohd Hashim, Harlina Halizah Siraj</p>	<p>Estudo de caso-controle</p> <p>Os casos eram meninas grávidas de 10 a 19 anos. Controles mulheres grávidas com</p>	<p>Examinar os desfechos e fatores de risco da gravidez na adolescência nos dois maiores hospitais da Malásia.</p>	<p>Sendo o grupo estudado 102 gestantes adolescentes e o grupo controle 102 gestantes adultas, foi encontrada maior prevalência de</p>	<p>Envolveu somente dois hospitais governamentais principais de Kuala Lumpur, as mulheres que derem a luz em hospitais privados não foram</p>

2010 Malásia	idade entre 20 e 35 anos, que não ficaram grávidas na adolescência.	Dados foram coletados dos registros hospitalares, obstétricos e perinatais. Havia também um questionário previamente formulado pelos autores com questões sociodemográficas das gestantes.	prematuridade (22,5%) e baixo peso (37,3%) nos filhos das gestantes adolescentes quando comparadas aos das gestantes adultas, sendo respectivamente 2,9% e 5,9%. As adolescentes têm mais risco de terem gravidez de risco quando comparadas com o grupo controle, mulheres de 20 a 35	incluídas.
2012 Brasil	Elisa Chalem, Sandro S. Mitsuhiro, Patricia Manzolli, Marina C.M. Barros, Ruth Guinsburg, Nelson Sass, Ronaldo Laranjeira, Cleusa P. Ferri. Estudo transversal 457 gestantes adolescentes que foram admitidas no hospital para cuidados obstétricos.	Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns e determinar a proporção e o potencial de detecção entre as adolescentes que frequentam o atendimento pré-natal. Os transtornos mentais foram obtido através do CIDI 2.1 e os dados das gestantes foram coletados através de questionários.	103 (22.5%) participantes tinham ao menos um transtorno mental e 28 (27.2%) delas tinham mais de um diagnóstico. O diagnóstico mais frequente foi depressão (13.5% ou 62)	
2012 Brasil	Michele Scortegagna de Almeida, Maria Angélica Nunes, Suzi Camey, Andrea Poyastro Pinheiro, Maria Inês Schmidt Estudo transversal. 780 gestantes entre a 16ª e a 36ª semana de gestação, atendidas em 18 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 10 unidades localizadas na cidade de Porto Alegre e 8 em Bento Gonçalves, ambas no Rio Grande do Sul, Brasil.	Estimar a prevalência de transtornos mentais na gestação em uma amostra de grávidas de duas cidades do sul do país, e analisar a sua distribuição segundo variáveis sociodemográficas. Questionário sobre dados sociodemográficos e também informações sobre a saúde da gestante. Para avaliar a presença de sintomas psiquiátricos, foi utilizado o instrumento para <i>Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders; PRIME-MD)</i>	297 (41,7%) preencheram pelo menos um provável diagnóstico de transtorno mental comum. Do subgrupo de gestantes adolescentes (n=181), 22,6% foram diagnosticadas com algum transtorno mental.	
2002 Brasil	Gisleine Vaz Scavacini De Freitas, Neury José Botega Estudo transversal 120 adolescentes grávidas (40 de cada trimestre gestacional), de 14-18 anos, atendidas em um serviço público de pré-	Determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas e verificar associações entre ideação suicida e variáveis psicossociais.	Foram encontrados 28 (23,3%) casos de ansiedade, 25 (20,8%) de depressão e 19 (16,7%) de ideação suicida. A ideação suicida associou-se com depressão (p = 0,001),	Amostra pequena.

	natal.	Utilizaram-se a Entrevista Clínica Estruturada edição revisada (CIS-R), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e a Escala de Ideação Suicida de Beck.	ser solteira sem namorado ($p = 0,01$) e contar com pouco apoio social ($p = 0,001$).	
Sandro Sendin Mitsuhiro, Elisa Chalem, Marina Carvalho Moraes Barros, Ruth Guinsburg, Ronaldo Laranjeira 2009 Brasil	Estudo transversal 1000 adolescentes grávidas que foram atendidas no centro obstétrico do hospital maternidade Mario de Moraes Altenfelder Silva.	Avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos e co-morbidades em adolescentes grávidas que receberam atendimento obstétrico em um hospital público brasileiro. Com o objetivo de detectar os transtornos psiquiátricos foi utilizada a versão brasileira do instrumento Composite International Diagnostic Interview e 2.1 version (CIDI).	325 (32,5%) das pacientes foram diagnosticadas com pelo menos um transtorno psiquiátrico.	
Ricardo Azevedo da Silva, Liliane da Costa Ores, Thaíse Campos Mondin, Raquel Nolasco Rizzo, Inácia Gomes da Silva Moraes, Karen Jansen, Ricardo Tavares Pinheiro 2010 Brasil	Estudo transversal aninhado a uma coorte. 1.267 gestantes atendidas no serviço de saúde do Sistema Único de Saúde na cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	Verificar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua relação com auto-estima, bem como outros fatores associados à ocorrência de TMC em gestantes. Questionário para coletar as informações pré-natais padronizado, como também questionário sociodemográfico. Para o rastreamento de transtorno mental comum foi utilizado o <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20).	A prevalência de transtornos mentais comuns entre as gestantes avaliadas foi de 41,4%. Na análise ajustada, a presença de TMC apresentou-se significativamente associada à menor escolaridade, classificação socioeconômica inferior, não se sentir apoiada pela família e ter pensado em abortar. Evidencia-se, também, que, quanto menor a auto-estima da grávida, maior a probabilidade dela apresentar TMC.	
Cleusa P Ferri, Sandro S Mitsuhiro, Marina CM Barros, Elisa Chalem, Ruth Guinsburg, Vikram Patel, Martin Prince and Ronaldo Laranjeira. 2007 Brasil	Estudo transversal 930 adolescentes grávidas que foram internadas para cuidados obstétricos no Hospital Maternidade Mario de Moraes Altenfelder, o único hospital público que provém cuidados obstétricos para pessoas em uma área pobre no norte da cidade de São	Descrever, entre mães brasileiras adolescentes desfavorecidas, a associação entre essas duas exposições e seus aspectos independentes e interativos nos desfechos do nascimento: baixo peso ao nascer, pequeno para a idade gestacional e apgar escores. Para a Violência foi usado o questionário	21,9% das mães reportaram violência durante a vida (2% durante a gravidez) e 24,3% tiveram algum transtorno mental comum nos últimos 12 meses. Nascimento pré termo foi associado ao transtorno mental comum (RP = 1,45 (95% IC 1.00-2.09) mas sem ter tido	Apesar da forte associação entre a experiência de violência e transtornos mentais comuns, os efeitos de cada um sobre o baixo peso ao nascer foram bem independentes. Violência na gravidez foi associado com pequeno para a idade gestacional mas não com nascimento pré-termo, no entanto transtorno mental

	Paulo.	traduzido para o português Californian Perinatal Assessment. Os transtornos mentais foram identificados através do Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1 version). Os dados obstétricos do nascimento foram obtidos através dos dados do hospital. Foram feitas perguntas sobre os dados sócio demográficos das gestantes.	violência. Há associação entre transtorno mental comum e baixo peso ao nascer (bruto RP=2.19, 95% IC=1.36-3.55)	comum foi associado com nascimento pré-termo e não com pequeno para a idade gestacional.
Maria Niemi, Torkel Falkenberg, Max Petzold, Nguyen Thi Kim Chuc and Vikram Patel 2013 Vietnã	Estudo de coorte prospectivo de base comunitária 333 mulheres grávidas, que estavam no terceiro trimestre da gestação, e tinham participado de um estudo de coorte maior	Examinar a associação do baixo peso ao nascer e nascimento pré-termo com sintomas clínicos significativos de antenatal transtornos mentais comuns durante o terceiro trimestre de gestação em uma área semi-rural no Vietnã. Para avaliar os transtornos mentais comuns fora aplicado Edinburgh Depression Scale (EDS) traduzido e validado para a língua local. Os dados sociodemográficos foram coletados a partir de questionários e os dados do recém-nascido foram retirados do banco de dados do hospital.	Prevalência de sintomas clínicos significativos foi 37,4%. Foi encontrada associação com nascimento pré-termo (RO ajustada 1.98, IC 95% = 1.14–3.43) e baixo peso ao nascer (RO ajustada 2.24, IC 95% = 1.02–4.95).	
Masae Hironaka, Tomomi Kotani, Seiji Sumigama, Hiroyuki Tsuda, Yukio Mano, Hiromi Hayakawa, Satoshi Tanaka, Norio Ozaki, Koji Tamakoshi and Fumitaka Kikkawa 2011 Japão	Estudo de coorte retrospectivo 1649 mulheres que fizeram o parto no Hospital Universitário Nagoya, no período de 2005 a 2009	Examinar os desfechos maternos e neonatais de mulheres grávidas com transtorno mental no Japão. Foi utilizado o International Classification of Diseases (ICD-10) a fim de identificar os transtornos mentais. Os dados do nascimento e sobre as mães foram coletados a partir do banco de dados do hospital.	Do total de 1649, 63 (3.7%) tinham algum transtorno mental. Mulheres com transtorno mental tiveram uma ligeira, mas significativamente menor idade gestacional (39.2 _ 0.2 vs 39.8 _ 0.1 semanas, $P = 0.003$) e menor peso ao nascer (2993.0 _ 56.7 vs 3152.4 _ 23.6 g, $P = 0.010$) comparado com o grupo controle ($n = 278$).	Todas as pacientes com transtorno mental já tinham sido diagnosticadas por psiquiatras e recebido tratamento medicamentoso antes da gravidez.
Hashima E Nasreen, Zarina Nahar Kabir, Yvonne Forsell, Maigun	Estudo prospectivo com base populacional.	Investigar o efeito independente de depressão e ansiedade	Do total da amostra 107 (18%) tinham sintomas depressivos e 149 (26%)	

<p>Edhborg 2010 Bangladesh</p>	<p>583 mulheres grávidas elegíveis de dois sub distritos rurais de Bangladesh.</p>	<p>materna pré-parto no baixo peso ao nascer infantil entre as mulheres em um distrito rural de Bangladesh.</p> <p>The Edinburgh Postnatal Depressive Scale (EPDS) foi usada para detectar os sintomas depressivos durante a gravidez. Do instrumento State Trait Anxiety Inventory (STAI) foi extraído a escala trait-anxiety. Foi utilizado um questionário para os dados sociodemográficos. Os dados do recém-nascido foram coletados em um entrevista no pós parto.</p>	<p>ansiedade generalizada durante o último trimestre de gravidez. Após ajustamento simultâneo para os fatores associados, mães com sintomas de depressão (OR = 2.24; 95% CI 1.37-3.68) e ansiedade (OR = 2.08; 95% CI 1.30-3.25) tiveram duas vezes mais chances de darem a luz a bebês de baixo peso do que mães que não reportaram esses sintomas.</p>	
<p>Alexandre Faisal-Cury, Ricardo Araya, Marcelo Zugaib, Paulo R. Menezes 2010 Brasil</p>	<p>Estudo de coorte prospectivo</p> <p>831 mulheres gravidas, com 16 anos ou mais, que fizeram o atendimento pré-natal nos serviços primários de saúde na cidade de São Paulo, Brasil.</p>	<p>Estimar a associação entre transtornos mentais comuns (TMC) durante a gravidez e baixo peso ao nascer ou nascimento pretermo.</p> <p>A entrevista clínica planejada e revisada e os questionários demográficos foram administrados entre a 20ª e 30ª semanas de gestação. As informações do peso do bebê e a idade gestacional no parto foram obtidos através do registro do hospital.</p>	<p>A prevalência de TMC durante a gestação foi 33,6 (95% IC: 30,4-36,9).</p> <p>63 (7,6%) dos recém nascidos foram classificados com baixo peso ao nascer e 56 (6,9%) foram classificados como pretermo.</p> <p>TMC durante a gestação não foi associado com risco de prematuridade (RO ajustada: 1.03, 95% IC: 0.57-1.88) ou baixo peso ao nascer (RO ajustada: 1.09, 95% IC: 0.62-1.91)</p>	<p>Os transtornos mentais comuns só foram avaliados em um momento do estudo.</p>

III. MÉTODOS

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas em gestantes adolescentes com até 19 anos.

3.2 Amostra

O presente estudo faz parte de um estudo de coorte maior que objetiva estudar os determinantes epidemiológicos, psicossociais, neuroquímicos, genéticos e de saúde dos transtornos de humor de mulheres no período gravídico-puerperal, e seus filhos entre vinte e quatro e trinta e seis meses de vida.

Para o cálculo da amostra foi considerada a prevalência de transtorno de humor na população de gestantes adolescentes de 20%, nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, resultando em 486 díades. A este número foi acrescentado trinta por cento para eventuais perdas e recusas, totalizando 633 díades.

Todas as adolescentes no segundo trimestre de gestação que frequentaram serviços de pré-natal na zona urbana de Pelotas foram convidadas a participar desse estudo maior.

As gestantes foram identificadas pelo Sistema Básico de Saúde (SIS pré-natal) que abrange 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde realizam atendimento pré-natal, além de busca ativa nos três ambulatórios especializados vinculados aos serviços universitários da cidade. As gestantes serão incluídas, com o preenchimento de uma ficha de identificação que possibilite a coleta destes dados. Como critérios de inclusão do estudo: ter até 19 anos de idade; residir na zona urbana de Pelotas.

3.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão:

Características da amostra – questionário sócio-demográfico, incluindo avaliação socioeconômica que será realizada pelos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Essa classificação baseia-se na escolaridade do chefe da família e no acúmulo de bens materiais, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E, sendo a E o mais baixo). Os níveis da ABEP serão divididos em três grupos para as análises (A e B, C e D e E). Os fatores estressores de vida serão acessados por seis questões obtidas da Escala de Eventos de Vida, adaptada para o português. As questões abordam morte de alguém da família, doença grave, mudança de endereço, desemprego, separação conjugal e risco de aborto, todos eventos no período gestacional⁽²⁵⁾.

Variáveis obstétricas e de nascimento do bebê – idade gestacional no momento do parto, peso ao nascer, apgar. Tais variáveis foram coletadas das carteiras de gestantes das

adolescentes.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – entrevista diagnóstica padronizada breve que avalia os transtornos de humor, ansiedade e risco de suicídio. Esta entrevista de curta duração, entre 15 e 30 minutos de aplicação, é destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, e objetiva classificar os entrevistados de acordo com os critérios do DSM-IV e do CID-10. Com este instrumento se detecta a presença de episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco, distímia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e risco de suicídio. A versão utilizada neste estudo foi a do MINI 5.0 em português, desenvolvida para utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos⁽²⁶⁾. O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes que objetivam reduzir o tempo de entrevista. A aplicação estruturada em questões dicotômicas é de fácil compreensão. Todas as seções diagnósticas iniciam por questões que exploram critérios obrigatórios, o que permite a exclusão de diagnóstico em caso de respostas negativas. A sessão de suicídio é composta por seis questões. O risco de suicídio varia entre baixo, moderado e alto. As análises deste estudo serão realizadas com a criação de uma variável presença ou ausência de risco de suicídio.

3.4 Definição das Variáveis

As variáveis serão categorizadas da seguinte maneira⁽²⁷⁾:

Depressão – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Fobia social – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Hipomania – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Mania – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Risco de suicídio – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Transtorno de ansiedade generalizada – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Transtorno de estresse pós-traumático – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Transtorno obsessivo compulsivo – Quantitativa discreta – (sim ou não)

Duração da gestação em semanas – Quantitativa discreta
Peso do bebê ao nascer – Quantitativa ordinal (a ser categorizada no momento da análise)
Idade materna – Quantitativa discreta – anos completos (a ser categorizada no momento da análise)
Classificação socioeconômica – Qualitativa ordinal (a ser categorizada no momento da análise)
Escolaridade – em anos completos – quantitativa contínua (a ser categorizada no momento da análise)
Estado civil – Qualitativa nominal

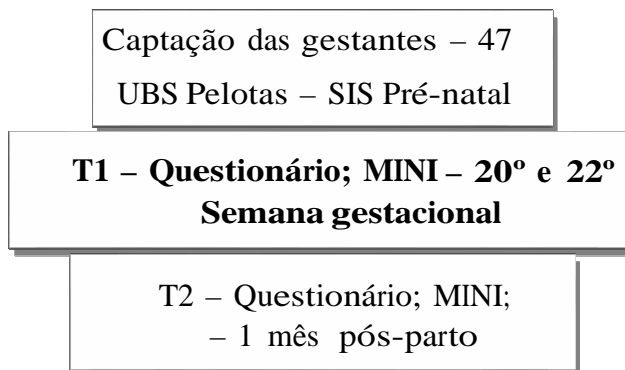
3.5 Pessoal Envolvido

A seleção para entrevistadores foi feita por meio de um recrutamento entre os alunos do Centro de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas. Após o recrutamento foi marcada uma reunião para entrevistar os candidatos. O treinamento foi desenvolvido em etapas: apresentação, logística e questionário geral; apresentação do questionário; dramatizações das entrevistas com ênfase nas situações que poderão ser encontradas; prova de avaliação no final das apresentações; seleção final.

3.6 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado com as primeiras 30 mulheres que se cadastraram no Programa de Pré-natal da Secretaria de Saúde da cidade de Pelotas a partir de março de 2009, e não foram incluídas na amostra. O estudo piloto teve o objetivo de inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias.

3.7 Logística



No presente estudo serão utilizados dados obtidos em T1 e T4 acima listados. Após a captação da amostra, uma ficha com dados da gestante foi encaminhada aos entrevistadores para aplicação dos instrumentos.

Uma previsão dos nascimentos foi feita de acordo com a idade gestacional e a data da captação. No mês previsto para o nascimento da criança, novo contato com a mãe, pai ou outro membro da família foi realizado a fim de obter a data em que o parto ocorreu. Nos casos em que o contato não foi possível, a data de nascimento foi verificada no cadastro do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Pelotas.

Trinta dias após o nascimento do bebê, novas visitas domiciliares foram realizadas para avaliação da amostra no pós-parto.

3.8 Controle de Qualidade

A verificação da qualidade das entrevistas domiciliares realizadas no estudo foi concretizada por contato telefônico em 30% da amostra, além de revisita a 10% dos participantes desta investigação. Amostra do controle de qualidade foi selecionada aleatoriamente.

3.9 Processamento e Análise dos Dados

Após a codificação dos instrumentos foi realizada dupla entrada dos dados no programa. EpiInfo 6.04d. Para realização de checagem automática dos dados no momento

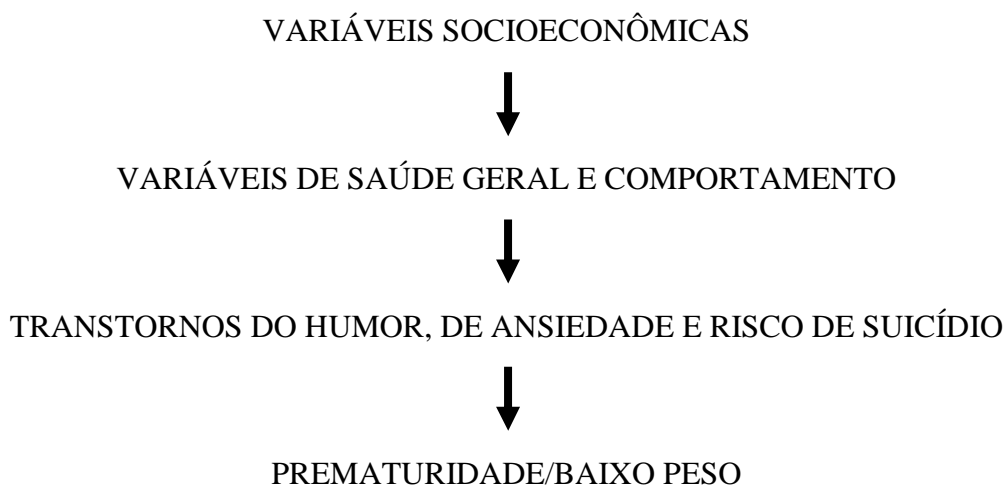
da digitação, foi utilizado o comando check, além de serem testadas no mesmo software as inconsistências na digitação comparando as duas entradas de dados.

Para análise dos dados serão utilizados os programas SPSS 13.0 e STATA 9, com os testes estatísticos apropriados para cada objetivo do estudo.

A análise estatística será executada usando o teste não-paramétrico de Mann-Whitney U e a análise de regressão logística. As crianças prematuras serão testadas para diferenças idade das mães, classe socioeconômica, presença de transtorno do humor, de ansiedade e de risco de suicídio nas mães no período gestacional, peso ao nascer e apgar.

Para a análise de regressão logística, os dados contínuos serão dicotomizados usando o valor de referência superior ou, se não houvesse nenhuma referência, o valor mediano como pontos de referência. A regressão logística univariada será executada para identificar os fatores a serem incluídos na análise de regressão logística multivariada de acordo com modelo hierárquico a ser estabelecido. Um valor $p < .05$ será considerado significativo.

3.10 **Modelo hierárquico**



3.11 **Divulgação dos Resultados**

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

3.12 Considerações Éticas

Neste protocolo de pesquisa foram e serão respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. As gestantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As adolescentes menores de idade contaram com a autorização de um responsável através do TCLE.

Foi assegurado o direito de confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

O presente estudo faz parte de um estudo de coorte maior intitulado “Saúde mental em adolescentes no período gravídico puerperal: impacto no desenvolvimento na saúde bucal de crianças entre 24 e 36 meses de vida.” o qual foi aprovado pelo CEP da UCpel, protocolo 2011/19.

3.13 Cronograma

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	*													
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análise dos resultados								X	X	X				
Elaboração 1º artigo (Qualis A)											X	X	X	X

* Referente ao mês de abril de 2013

3.14 Orçamento

Despesas de custeio	Quantidade	Valor individual (R\$)	Valor total (R\$)
Material de consumo			
Entrevistadiagnóstica	1200	2,35	2820,00
Vales-transporte para as avaliações	6000	0,08	480,00
Cópias dos questionários	581	10,00	5810,00
Total (R\$) →			9110,00

Utilização de recursos próprios.

IV. REFERÊNCIAS

1. NETO MINP, SEGRE CADM. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Einstein*. 2012;10(3):271-7.
2. WHO. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Ginebra. 1975.
3. Tierno B. Adolescência: a passagem à idade adulta. In: Paulus, editor. *A psicologia dos jovens e adolescentes: de 9 a 20 anos*. São Paulo 2007. p. 37-41.
4. Organization WH. Adolescent pregnancy <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/2012> [cited 2013].
5. Silva JLPe, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*. 2012;34(8):347-50.
6. Almeida MSd, 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. *Caderno de Saúde Pública*. 2012;28(2):385-93.
7. Goldberg D HP. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock 1992.
8. FREITAS GVSD, BOTEGA NJ. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E IDEIAÇÃO SUICIDA. *Revista associação médica brasileira*. 2002;48(3):245-9.
9. Pereira PK, Lima LA, Magnanini MMF, Legay LF, Lovisi GM. Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. *Caderno de Saúde Pública*. 2011;27(12):2287-98.
10. March of Dimes P, Save the Children, WHO. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization; 2012.
11. WHO. recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1977;56:247-53.
12. Surita FGC, Suarez MBB, Siani S, Silva JLPe. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no sudeste do Brasil. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*. 2011;33(10):286-91.
13. Yazlle MEHD, Franco RC, Michelazzo D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia* 2009;31(10):443-5.
14. Oliveira EFVd, Gama SGNd, Silva CMFPd. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2010;26(3):567-78.
15. Barros AJD, Santos IdSd, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(3):402-13.
16. Omar K, Hasim S, Muhammad NA, Jaffar A, Hashim SM, Siraj HH. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010;111:220-3.
17. Chalem E, Mitsuhiro SS, Manzolli P, Barros MCM, Guinsburg R, Sass N, et al. Underdetection of Psychiatric Disorders During Prenatal Care: A Survey of Adolescents in Sao Paulo, Brazil. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2012;50(1):93-6.
18. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Brief report: Prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. *Journal of Adolescence*. 2009;32:747-52.
19. Silva RA, Ores LdC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGdS, Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*. 2010;26(9):1832-8.

20. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. 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).
21. Niemi M, Falkenberg T, Petzold M, Chuc NTK, Patel V. Symptoms of antenatal common mental disorders, preterm birth and low birthweight: a prospective cohort study in a semi-rural district of Vietnam. *Tropical Medicine and International Health*. 2013;18(6):687-95.
22. Hironaka M, Kotani T, Sumigama S, Tsuda H, Mano Y, Hayakawa H, et al. Maternal mental disorders and pregnancy outcomes: A clinical study in a Japanese population. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2011;37(10):1283-9.
23. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health*. 2010;10(515).
24. FAISAL-CURY A, ARAYA R, ZUGAIB M, MENEZES PR. Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010;31(4):229-35.
25. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa A. Dados com base no levantamento Sócio Econômico. IBOPE. 2003.
26. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:106-15.
27. Filho NdA, Rouquayrol MZ. Elementos de metodologia epidemiológica. In: MEDSI, editor. *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro 2003. p. 149-77.

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE 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 à 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) 2128-8404.

Qual o objetivo desta pesquisa?

O objetivo do nosso estudo é entender um pouco mais como as diferenças na produção e ação de algumas substâncias do corpo humano 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 período pós parto, 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 20ª e 22ª semana de gestação um entrevistador (a) de nossa equipe entrará em contato contigo para que respondas a um questionário referente à tua saúde e gestação e coletará uma amostra da tua saliva. Na 32ª 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 substâncias. 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 dosagens das substâncias presentes na saliva podem indicar se tu estás estressada e se deves procurar ajuda médica ou psicológica. Além disso, este estudo poderá trazer vários benefícios, mesmo que em longo prazo. Poderemos saber se diferentes níveis destas substâncias na saliva podem aumentar a predisposição ao desenvolvimento de sintomas depressivos, podendo prever quem são as pessoas que apresentam maior predisposição e medidas para diminuir estes sintomas podem ser feitas. Por fim, a sua participação ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão eventualmente te beneficiar ou beneficiar outras famílias.

Quais são os teus direitos?

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

Tua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso decidas não participar, isto não afetará no tratamento normal tens direito. Tens liberdade para abandonar esta pesquisa a qualquer momento.

Declaração da entrevistada:

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 ____.

ANEXO B – Termo de Consentimento do responsável

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE 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 à 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) 2128-8404.

Qual o objetivo desta pesquisa?

O objetivo do nosso estudo é entender um pouco mais como diferenças na produção e ação de substâncias 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) entrará em contato para que ela responda um questionário referente à saúde e gestação e coletará uma amostra de saliva. 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 substâncias. 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 dosagens das substâncias presentes na saliva podem indicar se tua filha está estressada e se deve procurar ajuda médica ou psicológica. Além disso, este estudo poderá trazer vários benefícios, mesmo que em longo prazo. Poderemos saber se diferentes níveis destas substâncias na saliva podem aumentar a predisposição ao desenvolvimento de sintomas depressivos, podendo prever quem são as pessoas que apresentam maior predisposição e 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 beneficiar também outras famílias.

Quais são os teus direitos?

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

A participação no estudo é voluntária, de forma que, caso decidas não autorizar a

participação de tua filha, isto não afetará no tratamento normal que ela tem direito. Tu tens liberdade para retirar esta autorização a qualquer momento.

Declaração do familiar responsável:

Eu, _____,
declaro que após tomar conhecimento destas informações, permito que minha filha participe deste estudo.

Assinatura do familiar responsável:

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 C – Questionário T1



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
 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

	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 +

4. Na tua casa tem:

idade ____
 estcivil ____
 escol ____
 tv ____ radio ____
 ____ banh ____
 ____ aut ____
 mens ____
 aspir ____
 maqlav ____

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 +

vidvd __
gelad __
freez __
esche __
cpele __
trab __
ocup __
rend __ __ __
numpes __
crenca __
reza __
pedido __
freqmis __
gestant __
qtgest __ __
gestpnao __
diabe __
partpre __
usfor __

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 ANTERIO**

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

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 | 1-sim | 2-não |
| () parto prematuro | 1-sim | 2-não | () Infecção urinária | 1-sim | 2-não |
| () 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

(hiper__
sangr__
infecur__
qout__

aborto__

pipula__

camisi__

tabeli__

coito__

geléia__

diafrag__

diu__

metout__

sabgest__

qmsoub__

plangest__

desej__

pensouab__

tentoab__

sexodese__

Ncons__

Senapoio__

percbmae__

percbbeb__

trapsi__

tomed__

31. Você faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

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

medic1 __

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

(0) não, nunca tomou (pule para a 34) (1) tomou, mas atualmente não toma (2) toma atualmente

medic2 __

medic3 __

medic4 __

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? _____

hosp __

famner __

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

(0) não (1) sim

nmae __

npai __

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

nirm __

navo __

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? _____

nfil __ nout _

qoufami __

fatrat __

famed __

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

famnerv __

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

fumatual __

➤ **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)

fumgrav __

41. Você parou de fumar por causa desta gravidez?

(0) Não

(1) Sim (pule para questão 43)

qtscig __ __

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

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

usmasc __

uscoca __

uslança __

uscrack __

uscola __

usecst __

uscomp __

usoctr __

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

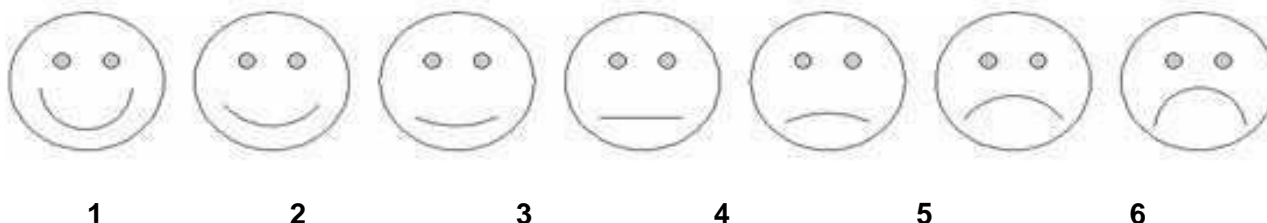
c) Lança-perfume (0) Não (1) Sim

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.

45. Agora vamos falar sobre os eventos que lhe ocorreram no último ano em sua vida:

- a) Morte do cônjuge (1) sim (0) não
 b) Separação (1) sim (0) não
 c) Casamento (1) sim (0) não
 d) Morte de alguém da família (1) sim (0) não
 e) Gravidez (1) sim (0) não
 f) Doença na família (1) sim (0) não
 g) Acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa (1) sim (0) não
 h) Nascimento na família (1) sim (0) não
 i) Mudança de casa (1) sim (0) não
 j) Mudança de escola (1) sim (0) não
 k) Reconciliação matrimonial (1) sim (0) não
 l) Aposentadoria (1) sim (0) não

carinhas ___

evesta ___
 evestb ___

evestc ___
 evestd ___
 eveste ___
 evestf ___
 evestg ___
 evesth ___
 evesti ___
 evestj ___
 evestk ___
 evestl ___
 evestm ___
 evestn ___
 evest o ___
 evestp ___
 evestq ___
 evestr ___
 evests ___
 evestt ___
 evest u ___

- m) Perda de emprego (1) *sim* (0) *não*
- n) Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável) (1) *sim* (0) *não*
- o) Dificuldades com a chefia (1) *sim* (0) *não*
- p) Reconhecimento profissional (1) *sim* (0) *não*
- q) Acidentes (1) *sim* (0) *não*
- r) Perdas financeiras (1) *sim* (0) *não*
- s) Dificuldades sexuais (1) *sim* (0) *não*
- t) Problemas de saúde (1) *sim* (0) *não*
- u) Morte de um amigo (1) *sim* (0) *não*
- w) Dívidas (1) *sim* (0) *não*
- v) Mudanças de hábitos pessoais (1) *sim* (0) *não*
- x) Mudanças de atividades recreativas (1) *sim* (0) *não*
- y) Mudanças de atividades religiosas (1) *sim* (0) *não*
- z) Mudanças de atividades sociais (1) *sim* (0) *não*

evestw ___
 evestv ___
 evestx ___
 evesty ___
 evestz ___

Who1 ___

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

Who2 ___

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

Who3 ___

		muito insatisfeito	insatisfeito o	nem satisfeito o	satisfeito o	muito satisfeito

		o		nem insatisfeit o		o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

Who4 __

Who5__

Who6 __

Who7__

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

Who8__

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

Who9 __

Who10__

Who11__

Who12__

Who13__

Who14__

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamen te
--	--	-------------	------------------------	--------------	--------------	---------------------------

10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	Who15__
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	Who16__
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	Who17__

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

Who18__

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom	
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	Who19__ Who20__

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	Who21__ Who22__
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	Who23__ Who24__
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	Who25__

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

Who26__

bdi1__

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

bdi2__

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

bdi3__

bdi4__

47. Esta parte do questionário deve ser respondida por ti. Alguns assuntos abordados aqui são bastante pessoais. Garantimos que as tuas respostas serão mantidas em sigilo. É importante que tu respondas com sinceridade todas as perguntas, marcando apenas a coluna esquerda. Agradecemos a sua colaboração.

bdi5__

bdi6__

❖ Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler com cuidado cada grupo, faz um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que tu tens te sentido na **última semana, incluindo hoje.**

- | | |
|--|----------|
| 01. (0) Não me sinto triste.
(1) Eu me sinto triste
(2) Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.
(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | bdi7 __ |
| 02. (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
(1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
(2) Acho que nada tenho a esperar.
(3) Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar. | bdi8 __ |
| 03. (0) Não me sinto um fracasso.
(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. | bdi9 __ |
| 04. (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.
(1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
(2) Não encontro um prazer real em mais nada.
(3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. | bdi10 __ |
| 05. (0) Não me sinto especialmente culpado.
(1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
(2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
(3) Eu me sinto sempre culpado. | bdi11 __ |
| 06. (0) Não acho que esteja sendo punido.
(1) Acho que posso ser punido.
(2) Creio que vou ser punido.
(3) Acho que estou sendo punido. | bdi12 __ |
| 07. (0) Não me sinto decepcionado comigo.
(1) Estou decepcionado comigo mesmo.
(2) Estou enojado de mim.
(3) Eu me odeio. | bdi13 __ |
| 08. (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
(1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
(2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.
(3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece. | bdi14 __ |
| 09. (0) Não tenho quaisquer idéias de me matar.
(1) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
(2) Gostaria de me matar.
(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade. | bdi15 __ |
| 10. (0) Não choro mais que o habitual.
(1) Choro mais agora do que costumava.
(2) Agora, choro o tempo todo.
(3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira. | bdi16 __ |

11. (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.
 (1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. bdi17 __
 (2) Agora, me sinto irritado o tempo todo.
 (3) Não me irrita mais por coisas que costumavam me irritar.
12. (0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 (1) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. bdi18 __
 (2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 (3) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
13. (0) Tomo decisões tão bem quanto antes.
 (1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. bdi19 __
 (2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
 (3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14. (0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
 (1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
 (2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem bdi20 __
 atrativo.
 (3) Acredito que pareço feio.
15. (0) Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 (1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
 (2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 (3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho. bdi21 __
 totbdi __ __
16. (0) Consigo dormir tão bem quanto antes.
 (1) Não durmo tão bem como costumava.
 (2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
 (3) Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. (0) Não fico mais cansado que o habitual.
 (1) Fico cansado mais facilmente do que costumava. bsi1 __
 (2) Fico cansado em fazer qualquer coisa.
 (3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. (0) O meu apetite não está pior do que o habitual. bsi2 __
 (1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
 (2) Meu apetite é muito pior agora.
 (3) Absolutamente não tenho mais apetite.
19. (0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
 (1) Perdi mais do que 2 quilos e meio. bsi3 __
 (2) Perdi mais do que 5 quilos.
 (3) Perdi mais do que 7 quilos.
 Eu estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: () Sim () Não bsi4 __
20. (0) Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
 (1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou bsi5 __
 constipação.
 (2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
 (3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer
 outra coisa.

21. (0) Não notei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
(1) Estou menos interessado por sexo do que costumava.
(2) Estou muito menos interessado por sexo agora.
(3) Perdi completamente o interesse por sexo.

bsi6 __

48. Agora vamos falar sobre como tu tens te sentido NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE. Após escutar atentamente TODAS AS AFIRMAÇÕES DE CADA PERGUNTA, escolha uma delas.

bsi7 __

01. (0) Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.
(1) Tenho um desejo fraco de viver.
(2) Não tenho desejo de viver.

bsi8 __

02. (0) Não tenho desejo de morrer.
(1) Tenho desejo fraco de morrer.
(2) Tenho um desejo de morrer que é moderado a forte.

bsi9 __

03. (0) Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.
(1) Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.
(2) Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.

bsi10 __

04. (0) Não tenho desejo de me matar.
(1) Tenho um desejo fraco de me matar.
(2) Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.

05. (0) Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.
(1) Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.
(2) Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

bsi11 __

SE VOCÊ MARCOU “ZERO”, EM AMBAS AS PERGUNTAS 04 E 05, PULE PARA A PERGUNTA 20.

06. (0) Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.
(1) Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.
(2) Tenho longos períodos com idéias de me matar.

bsi12 __

07. (0) Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.
(1) Tenho idéias freqüentes de me matar.
(2) Penso constantemente em me matar.

bsi13 __

08. (0) Não aceito a idéia de me matar.
(1) Não aceito, nem rejeito a idéia de me matar.
(2) Aceito a idéia de me matar.

09. (0) Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
(1) Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
(2) Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

bsi14 __

bsi15 __

- | | |
|--|---|
| <p>10. (0) Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
 (1) Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
 (2) Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> | p
bsi16 __

bsi17 __

bsi18 __ |
| <p>11. (0) Minhas razões para querer cometer um suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.
 (1) Minhas razões para querer cometer um suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.
 (2) Minhas razões para querer cometer um suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p> | bsi19 __

bsi20 __ |
| <p>12. (0) Não tenho plano específico sobre como me matar.
 (1) Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
 (2) Tenho um plano específico para me matar.</p> | bsi21 __

otbsi __ __ |
| <p>13. (0) Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.
 (1) O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.
 (2) Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p> | rir __ |
| <p>14. (0) Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
 (1) Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
 (2) Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p> | prazer __ |
| <p>15. (0) Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
 (1) Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
 (2) Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> | culpa __ |
| <p>16. (0) Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
 (1) Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
 (2) Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p> | |
| <p>17. (0) Não escrevi um bilhete suicida.
 (1) Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.
 (2) Tenho um bilhete suicida pronto.</p> | |
| <p>18. (0) Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
 (1) Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
 (2) Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> | |
| <p>19. (0) Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
 (1) Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.</p> | |

(2) Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.

20. (0) Nunca tentei suicídio.
(1) Tentei suicídio uma vez.
(2) Tentei suicídio duas ou mais vezes.

SE VOCÊ TENTOU SUICÍDIO ANTERIORMENTE, POR FAVOR, CONTINUE NO PROXIMO GRUPO DE AFIRMAÇÕES. SE NÃO TENTOU, PULE PARA A PERGUNTA 62

21. (0) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.
(1) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.
(2) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

Não preencha:
BSI __ __

49. NOS ÚLTIMOS SETE DIAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (3) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.

ansio __

assust __

esmt __

difdor __

trista __

chora __

fazma __

epdsm __

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

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

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

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

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

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

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

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

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

50. Abaixo está uma lista de sintomas comuns na ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodada por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamen tenão	Levemente Não me incomodou muito.	Moderadament e Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Gravemente Difícil de suportar.
1. Dormênciaouformigam entos.	0	1	2	3
2. Sensação de calor.	0	1	2	3
3. Tremoresnaspernas.	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar.	0	1	2	3

Form __

Cal __

Tremper _

Relax__

Pior __

Tonto __

Palpit __

Equil __

Aterr__

Nervo __

Sufoc __

Mãos __

Trem __

Control __

Respi __

Morrer __

Susto __

Indiges __

Desmaio _

Rosto __

Suor __

5. Medo que aconteça o pior.	0	1	2	3
6. Atordoado ou tonto.	0	1	2	3
7. Palpitação ou aceleração do coração.	0	1	2	3
8. Semequilíbrio.	0	1	2	3
9. Aterrorizado.	0	1	2	3
10. Nervoso.	0	1	2	3
11. Sensação de sufocação.	0	1	2	3
12. Tremores nas mãos.	0	1	2	3
13. Trêmulo.	0	1	2	3
14. Medo de perder o controle.	0	1	2	3
	Absolutamente	Levemente Não me incomodou muito.	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Gravemente Difícil de suportar.
15. Dificuldade de respirar.	0	1	2	3
16. Medo de morrer.	0	1	2	3
17. Assustado.	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.	0	1	2	3
19. Sensação de desmaio.	0	1	2	3
20. Rosto afogueado.	0	1	2	3
21. Suor (não devido ao calor).	0	1	2	3

51. As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas v	Às vezes	Muitas v	Sempre
-------------------------------	--------------	-----------------	-----------------	-----------------	---------------

Quesi1__

Quesi2__

Quesi3__

Quesi4__

Quesi5__

Quesi6__

Quesi7__

Quesi8__

Quesi9__

Quesi10__

Quesi11__

Quesi12__

Quesi13__

Quesi14__

Quesi15__

Quesi16__

Quesi17__

Quesi18__

Quesi19__

		ezes		zes		
1. Eu não tive o suficiente para comer.	1	2	3	4	5	Quesi20__ Quesi21__
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	1	2	3	4	5	Quesi22__
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.	1	2	3	4	5	Quesi23__ Quesi24__
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	1	2	3	4	5	Quesi25__ Quesi26__
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1	2	3	4	5	Quesi27__
6. Eu tive que usar roupas sujas.	1	2	3	4	5	Quesi28__
7. Eu me senti amado (a).	1	2	3	4	5	
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1	2	3	4	5	
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	1	2	3	4	5	
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1	2	3	4	5	
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1	2	3	4	5	Pbim1__
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1	2	3	4	5	Pbim2__ Pbim3__
Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Pbim4__
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1	2	3	4	5	
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1	2	3	4	5	Pbim5__
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	1	2	3	4	5	Pbim6__
16. Eu tive uma ótima infância.	1	2	3	4	5	Pbim7__
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1	2	3	4	5	Pbim8__
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1	2	3	4	5	Pbim9__
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1	2	3	4	5	
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1	2	3	4	5	Pbim10__ Pbim11__
21. Ameaçaram me machucar ou	1	2	3	4	5	

contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.						
22. Eu tive a melhor família do mundo.	1	2	3	4	5	Pbim12 __
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	1	2	3	4	5	Pbim13 __
24. Alguém me molestou.	1	2	3	4	5	Pbim14 __
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	1	2	3	4	5	Pbim15 __
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	1	2	3	4	5	Pbim16 __
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	1	2	3	4	5	Pbim17 __
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	1	2	3	4	5	

52. Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se sua MÃE até hoje, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmat

53.

	Muitopar ecido	Moderadament eparecido	Moderadament ediferente	Muitodife rente	
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim20 __
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim21 __
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim22 __
4. Parecia emocionalmente frio (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim23 __
5. Parecia compreender meus problemas e preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim24 __
6. Era carinhoso (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim25 __
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	(0)	(1)	(2)	(3)	
	Muitopar ecido	Moderadament eparecido	Moderadament ediferente	Muitodife rente	
8. Não queria que eu crescesse	(0)	(1)	(2)	(3)	
9. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	(0)	(1)	(2)	(3)	
10. Invadia a minha privacidade	(0)	(1)	(2)	(3)	
11. Gostava de conversar sobre as	(0)	(1)	(2)	(3)	

coisas comigo				
12.Freqüentemente sorria para mim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.Tendia a me tratar como um bebê	(0)	(1)	(2)	(3)
14.Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	(0)	(1)	(2)	(3)
15.Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	(0)	(1)	(2)	(3)
16.Fazia com que eu sentisse que eu não era querido	(0)	(1)	(2)	(3)
17.Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	(0)	(1)	(2)	(3)
18.Não conversavamuitocomigo	(0)	(1)	(2)	(3)
19.Tentava me fazer dependente dele (a)	(0)	(1)	(2)	(3)
20.Ele (a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele (a) estivesse por perto	(0)	(1)	(2)	(3)
21.Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)
22.Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)
23.Era superprotetor (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
24.Não me elogiava	(0)	(1)	(2)	(3)
25.Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	(0)	(1)	(2)	(3)

Pbip1 __

Pbip2__

Pbip3 __

Pbip4 __

Pbip5 __

Pbip6 __

Pbip7 __

Pbip8 __

Pbip9 __

Pbip10 __

Pbip11 __

Pbip12 __

Pbip13 __

Pbi14 __

Pbip15 __

Pbip16 __

Pbip17 __

Pbip18 __

Pbip19 __

Conforme você se lembra da seu PAI até hoje, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Parecia emocionalmente frio (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
5. Parecia compreender meus problemas e preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Era carinhoso (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Não queria que eu crescesse	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	(0)	(1)	(2)	(3)
10. Invadia a minha privacidade	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Gostava de conversar sobre as coisas comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Frequentemente sorria para mim	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Tendia a me tratar como um bebê	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	(0)	(1)	(2)	(3)
15. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Fazia com que eu sentisse que eu não era querido	(0)	(1)	(2)	(3)
17. Podia me fazer sentir melhor	(0)	(1)	(2)	(3)

Pbip20 __

Pbip21 __

Pbip22 __

Pbip23 __

Pbip24 __

Pbip25 __

Maltra __

Esbof __

Qesbof1 __

Qesbof2 __

Qesbof3 __

Qesbof4 __

Vezeb __

quando eu estava chateado				
18. Não conversavam muito comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Tentava me fazer dependente dele (a)	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Ele (a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele (a) estivesse por perto	(0)	(1)	(2)	(3)
	Muito par ecido	Moderadament eparecido	Moderadament ediferente	Muitodife rente
21. Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)
22. Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)
23. Era superprotetor (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)
24. Não me elogiava	(0)	(1)	(2)	(3)
25. Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	(0)	(1)	(2)	(3)

Graves__

Qgraves1__

Qgraves2__

Qgraves3__

Qgraves4__

Qgraves5__

Qgraves6__

Vezegra__

arma__

tapa__

empur__

soco__

chute__

roxa__

corte__

espanc__

contus__

queim__

osso__

cabeç__

orgint__

perm__

usoar__

feriar__

Forsex__

Qforsex1__

Qforsex2__

Qforsex3__

53. Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho sobre a violência que, às vezes, somos vítimas e também sobre como as pessoas que moram em sua casa resolvem os desentendimentos e desavenças do dia-a-dia. Nós sabemos que algumas das próximas perguntas podem ser delicadas e pessoais e que, às vezes, parece difícil falar sobre elas. Mas é muito importante para a nossa pesquisa faça um esforço para lembrar com a gente como sua família se entendeu, quer dizer, como as pessoas se deram umas com as outras durante sua gravidez.

1. Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?

(1) SIM (2) NÃO

2. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

(1) SIM (2) NÃO

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

1. Marido

2. Ex-marido

3. Namorado

4. Estranho

5. Outro (especificar) _____

6. Mais de um (especificar) _____

Medo__

Sups1__

- Número de vezes que isso aconteceu _____

3. Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

(1) SIM (2) NÃO

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (especificar) _____
6. Mais de um (especificar) _____

- Número de vezes que isso aconteceu _____

Poderias medizer quais das coisas que vou falar agora aconteceram?

- | | |
|--|----------------|
| (1) Ameaça de maus-tratos ou agressão Inclusive com arma | (1)Sim (2) Não |
| (2) Tapa | (1)Sim (2) Não |
| (2) Empurrão sem machucado, sem ferimento ou sem dor duradoura | (1)Sim (2) Não |
| (3) Soco | (1)Sim (2) Não |
| (3) Chute | (1)Sim (2) Não |
| (3) Machucado ou "mancha roxa" | (1)Sim (2) Não |
| (3) Corte ou dor contínua | (1)Sim (2) Não |
| (4) Espancamento | (1)Sim (2) Não |
| (4) Contusões graves | (1)Sim (2) Não |
| (4) Queimaduras | (1)Sim (2) Não |
| (4) Ossos quebrados | (1)Sim (2) Não |
| (5) Danos ou problemas na cabeça | (1)Sim (2) Não |
| (5) Danos ou problemas em órgãos internos | (1)Sim (2) Não |
| (5) Danos permanentes | (1)Sim (2) Não |
| (6) Uso de arma | (1)Sim (2) Não |
| (6) Ferimento por arma | (1)Sim (2) Não |

Sups2__

Sups3__

Sups4__

Sups5__

4. Durante a gravidez, alguém te forçou a realizar atividades sexuais?

(1) SIM (2) NÃO

Sups6__

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (especificar) _____
6. Mais de um (especificar) _____

Sups7__

Sups8__

- Número de vezes que isso aconteceu _____

Sups9__

Sups10__

5. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?

(1) SIM (2) NÃO

Sups11__

54. As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Pessoas com as vontades e pode falar de todo o que quiser). _____

Sups12__

Sups13__

Sups14__

Sups15__

Sups16__

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila

Sups17__

		Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
2	Alguém que o ajude, se tiver que estar de cama	1	2	3	4	5
3	Alguém com quem falar quando precise	1	2	3	4	5
4	Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	1	2	3	4	5
5	Alguém que o leve ao médico quando o necessite	1	2	3	4	5
6	Alguém que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afetos	1	2	3	4	5
7	Alguém com quem passar um bom bocado	1	2	3	4	5
8	Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	1	2	3	4	5
9	Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações	1	2	3	4	5
10	Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
11	Alguém com quem poder relaxar	1	2	3	4	5
12	Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer	1	2	3	4	5
13	Alguém cujos conselhos deseje	1	2	3	4	5
14	Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas	1	2	3	4	5

Sups18__

Sups19__

Sups20__

15	Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficando doente	1	2	3	4	5
16	Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	1	2	3	4	5
17	Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	1	2	3	4	5
18	Alguém para se divertir	1	2	3	4	5
19	Alguém que compreenda seus problemas	1	2	3	4	5
20	Alguém quem amar e lhe faça sentir-se querido	1	2	3	4	5

55. Em que hospital pretende ganhar o bebê? _____



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
GESTANTES ADOLESCENTES



PÓS-PARTO IMEDIATO

Quest _____	Data de aplicação: ____/____/____
Local da entrevista: _____	
Nome: _____	
Telefone: _____ - _____	Data de nascimento do bebê: ____/____/____

1. Em relação ao pré-natal, com quantas semanas tu iniciaste as consultas? ____ semanas

sem

2. No total, quantas consultas pré natal tu realizaste? ____ consultas

Qtdp

3. Dados sobre o parto:

Peso do bebê ao nascer

Peso

Altura: _____

Altur

Apgar: ____/____/____

Apg

Duração da gestação ____ semanas

Tipa

Tipo de parto: (1) Normal (2) cesariana

Forc

Uso de fórceps (1) Sim (2) Não

4. Você teve algum problema durante o parto?

Prob

(1) SIM (2) Não

Se sim qual (s)? _____

Q pr

ANEXO F – ENCAMINHAMENTO

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO GESTACIONAL E DO PÓS-PARTO EM ADOLESCENTES ENCAMINHAMENTO

Pelotas, ____ de _____ de 200 ____.

Eu _____ declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhada para atendimento psiquiátrico no Campus II da Saúde (antigo Hospital Psiquiátrico Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº 1586.

Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO GESTACIONAL E DO PÓS-PARTO EM ADOLESCENTES ENCAMINHAMENTO

Pelotas, ____ de _____ de 200 ____.

Eu _____ declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhada para atendimento psiquiátrico no Campus II da Saúde (antigo Hospital Psiquiátrico Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº 1586.

Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

Mariana Carret Soares

**Transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante a
gestação na adolescência e a sua relação com prematuridade**

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.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karen Amaral
Tavares Pinheiro

Pelotas
2014/2

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

Mariana Carret Soares

**Transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante a gestação na
adolescência e a sua relação com prematuridade**

Conceito final: _____

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Presidente e orientadora Prof.^a Dr.^a Karen Amaral Tavares Pinheiro

1º Examinador Prof.º Dr.º Fábio Monteiro da Cunha Coelho

2º Examinador Prof.^a Dr.^a Liliane da Costa Ores

Agradecimentos,

Aos meus pais, por serem a base de tudo. Sempre me apoiando e me dando amor.

Às minhas irmãs, aos meus cunhados e ao pequeno Otávio, por estarem sempre ao meu lado, me incentivando.

À tia Laura, por me ajudar em todos os momentos.

À Marta e Natália: vocês são as melhores! Obrigada por tudo.

Ao Thiago, por ter me acompanhado durante essa caminhada.

À Mariana Bonati, e aos demais bolsistas integrantes da pesquisa. Foi ótimo ter compartilhado esses momentos com vocês.

À minha orientadora Karen Pinheiro, pelo apoio e ensinamentos.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre transtornos do humor e de ansiedade, e risco de suicídio em adolescentes gestantes e sua relação com prematuridade.

Método: Estudo de coorte realizado com todas as gestantes adolescentes com idade entre 12 a 19 anos que frequentaram serviços de pré-natal na zona urbana da cidade de Pelotas, no período entre outubro de 2009 a maio de 2011.

Resultados: Foram entrevistadas 645 gestantes com idade entre 12 e 19 anos. A análise multivariada com ajuste para escolaridade materna, quantidade de gestações anteriores, parto prematuro prévio e risco de suicídio indicou que as adolescentes que tiveram risco de suicídio durante a gestação apresentaram uma probabilidade de prematuridade, aproximadamente, duas vezes maior quando comparadas com aquelas que não foram diagnosticadas com risco de suicídio (RP 1.79; IC 1.06-3.03).

Conclusão: Gestantes adolescentes que apresentaram risco de suicídio durante a gestação têm mais chances de ter filhos prematuros.

Palavras-chave: prematuridade; risco de suicídio; gestação adolescência; transtornos de humor; transtornos de ansiedade.

ABSTRACT

Objective: Verify the association between mood disorders and anxiety, and risk of suicide among pregnant teenagers and their relationship to prematurity.

Methods: Cohort study with all pregnant adolescents aged 12 to 19 who attended antenatal services in the urban area of Pelotas, during the period of October 2009 to May 2011.

Results: 645 pregnant women aged between 12 and 19 years were interviewed. Multivariate analysis adjusted for maternal education, number of previous pregnancies, previous preterm birth and risk of suicide indicated that adolescents who had suicide risk during pregnancy had a likelihood of prematurity approximately two times higher compared to those who did not were diagnosed at risk of suicide (PR 1.79; CI 1.06-3.03).

Conclusion: Pregnant adolescents who were at risk of suicide during pregnancy are more likely to have premature babies.

Keywords: prematurity; risk of suicide; teenage pregnancy; mood disorders; anxiety disorders.

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período da vida que ocorre entre 10-19 anos⁽²⁾. Quando, nesse período da vida, ocorre uma gestação, requer atenção física e psicológica especial tanto durante o pré-natal e parto, como no período puerperal; a fim de preservar a saúde da gestantes como também a dos seus bebês⁽²⁸⁾. Segundo OMS, mães adolescentes enfrentam maior risco de problemas no parto que mulheres na faixa dos vinte anos⁽²⁸⁾. Tal risco se mostrou evidente em uma pesquisa realizada na Malásia, que encontrou associações significantes entre gestação na adolescência e nascimento pré-termo, apgar com escores baixos, complicações nas primeiras 24 horas do nascimento e baixo peso ao nascer⁽¹⁶⁾.

Já a prematuridade é classificada de acordo com a idade gestacional em que ocorre o nascimento, sendo prematuro extremo aquele entre 20 semanas e 27 semanas e 6 dias, prematuro moderado entre 28 semanas e 31 semanas e 6 dias e prematuridade tardia entre 32 semanas e 36 semanas e 6 dias⁽¹⁰⁾. Com relação aos recém-nascidos, em filhos de mães adolescentes a taxa de nascimento prematuro varia de 15,3 a 19,8%^(15, 21), e o risco de óbito fetal nesse grupo foi doze vezes maior que o observado em mães adultas, sendo o óbito neonatal, cinco vezes maior entre os prematuros filhos de mães adolescentes⁽¹⁴⁾.

Adicionado aos riscos da gestação na adolescência e suas repercussões estão as rápidas alterações hormonais e físicas vividas pelas adolescentes. Gravidez durante este período de vida contribui para essa vulnerabilidade⁽¹⁷⁾, sendo parcialmente responsável pela prevalência de transtornos mentais observada durante este estágio. O diagnóstico e o tratamento de transtornos mentais durante a gravidez, especialmente entre adolescentes, são essenciais para atingir melhor desfecho para a mãe e o bebê⁽¹⁷⁾.

Além disso, há crescente evidência de que a ansiedade materna durante a gestação possa comprometer o desenvolvimento neurobiológico do feto^(29, 30). Ademais, a depressão no período pré-natal afeta negativamente as mulheres grávidas em relação ao atendimento pré-natal e ao menor ganho de peso por parte do bebê⁽³¹⁾, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade pré-natal⁽³²⁾. Além destes transtornos, o risco de suicídio durante o período gestacional é uma preocupação relevante, principalmente entre adolescentes, uma vez que tenha sido relatada em até 17% das jovens mães⁽³³⁾.

A ocorrência de transtornos mentais durante a gravidez expõe as mulheres e seus bebês a riscos, estando vinculada à prematuridade e ao baixo peso ao nascer⁽²⁰⁾. Em um

estudo que objetivou avaliar a associação entre transtornos mentais comuns (TMC) na gestação com prematuridade e baixo peso ao nascer, encontrou que mulheres com TMC tem 1,98 vezes mais chances de ter filho prematuro e 2,24 vezes mais chances de ter filho com baixo peso ao nascer⁽²¹⁾. Ferri et al. 2007, quando avaliou associação de transtornos mentais comuns em gestantes adolescentes com prematuridade e baixo peso, observou que somente prematuridade manteve-se associada a transtorno mental (RP= 1.45)⁽²⁰⁾.

Na cidade de São Paulo, Brasil, um estudo com amostra populacional de 831 mulheres, foi realizado com o objetivo de estimar a associação entre transtorno mental comum durante a gravidez e o risco de baixo peso ao nascer ou nascimento pré-termo. Do total da amostra, a prevalência de transtorno mental foi 33.6%; 7,6% nasceram com baixo peso e 6,9% foram prematuros. Nesse estudo o transtorno mental comum não foi associado aos desfechos obstétricos⁽²⁴⁾.

O objetivo do presente estudo foi verificar a associação entre transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante a gestação na adolescência com prematuridade em adolescentes grávidas da zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Estudo de coorte realizado com todas as gestantes adolescentes com idade entre 12 a 19 anos que frequentaram serviços de pré-natal na zona urbana da cidade de Pelotas, no período entre outubro de 2009 a maio de 2011. As gestantes foram convidadas a participar desse estudo, sendo identificadas pelo Sistema Básico de Saúde (SIS pré-natal) que abrange 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde realizam atendimento pré-natal, além de busca ativa nos três ambulatórios especializados, vinculados aos serviços universitários da cidade.

As gestantes que aceitaram participar do estudo preencheram um questionário sócio-demográfico, incluindo avaliação socioeconômica que foi realizada pelos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). As variáveis obstétricas e de nascimento do bebê foram obtidas das carteiras de gestante das adolescentes. Outros dados, como intenção de aborto ou tentativa de aborto na gravidez atual e o histórico de outras gestações e abortos prévios, foram obtidos através de um questionário. Os dados sobre transtornos de humor, ansiedade e risco de suicídio foram obtidos através da entrevista diagnóstica padronizada breve Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Foi utilizado, ainda, a Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS), para rastreamento de depressão pós-parto, além da escala de Beck para rastrear ansiedade.

Após a codificação dos instrumentos foi realizada dupla entrada dos dados, checagem automática destes no momento da digitação, para teste das inconsistências na digitação.

Foi utilizada análise univariada para descrição das variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. A análise bivariada permitiu através do teste qui-quadrado, avaliar as associações entre os possíveis fatores de risco e prematuridade. A análise ajustada foi realizada através de regressão logística, respeitando o modelo de análise, permitindo avaliar as possíveis associações entre as variáveis independentes com o desfecho - prematuridade. Todas as variáveis com associações com valores de $p \leq 0.2$ foram mantidas no modelo para controle de fatores de confusão. Foram consideradas significativas as associações com um $p \leq 0.05$.

Este protocolo de pesquisa está de acordo com os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. As gestantes receberam informações sobre os objetivos da

pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); quando menores, a autorização foi dada por um responsável, que assinou o TCLE. As adolescentes em risco foram encaminhadas para avaliação no ambulatório de psiquiatria da Universidade Católica de Pelotas.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 645 gestantes com idade entre 12 e 19 anos. O ponto de corte para considerar prematuridade foi de 36 semanas e 6 dias completos de gestação.

Os dados do estudo evidenciaram que 71,3% das gestantes tinham 17 anos ou mais, 59,9% eram casadas ou viviam com o companheiro e aproximadamente 40% tinham o ensino fundamental incompleto. Com relação ao nível socioeconômico, segundo classificação da ABEP, 62,4% pertenciam à classe C e apenas 5,2% aos níveis A/B. A maioria delas não trabalhava (87,7%).

Grande parte da amostra, 75%, era composta por primíparas e 10% têm história de abortamento. Entre aquelas que já tiveram outras gestações, 80,9% tinham apenas um filho e 20,7% tiveram partos prematuros. Com relação à gestação atual, 73,3% não a haviam planejado, 14,3% pensaram em abortar, mas somente 2,3% realizaram tentativa de abortamento. Aproximadamente 26% tinham preferência pelo sexo do bebê e mais de 90% da amostra sentiu-se apoiada e não percebeu risco na gestação.

Durante a gestação, além das variáveis socioeconômicas, de saúde geral e de comportamento, também foram avaliados os transtornos do humor, de ansiedade e o risco de suicídio. A prevalência de sintomas depressivos avaliados pela Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) foi de 24,2%. Sintomas de ansiedade rastreados pela escala de Beck para ansiedade apresentou prevalência de 39,1%. O episódio depressivo maior atual teve prevalência 18,3%, o transtorno de ansiedade generalizada de 9,1%. Já a avaliação do risco de suicídio revelou prevalência de 12,6%.

Em relação às variáveis que indicam a saúde do bebê, 8,6% da amostra nasceu com baixo peso, apresentando peso inferior a 2,499, 18,5% foram avaliados no apgar com notas de 1 a 7 no primeiro minuto e 15,3% nasceram prematuros.

Na análise bivariada, as seguintes variáveis mostraram associações significativas com prematuridade: idade ($p=0,02$), número de gestações anteriores ($p=0,04$), parto prematuro em gestação anterior ($p=0,004$) e risco de suicídio ($p=0,07$). A análise multivariada com ajuste para escolaridade materna, quantidade de gestações anteriores, parto prematuro prévio e risco de suicídio indicou que as adolescentes que tiveram risco de suicídio durante a gestação apresentaram uma probabilidade de prematuridade,

aproximadamente duas vezes maior quando comparadas com aquelas que não foram diagnosticadas com risco de suicídio (RP 1.79; IC 1.06-3.03).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante a gestação na adolescência e prematuridade. O principal achado foi a associação entre risco de suicídio e nascimento prematuro ($p=0,03$).

Estudos com população adolescente que tenham avaliado concomitantemente depressão, ansiedade e risco de suicídio e sua associação com prematuridade são raros na literatura. Todavia, grande parte dos estudos tendem a demonstrar associação de transtornos psíquicos com prematuridade. Ferri et al 2007, encontrou associação positiva entre transtornos mentais comum (depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, somatoformes ou transtornos dissociativos) com nascimento prematuro⁽²⁰⁾. No mesmo sentido, Niemi et al., em 2013, encontrou associação entre depressão na gravidez com prematuridade e baixo peso ao nascer, (RO: 1.98, CI95% = 1.14–3.43 e RO: 2.24, CI95% = 1.02–4.95, respectivamente)⁽²¹⁾. Hironaka et al também encontrou associação entre transtornos mentais como esquizofrenia, depressão maior, bipolaridade, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de alimentação e transtorno de personalidade durante a gravidez e prematuridade⁽²²⁾.

No presente estudo a prevalência de risco de suicídio foi 12,6%, estando de acordo com coorte realizada na zona urbana no Paquistão com 1.369 gestantes, com mulheres de todas as idades, utilizou como instrumento a escala Aga Khan University Anxiety and Depression Scale – Short Form (AKUADS-SF) e encontrou prevalência de risco de suicídio de 11%⁽³⁴⁾. Já Huang et al, em São Paulo, Brasil, avaliou 831 gestantes com 16 anos ou mais, que responderam ao Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20). Destas, 6,3% apresentou ideação suicida⁽³⁵⁾. A literatura mostra resultados variados quando avaliam risco de suicídio em gestantes, diferenciaram-se no que diz respeito à idade das gestantes. Deve-se considerar, também a diversidade do instrumento utilizado para tal avaliação.

Em relação ao episódio depressivo maior, embora não tenha mostrado associação significativa com prematuridade, observou-se prevalência de 18,3% e a prevalência de TAG foi 9,1%. Estudo realizado com gestantes adolescentes, em São Paulo encontrou prevalência de depressão em 13,0% e do transtorno de ansiedade em 5,7%⁽²⁰⁾.

Mais da metade das gestantes adolescentes eram casadas ou viviam com

companheiro (59,9%), o que condiz com a literatura. Estudo em Piracicaba, São Paulo, 55% das gestantes adolescentes viviam com companheiro ou eram casadas⁽⁸⁾ e outro realizado por K. Omar et al., 2010, verificou a prevalência de 47,1% nesta situação⁽¹⁶⁾.

Outros dois fatores chamam a atenção: primeiro, a alta prevalência de adolescentes que planejaram a gravidez, 26,7% delas. Em um estudo em São Paulo essa prevalência foi de apenas 18,2% nas adolescentes⁽²⁰⁾. Segundo, o número de gestantes que pensaram em abortar (14,3%) ou que fizeram alguma tentativa (2,3%). Na pesquisa de Freitas et al., 2002, a tentativa de aborto foi de 7,5% das gestantes adolescentes⁽⁸⁾.

A prevalência de prematuridade encontrada foi 15,3%, o que condiz com os achados na literatura em gestantes da faixa etária estudada. Em estudos realizados com gestantes adolescentes, a prevalência de prematuridade varia de 14-22%^(16, 20). Outra variável associada à prematuridade é o baixo peso ao nascer. Sua prevalência 8,6%, ficou um pouco abaixo das prevalências encontradas. Estudo em São Paulo⁽¹⁾ a prevalência de baixo peso foi 10% e outro, nos Estados Unidos, foi 13%⁽³⁶⁾.

A nossa amostra, apesar de ser representativa das adolescentes que realizam pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, não contempla àquelas do setor privado e de convênios, o que acaba por ser uma amostra parcial do município.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁽³³⁾, cuidados preventivos durante a gestação, como o diagnóstico e o controle de transtornos mentais, podem diminuir o risco de prematuridade, tendo em vista que as complicações relacionadas com a prematuridade são a primeira causa de mortes neonatais e infantis em países de renda média e alta⁽³⁷⁾.

Desta forma, a nossa investigação apresentou associação positiva entre risco de suicídio na gestação e prematuridade, o que nos leva a pensar na importância dessas medidas de saúde mais assertivas não só no que diz respeito à saúde física da gestante, como também da mental. A importância de detectar tais transtornos e de fornecer atendimento psicoterápico para as futuras mães adolescentes, pode auxiliá-las a passar por esse período da vida de forma mais natural, ajudando o processo de simbolização. Logo, colabora para que desenvolva o pensamento da sua relação precoce com seu objeto materno, a fim de ela desenvolver os próprios instrumentos para fornecer uma boa continência para com seu novo bebê⁽³⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. NETO MINP, SEGRE CADM. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Einstein*. 2012;10(3):271-7.
2. WHO. *El embarazo y el aborto en la adolescencia*. Genebra. 1975.
3. Tierno B. Adolescência: a passagem à idade adulta. In: Paulus, editor. *A psicologia dos jovens e adolescentes: de 9 a 20 anos*. São Paulo 2007. p. 37-41.
4. Organization WH. Adolescent pregnancy <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/2012> [cited 2013].
5. Silva JLPe, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*. 2012;34(8):347-50.
6. Almeida MSd, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtorno mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2012;28(2):385-93.
7. Goldberg D HP. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock 1992.
8. FREITAS GVSD, BOTEGA NJ. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E IDEIAÇÃO SUICIDA. *Revista associação médica brasileira*. 2002;48(3):245-9.
9. Pereira PK, Lima LA, Magnanini MMF, Legay LF, Lovisi GM. Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise. *Caderno de Saúde Pública*. 2011;27(12):2287-98.
10. March of Dimes P, Save the Children, WHO. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization; 2012.
11. WHO. recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1977;56:247-53.
12. Surita FGC, Suarez MBB, Siani S, Silva JLPe. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no sudeste do Brasil. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*. 2011;33(10):286-91.
13. Yazlle MEHD, Franco RC, Michelazzo D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia* 2009;31(10):443-5.
14. Oliveira EFVd, Gama SGNd, Silva CMFPd. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2010;26(3):567-78.
15. Barros AJD, Santos IdSd, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(3):402-13.
16. Omar K, Hasim S, Muhammad NA, Jaffar A, Hashim SM, Siraj HH. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010;111:220-3.
17. Chalem E, Mitsuhiro SS, Manzolli P, Barros MCM, Guinsburg R, Sass N, et al. Underdetection of Psychiatric Disorders During Prenatal Care: A Survey of Adolescents in Sao Paulo, Brazil. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2012;50(1):93-6.
18. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Brief report: Prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. *Journal of Adolescence*. 2009;32:747-52.
19. Silva RAd, Ores LdC, Mondin TC, Rizzo RN, Moraes IGdS, Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde*

Pública. 2010;26(9):1832-8.

20. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. 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).
21. Niemi M, Falkenberg T, Petzold M, Chuc NTK, Patel V. Symptoms of antenatal common mental disorders, preterm birth and low birthweight: a prospective cohort study in a semi-rural district of Vietnam. *Tropical Medicine and International Health*. 2013;18(6):687-95.
22. Hironaka M, Kotani T, Sumigama S, Tsuda H, Mano Y, Hayakawa H, et al. Maternal mental disorders and pregnancy outcomes: A clinical study in a Japanese population. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2011;37(10):1283-9.
23. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health*. 2010;10(515).
24. FAISAL-CURY A, ARAYA R, ZUGAIB M, MENEZES PR. Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2010;31(4):229-35.
25. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa A. Dados com base no levantamento Sócio Econômico. IBOPE. 2003.
26. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:106-15.
27. Filho NdA, Rouquayrol MZ. Elementos de metodologia epidemiológica. In: MEDSI, editor. *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro 2003. p. 149-77.
28. Organization WH. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87:410-1.
29. Fisher JR, Tran Htt, Tran T. Relative socioeconomic advantage and mood during advanced pregnancy in women in Vietnam. *International Journal of Mental Health Systems*. 2007;1(3).
30. Fisher J, Tran T, La Bt, Kriitmaa K, Rosenthala D, Tranb T. Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88:737-45.
31. Fisher J, Mello MCd, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinantes of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;90:139-49.
32. Giang KB, Dzung TV, Kullgren G, Allebeck P. Prevalence of mental distress and use of health services in a rural district in Vietnam. *Global Health Action*. 2010;3.
33. Gentile S. Suicidal mothers. *Journal of Injury & Violence*. 2011;3(2):90-7.
34. Asad N, Karmaliani R, Sullaiman N, Bann CM, McClure EM, Pasha O, et al. Prevalence of Suicidal Thoughts and Attempts Among Pregnant Pakistani Women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(12):1545-51.
35. Huang H, Faisal-Cury A, Chan Y-F, Tabb K, Katon W, Menezes PR. Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012;15(2):135-8.
36. Hodgkinson SC, Colantuoni E, Roberts D, Berg-Cross L, Belcher HME. Depressive Symptoms and Birth Outcomes among Pregnant Teenagers. *J Pediatr adolesc gynecol*. 2010;23(1):16-22.
37. Lawn J, Gravett M, Nunes T, Rubens C, Stanton C, Group tGR. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010;10(Suppl 1):S1.
38. Castro MdGK, Sturmer A, Garcia AC. Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica Porto Alegre: Artmed; 2009. 360 p.

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com a prematuridade.

VARIÁVEL	N (%)	PREMATURIDADE		TOTAL (N)	P-valor
		Sim	Não		
Idade				645	0,02
12-16	185 (28,7)	38 (20,5)	147 (79,5)		
17-19	460 (71,3)	61 (13,3)	399 (86,7)		
Estado civil				644	0,55
Solteira/separada/divorciada	258 (40,1)	37 (14,3)	221 (85,7)		
Casada/vive com o Companheiro	386 (59,9)	62 (16,1)	324 (83,9)		
Escolaridade				644	0,10
Analfabeto/primário incompleto	95 (14,8)	21 (22,1)	74 (77,9)		
Primário completo/ensino fundamental incompleto	279 (43,3)	45 (16,1)	234 (83,9)		
Ensino fundamental completo/ensino médio incompleto	213 (33,1)	24 (11,3)	189 (88,7)		
Ensino médio completo/superior incompleto	57 (8,9)	9 (15,8)	48 (84,2)		
Classe socioeconômica				633	0,74
A/B	33 (5,2)	4 (12,1)	29 (87,9)		
C	395 (62,4)	63 (15,9)	332 (84,1)		
D/E	205 (32,4)	29 (14,1)	176 (85,9)		
Trabalha				643	0,96
Sim	79 (12,3)	12 (15,2)	67 (84,8)		
Não	564 (87,7)	87 (15,4)	477 (84,6)		
Gestação anterior				636	0,82
Sim	134 (21,2)	20 (14,9)	114 (85,1)		
Não	502 (78,9)	79 (15,7)	423 (84,3)		
Quantas gestações anteriores				645	0,04
1 gestação anterior	106 (16,4)	12 (11,3)	94 (88,7)		
2 ou mais gestações anteriores	25 (3,9)	8 (32,0)	17 (68,0)		
Não teve gestações anteriores	514 (79,7)	79 (15,4)	435 (84,6)		
Parto prematuro (gestação anterior)				636	0,004
Sim	25 (3,9)	9 (36,0)	16 (64,0)		
Não	96 (15,1)	9 (9,4)	87 (90,6)		
Não teve gestações anteriores	515 (81,0)	80 (15,5)	435 (84,5)		
Aborto (anterior)				645	0,98
Sim	65 (10,1)	10 (15,4)	55 (84,6)		

Não	69 (10,7)	63 (15,1)	353 (84,9)		
Não teve gestações anteriores	511 (79,2)	26 (15,9)	138 (84,1)		
Planejamento da gestação atual				645	0,18
Sim	172 (26,7)	21 (12,2)	151 (87,8)		
Não	473 (73,3)	78 (16,5)	395 (83,5)		
Pensou em abortar				645	0,97
Sim	92 (14,3)	14 (15,2)	78 (84,8)		
Não	553 (85,7)	85 (15,4)	468 (84,6)		
Tentou abortar				643	0,34
Sim	15 (2,3)	1 (6,7)	14 (93,3)		
Não	628 (97,7)	98 (15,6)	530 (84,4)		
Se já sabe o sexo do bebê, ele é do sexo desejado				644	0,96
Sim	168 (26,1)	27 (16,1)	141 (83,9)		
Não	127 (19,7)	19 (15,0)	108 (85,0)		
Não tinha preferência	103 (16,0)	17 (16,5)	86 (83,5)		
Ainda não sabe	246 (38,2)	36 (14,6)	210 (85,4)		
Se sente apoiada				643	0,84
Sim	628 (97,7)	96 (15,3)	532 (84,7)		
Não	15 (2,3)	2 (13,3)	13 (86,7)		
Percebe risco na gestação				644	0,68
Sim	58 (9,0)	10 (17,2)	48 (82,8)		
Não	586 (91,0)	89 (15,2)	497 (84,8)		
Faz/fez tratamento psicológico ou psiquiátrico				643	0,30
Faço atualmente	7 (1,1)	1 (14,3)	6 (85,7)		
Sim, mas não faço atualmente	97 (15,1)	20 (20,6)	77 (79,4)		
Não, nunca fiz	539 (83,8)	78 (14,5)	461 (85,5)		
Toma/tomou remédios para problemas psicológicos/ psiquiátricos				643	0,40
Toma atualmente	7 (1,1)	1 (14,3)	6 (85,7)		
Tomou, mas não toma atualmente	45 (7,0)	10 (22,2)	35 (77,8)		
Não, nunca tomou	591 (91,9)	87 (14,7)	504 (85,3)		
Alguma vez foi internada por problemas psicológicos/ psiquiátricos				635	0,57
Sim	9 (1,4)	2 (22,2)	7 (77,8)		
Não	626 (98,6)	96 (15,3)	530 (84,7)		
EPDS (ponto corte 11)				632	0,61
Com sintomas de depressão	153 (24,2)	21 (13,7)	132 (86,3)		

BAI	Sem sintomas de depressão	479 (75,8)	76 (15,9)	403 (84,1)	639	0,83
	Com sintomas de ansiedade	250 (39,1)	37 (14,8)	213 (85,2)		
	Sem sintomas de ansiedade	389 (60,9)	60 (15,4)	329 (84,6)	645	0,55
	Episódio depressivo maior atual					
	Sim	118 (18,3)	16 (13,6)	102 (86,4)		
	Não	527 (81,7)	83 (15,7)	444 (84,3)	645	0,87
	Distímia atual					
	Sim	18 (2,8)	3 (16,7)	15 (83,3)		
	Não	627 (97,2)	96 (15,3)	531 (84,7)	645	0,07
	Risco de suicídio					
	Sim	81 (12,6)	18 (22,2)	63 (77,8)		
	Não	564 (87,4)	81 (14,4)	483 (85,6)	645	0,31
	Episódio hipomaniaco					
	Sim	56 (8,7)	6 (10,7)	50 (89,3)		
	Não	589 (91,3)	93 (15,8)	496 (84,2)	645	0,46
	Episódio maniaco					
	Sim	65 (10,1)	12 (18,5)	53 (81,5)		
	Não	580 (89,9)	87 (15,0)	493 (85,0)	645	0,98
	Transtorno de ansiedade generalizada					
	Sim	59 (9,1)	9 (15,3)	50 (84,7)		
	Não	586 (90,9)	90 (15,4)	496 (84,60)	441	0,00
	Peso ao nascer					
	2,499 ou menos	38 (8,6)	18 (47,4)	20 (52,6)		
	2,500 ou mais	403 (91,4)	49 (12,2)	354 (87,8)	357	0,24
	Apgar no 1º minuto					
	1 a 7	66 (18,5)	12 (18,2)	54 (81,8)		
	8 a 10	291 (81,5)	37 (12,7)	254 (87,3)		

Tabela 2. Análise Multivariada com razão de odds e intervalo de confiança de 95% para prematuridade de acordo com escolaridade, variáveis obstétricas e risco de suicídio.

	RO (IC 95%)	P-valor
Escolaridade em anos completos		
0-4 anos	1.66(0.77-3.57)	0,20
5-7 anos	0.88(0.44-1.77)	0,73
8-12 anos	0.99(0.49-2.00)	0,98
13 ou mais	REFERÊNCIA	
Gestação anterior		
Sim	1.16(0.54-2.50)	0,71
Não	REFERÊNCIA	
Parto prematuro (gestação anterior)		
Sim	2.40(0.66-8.72)	0,18
Não	0.73(0.26-2.03)	0,55
Não teve gestações anteriores	REFERÊNCIA	
Planejamento da gestação atual		
Sim	1.15(0.76-1.76)	0,51
Não	REFERÊNCIA	
Risco de suicídio		
Sim	1,79(1.06-3.03)	0,03
Não	REFERÊNCIA	