

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**

**Daniele Campelo Tavares**

**Prevalência de Risco de Suicídio e comorbidades no período pós-parto em mulheres da cidade de Pelotas.**

**Pelotas, RS  
2010**

**DANIELE CAMPELO TAVARES**

**PREVALÊNCIA DE RISCO DE SUICÍDIO E COMORBIDADES NO  
PERÍODO PÓS-PARTO EM MULHERES DA CIDADE DE PELOTAS.**

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

**PELOTAS, RS  
2010**

**PREVALÊNCIA DE RISCO DE SUICÍDIO E COMORBIDADES NO  
PERÍODO PÓS-PARTO EM MULHERES DA CIDADE DE PELOTAS.**

**BANCA EXAMINADORA**

**Presidente e Orientador Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva**

**1º Examinador Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro**

**2º Examinador Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciane Prado Kantorski**

**Pelotas, março de 2010.**

**Agradecimentos,**

**Agradeço com todo carinho o meu pai, que me proporcionou a realização do meu grande sonho, ser psicóloga! Ele é meu exemplo de caráter, inteligência e sabedoria... A minha mãe, que sempre me apoiou, esteve do meu lado me incentivando e me apoiando, sem ela não seria a pessoa que sou hoje... A minha família o meu muito obrigada por tudo!**

**As minhas grandes amigas e colegas, de graduação e pós-graduação, Lu e Karen, que fazem parte da minha história, tanto de formação profissional quanto da minha vida! Agradeço muito a elas por toda dedicação e contribuição para que eu pudesse concluir este trabalho da melhor forma possível.**

**Ao meu namorado Guilherme por todo apoio, incentivo e compreensão.**

**Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel.**

**Ao Orientador Ricardo Azevedo da Silva por toda a dedicação confiada a mim desde a graduação.**

## **PROJETO DE PESQUISA**

# **Risco de suicídio associado à depressão em mulheres no período pós-parto**

Projeto de pesquisa elaborado para o Mestrado em Saúde e Comportamento da UCPEL, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

**Pelotas, Agosto de 2008**

## Sumário:

<b>I. Identificação</b> .....	8
1.1 Título.....	8
1.2 Mestranda.....	8
1.3 Orientador.....	8
1.4 Instituição.....	8
1.5 Linha de pesquisa.....	8
1.6 Data.....	8
<b>II. Delimitação do Problema</b> .....	9
2.1 Introdução.....	9
2.2 Objetivos.....	10
2.3 Hipóteses.....	10
<b>III. Revisão de Literatura</b> .....	11
3.1 Estratégias de busca.....	18
<b>IV. Métodos</b> .....	19
4.1 Delineamento.....	19
4.2 Amostra.....	20
4.2.1 Cálculo da amostra.....	20
4.3 Instrumentos.....	21
4.4 Definições das variáveis.....	22
4.5 Pessoal envolvido.....	22
4.6 Estudo-piloto.....	22
4.7 Logística.....	23
4.8 Controle de Qualidade.....	24
4.9 Processamento e análise dos dados.....	24
4.10 Divulgação dos Resultados.....	25
4.11 Considerações éticas.....	25
4.12 Cronograma.....	26
4.13 Orçamento.....	26
<b>V. Referências</b> .....	22
<b>VI. Anexos</b> .....	30

ANEXO A – Questionário do pós-parto.....	30
ANEXO B– Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) .....	42
ANEXO C - Consentimento Livre e Esclarecido.....	43
ANEXO D– Encaminhamentos.....	45
<b>VII. Artigo</b> .....	<b>47</b>

## **I. IDENTIFICAÇÃO**

**1.1. Título:** Risco de suicídio associado à depressão em mulheres no período pós-parto.

**1.2. Mestranda:** Daniele Campelo Tavares

**1.3. Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

**1.4. Instituição:** Mestrado em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

**1.5. Linha de Pesquisa:** Gestação e puerpério.

**1.6. Data:** Agosto de 2008.



## II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

### 2.1 Introdução:

Após o nascimento do bebê, as mães experienciam o período pós-parto com suas vivências de alegria, entusiasmo e felicidade<sup>1</sup>. Muitas mulheres sentem o período pós-parto como uma fase especial em sua vida, durante a qual as atenções estão voltadas para o recém nascido (RN) e existe, por parte da família, expectativa de mudanças e alegrias<sup>2</sup>. Se não há uma boa adaptação da mãe nessa nova rotina, tanto por aspectos sociais, ambientais e psicológicos, essa pode desenvolver um quadro de depressão pós-parto (DPP).

A manifestação da DPP acontece, na maioria dos casos, depois das quatro semanas após o parto, alcançando sua maior intensidade nos seis primeiros meses de vida do bebê. Como sintomas deste transtorno, encontramos desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental, presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas, temor de machucar o filho e idéias suicidas<sup>3</sup>.

A prevalência da DPP está entre 10 e 20% de acordo com a maioria dos estudos<sup>3,4,5,6</sup>. Em um estudo realizado na cidade de Pelotas-RS, a prevalência encontrada foi de 19.1%<sup>7</sup>.

Mulheres com DPP são consideradas de risco para o suicídio<sup>8</sup>.

Calcula-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais freqüentes em muitos países do mundo. Mas presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas,

elas aumentaram aproximadamente 60% nos últimos 50 anos. A redução da perda de vidas devida a suicídios tornou-se um objetivo internacional essencial em saúde mental<sup>9</sup>.

Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que cometeram suicídio sofriam de alguma perturbação mental e que 60% deles estavam deprimidos. Todos os tipos de perturbações do humor têm sido claramente associados aos comportamentos suicidas<sup>9</sup>.

O risco de suicídio no período pós-parto varia de 5 a 14%, de acordo com estudos realizados<sup>8,10</sup>. O suicídio quando ocorrido em até um ano após o parto varia de 2.7% a 15% de todas as mortes ocorridas<sup>11</sup>.

Assim, este estudo se propõe, através de uma investigação transversal, verificar a associação de risco de suicídio em mulheres e depressão pós-parto (DPP).

## **2.2 Objetivos:**

- Verificar a associação entre risco de suicídio e depressão em mulheres no período pós-parto.

## **2.3 Hipóteses:**

- A prevalência de risco de suicídio em mulheres no período pós-parto será em torno de 8%.
- A prevalência de depressão pós-parto será em torno de 20%
- Mulheres expostas à depressão no período pós-parto têm maior probabilidade de apresentarem risco de suicídio.

### III. REVISÃO DE LITERATURA

O período pós-parto é uma fase muito delicada na vida da mulher, pois além de ter mudanças físicas e psicológicas, agora a mãe é responsável pela vida de seu filho que acabou de nascer e precisa dos cuidados desta. Para atender as necessidades do recém nascido (RN) a mãe precisa de muito tempo, ocasionando muitas vezes distúrbios de sono, agitação e cansaço. Estas sobrecargas podem acarretar em um quadro de depressão pós-parto<sup>2</sup>. A depressão pós-parto (DPP) afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. Na maioria dos casos, a manifestação desse quadro acontece depois das quatro semanas após o parto, alcançando freqüentemente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns são: desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental, presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas, temor de machucar o filho e idéias suicidas<sup>3</sup>. Dentre estes sintomas, o risco de suicídio é um dos mais graves, pois compromete seriamente a saúde da mulher.

O suicídio é um fenômeno complexo que, através dos séculos, tem atraído a atenção de filósofos, teólogos, médicos e sociólogos<sup>9</sup>. Como um problema grave de saúde pública, requer a nossa atenção, mas, infelizmente, a sua prevenção e controle não são tarefas fáceis. Estudos atuais indicam que a prevenção do suicídio, embora possível, envolve toda uma série de atividades, que vão desde o proporcionar as melhores condições possíveis para criar as nossas crianças e adolescentes, passando pelo tratamento eficaz de perturbações mentais, até ao controle ambiental de fatores de

risco. A apropriada disseminação de informação e a conscientização são elementos essenciais para o sucesso dos programas de prevenção do suicídio. O número de pessoas que cometem suicídio anualmente é maior do que as que morrem em todos os conflitos mundiais combinados<sup>9</sup>.

O Brasil apresenta uma taxa geral considerada baixa pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mas os dados identificados em 1994 a 2004 demonstram que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média a elevada, seguindo a mesma tendência de elevação. Essas taxas variaram de 3.9 a 4.5 para cada 100 mil habitantes a cada ano<sup>12</sup>.

Em um estudo realizado em 1998 sobre suicídio em mulheres, a amostra foi composta por 1567 mães hospitalizadas em um hospital psiquiátrico, que tiveram bebê em um período de até um ano. Do total da amostra, houve 52 suicídios, destes, 14 foram no período de até um ano após o parto, 71 mortes consideradas não naturais, destas, 19 com até um ano após o parto, 36 mortes de causas naturais, não havendo associação com o período pós-parto, dentre estas causas, houve 4 casos de cirrose, 4 casos de dependência de álcool e 3 casos de infarto do miocárdio. Demonstrou-se um alto risco para mortes consideradas não naturais, particularmente para o suicídio, no primeiro ano após o parto<sup>13</sup>.

Nos EUA, no ano de 2006, realizou-se em estudo de caso e controle com 2724 mulheres (520 casos e 2204 controles). A taxa de mulheres hospitalizadas por tentativa de suicídio foi de 43,9 por 100 000 nascidos vivos. Caracterizou-se por ser mulheres jovens, solteiras, da cor negra e ter completado no mínimo 12 anos escolares e tiveram um pré-natal seguro quando comparado ao grupo controle. . As tentativas de suicídio foram mais freqüentes no primeiro e aos 12 meses após o parto, 10.5% e 10.0%,

respectivamente. Complicações maternas, incluindo a cesariana, não estavam associadas com risco de suicídio. Outros resultados adversos infantis, incluindo a prematuridade e malformações congênitas, não foram associados à tentativa de suicídio<sup>11</sup>.

Em outro estudo de caso e controle em 2008, também nos EUA, a amostra dos casos (n= 355) caracterizou-se por serem mulheres jovens, não brancas e não casadas. Os métodos utilizados para a tentativa de suicídio foram diversos, mas a maioria utilizou medicações por envenenamento (88.7%) e corte na pele (6.1%). Mulheres que apresentaram desordem psiquiátrica tiveram 27.4 mais chances de apresentar risco e as mulheres que usaram algum tipo de substância apresentaram 6.2 mais chance de apresentar risco, aquelas que receberam ambos diagnósticos obtiveram 11.1 mais chances de apresentar risco quando comparadas ao grupo controle (n= 2204)<sup>14</sup>.

O único estudo encontrado no Brasil, em 2008, sobre Prevalência do risco de suicídio no período pós-parto foi composto por duas amostras: a primeira amostra foi de 317 mulheres que foram incluídas num ensaio clínico de depressão pós-parto e a segunda amostra foi composta por 386 mulheres puérperas. A prevalência de risco de suicídio na primeira amostra, foi de 5.7% utilizando o MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), e 11.1% utilizando a questão 9 do BDI . Os fatores associados foram baixa idade materna, baixa classe social, gravidez não planejada, tratamento psiquiátrico anterior e hospitalização, depressão positiva pelo BDI (Inventário de Beck para depressão) e história de tentativa de suicídio ao longo da vida. Todos com  $P \leq 0.05$ . Tipo de parto, cuidados pré-natal, fumo, morar com o pai da criança, amamentação e história de doença mental na família não foi associado com o

risco de suicídio. Todos apresentaram um  $P > 0.15$ . A prevalência da segunda amostra, que foi avaliada com a questão 9 do BDI, foi de 8.3%. Foi associado ao risco de suicídio somente a pontuação positiva no BDI ( $P < 0.001$ ) as outras variáveis não foram significativas ( $P > 0.25$ )<sup>10</sup>.

Há poucos estudos que focalizam sobre o risco de suicídio no período pós-parto. Um estudo de revisão de literatura, referentes às décadas de 70 e 80, relata que tentativa de suicídio ou morte através do suicídio, no período gestacional ou pós-parto, possui os resultados considerados baixos quando comparados com a população em geral. Porém, quando analisados somente as mortes por suicídio no período pós-parto, o suicídio aumenta para 20%. O risco de suicídio é significativamente alto entre mulheres deprimidas no período perinatal, variando muito conforme as diferenças sociais e culturais da amostra estudada<sup>8</sup>.

As tabelas 1 e 2 mostram um quadro resumido com os principais artigos relacionados ao tema proposto neste estudo:

Tabela 1- Seleção dos estudos sobre o tema.

Autor, ano, país e revista	População estudada	Instrumentos utilizados	Metodologia	Resultados encontrados	Limitações
<p>Appleby L. and <i>etal.</i> (1998)<sup>13</sup></p> <p>Rev. Br J Psychiatry.</p>	<p>1567 mulheres poshospitalizadas em um hospital psiquiátrico, que tiveram bebê em um período de até um ano.</p>	<p>Registro psiquiátrico, Registro médico de nascimento, Registro das causas de mortes e ICD-8</p>	<p>Estudo de base Documental através dos registros do hospital</p>	<p>Do total da amostra, houve 52 suicídios, destes 14 foram no período de até um ano após o parto, 71 mortes consideradas não naturais, destas 19 com até um ano após o parto, 36 mortes de causas naturais, não havendo associação com o período pós parto, dentre estas causas 4 casos de cirrose, e casos de dependência de álcool e 3 casos de infarto do miocárdio. Demonstrou-se um alto risco para mortes consideradas não naturais, particularmente para o suicídio, no primeiro ano após o parto.</p>	<p>Informações clínicas de cada indivíduo são poucas, limitando o estudo para os preditores do suicídio. Registro das mortes naturais são vagas.</p>
<p>Melissa A. Schiff and David C. Grossman (2006)<sup>11</sup> EUA.</p> <p>Rev. Pediatrics</p>	<p>2724 mulheres (520 casos e 2204 controles)</p>	<p>International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)</p>	<p>Estudo de caso controle.</p>	<p>A taxa de mulheres hospitalizadas por tentativa de suicídio foi de 43,9 por 100 000 nascidos vivos. Caracterizou-se por ser mulheres jovens, solteiras, da cor negra e ter completado no mínimo 12 anos escolares e tiveram um pré-natal seguro quando comparado ao grupo controle. As tentativas de suicídio foram mais freqüentes no primeiro e aos 12 meses após o parto, 10.5% e 10.0%, respectivamente. Complicações maternas, incluindo a cesariana, não estavam associadas com risco de suicídio. Outros resultados adversos infantis, incluindo a prematuridade e malformações congênitas, não foram associados à tentativa de suicídio.</p>	

Tabela 1- Seleção dos estudos sobre o tema (continuação)

Autor, ano, país e revista	População estudada	Instrumentos utilizados	Metodologia	Resultados encontrados	Limitações
Katherine A. Comtois, <i>etal.</i> (2008) <sup>14</sup> EUA  Rev. Am J Obstet Gynecol	1775 mulheres (355 casos e 1420 controles)	International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)	Estudo de caso controle	A amostra dos casos, n= 355, caracterizou-se por ser mulheres jovens, não brancas e não casadas. Os métodos utilizados para a tentativa de suicídio foram diversos, mas a maioria utilizou medicações por envenenamento (88.7%) e corte na pele (6.1%). Mulheres que apresentaram desordem psiquiátrica tiveram 27.4 mais chance de apresentar risco, as mulheres que usaram algum tipo de substância apresentaram 6.2 mais chance de apresentar risco, e aquelas que receberam ambos diagnósticos obtiveram 11.1 mais chances de apresentar risco quando comparadas ao grupo controle.	Tanto os casos quanto os controles podem ter recebido atendimento psiquiátrico em ambulatórios e nunca hospitalizado, assim ocorrendo um viés de seleção. As pacientes, tanto caso quanto controle, podem ter sido hospitalizadas por outra complicação, e não psiquiátrica, e essas informações não continham nas bases de dados do hospital.
Pinheiro RT and <i>etal.</i> (2008) <sup>10</sup> Brasil  Rev. Acta Psychiatr Scand	O estudo foi composto por duas amostras: a primeira foi de 317 mulheres que foram incluídas num ensaio clínico de depressão pós-parto e a segunda amostra foi 386 mulheres puérperas.	Mini-International neuropsychiatric Interview (MINI) and Beck Depression Inventory (BDI)	Estudo Transversal	Prevalência do risco de suicídio no período pós-parto foi composto por duas amostras: a primeira foi de 317 mulheres que foram incluídas num ensaio clínico de depressão pós-parto e a segunda foi composta por 386 mulheres puérperas. A prevalência de risco de suicídio na primeira amostra, foi de 5.7% utilizando o MINI e 11.1% utilizando a questão 9 do BDI .	Método de amostragem limitado para generalizar os resultados. Uso de um único item do instrumento de depressão pode ter deixado de fora dimensões importantes do comportamento suicida.



Tabela 2 – Seleção de meta-análise e revisões de literatura sobre o tema.

Autor, ano, país e revista	Estudos incluídos	Participantes	Desenho	Resultados	Limitações
<p>V. Lindahl, J. L. Pearson and L. Colpe. (2005)<sup>8</sup> EUA</p> <p>Rev. Arch Womens Health</p>	<p>27 estudos publicados entre 1985 a 2002. Sendo 17 na gestação e 10 no período pós-parto.</p>	<p>Estudos de prevalência sobre risco de suicídio, atentado de suicídio, ideação suicida e mortes por suicídio no período da gestação e pós-parto.</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>O estudo relata que tentativa de suicídio ou morte através do suicídio, no período gestacional ou pós-parto, possui os resultados considerados baixos quando comparados com a população em geral. Porém, quando analisados somente as mortes por suicídio no período pós-parto, o suicídio aumenta para 20%. O risco de suicídio é significativamente alto entre mulheres deprimidas no período perinatal, variando muito conforme as diferenças sociais e culturais da amostra estudada.</p>	<p>Mudanças nos critérios de avaliações do ICD ao longo do tempo. Variações nas interpretações dadas por aqueles que preenchem o certificado de óbito. Uma segunda limitação foi à confiança nos itens das escalas utilizadas ou nas entrevistas para estimar as prevalências, assim como a variação do período de acesso.</p>

### 3.1 Estratégias de busca:

- **Pubmed- busca realizada por palavras:**
- #1 Search suicide risk: 9992
- #2 Search postpartum: 58731
- #3 Search (postpartum) AND (#1): **50**
- #4 Search suicide: 46207
- #5 Search (suicide) AND (#2): **86**
- #6 Search ideation suicide: 2113
- #7 Search (ideation suicide) AND (#2): **9**
- #8 Search postnatal: 58097
- #9 Search (postnatal) AND (#1): 9
- #10 Search puerperium: 46444
- #11 Search (puerperium) AND (#1): **28**
- #12 Search ((puerperium) ) AND (#4): **51**
- #13 Search (((puerperium) )) AND (#6): **4**
  
- **SCIELO- busca realizada por palavras**
- #1 suicide risk: 0
- #2 risco de suicídio: **1**
- #3 pós-parto: **10**
- #4 pós-parto AND risco de suicídio: 0
- #5 suicídio: 117
- #6 suicídio AND pós-parto: 0
- #7 puerpério: 117

- #8 puerpério AND risco de suicídio: 0
- #9 puerpério AND suicídio: 0
  
- **PsycINFO – busca realizada por palavras**
- #1 suicide risk: 3036
- #2 postpartum: 19175
- #3 (postpartum) and (suicide risk): **7**
- #4 ideation suicide: 1148
- #5 (ideation suicide) and (postpartum): **2**
- #6 suicide: 48338
- #7 (postpartum) and (suicide): **106**

## IV. MÉTODOS

### 4.1. Delineamento:

Estudo do tipo transversal aninhado a uma coorte. Este projeto faz parte de uma pesquisa maior intitulada Depressão Pós-parto e Co-morbidades: Estudo de Coorte no Período Perinatal com famílias de Pelotas.

## 4.2 Amostra:

A amostra deste estudo será constituída por mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, da cidade de Pelotas/ RS, e tiverem os seus bebês entre Julho/06 a Março/09.

Para detecção da amostra são realizadas buscas no cadastro de gestantes no Programa SIS Pré-natal da Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas, e em mais dois postos que não estão credenciados ao programa. O único critério de exclusão é não residir na zona urbana da cidade de Pelotas.

### 4.2.1 Cálculo da amostra

Tabela 3: Simulação do cálculo amostral

<b>Prevalência de não expostos/ Expostos *</b>	<b>Prevalência nos não expostos</b>	<b>Razão de Prevalência</b>	<b>N da amostra</b>	<b>+ 30% para perdas e recusas</b>
4/1	5%	2	1.365	1.774
4/1	6%	2	1.125	1.462
4/1	5%	3	440	472
4/1	6%	3	360	468

\* Dado referente à prevalência de DPP na cidade de Pelotas<sup>7</sup>.

Na revisão de literatura não foi encontrada a prevalência de risco de suicídio em mulheres no período pós-parto não expostas à depressão, por este motivo, os dados acima foram simulados com base na prevalência de DPP na cidade de Pelotas. Para tal foi utilizado um nível de significância de 95% e um poder de associação de 80%. Sendo assim, a maior amostra necessária (com prevalência de 10 a 18% de risco de suicídio em mulheres com DPP, 20% de exposição à depressão materna, razão de prevalência de 2 a 3 vezes e mais 30% para perdas/recusas) será de 1774 mulheres.

### 4.3 Instrumentos:

#### □ **Mães:**

As mães respondem a um questionário aplicado por um entrevistador, composto por questões sócio-econômicas, escolaridade, saúde, história familiar e dados sobre o parto. Também são aplicadas duas escalas; a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)<sup>15</sup> e o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)<sup>16</sup>.

A EPDS (ANEXO B) é uma escala auto-aplicada utilizada para screening da Depressão pós-parto; contém 10 questões em formato de respostas do tipo Likert. A mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana. Nos casos em que a mulher possui pouca ou nenhuma escolaridade, a entrevistadora é orientada a aplicar o questionário. O estudo de validação da EPDS, na cidade de Pelotas, com ponto de corte de 10 pontos encontrou uma sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4%<sup>15</sup>.

O MINI (ANEXO C) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-IV, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. O MINI compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social. Nesta pesquisa utilizaremos somente o MINI para diagnosticar o risco de suicídio.

#### 4.4 Definições das variáveis:

- **Variável dependente:**

V.D.	Tipo de variável
Risco de suicídio	Dicotômica

- **Variável independente:**

V.D.	Tipo de variável
Depressão	Dicotômica

#### 4.5 Pessoal envolvido:

A equipe é composta por 2 mestrandas, 1 “batedor” e as entrevistadoras responsáveis pelo acompanhamento das mães são sete bolsistas de Iniciação científica dos cursos de Psicologia e Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPeL). Estas acadêmicas foram treinadas e participam de uma reunião semanal com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo. Os aplicadores são “cegos” quanto aos objetivos do estudo.

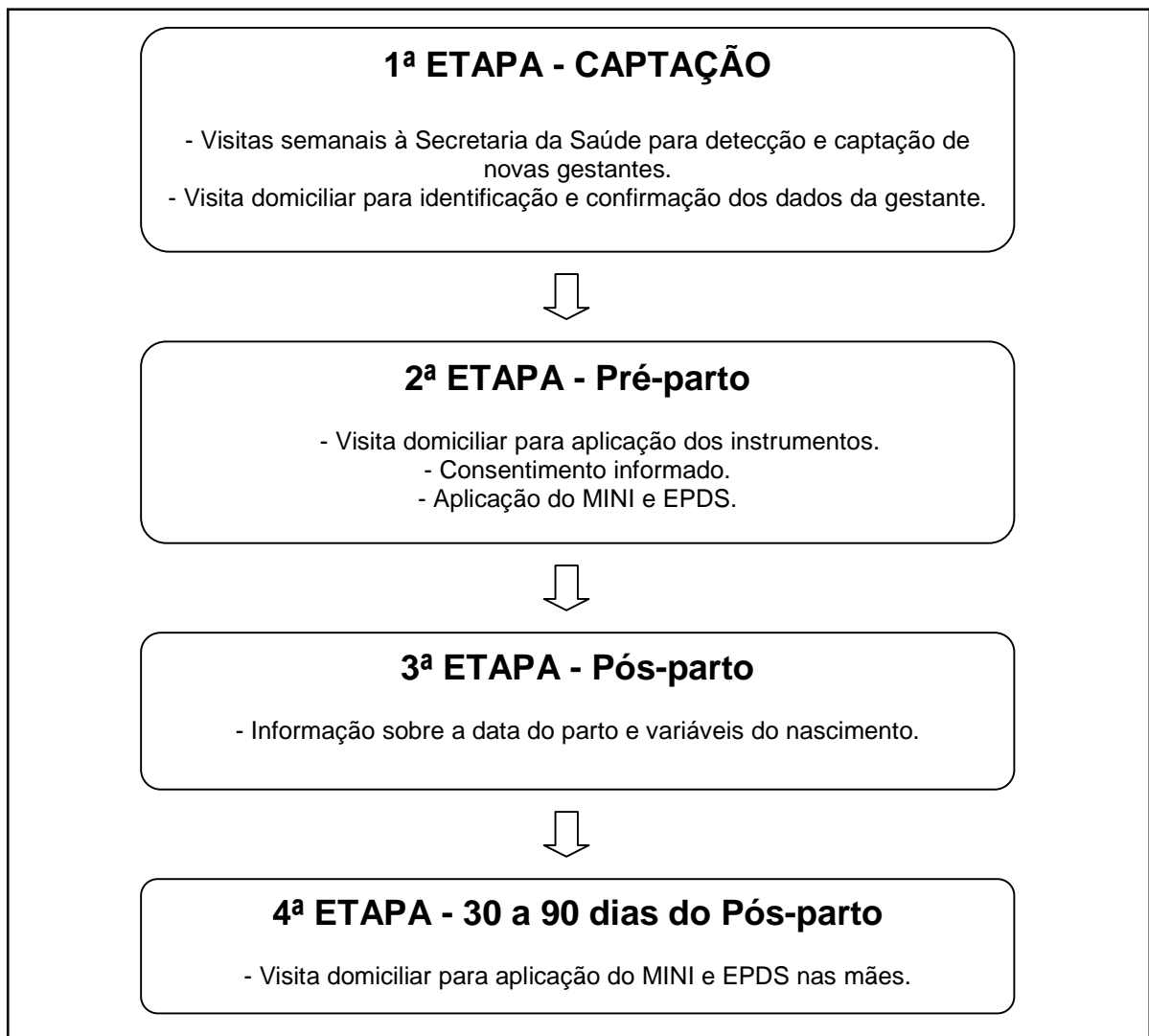
#### 4.6 Estudo-piloto:

O estudo-piloto foi realizado com 30 gestantes atendidas no pré-natal, pelo Sistema único de Saúde na cidade de Pelotas-RS. Estas gestantes foram submetidas à aplicação do questionário, seguindo a logística do projeto, para que sejam evidenciados problemas de aplicação e/ou formatação do mesmo.

#### 4.7 Logística:

A coleta de dados é realizada em quatro momentos distintos, como podemos observar no fluxograma abaixo:

**Figura 1** – Fluxograma da coleta de dados.



Após a captação da amostra, já descrita no item 4.2, é repassada uma lista com os nomes e endereços das mulheres para um auxiliar de pesquisa fazer uma visita domiciliar com o objetivo de localizar e confirmar os dados destas gestantes.

Posteriormente, uma ficha com os dados das grávidas é encaminhada às entrevistadoras para aplicação dos instrumentos, com a finalidade de detectar sintomas depressivos no período pré-parto. Estas mulheres serão incluídas na amostra Independente de estarem ou não deprimidas, e responderão a todas as fases subseqüentes do estudo.

Uma previsão dos nascimentos é feita de acordo com a idade gestacional e a data da captação. No mês em que a criança deveria nascer, entramos em contato com a mãe, pai ou outro membro da família para obter a data exata do parto. Nos casos em que não conseguimos contato telefônico com a família, a data de nascimento é verificada no cadastro do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Pelotas.

Na 4ª etapa, que já está em andamento, são realizadas visitas domiciliares para preenchimento do instrumento com a mãe.

#### **4.8 Controle de Qualidade:**

O controle de qualidade está sendo implementado, será sorteado em torno de 20% das mulheres entrevistadas e o coordenador do projeto entrará em contato por telefone para verificar se realmente ocorreu à visita da entrevistadora e obter informações para cálculo de indicadores de concordância.

#### **4.9 Processamento e análise dos dados:**

Os questionários já entregues estão sendo codificados e digitados concomitantemente por outra equipe. Está sendo realizada dupla digitação dos dados no programa Epi Info 6, para posterior análise dos dados no pacote estatístico SPSS 10.0 for Windows.



Será realizada análise univariada, para conhecermos as características das mulheres entrevistadas. A análise bivariada será realizada com o teste do qui-quadrado para a comparação entre proporções. Se necessário, será realizada análise multivariada para controlar possíveis fatores de confusão.

#### **4.10 Divulgação dos Resultados:**

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

#### **4.11 Considerações éticas:**

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. As mulheres receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Consentimento livre e esclarecido” (ANEXO D). Será assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

As mães que apresentarem sintomas depressivos, em qualquer fase do estudo, receberão encaminhamento (ANEXO E) para atendimento psiquiátrico no Campus II da Saúde da UCPel.

#### 4.12 Cronograma:

<b>Atividades</b>	<b>1*</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
Revisão de literatura	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Continuação do trabalho de campo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Continuação da codificação dos questionários	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Continuação da dupla digitação	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Análise dos dados													x	x

\* O mês 1 refere-se a Junho/08

#### 4.13 Orçamento:

<b>Despesas de Custeio</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Individual (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
<b>Material de Consumo</b>			
Vales-transporte para as avaliações	3548	1,80	6388,4
Xerox dos questionários	21288	0,08	1703,4
<b>Total (R\$) →</b>			<b>8091,44</b>

## V. REFERÊNCIAS

1. Defei D. *Mujer e Maternidade*. Tomo I e II, Montevideo: Roca Viva 1994.
2. Mattar R, Silva E, Camano L, Abrahão A, Colas O, Neto J, Lippi U. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(9):470-7.
3. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(5):428-32.
4. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves G, Olea E, Perucca Páez E et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de um modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000;38(2):84-93.
5. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998;31(6):799-804.
6. Sierra Manzano JM, Carro García C, Ladron Moreno E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto: Edinburgh postnatal depression scale. *Aten Primaria* 2002;30(2):103-11.
7. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (1):65-70.
8. Lindahl V, Pearson J, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Health* 2005; 8: 77-87.
9. Ministério da Saúde (BR). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006.

10. Pinheiro R. T, Silva R. A, Magalhães P. V, Horta B. L, Tavares Pinheiro K. A. Two studies on suicidality in the postpartum. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 1–4.
11. Schiff M. A, Grossman D. C. Adverse Perinatal Outcomes and Risk for Postpartum Suicide Attempt in Washington State, 1987–2001. *Official journal of the American Academy of Pediatrics* 2006; 118: 669-675.
12. Ministério da Saúde – Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Estadual de Campinas. *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasil 2006.
13. Appleby L, Mortensen B. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science* 1998; 173(9):209-211.
14. Comtois K. A, Schiff M. A, Grossman D. C. Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001. *American Journal of Obstetrics e Gynecology* 2008; 1-5.
15. Santos IS et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas birth cohort (a ser publicado).
16. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.
17. Austin M, Kildea S, Sullivan E. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *The Medical journal of Australia* 2007 Apr 2;186(7):364-7.
18. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin* 2003; 67: 219–229.

19. Spinelli, M. G. Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. *The American journal of psychiatry* 2004; 161:1548–1557.

## ANEXO A

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

## QUESTIONÁRIO MÃE

Quest _____	Prontuário _____	Data de aplicação de ___/___/___		
Local da entrevista: _____		Data do parto: ___/___/___		
Sexo do bebê – (M) (F)	Peso: _____ kg	Tipo de parto: _____	Apgar: ___/___	AR: (0) não (1) sim
Nome: _____		Telefone: _____		

1. Qual a sua idade? ___ __ anos				Idade ___ __
2. Qual o seu estado civil?	(0) Solteira	(1) Casada/vive companheiro	Estcivil ___	
	(2) Separada ou divorciada	(3) Viúva		
3. Qual a sua escolaridade?	(0) Nunca estudou	(1) 1º grau incompleto	(2) 1º grau completo	Escol ___
	(3) 2º grau incompleto	(4) 2º grau completo	(5) Superior incompleto	
	(6) Superior completo			
4. Vocês têm televisão colorida em casa	(0) não	(1) sim	Quantas? ___	Tvs ___/___
5. Vocês têm radio em casa?	(0) não	(1) sim	Quantos? ___	Radio ___/___
6. Quantos banheiros têm na casa?	(0) não	(1) sim	Quantos? ___	Banhe ___/___
7. Vocês têm carro?	(0) não	(1) sim	Quantos? ___	Carro ___/___
8. Vocês têm empregada doméstica mensalista?	(0) não	(1) sim	Quantas? ___	Empreg ___/___
9. Vocês têm aspirador de pó?	(0) não	(1) sim	Aspipo ___	
10. Vocês têm máquina de lavar roupa?	(0) não	(1) sim	Maqlav ___	
11. Vocês têm videocassete ou DVD?	(0) não	(1) sim	Vidvd ___	
12. Vocês têm geladeira?	(0) não	(1) sim	Gelad ___	
13. Vocês têm freezer separado, geladeira duplex?	(0) não	(1) sim	Freez ___	
14. Quem é o chefe da família?	(01) Você	(02) Mãe / madrasta	Quemchef ___ __	
	(03) Avó	(05) Sogro		
	(06) Sogra	(07) Pai / padrasto		
	(08) Esposa/companheira	(09) Irmão/ã		
	(10) outro: _____			
15. Qual a escolaridade do chefe da família?				Esche ___
(0) Nunca estudou	(1) 1º grau incompleto	(2) 1º grau completo	(3) 2º grau completo	
(4) 2º grau completo	(5) Superior incompleto	(6) Superior completo		
16. Você trabalha?	(0) Não	(1) Sim	Trab ___	
17. Com relação a sua ocupação você:				Ocup ___
(0) trabalha formalmente / carteira assinada	(3) está desempregada			
(1) trabalha informalmente / bicos	(4) é aposentada ou encostada			
(2) é dona-de-casa	(6) é estudante			

18. Com relação a sua renda, quanto você costuma receber por mês? R\$ _____			Receb _____
19. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? ____ pessoas (se for 00 pessoas, pular para 21)			Moracas ____
20. Qual a renda de cada habitante da casa?	Pessoa 1 R\$ _____		Rendhab1 _____
	Pessoa 2 R\$ _____		Rendhab2 _____
	Pessoa 3 R\$ _____		Rendhab3 _____
	Pessoa 4 R\$ _____		Rendhab4 _____
	Pessoa 5 R\$ _____		Rendhab5 _____
21. Atualmente, qual é a sua religião?	(0) Não tem religião	(1) Católica	qrel ____
(2) Evangélica	(3) Luterana	(4) Espírita	(5) Protestante
(6) Umbanda	(7) Judaica	(8) Outra. Qual? _____	
22. Sua crença em Deus é:	(0) muito forte	(1) moderada	crença ____
	(2) fraca	(3) não acredito que Deus exista	
23. Você reza todos os dias, de vez em quando, raramente ou nunca?			reza ____
(0) Todos os dias	(1) De vez em quando	(2) Raramente	(3) Nunca
24. Ao rezar, você faz pedidos e/ou agradecimentos por você, pelos outros ou por ambos?			pedido ____
(0) Por mim	(1) Pelos outros	(2) Por mim e pelos outros	
25. Com que frequência você vai a missa, culto ou sessão na sua religião?			freqmis ____
(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	
26. Nesta gestação, você pensou em abortar?			pensouab ____
(0) Não	(1) Pensou		
27. Nesta gestação, você tentou abortar?			tentoab ____
(0) Não	(1) Tentou		
28. Antes de saber o sexo você tinha preferência por ter menino, menina ou não tinha preferência			prefsex ____
(0) menino	(1) menina	(2) não tinha preferência	
29. Quantas consultas de pré-natal você fez, no último mês? ____ consultas			
30. Durante a gestação, você teve apoio de outras pessoas como: (ler opções)			
a. Do pai da criança	(0) Não	(1) Sim	apoioa ____
b. De sua família	(0) Não	(1) Sim	apoioab ____
c. Dos amigos	(0) Não	(1) Sim	apoioac ____
31. Durante a última gestação aconteceu alguma dessas coisas que vou lhe dizer:			
a. Morte?	(0) não	(1) sim	evmort ____
b. Doença?	(0) não	(1) sim	evdoença ____
c. Mudança de cidade/endereço?	(0) não	(1) sim	evmudar ____
d. Desemprego?	(0) não	(1) sim	evdesemp ____
e. Separação?	(0) não	(1) sim	evsepara ____
f. "Ameaça" de aborto?	(0) não	(1) sim	evamab ____
g. Outro?	(0) não	(1) sim	evoutro ____
Qual? _____			evqoutro ____
32. Com relação a sua saúde, você percebeu a última gestação como sendo algo que:			percbmae ____
(0) não lhe trouxe risco nenhum			

(1) lhe trouxe pouco risco			
(2) lhe trouxe um risco moderado			
(3) lhe trouxe um alto risco			
33. Com relação a saúde do bebê, você percebeu a última gestação como sendo algo que:			percbeb ___
(0) não trás risco nenhum			
(1) trás pouco risco			
(2) trás risco moderado			
(3) trás um alto risco			
34. Quantas vezes você internou na última gestação? ___ ___ vezes			Veziint ___
35. Você toma bebida alcoólica? (0) Não (1) Sim			tombeb ___
36. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?			dimbeb ___
(0) Não (1) Sim			
37. As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?			peabo ___
(0) Não (1) Sim			
38. Você se sente chateada pela maneira como você costuma tomar bebidas alcoólicas?			chatbeb ___
(0) Não (1) Sim			
39. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?			cosbeb ___
(0) Não (1) Sim			
40. Você fuma cigarros atualmente?			fumatual ___
(0) Não, nunca fumei. <i>(se não, pule para questão 43)</i>			
(1) Não, fumei no passado mas parei de fumar			
(2) Sim			
41. Você parou de fumar por causa desta gravidez?			parofuma ___
(0) Não			
(1) Sim			
42. Em geral, quantos cigarros por dia você fuma? ___ ___ cigarros (0) menos de 1 cigarro por dia.			qtscig ___ ___
43. No último mês, você usou alguma destas coisas que vou lhe dizer:			
a) Maconha (0)Não (1) Sim			usmasc ___
b) Cocaína (0)Não (1) Sim			uscoca ___
c) Lança-perfume (0)Não (1) Sim			uslança ___
d) Crack (0)Não (1) Sim			uscrack ___
e) Cola de sapateiro (0)Não (1) Sim			uscola ___
f) Ecstasy (0)Não (1) Sim			usecst ___
g) Comprimidos para "dormir" ou "ficar calmo" (0)Não (1) Sim			uscomp ___
h) Outra coisa. Qual? _____ (0)Não (1) Sim			usoctr ___ usoqout ___



As próximas questões serão sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

44. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente.....	1	Saqual ___
Muito boa.....	2	
Boa.....	3	
Ruim.....	4	
Muito Ruim.....	5	

45. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás.....	1	Saagora ___
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....	2	
Quase a mesma de um ano atrás.....	3	
Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....	4	
Muito pior agora do que há um ano atrás.....	5	

46. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem tido dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

<b>ATIVIDADES</b>	<b>SIM. DIFICULTA MUITO</b>	<b>SIM. DIFICULTA UM POUCO</b>	<b>NÃO.NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM</b>	
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados participar em esportes árduos	1	2	3	
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3	
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3	
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3	
e) Subir um lance de escada.	1	2	3	
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3	Probefa ___
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3	
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3	Probefb ___
i) Andar um quarteirão.	1	2	3	Probefc ___
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3	Probefd ___

48. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
a) Você vem diminuindo a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	Problea ___
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	Probefb ___
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2	Probefc ___

49. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

- De forma nenhuma..... 1  
 Ligeiramente ..... 2  
 Moderadamente ..... 3  
 Bastante..... 4  
 Extremamente ..... 5

Relaca \_

50.Quanta dor no corpo você sentiu durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

- Nenhuma..... 1  
 Muito leve..... 2  
 Leve ..... 3  
 Moderada ..... 4  
 Grave ..... 5  
 Muito grave ..... 6

dorcorp \_

51.Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa?) (circule uma)

- De maneira alguma ..... 1  
 Um pouco..... 2  
 Moderadamente ..... 3  
 Bastante..... 4  
 Extremamente ..... 5

dortraba \_

52.Estas questões são como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas: (circule um número para cada linha)

	<i>Todo tempo</i>	<i>A maior parte do tempo</i>	<i>Uma boa parte do tempo</i>	<i>Alguma parte do tempo</i>	<i>Uma pequena parte do tempo</i>	<i>Nunca</i>	
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6	Sentaa _
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6	Sentab _
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6	Sentac _
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6	Sentad _
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6	Sentae _
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6	Sentaf _
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6	Sentag _
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6	Sentah _
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6	Sentai _

53.Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

- Todo o tempo ..... 1
- A maior parte do tempo ..... 2
- Alguma parte do tempo ..... 3
- Uma pequena parte do tempo ..... 4
- Nenhuma parte do tempo ..... 5

Ativsoc \_

54.O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? (circule um número em cada linha)

	<i>Definitivamente verdadeiro</i>	<i>A maioria das vezes verdadeiro</i>	<i>Não sei</i>	<i>A maioria das vezes falsa</i>	<i>Definitivamente falsa</i>
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Afiraa \_

Afirab \_

Afirac \_

Afirad \_

55. Qual desses rostos mostra melhor como a Sra. se sente no último mês?



Faces \_

**Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que achares mais adequada.**

56. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo(a).

(3) Concordo plenamente
(2) Concordo
(1) Discordo
(0) Discordo plenamente

Satcmg \_

57. As vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).

(0) Concordo plenamente
(1) Concordo
(2) Discordo
(3) Discordo plenamente

Sirvinada \_

58. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

(3) Concordo plenamente
(2) Concordo
(1) Discordo
(0) Discordo plenamente

boaqual \_

59. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

(3) Concordo plenamente
(2) Concordo
(1) Discordo
(0) Discordo plenamente

capafaz \_

60. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

(0) Concordo plenamente
(1) Concordo
(2) Discordo
(3) Discordo plenamente

nsatrea \_\_

61. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

(0) Concordo plenamente
(1) Concordo
(2) Discordo
(3) Discordo plenamente

sininut \_\_

62. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

(3) Concordo plenamente
(2) Concordo
(1) Discordo
(0) Discordo plenamente

Pesvalor \_\_

63. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a). Dar – me mais valor.

(0) Concordo plenamente
(1) Concordo
(2) Discordo
(3) Discordo plenamente

Respmsm \_\_

64. Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

(0) Concordo plenamente
(1) Concordo
(2) Discordo
(3) Discordo plenamente

Incfraca \_\_

65. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

(3) Concordo plenamente
(2) Concordo
(1) Discordo
(0) Discordo plenamente

Atiposit \_\_

**As seguintes questões se referem a sua saúde e a maneira como você vem se sentindo no último mês**

1. Tu tens dores de cabeça frequente?	( ) sim	( ) não	Srq1 __
2. Tu tens falta de apetite?	( ) sim	( ) não	Srq2 __
3. Tu dormes mal?	( ) sim	( ) não	Srq3 __
4. Tu te assustas com facilidade?	( ) sim	( ) não	Srq4 __
5. Tu tens tremores nas mãos?	( ) sim	( ) não	Srq5 __
6. Tu te sentes nervosa, tensa ou preocupada?	( ) sim	( ) não	Srq6 __
7. Tu tens má digestão?	( ) sim	( ) não	Srq7 __
8. Tu sentes que tuas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	( ) sim	( ) não	Srq8 __
9. Tu tens te sentido triste ultimamente?	( ) sim	( ) não	Srq9 __
10. Tu tens chorado mais do que de costume?	( ) sim	( ) não	Srq10 __
11. Tu consegues sentir algum prazer nas tuas atividades diárias?	( ) sim	( ) não	Srq11 __
12. Tu tens dificuldade de tomar decisões?	( ) sim	( ) não	Srq12 __
13. Tu achas que teu trabalho diário é penoso, te causa sofrimentos?	( ) sim	( ) não	Srq13 __
14. Tu achas que tens um papel útil na tua vida?	( ) sim	( ) não	Srq14 __
15. Tens perdido o interesse pelas coisas?	( ) sim	( ) não	Srq15 __
16. Tu te sentes uma pessoa sem valor?	( ) sim	( ) não	Srq16 __
17. Tu alguma vez pensas em acabar com a tua vida?	( ) sim	( ) não	Srq17 __
18. Tu te sentes cansada o tempo todo?	( ) sim	( ) não	Srq18 __
19. Tu sentes alguma coisa desagradável no estômago?	( ) sim	( ) não	Srq19 __
20. Tu te cansas com facilidade?	( ) sim	( ) não	Srq20 __

**Leia as frases abaixo e marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso pensar muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.**

A 1. Eu me sinto tenso ou contraído:

- (3) Boa parte do tempo
- (2) A maior parte do tempo
- (1) De vez em quando
- (0) Nunca

Had1\_\_

D 2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- (0) Sim, do mesmo jeito que antes/
- (1) Não tanto quanto antes
- (2) Só um pouco
- (3) Já não sinto mais prazer em nada

Had2\_\_

A 3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa fosse acontecer:

- (3) Sim, e de um jeito muito forte
- (2) Sim, mas não tão forte
- (1) Um pouco, mas isso não me preocupa
- (0) Não sinto nada disso

Had3\_\_

D 4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- (0) Do mesmo jeito que antes
- (1) Atualmente um pouco menos
- (2) Atualmente bem menos
- (3) Não consigo mais

Had4\_\_

A 5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- (3) A maior parte do tempo
- (2) Boa parte do tempo
- (1) De vez em quando
- (0) Raramente

Had5\_\_

D 6. Eu me sinto alegre:

- (3) Nunca
- (2) Poucas vezes
- (1) Muitas vezes
- (0) A maior parte do tempo

Had6\_\_

A 7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- (0) Sim, quase sempre
- (1) Muitas vezes
- (2) Poucas vezes
- (3) Nunca

Had7\_\_

D 8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- (3) Quase sempre
- (2) Muitas vezes
- (1) De vez em quando
- (0) Nunca

Had8\_\_

A 9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- (0) Nunca
- (1) De vez em quando
- (2) Muitas vezes
- (3) Quase sempre

Had9\_\_

D 10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- (3) Completamente
- (2) Não estou mais me cuidando como eu deveria

- (1) Talvez não tanto quanto antes  
 (0) Me cuido do mesmo jeito que antes

Had10\_\_

A 11. Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- (3) Sim, demais  
 (2) Bastante  
 (1) Um pouco  
 (0) Não me sinto assim

Had11\_\_

D 12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- (0) Do mesmo jeito que antes  
 (1) Um pouco menos do que antes  
 (2) Bem menos do que antes  
 (3) Quase nunca

Had12\_\_

A 13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- (3) A quase todo momento  
 (2) Várias vezes  
 (1) De vez em quando  
 (0) Não sinto isso

Had13\_\_

D 14. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

- (0) Quase sempre  
 (1) Várias vezes  
 (2) Poucas vezes  
 (3) Quase nunca

Had14\_\_

Hadtota \_\_ \_\_

Hadtod \_\_ \_\_

### 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.

Rir \_\_

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.

Prazer \_\_

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.

Culpa \_\_

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.

Ansio \_\_

**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.

Assust \_\_

**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.

(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.

Esmt \_\_

**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.

Difdor \_\_

**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.

Trista \_\_

**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.

Chora \_\_

**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.

Fazma \_\_

EPDSMÃE \_\_ \_\_

Agora, necessitamos algumas informações sobre o pai da criança:

Vocês vivem juntos? (0) Não (1) Sim

Vivijun \_\_ \_\_

**SE NÃO:** Você poderia nos dar alguns dados para que possamos localizar o pai do bebê

Nome completo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Telefone/Celular: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_



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 da esquerda. **Agradecemos tua colaboração.**

❖ 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 sentido na **última semana, incluindo hoje.**

- |  |           |
|--|-----------|
| 01. (0) Não me sinto triste.<br>(1) Eu me sinto triste.<br>(2) Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.<br>(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.  | bdi1 ___  |
| 02. (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.<br>(1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.<br>(2) Acho que nada tenho a esperar.<br>(3) Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar. | bdi2 ___  |
| 03. (0) Não me sinto um fracasso.<br>(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.<br>(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.<br>(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. | bdi3 ___  |
| 04. (0) Não me sinto um fracasso.<br>(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.<br>(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.<br>(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. | bdi4 ___  |
| 04. (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.<br>(1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.<br>(2) Não encontro um prazer real em mais nada.<br>(3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.  | bdi5 ___  |
| 05. (0) Não me sinto especialmente culpado.<br>(1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.<br>(2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.<br>(3) Eu me sinto sempre culpado.   | bdi6 ___  |
| 06. (0) Não acho que esteja sendo punido.<br>(1) Acho que posso ser punido.<br>(2) Creio que vou ser punido.<br>(3) Acho que estou sendo punido.   | bdi7 ___  |
| 07. (0) Não me sinto decepcionado comigo.<br>(1) Estou decepcionado comigo mesmo.<br>(2) Estou enojado de mim.<br>(3) Eu me odeio.   | bdi8 ___  |
| 08. (0) Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros.<br>(1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.<br>(2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.<br>(3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.                | bdi9 ___  |
| 09. (0) Não tenho quaisquer idéias de me matar.<br>(1) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.<br>(2) Gostaria de me matar.<br>(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.   | bdi10 ___ |
| 10. (0) Não choro mais do que o habitual.<br>(1) Choro mais agora do que costumava.<br>(2) Agora, choro o tempo todo.<br>(3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.   | bdi11 ___ |



11. (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.  
 (1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. bdi12 \_\_\_  
 (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. bdi13 \_\_\_  
 (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. bdi14 \_\_\_  
 (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. bdi15 \_\_\_  
 (2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.  
 (3) Acredito que pareço feio.
15. (0) posso trabalhar tão bem quanto antes.  
 (1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. bdi16 \_\_\_  
 (2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.  
 (3) não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16. (0) Consigo dormir tão bem quanto antes.  
 (1) Não durmo tão bem como costumava. bdi17 \_\_\_  
 (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. bdi18 \_\_\_  
 (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.  
 (1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser. bdi19 \_\_\_  
 (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. bdi20 \_\_\_  
 (2) Perdi mais do que 5 quilos.  
 (3) Perdi mais do que 7 quilos.  
 Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ( ) Sim ( ) Não
20. (0) Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.  
 (1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. bdi21 \_\_\_  
 (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. totbdi \_\_\_  
 (2) Estou muito menos interessado por sexo agora.  
 (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

NÃO PREENCHA NESTE LOCAL ⇒ Total = \_\_ \_\_

## ANEXO B - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

### C. RISCO DE SUICÍDIO

#### Durante o último mês:

C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto NÃO  
SIM

C2 Quis fazer mal a si mesmo (a) ? NÃO  
SIM

C3 Pensou em suicidar-se ? NÃO  
SIM

C4 Pensou numa maneira de se suicidar ? NÃO  
SIM

C5 Tentou o suicídio ? NÃO  
SIM

#### Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

**C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE**

**C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO**

**C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO**

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO	
ATUAL <input type="checkbox"/>	
LEVE MODERADO <input type="checkbox"/>	
ELEVADO <input type="checkbox"/>	

## **ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido**

### **UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTAÇÃO, PUERPÉRIO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.**

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar tem como objetivo medir os sintomas depressivos, ansiosos e fatores que possam estar associados aos mesmos em gestantes e puérperas, ainda se propõe a avaliar os níveis de bem-estar; auto-estima e qualidade de vida.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por nossas pesquisadoras. A senhora será procurada por nossa equipe, novamente, entre 30 a 90 dias após o parto e quando seu bebê estiver com 12 meses de idade; sendo que nesta ocasião o desenvolvimento da criança também será avaliado.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade e a de sua família.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco significativo ao seu estado de saúde, nem do seu bebê, mas permitirá a identificação de sinais para alguns problemas de ordem psicológica. Se os instrumentos aplicados detectarem sintomas depressivos e ansiosos elevados, você será encaminhada para atendimento psiquiátrico no Ambulatório do Campus II da Saúde da UCPel. Caso seja identificado algum atraso no desenvolvimento do seu filho, aos 12 meses, ele será encaminhado para atendimento na Clínica Psicológica da UCPel. Em caso de constatação de abuso ou dependência de bebidas alcoólicas ou outras substâncias, será encaminhada para atendimento no devido local da rede pública de saúde.

Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os psicólogos coordenadores do projeto, através dos números (053)8118-2197 ou (053) 8113-2049, ou no Mestrado em Saúde e Comportamento (2128-8404).

Declaração da Cliente:

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

Declaração de Responsabilidade do Investigador:

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.

Investigador responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fase do estudo: \_\_\_\_\_

## ANEXO D – Encaminhamentos

### ESTUDO SOBRE SAÚDE E COMPORTAMENTO DE MULHERES NO PERÍODO PRÉ E PÓS-PARTO.

#### ENCAMINHAMENTO AO PSQUIATRA

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro ter recebido informações sobre o meu risco de vida, e por isso fui encaminhada para atendimento psiquiátrico no Campus II da Saúde (antigo hospital 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 da pesquisadora

### ESTUDO SOBRE SAÚDE E COMPORTAMENTO DE MULHERES NO PERÍODO PRÉ E PÓS-PARTO.

#### ENCAMINHAMENTO

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro ter recebido informações sobre um indicativo de atraso no desenvolvimento do  
(a) \_\_\_\_\_, e por este motivo fui encaminhada para avaliação na Clínica Psicológica da UCPel, localizada na rua Almirante Barroso, nº 1202.

**Horários de atendimento:** Segunda a sexta-feira das 8:30 às 11:30 e das 13:30 às 18 horas.

---

Assinatura da mãe ou responsável

---

Assinatura da pesquisadora

**Prevalência de Risco de Suicídio e comorbidades no período pós-parto em  
mulheres da cidade de Pelotas**

Prevalence of risk of suicide and comorbidities in women in the post-partum period in  
Pelotas

**Autora:**

Daniele Campelo Tavares

**Instituição:**

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Universidade Católica de Pelotas

**Correspondente:**

Daniele Campelo Tavares

Endereço: Rua Almirante Barroso, 1202, sala 109G. Centro. Pelotas-RS, Brasil.

Email: [daniele\\_tavares@yahoo.com.br](mailto:daniele_tavares@yahoo.com.br)

Telefone: 55 53 81185520.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de risco de suicídio e comorbidades em mulheres no período pós-parto.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal com mulheres no período pós-parto. A amostra foi constituída por mulheres que realizaram o pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Pelotas-RS. O risco de suicídio e outros transtornos mentais foram avaliados através do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

**Resultados:** A amostra foi constituída por 919 mulheres no período pós-parto. A prevalência de risco de suicídio foi de 11.5%. O risco de suicídio foi 3.6 (IC 1.97; 6.58) vezes maior entre mulheres que tiveram baixo nível educacional e 1.91 (IC 1.31; 2.80) vezes maior entre as que não viviam com companheiro. Mães que tiveram depressão isolada foram 13.29 vezes mais prováveis de apresentar risco de suicídio e mulheres que tiveram episódio misto tiveram 14.84 vezes maior prevalência de risco de suicídio quando comparadas às com nenhum transtorno.

**Conclusão:** Baixo nível educacional, não viver com o companheiro e transtorno psiquiátrico foram associados ao risco de suicídio. A depressão foi o transtorno mental que teve maior impacto no risco de suicídio.

**Palavras chaves:** Risco de suicídio; pós-parto; prevalência.



**ABSTRACT**

**Aim:** To evaluate the prevalence of risk of suicide and comorbidities in women in the post-partum period.

**Methods:** This is a cross- section study with women in the postpartum period. The participants of this study were mothers that had prenatal care on Brazilian National System of Public Health at Pelotas city, state of Rio Grande do Sul, Brazil. The suicidal risks and other mental illness were evaluated through the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

**Results:** The sample consisted of 919 women in the postpartum period. The prevalence of risk of suicide was 11.5%. The risk of suicide was 3.6 (CI 1.97, 6.58) times higher among women who had low educational level and 1.91 (CI 1.31, 2.80) times higher among those not living with partner. Mothers who had depression only were 13.29 times more likely to have risk of suicide and women who suffered from mixed episode had a 14.84 times higher prevalence of presenting the outcome compared to those who had no disorder.

**Conclusion:** Lower education, not living with partner, and psychiatric disorder, were associated with risk of suicide. Depression was the mental disorder that had the highest impact on the risk of suicide.

**Keywords:** Risk of suicide; postpartum; prevalence.

## INTRODUÇÃO

O suicídio está entre as 10 principais causas de mortes em todos os países que possuem informações fidedignas sobre a mortalidade<sup>1</sup>.

O Brasil, quando comparado com outros países, apresenta uma taxa de mortalidade por suicídio considerada baixa. No ano de 2005, encontrou-se uma taxa de 5,6 mortes por 100.000 habitantes, ocupando a 67<sup>a</sup> posição em uma classificação mundial<sup>2</sup>. O Rio Grande do Sul é o estado brasileiro que apresenta a maior incidência de suicídio, apresentando uma média de 10,2 mortes por suicídio para cada 100.000 pessoas<sup>3</sup>. Esta informação é preocupante, pois os dados quase se equivalem aos países que apresentam as maiores médias de suicídios para 100.000 habitantes, dentre eles está a França, China, Suíça, Bélgica, Áustria, Estados Unidos e no leste europeu<sup>4</sup>. Esse fato tem estimulado pesquisadores de vários campos do conhecimento, destacando-se as ciências sociais e da saúde, que apontaram a etnia, a cultura, as crises sociais e inclusive aspectos climáticos da região, como possíveis fatores ligados ao problema<sup>3,5</sup>.

O risco de suicídio é determinado através da intensidade da ideação suicida. Esta é caracterizada por perda da vontade de viver, desejo de estar morto ou acabar com a própria vida e autodestruição. Através da intensidade da ideação, o risco de suicídio pode variar de baixo a alto<sup>6</sup>.

Uma das causas mais comuns para o suicídio é o transtorno mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 60% das pessoas que cometeram suicídio no ano de 2000 estavam deprimidas, sendo que todos os tipos de perturbações do humor estão associados ao comportamento suicida<sup>1</sup>. A grande maioria dos suicidas

apresenta pelo menos um transtorno psiquiátrico e, de 20 a 30%, fizeram uma tentativa de suicídio anterior<sup>7</sup>.

Diversos estudos demonstram que existe uma associação entre o início do transtorno mental e experiência de eventos estressantes da vida. Mudanças importantes, como o nascimento de um filho, podem gerar resposta de estresse nos indivíduos a elas expostos, como a Depressão Pós-Parto (DPP)<sup>8</sup>.

A manifestação da DPP acontece, na maioria dos casos, depois de quatro semanas após o parto, alcançando sua maior intensidade nos seis primeiros meses de vida do bebê. Como sintomas deste transtorno, encontramos desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental, presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas, temor de machucar o filho e idéias suicidas<sup>9</sup>. A prevalência da DPP está entre 10 e 20% de acordo com a maioria dos estudos<sup>9,10,11,12</sup>. Em um estudo realizado na cidade de Pelotas-RS, a prevalência encontrada foi de 19.1%<sup>13</sup>. Mulheres com DPP são consideradas de risco para o suicídio<sup>14</sup>.

O suicídio acomete até 28% de todas as mortes de mulheres no primeiro ano após o nascimento de um filho e é considerado uma das três maiores causas de mortalidade materna<sup>15,16,17,18</sup>. O risco de suicídio no período pós-parto varia de 5 a 14%, de acordo com estudo de revisão. Esta variação se deve pela diversidade de instrumentos utilizados para avaliar o risco de suicídio e pela diferença cultural das amostras estudadas<sup>14</sup>.

Este estudo se propõe, através de uma investigação transversal, verificar a prevalência de risco de suicídio e comorbidades em mulheres no período pós-parto.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte constituída por 919 puérperas que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, da cidade de Pelotas/ RS, e tiveram os seus bebês entre Julho/07 a Março/08. A avaliação ocorreu em dois momentos, primeiramente na gestação e depois no puerpério.

Para detecção da amostra foram realizadas buscas no cadastro de gestantes no Programa SIS Pré-natal da Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas, e em mais duas Unidades de Saúde que não estão credenciados ao programa. O único critério de exclusão foi não residir na zona urbana da cidade de Pelotas.

O risco de suicídio e outros transtornos mentais foram avaliados através do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)<sup>19</sup>. O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-IV, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. O MINI compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social.

Entre 30 a 90 dias após o parto, foram realizadas visitas domiciliares para preenchimento do instrumento com as mães, e estas responderam a um questionário aplicado por um entrevistador, composto por questões relacionadas à situação sócio-econômica, escolaridade, saúde, história familiar e dados sobre o parto.

Foi utilizada a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)<sup>20</sup> para avaliar o nível socioeconômico das famílias. Essa classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E). Neste estudo, a ABEP foi

dividida em três grupos (A e B, C, D e E). Sendo a classe A o nível mais alto e a C, o mais baixo.

Os questionários foram codificados e digitados concomitantemente por outra equipe. Realizou-se dupla digitação dos dados no programa EpiInfo 6.04d<sup>21</sup>, e a análise dos dados foi realizada no pacote estatístico SPSS 10.0 e Stata 9<sup>22</sup>.

As características das mulheres entrevistadas foram identificadas através de análise univariada. A análise bruta foi realizada com o teste do qui-quadrado para a comparação entre proporções e aquelas variáveis como p-valor < 0,20 foram incluídas em uma análise ajustada. Para a análise ajustada, as variáveis foram divididas em dois níveis hierárquicos a partir de um modelo teórico. O primeiro foi constituído pelas variáveis sócio-demográficas, enquanto o segundo foi composto por variáveis reprodutivas e comportamentais. A análise ajustada realizada para controlar os possíveis fatores de confusão, foi realizada através da regressão de Poisson.

## RESULTADOS

De acordo com a tabela 1, a amostra se caracterizou por mulheres entre 20 e 34 anos (69,9%), com ensino fundamental incompleto (43,5%), pertencentes à classificação socioeconômica C, segundo a ABEP (54,5%) e que viviam com o companheiro (74,1%).

Do total de 919 puérperas entrevistadas, 9% pensaram em abortar, 11,5% não receberam suporte social, 55,3% apresentaram pelo menos um evento estressor durante a gravidez, 6,8% consumiram álcool, 23,3% fumavam. Nessa população, a presença de algum transtorno de ansiedade e transtorno de humor foi 17,8% e 20,7% , respectivamente. A prevalência de risco de suicídio foi 11,5%.

Na análise bivariada, as variáveis escolaridade, viver com o companheiro, pensou em abortar, suporte social, eventos estressores, fumar, transtorno de ansiedade e transtorno de humor foram associadas ao desfecho. Entretanto, na análise multivariada, apenas as variáveis escolaridade ( $p < 0,001$ ), viver com o companheiro ( $p = 0,001$ ) e transtorno de humor ( $p = < 0,001$ ) mantiveram-se estatisticamente significativas.

A probabilidade de apresentar risco de suicídio foi 3,6 (IC 1,97; 6,58) vezes maior entre as mulheres que não tinham completado o ensino fundamental do que as que tinham ensino médio completo ou superior e 1,91 (IC 1,31; 2,80) vezes maior entre as que não viviam com companheiro em relação às que tinham união estável, enquanto a prevalência de risco de suicídio nas mulheres que apresentaram algum transtorno de humor (depressão e/ou episódio de mania/ hipomania) foi 6,34 (IC 3,00; 13,4) vezes maior em relação as que não apresentaram o mesmo transtorno.

De acordo com a tabela 2, do total da amostra estudada, 13,8% apresentaram Depressão, 6,8% Episódio Maníaco Atual e 5,5% Episódio Hipomaníaco Atual, dentro dos transtornos de humor. Entretanto, nos Transtornos de Ansiedade, 3,4% apresentaram Transtorno de Pânico, 4,9% Fobia Social, 3,6% Transtorno de Ansiedade Generalizada, 5,2% Transtorno Obsessivo Compulsivo e 3,6% Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Todos os transtornos avaliados foram significativos estatisticamente quando analisados com o desfecho. Dentre os Transtornos de Humor no pós-parto, a depressão foi o que mostrou maior probabilidade de apresentar risco de suicídio, com 7,83 vezes maior prevalência. Enquanto nos Transtornos de Ansiedade, as mães que tinham Transtorno de Estresse Pós-Traumático, evidenciaram 5,49 vezes maior prevalência de apresentar o desfecho.

De acordo com a Tabela 3, mães que tiveram depressão isolada tiveram 13,29 vezes maior probabilidade de desencadear risco de suicídio, quando comparadas às que não tiveram transtorno no pós-parto. Da mesma forma, mulheres que sofriam de Episódio misto (depressão e hipomania/mania) tiveram uma prevalência 14,84 vezes maior de apresentar o desfecho, quando comparadas as que não tiveram nenhum transtorno.

## DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou uma prevalência de 11,5% de risco de suicídio em mulheres no período pós-parto. Os principais fatores associados foram baixa escolaridade, não viver com o companheiro e apresentar algum transtorno psiquiátrico, entre eles, neste estudo a depressão aparece como o fator de maior impacto sobre o risco de suicídio.

Um estudo realizado na cidade de Pelotas que utilizou apenas uma questão sobre suicídio do *Beck Depression Inventory* (BDI), encontrou uma prevalência de 11,1% de risco de suicídio<sup>23</sup>, o que foi de acordo este achado. Botega *et al*, encontraram uma prevalência de ideação suicida de 17,1%, ao longo da vida, na população brasileira em geral<sup>24</sup>.

Sabe-se que mais de 90% das pessoas que se suicidam apresentam um transtorno mental associado<sup>1</sup>. Pesquisas apontam que o transtorno de humor está relacionado ao desfecho suicida<sup>25</sup>. Um estudo brasileiro, realizado na cidade do Rio de Janeiro, encontrou uma prevalência de 71,9% de transtornos mentais em pacientes que tentaram suicídio<sup>26</sup>. A depressão é muitas vezes um fator de risco para a população em geral, uma vez que mais da metade de todas as pessoas que morrem por suicídio apresentam critérios para transtorno depressivo atual<sup>27</sup>. Estes resultados corroboram com os achados deste estudo.

Suporte e envolvimento paterno têm sido relacionados com a depressão materna<sup>28</sup>. Não viver com companheiro foi associado ao desfecho. Este resultado está de acordo com a literatura que aponta este indicativo como um fator de risco para o suicídio<sup>29,30,31</sup> apresentando uma prevalência de até 18,9% em pessoas que vivem sozinhas<sup>24</sup>. Porém, estes achados referem-se à população em geral, incluindo ambos



os gêneros e não temos o conhecimento se havia, dentre a amostra, mulheres puérperas, pois no período pós-parto a mãe, por estar numa nova fase que requer maiores cuidados, tanto para o bem estar desta, quanto para o do recém nascido, não estar com o pai da criança e ter de arcar com toda a responsabilidade sozinha, pode agravar o surgimento de algum transtorno mental.

A baixa escolaridade materna também foi associada ao desfecho, confirmando o achado do estudo de Lovisi *et al*, realizado no Brasil, que através do levantamento epidemiológico do suicídio no período de 1980 a 2006, encontrou maior freqüência de suicídio na população com baixa escolaridade, sendo 12% na região Sul<sup>30</sup> e em outro estudo de caso e controle, realizado na cidade de Campinas, verificou-se que, quanto maior o número de anos de escolaridade cursada, menor a chance para ideação suicida<sup>32</sup>.

A classificação socioeconômica não foi associada ao desfecho, uma vez que as pessoas que possuem baixa escolaridade são as mesmas pertencentes à classe C, segundo ABEP, sendo assim, a baixa escolaridade é um marcador de pobreza na cidade de Pelotas<sup>33</sup>.

Apesar de a literatura relatar associação entre tentativa de suicídio e abuso de álcool<sup>26</sup>, o presente estudo não encontrou a mesma relação. Esta diferença pode ser explicada porque a prevalência de abuso de álcool é menor no gênero feminino<sup>34</sup>, e principalmente porque no período estudado (pós-parto), a mulher está amamentando e assim não utiliza bebidas alcoólicas, porém, se esta mãe estiver utilizando álcool, por não ser socialmente aceito o uso neste período, esta pode não responder verdadeiramente ao instrumento, dificultando uma melhor avaliação deste resultado.

As perdas neste estudo totalizaram 12%, ocorrendo em sua grande maioria, pela troca de endereço e telefone. Uma limitação desse estudo foi não atingir as mulheres

que não foram às unidades básicas de saúde realizar o pré-natal, ficando de fora tanto aquelas que fizeram pré-natal através de planos de saúde ou de forma particular, quanto aquelas que por transtornos mentais graves ou situações sociais não realizam o acompanhamento pré-natal. Por outro lado, esta amostra abrangeu todas as unidades de saúde da cidade de Pelotas e este é um ponto forte do estudo, além disso, o instrumento de avaliação utilizado foi uma entrevista clínica padronizada, o que aumenta a precisão dos resultados.

Estes achados indicam que o risco de suicídio é presente em mulheres no período pós-parto e deve receber uma atenção especial. Nesta fase, os familiares, companheiros, médicos e demais profissionais da área da saúde, devem prestar uma maior atenção nessas mulheres verificando se há uma mudança negativa, pois a detecção precoce pode ajudar na saúde psíquica dessa mãe e fazer com que o período pós-parto seja harmonioso, podendo assim obter a realização de um bom vínculo com o bebê e evitar sofrimentos psíquicos.

No Brasil, há diversas campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde divulgando a importância da realização do pré-natal durante a gestação para o benefício da saúde do bebê e da mãe, contudo, não há um acompanhamento de saúde mental. Estas são assistidas quanto à saúde física, mas em relação à saúde psíquica não há um planejamento para a realização no período gestacional, uma vez que neste momento as mulheres freqüentam a Unidade de Saúde com maior regularidade oportunizando aos profissionais uma maior aproximação com este público e sendo assim uma possível investigação quanto à saúde mental das mulheres.

A redução da perda de vidas devida a suicídios tornou-se um objetivo internacional essencial em saúde mental<sup>1</sup>. A OMS elaborou um manual para a prevenção do suicídio direcionado aos profissionais da saúde, que visa à detecção

precoce do risco de suicídio e comorbidades<sup>35</sup>. Se alguns transtornos são identificados como fatores de risco para o suicídio, então é provável que o tratamento destes possa reduzir o risco de suicídio. Deste modo, diagnóstico e tratamento da depressão desempenham um papel fundamental na prevenção do suicídio.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006.
2. Rede de Informação Tecnológica Latino Americana - RITLA. *Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros 2008*. Brasília, DF: Instituto Sangari, Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça; 2008
3. Meneghela S, Victora C, Faria N, Carvalho L, Falk J. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38(6); 804-810.
4. Viana G, Zenkner F, Sakae T, Escobar B. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 2008; 57(1):38-43.
5. Baptista MN. Suicídio e depressão - atualizações. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2004.
6. Kapczinski F, Quevedo J, Schitt R, Chachamovich E. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2001
7. Balázs J, Benazzi F., Rihmer Z., Rihmer A., Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *Journal Affective Disorder* 2006; 91:133–138.

8. Kessing LV, Agerbo E, Mortensen PB, Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania. *Bipolar Disorders* 2004; 6: 122–129.
9. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95(5):428-32.
10. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves G, Olea E, Perucca Páez E et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de um modelo causal. *Rev Chiena del Neuro-Psiquiatria* 2000;38(2):84-93.
11. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Brazilian Journal of Medical Biological Research*. 1998;31(6):799-804.
12. Sierra Manzano JM, Carro García C, Ladron Moreno E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto: Edinburgh postnatal depression scale. *Aten Primaria* 2002;30(2):103-11.
13. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (1):65-70.

14. Lindahl V, Pearson J, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives Womens Health* 2005; 8: 77-87.
15. Appleby L, Mortensen B. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science* 1998; 173(9):209-211.
16. Schiff M. A, Grossman D. C. Adverse Perinatal Outcomes and Risk for Postpartum Suicide Attempt in Washington State, 1987–2001. *Official journal of the American Academy of Pediatrics*. 2006; 118: 669-675.
17. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin*. 2003; 67: 219–229.
18. Henshaw C (2007) Maternal suicide. In: Cockburn J, Pawson M (eds) *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology: the clinical management*. Springer, New York, pp 157-164.
19. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(3):106-115.

20. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Acessado em maio de 2008, através do site: <http://www.ibge.gov.br>.
21. Dean AG, Dean JÁ, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TG. Epi-Info version 6.04d; A word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of disease control and prevention. Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994.
22. STATA: Data Analysis and Statistical Software. Version 9.0. StataCorp LP, 1996–2009. Acesso através do site: <http://www.stata.com>.
23. Pinheiro R. T, Silva R. A, Magalhães P. V, Horta B. L, Tavares Pinheiro K. A. Two studies on suicidality in the postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008: 1–4.
24. Botega N, Barros M, Oliveira H, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(1):45-53.
25. Ferreira M, Colombo E, Guimarães P, Soeiro R, Galdalarrondo, Botega N. Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007;29(1); 51-53.

26. Santos S, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergências no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; 25(9); 2064-2074.
27. Hawton K, Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009; 373; 1372-1381.
28. Smith L, Howard K. Continuity of Paternal Social Support and Depressive Symptoms Among New Mothers. *Journal of Family Psychology*. 2008; 5 (22):763–773.
29. Comtois KA, Schiff MA, Grossman DC. Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992 to 2001. *American Journal of Obstetrics*. 2008; 11-15.
30. Lovisi G, Santos S, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009;31(2):S86-93.
31. Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry* 1995;167:747-53.
32. Silva V, Oliveira H, Botega N, Marín-León L, Barros M, Dalgalarrongo. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Caderno de Saúde Pública*. 2006; 22(9); 1835-1843.



33. Chatkin M, Menezes A, Albernaz E, Victora C, Barros F. Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2000; 34(5); 491-498.
34. Stack S. Suicide: a 15 year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threatening Behavior*. 2000; 30(2): 145-162.
35. Ministério da Saúde – Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Estadual de Campinas. *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasil 2006.

**Tabela 1:** Distribuição, razão de prevalência (RP) e teste de associação (valor p) entre características sócio-demográficas da amostra e risco de suicídio

Variáveis	Respostas N (%)	Prev. de suicídio	RP (IC 95%)	P-valor	RP (IC 95%)	P-valor
<b>Primeiro nível hierárquico</b>						
<b>Idade*</b>						
De 13 a 19 anos	181 (20,0)	13,8	1,79 (0,81; 3,99)	0,128	1,65 (0,72; 3,82)	0,372
De 20 a 34 anos	633 (69,9)	11,4	1,48 (0,70; 3,11)		1,78 (0,83; 3,82)	
De 35 a 45 anos	91 (10,1)	7,7	1,00		1,00	
<b>Escolaridade (ensino)*</b>						
Fundamental incompleto	386 (43,5)	17,1	4,00 (2,20; 7,26)	0,000	3,60 (1,97; 6,58)	0,000
Fundamental completo ou Médio incompleto	221 (24,9)	10,0	2,33 (1,18; 4,61)		2,29 (1,15; 4,56)	
Médio completo ou superior	281 (31,6)	4,3	1,00		1,00	
<b>Classificação Socioeconômica*</b>						
A + B	98 (10,9)	9,2	1,00	0,276		
C	492 (54,5)	11,0	1,19 (0,61; 2,34)			
D + E	312 (34,6)	52,4	1,40 (0,70; 2,77)			
<b>Vive com companheiro</b>						
Não	235 (25,9)	18,7	2,10 (1,47; 3,01)	0,000	1,91 (1,31; 2,80)	0,001
Sim	674 (74,1)	8,9	1,00		1,00	
<b>Segundo nível hierárquico</b>						
<b>Pensou em abortar</b>						
Não	828 (91,0)	9,1	1,00	0,000	1,00	0,253
Sim	82 (9,0)	27,9	3,90 (2,71; 5,62)		1,33 (0,81; 2,18)	
<b>Suporte social</b>						
Não	101 (11,5)	17,8	1,71 (1,07; 2,72)	0,025	1,20 (0,69; 2,08)	0,524
Sim (familiares e amigos)	776 (88,5)	10,4	1,00		1,00	
<b>Eventos estressores durante a gravidez*</b>						
Nenhum	393 (44,7)	6,1	1,00	0,000	1,00	0,055
Um evento estressor	250 (28,4)	9,2	1,51 (0,87; 2,61)		1,42 (0,77; 2,63)	
Dois ou mais eventos	236 (26,8)	21,2	3,47 (2,19; 5,49)		1,70 (0,99; 2,94)	
<b>Consumo de álcool</b>						
Não	699 (93,2)	11,0	1,00	0,142	1,00	0,581
Sim	51 (6,8)	17,6	1,60 (0,85; 3,00)		1,21 (0,61; 2,41)	
<b>Fuma atualmente*</b>						
Nunca fumo	481 (53,9)	8,7	1,00	0,001	1,00	0,517
Não, fumou no passado	203 (22,8)	11,3	1,30 (0,80; 2,10)		1,25 (0,74; 2,10)	
Sim	208 (23,3)	18,3	2,09 (1,39; 3,14)		1,15 (0,70; 1,90)	
<b>Algum transtorno de ansiedade</b>						
Não	747 (82,2)	6,7	1,00	0,000	1,00	0,191
Sim	162 (17,8)	33,3	4,98 (3,53; 7,03)		1,43 (0,83; 2,45)	
<b>Algum transtorno de humor</b>						
Não	727 (79,3)	4,3	1,00	0,000	1,00	0,000
Sim	190 (20,7)	38,9	9,13 (6,20; 13,46)		6,34 (3,00; 13,4)	
<b>TOTAL</b>	<b>919 (100)</b>	<b>11,5%</b>				

Tabela 2: Transtornos psiquiátricos e risco de suicídio

Variáveis	Respostas N (%)	Prev. de suicídio	RP (IC 95%)	P-valor
<b>Transtornos de Humor</b>				
<b>Depressão</b>				
Não	792 (86,2%)	5,9%	1,00	0,000
Sim	127 (13,8%)	46,5%	7,83 (5,60;10,94)	
<b>Episódio Maníaco</b>				
Não	855(93,2%)	8,7%	1,00	0,000
Sim	62 (6,8%)	50,0%	5,78 (4,15;8,04)	
<b>Episódio Hipomaniaco</b>				
Não	867(94,5%)	10,4%	1,00	0,000
Sim	50(5,5%)	30,0%	2,89 (1,81;4,61)	
<b>Transtornos de Ansiedade</b>				
<b>Transtorno de Pânico</b>				
Não	880 (96,6%)	10,1%	1,00	0,000
Sim	31 (3,4%)	54,8%	5,42 (3,73;7,89)	
<b>Fobia Social</b>				
Não	837 (95,1%)	9,7%	1,00	0,000
Sim	45 (4,9%)	44,4%	4,56 (3,11;6,70)	
<b>TAG*</b>				
Não	806 (87,7%)	8,2%	1,00	0,000
Sim	113 (3,6%)	35,4%	4,32 (3,08;6,07)	
<b>TOC*</b>				
Não	871 (94,8%)	10,0%	1,00	0,000
Sim	48 (5,2%)	39,6%	3,96 (2,65;5,93)	
<b>TEPT*</b>				
Não	886 (96,4%)	9,9%	1,00	0,000
Sim	33 (3,6%)	54,5%	5,49 (3,80;7,94)	

\* TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada; TOC = Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TEPT = Transtorno de Estresse Pós-Traumático

**Tabela 3: Transtornos psiquiátricos agrupados**

Variáveis	Respostas N (%)	Prev. de Suicídio	RP (IC 95%)	P valor
<i>Ansiedade e depressão</i>				0,000
Nenhum transtorno	727 (77,2%)	3,8%	1,00	
Depressão	45 (5,0%)	51,3%	13,29 (8,33; 21,21)	
Ansiedade	81 (8,9%)	23,5%	6,10 (3,55; 10,47)	
Ansiedade e depressão	81 (8,9%)	43,2%	11,23 (7,19; 17,55)	
<i>Episódio de mania ou hipomania e depressão</i>				0,000
Nenhum transtorno	727 (79,3%)	4,3%	1,00	
Depressão	78 (8,5%)	35,9%	8,42 (5,34; 13,26)	
Episódio de mania ou hipomania	63 (6,9%)	23,8%	5,58 (3,19; 9,78)	
Episódio misto	49 (5,3%)	63,3%	14,84 (9,89; 22,25)	