

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

RAQUEL PEREIRA JANELLI DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM MULHERES JOVENS QUE FORAM
MÃES NA ADOLESCÊNCIA NA CIDADE DE PELOTAS/RS**

Pelotas

2014

RAQUEL PEREIRA JANELLI DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM MULHERES JOVENS QUE FORAM
MÃES NA ADOLESCÊNCIA NA CIDADE DE PELOTAS/RS**

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

Orientador: Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho

Pelotas, Brasil

2014

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM MULHERES JOVENS QUE FORAM
MÃES NA ADOLESCÊNCIA NA CIDADE DE PELOTAS/RS**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof(a). Dr(a). Mariane Ricardo Acosta Lopez Molina

Prof(a). Dr(a). Janaína Vieira dos Santos Motta

Orientador – Prof(a). Dr(a). Fábio Monteiro da Cunha Coelho

Dedicatória

Para

Minha mãe guerreira, Nara, por ser meu alicerce e apoiadora incondicional ;
meu pai, Luís Henrique, por ser meu herói e meu eterno exemplo profissional ;
meu irmão, Leandro, pela companhia e proteção por toda essa vida;
meus sobrinhos, Lívia e Joaquim, anjos que me trouxeram imensa alegria.

Agradecimento

Ao meu orientador Fábio Monteiro da Cunha Coelho, pelo conhecimento, paciência e dedicação.

À minha colega de mestrado, já mestra e doutoranda Mariana Bonati pela parceria, estímulo, ajuda e pelo tempo dedicado a mim.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas por me proporcionar ferramentas para completar esta etapa.

Às jovens mães que aceitaram a participar desta pesquisa, contribuindo assim ao seu modo na busca de um mundo melhor.

You're too old to lose it, too young to choose it

David Bowie

RESUMO

Objetivo e métodos: objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência do tabagismo e o grau de dependência nicotínica em uma população de jovens mães, relacionando com fatores sociodemográficos e psiquiátricos em um estudo transversal, numa amostra de 516 jovens mães de 15 a 23 anos da cidade de Pelotas. Foram realizadas análise bivariada e multivariada na amostra total e no subgrupo de jovens tabagistas. **Resultados:** A prevalência de tabagismo foi de 27,9% (n=144), sendo que 34,8% (n=48) destas apresentaram dependência nicotínica moderada/alta. A chance de fumar foi de 2,56 (IC95%: 1,22 - 5,40) para renda de até 1 salário mínimo, de 2,49 (IC95%: 1,14 - 5,45) para quem cursava primário completo/ginásial incompleto, 2,12 (IC95%: 1,27 - 3,55) para aquelas que trabalhavam e de 32,27 (IC95%: 13,57 - 76,74) para as que apresentavam outras pessoas fumantes na casa. Jovens analfabetas ou com primário incompleto apresentaram chance de 11,75 (IC95%: 1,50 - 91,80) para dependência moderada/alta. Apesar de dependência moderada/alta apresentar na análise bivariada diferença significativa com o Transtorno depressivo maior (p=0,05) e risco de suicídio (p=0,003), na análise ajustada não mantiveram significância (p=0,4 e p=0,06). **Conclusão:** O tabagismo e os transtornos psiquiátricos apresentaram prevalências elevadas em jovens com estado de fragilidade psicossocial .

Palavras-chave: Tabagismo /epidemiologia; Tabagismo/prevenção & controle; Estudos transversais.

ABSTRACT

Objective and methods: This work aimed to identify the prevalence of smoking and the degree of nicotine dependence in a population of young mothers, relating to sociodemographic and psychiatric factors in a cross-sectional study, a sample of 516 young mothers 15-23 years of the city Pelotas. Were performed bivariate and multivariate analysis the total sample and in the subgroup of smokers young. **Results:** The prevalence of smoking was 27.9% (n = 144), and 34.8% (n = 48) of these had moderate nicotine dependence / high. The chance of smoking was 2.56 (95% CI: 1.22 to 5.40) for income up to 1 minimum wage was 2.49 (95% CI: 1.14 to 5.45) for those who complete primary attending / completed grades, 2.12 (95% CI: 1.27 to 3.55) for those who worked and 32.27 (95% CI 13.57 to 76.74) for presenting other people smoking in the house. Young illiterate or with incomplete primary had chance to 11.75 (95% CI: 1.50 to 91.80) for moderate / high dependency. Although moderate / high dependence present in the bivariate analysis significant difference with major depressive disorder (p= 0.05) and suicide risk (p = 0.003), in the adjusted analysis not maintained significance (p = 0.4 and p = 0, 06). **Conclusion:** Cigarette smoking and psychiatric disorders showed a high prevalence in young people with psychosocial state fragility.

Keywords: Smoking / epidemiology; Smoking / prevention & control; Cross-sectional studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Quadro 1 -Descrição das variáveis.....	29
Figura 1 -Modelo de análise estatística 1.....	31
Figura 2 -Modelo de análise estatística 2.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas, comportamentais, psicossociais e prevalência de tabagismo em jovens mães.....	56
Tabela 2 -Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas, comportamentais, psicossociais e dependência em nicotina em jovens mães tabagistas.....	58
Tabela 3 -Análise multivariada do tabagismo em uma população de jovens mães na cidade de Pelotas.....	60
Tabela 4 - Análise multivariada da dependência nicotínica moderada a alta em uma população de jovens mães tabagistas.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
PROJETO.....	16
1 IDENTIFICAÇÃO.....	17
1.1 Título	17
1.2 Mestranda.....	17
1.3 Orientador	17
1.4 Instituição	17
1.5 Curso	17
1.6 Linha de pesquisa	17
1.7 Data	17
2 INTRODUÇÃO	18
3 OBJETIVOS	20
4 HIPÓTESES	21
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
6 MÉTODO	26
6.1 Delineamento	26
6.2 Participantes	26
6.3 Procedimentos e instrumentos.....	27
6.4 Análise dos dados.....	32
6.5 Aspectos éticos	33
6.6 Cronograma	34
6.7 Orçamento	34
7 REFERÊNCIAS	35

8.ARTIGO	38
8.1 Título.....	39
8.2 Autores.....	39
8.3. Instituição.....	39
8.4. Revista para Submissão.....	39
8.5 Artigo.....	39
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO.....	63
ANEXOS	66
Anexo A: artigos incluídos na revisão de literatura.....	67
Anexo B: Termo de Consentimento Informado do Bebê.....	76
Anexo C: Termo de Consentimento Informado da Mãe.....	78
Anexo D: Questionário do Bebê, da Mãe e do Pai.....	80

APRESENTAÇÃO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo mundo. Mesmo com todos conhecimentos adquiridos nas últimas décadas sobre os malefícios do tabagismo, nota-se preocupação maior entre as mulheres, pois observa-se evidências de aumento de consumo de tabaco nesta população, bem como menores taxas de redução em países onde há queda da prevalência do fumo. O tabagismo nas mulheres apresenta características específicas. Além da influência de aspectos sociodemográficos, parece existir influência de fatores culturais e psiquiátricos envolvidos no ato de fumar, principalmente na adolescência, fase em que a personalidade ainda encontra-se em formação e onde ocorre maior prevalência de experimentação do cigarro. Estudar o comportamento tabágico em jovens que foram mães na adolescência é de extrema importância, porque possibilita a identificação de fatores associados ainda relativamente pouco estudados nesta população para que tais informações sirvam de subsídio para o planejamento de intervenções preventivas.

O presente trabalho foi elaborado como um requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde e Comportamento na Universidade Católica de Pelotas. Ele fez parte de um estudo mais amplo, que teve como objetivo investigar intervenções preventivas para depressão pós-parto em gestantes adolescentes na cidade de Pelotas, Rs.

O material apresentado está disposto em três partes: o projeto de pesquisa intitulado **Prevalência de tabagismo em mulheres jovens que foram mães na adolescência na cidade de Pelotas/RS**; artigo, resultante das atividades desenvolvidas com o projeto; e por fim as considerações finais.

Na primeira parte, o projeto é apresentado. Inicialmente feita a delimitação do problema em estudo, sendo estabelecidos os objetivos e as hipóteses a serem testadas. A

seguir é apresentada uma revisão da literatura disponível sobre o tema. Para facilitar a organização das informações, a mesma foi dividida em 2 seções: a primeira tratando Prevalência do tabagismo na mulher e as características peculiares do tabagismo na mulher, e a segunda sobre a relação do tabagismo e dependência nicotínica com transtornos psiquiátricos. Adicionalmente, é feita uma descrição da metodologia empregada, com detalhes sobre os procedimentos utilizados na execução do projeto. Ao final do projeto constam os anexos. Trata-se dos questionários, quadros de revisão de literatura e termo de consentimento informado que foram utilizados.

Na segunda parte, o artigo confeccionado a partir dos resultados obtidos com a execução do projeto é apresentado. Intitulado como **Prevalência de tabagismo em mulheres jovens que foram mães na adolescência na cidade de Pelotas/RS**”, será submetido para avaliação no *Jornal Brasileiro de Pneumologia*.

A terceira parte apresenta os comentários finais, com uma breve retomada do tema abordado e uma síntese dos principais resultados obtidos. As hipóteses formuladas no projeto serão retomadas, uma a uma, e discutidas de acordo com os resultados e relatados nos artigos dispostos na segunda parte.

PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Prevalência de tabagismo em mulheres jovens que foram mães na adolescência na cidade de pelotas/RS

1.2 Mestranda: Raquel Pereira Janelli da Silva

1.3 Orientador: Fábio Monteiro da Cunha Coelho

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Epidemiologia

1.7 Data: Dezembro de 2014

2. INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo mundo. O total de mortes devido ao uso de tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. (1, 2) Pesquisas comprovam que aproximadamente 12% da população feminina no mundo fuma. Enquanto que nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica para 24% .(1, 2). Além do mais, cerca de 76% das mulheres parecem experimentar o cigarros antes dos 19 anos de idade (1, 2, 8).

Devido a evidências de aumento de consumo de tabaco entre mulheres, bem como menores taxas de redução em países onde há queda da prevalência do fumo, a população feminina tem sido foco de atenção para OMS, com o desenvolvimento de estratégias para esse público alvo (1, 2, 8).

O tabagismo na mulher tem características específicas que diferem em relação às do homem tanto em aspectos psicossociais como epidemiológicos, parecendo depender de idade, escolaridade e renda (1, 2, 8).

Como já foi dito antes, em sua maioria, a mulher tem iniciação ao fumo na adolescência influenciada muitas vezes pela mãe, família e colegas. Na fase da adolescência, período em que a personalidade ainda se encontra em formação, tais influências podem ser mais importantes (8). Na mulher, acredita-se que o comportamento da dependência ao tabaco seja mais relacionado ao humor e ao afeto negativo do que os homens, cuja dependência aparentemente parece estar mais relacionado a resposta farmacológica ligada ao consumo de nicotina . Além disso, na mulher há uma maior prevalência de depressão do que nos homens.(1, 2, 8). Outros

transtornos psiquiátricos também parecem estar associados a maior prevalência de tabagismo, porém com associações menos consistentes (8, 9, 10, 11).

Ainda entre as mulheres tabagistas existe uma preocupação relacionada a gestação e maternidade devido os efeitos intrauterinos e posteriormente a possibilidade de exposição ambiental do tabaco em seus filhos. O fumo nessas situações é motivado muitas vezes por fantasias de diminuição das dores do parto e controle do ganho do peso(8). Neste contexto, jovens mães podem apresentar mais motivações para fumar devido a eventos estressores e a maior possibilidade estarem sujeitas a depressão e transtornos de ansiedade (8, 9, 10).

Portanto, estudar o comportamento tabágico em jovens que foram mães na adolescência é de extrema importância, porque possibilita a identificação de fatores associados ainda relativamente pouco estudados nesta população, como transtornos psiquiátricos e sua relação com dependência nicotínica, para que tais informações sirvam de subsídio para o planejamento de intervenções preventivas. Assim, o objetivo deste trabalho é identificar a prevalência do tabagismo e o grau de dependência nicotínica em uma população de jovens mães, relacionando com fatores sociodemográficos e psiquiátricos.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

O objetivo deste trabalho é identificar a prevalência do tabagismo e o grau de dependência nicotínica em uma população de jovens mães, relacionando com fatores sociodemográficos e psiquiátricos.

3.2 Específicos

- Identificar a prevalência de tabagismo entre jovens mães de 15 a 23 anos
- Investigar a relação entre tabagismo em jovens mães e variáveis sociodemográficas.
- Investigar a relação entre tabagismo em jovens mães e a presença de transtornos psiquiátricos, tais como depressão, ansiedade e risco de suicídio.
- Identificar o grau de severidade de dependência nicotínica entre as jovens mães tabagistas.
- Investigar a relação entre dependência nicotínica moderada/alta em jovens mães e variáveis sociodemográficas .
- Investigar a relação entre dependência nicotínica moderada/alta em jovens mães e transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e risco de suicídio).

4. HIPÓTESES

- **Hipótese 1:** A prevalência do tabagismo será de aproximadamente 30%.
- **Hipótese 2:** Tabagismo estará relacionado com baixo nível de escolaridade, baixa renda, possuir trabalho, não morar com o companheiro e ter outras pessoas fumantes no domicílio.
- **Hipótese 3:** Presença de transtornos psiquiátricos maternos (depressão, ansiedade e risco de suicídio) estará associado à maior prevalência de tabagismo.
- **Hipótese 4:** Haverá um predomínio de menor severidade de dependência nicotínica entre as jovens mães tabagistas.
- **Hipótese 5:** Dependência nicotínica moderada/alta estará relacionada ao baixo nível de escolaridade, baixa renda, trabalhar, o fato de não morar com o companheiro e outras pessoas fumantes no domicílio
- **Hipótese 6:** A dependência nicotínica moderada a alta estará relacionada a maior prevalência de transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e risco de suicídio).

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Estratégia de Busca

A revisão de literatura foi realizada, buscando artigos nos idiomas Português, Espanhol e Inglês, considerados relevantes ao assunto em diversas bases de dados Bireme, Pubmed e LILACS e Scielo. Foram utilizados fontes oficiais do Ministério da Saúde, observatório de tabagismo, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Organização Mundial de Saúde (OMS) .

Sempre que possível, foram colocados limites para selecionar trabalhos publicados no período de até 10 anos, estudos de prevalência, diagnóstico, revisão sistemática ou metanálise usando descritores em inglês e português tabagismo, tabagismo e prevalência, tabagismo e adolescentes, tabagismo e mulheres, tabagismo materno, tabagismo e transtornos psiquiátricos.

5.2. Corpo da Revisão

5.2.1 Tabagismo e a Mulher

A OMS tem focada a atenção ao combate ao fumo na população feminina desenvolvendo estratégias para esse público alvo. Isso se deve as evidências do aumento do consumo de tabaco nesse grupo populacional em muitos países e em países onde acontece a queda do consumo, é menos intenso entre as mulheres. Dados referentes a 151 países revelam que no geral 7% das meninas adolescentes fumam contra 12% dos meninos, porém em muitos países as prevalências são semelhantes.(1)

A prevalência do tabagismo depende da idade, escolaridade e renda. Cerca de 76% das mulheres experimentam cigarros antes dos 19 anos de idade, semelhante aos homens com 79%. A prevalência de tabagistas do sexo feminino em capitais

brasileiras em um estudo publicado em 2010 é de 12,4%.A prevalência do tabagismo tende a aumentar até 54 anos, após essa idade a prevalência de uso de tabaco cai (1, 2, 4, 8).

De acordo a mesma pesquisa a prevalência entre as idades de 18-24 foi de 13,2% e de entre as idades de 25-34 prevalência de 24,2%. Da mesma forma maior prevalência do fumo com 4 anos de estudo (22,8%) e na baixa renda foi de 23,4% (6).

Vários estudos relatam que a introdução ao fumo se dá na maioria devido amigos, familiares e fumo materno. Ainda demonstram que mulheres divorciadas fumam mais que aquelas que com união estável (1, 8).

A iniciação do tabagismo na adolescência pode ainda estar ligado ao fato de que o indivíduo, nesse período, está em formação da personalidade e muitas vezes, enfrenta problemas de autoestima, ansiedade, depressão e perda da autoconfiança. Experimenta o cigarro na expectativa de se tornar mais atraente sexualmente e mais social (8).

Adolescentes grávidas e com melhor nível socioeconômico apresentam maior taxa de cessação durante a gestação. Nas de baixa renda pode existir a fantasia de diminuição das dores no parto e controle de ganho de peso (8).

Quanta as características da dependência a nicotina, a mulher apresenta certas particularidades. A nicotina induz a redução do estresse e da ansiedade e permite ao fumante regular a excitação e o humor. Como a maioria dos estudos d e nicotina foram realizados em população masculinos, variações hormonais como menstruação e gestação, metabolização mais rápida da nicotina e apresentam mais depressão que os homens. podendo funcionar como vieses na população feminina(8-9).

Acredita-se que o comportamento da mulher fumante é relacionado ao humor e ao afeto negativo, enquanto os homens são mais condicionados pela resposta farmacológica, regulada pelo consumo de nicotina.

No Anexo A1 (pag. 67), encontramos os principais artigos incluídos na revisão de literatura relacionando tabagismo e a mulher.

5.2.2 Relação entre Transtornos Psiquiátricos e Tabagismo

A relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos vem sendo bastante estudadas. Em artigo de revisão sistemática o autor citou a relação conhecida entre tabagismo e depressão e esquizofrenia (9).

Segundo alguns estudos, os efeitos da nicotina podem auxiliar como uma espécie de automedicação para o alívio de sentimentos de tristeza ou humor negativo. Da mesma forma é possível, ainda, que a nicotina reduza sintomas esquizofrênicos negativos, como apatia, tédio e as emoções da síndrome de abstinência e que, ao mesmo tempo, melhore os processos de atenção e concentração (8, 9).

O mesmo estudo relata que a relação há evidências de associação entre tabagismo e ansiedade, porém relata que esta relação encontrou-se menos consistente que a depressão. A literatura afirma que a relação com ansiedade por sofrer difere com o quadro clínico ou diagnóstico específico do transtorno de ansiedade (9, 10, 11, 13).

Estudos sugerem relação inversa entre tabagismo e Transtorno obsessivo compulsivo e ansiedade generalizada (9).

Ainda há relação entre a abstinência e desencadear quadros agudos de depressão e favorecer a falha no tratamento de cessação do tabagismo. (8, 9). Entretanto, em estudo de caso controle a incidência de depressão maior em abstinentes, a prevalência de depressão maior não foi maior nas pessoas com falha terapêutica (8, 9, 13).

No Anexo A2 (pág.76), encontramos os principais trabalhos incluídos relacionando tabagismo com transtornos psiquiátricos e dependência nicotínica.

O estudo da prevalência de tabagismo em jovens mães é de extrema importância, uma vez que aborda importante parcela da população para prevenção primária. Identificar os focos problema para posteriormente estudar intervenções específicas nestas populações a fim de controlar o tabagismo como causador de futuras morbidades .através de ações preventivas futuras.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento

Será um Estudo transversal, aninhado a um estudo de seguimento longitudinal de base populacional em adolescentes grávidas iniciado em outubro de 2009.

6.2 Participantes

Mães com idades entre 15 a 23 anos recrutadas pela coorte de grávidas adolescentes na cidade de Pelotas, RS.

O estudo faz parte de um projeto maior de investigação de medidas preventivas para depressão pós-parto em gestantes adolescentes da cidade de Pelotas, RS (12).

Será conduzido com Mães pertencentes a coorte de grávidas adolescentes recrutadas durante o pré-natal nas unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas-RS durante o período de outubro de 2009 a março de 2011, hoje com idades em entre 15 e 23 anos. No estudo inicial, as mães incluídas apresentavam idades entre 13 e 19 anos e que estivessem no segundo trimestre da gestação.

Após recrutamento, em encontros agendados, as mães serão questionadas sobre aspectos sócio demográficos, uso atual de álcool e drogas ilícitas pelos pais, doenças psiquiátricas, status atual do uso de tabaco. A coleta de dados acontecerá durante o período de 2012 a 2014. Os questionários serão aplicados por alunos da área da saúde (Enfermagem, Medicina, Psicologia e Fisioterapia) previamente treinados.

6.2.1 Critérios de inclusão

Mães entre 15 a 23 anos recrutadas na coorte de grávidas adolescentes na cidade de Pelotas, RS.

6.2.2 Critérios de Exclusão

Serão excluídas as Jovens mães que não realizarem a avaliação psiquiátrica.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

6.3.1 Desfecho primário

O desfecho medido será o tabagismo, definido como presença de uso de tabaco atual pela mãe a partir de questionário aplicado (18) . Nas mães tabagistas ainda será aplicado o teste de dependência a nicotina de Fagerström (19), que é estratificado em 5 categorias (muito baixo, baixo, moderado, alto, muito alto) e posteriormente dicotomizado em baixo e moderado/alto para fins de análise

6.3.2 Desfecho secundário

Dados sócio demográficos

Será aplicado um questionário (criança, mãe, pai e/ou companheiro) para a obtenção de informações relacionadas às características sócio demográficas, como idade, se a mãe vive com o companheiro, escolaridade, renda familiar em salários mínimos e se a mãe trabalhava ou não. A idade das participantes será coletada de forma contínua e após será dicotomizada entre duas faixa etários relevantes segundo a literatura (15 a 18 anos e 19 a 23 anos). Para avaliar o nível socioeconômico será utilizado a classificação da CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Pesquisa), que determina a classe social das famílias em cinco estratos (A,B,C, D e E) de acordo com a escolaridade do chefe da família e com posses de bens duradouros. Durante a análise a classificação da CCEB será categorizada em A+B, C e D+E. A renda familiar será primeiramente coletada de forma contínua, após será categorizada, considerando o valor do salário mínimo brasileiro na data da análise

no valor R\$ 724,00 (até 1 salário mínimo, mais de 1 a até 2 salários mínimos e mais de 2 salários mínimos. No instrumento, ainda constava questões referentes ao abuso de álcool nos últimos 3 meses (20) e uso drogas ilícitas nos últimos 3 meses.

Transtornos Psiquiátricos

Nas jovens mães será utilizada uma versão validada e fidedigna do *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI), a fim de estabelecer um diagnóstico psiquiátrico (21). Os seguintes transtornos serão avaliados: transtornos depressivo maior, risco de suicídio, transtorno obsessivo compulsivo. Para fins de análise os demais transtornos de ansiedade serão agrupados em uma mesma categoria e denominada outros transtornos de ansiedade. Trata-se de uma entrevista clínica estruturada de curta duração (entre 15 e 30 minutos) destinada à utilização na prática clínica e em pesquisa, que visa à classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). A ocorrência de 24 potenciais eventos de vida produtores de estresse será avaliada com o emprego de uma versão adaptada da Escala de Eventos Vitais (22), cobrindo uma ampla gama de estressores como divórcio, morte de um familiar, perda do emprego, problemas de saúde e problemas escolares, que tenham ocorrido durante o período após a gestação. Os eventos estressores serão categorizados por tercil.

Quadro 1- Descrição das variáveis

VARIÁVEL	TIPO DE VARIÁVEL	CARACTERÍSTICAS
<i>Sociodemográficas</i>		

Idade materna	Dicotômica	0- 15-18 anos 1- 19-23 anos
Nível socioeconômico	Catagórica ordinal	0- A+B 1- C 2- D+E
Escolaridade materna	Catagórica Ordinal	0- Analfabeto/ Primário incompleto 1- Primário completo / Ginasial incompleto 3- Ginásial completo / Colegial incompleto 4- Colegial completo / Superior incompleto
Trabalha	Dicotômica	0- Não 1- Sim
Renda familiar em salários mínimos	Catagórica Ordinal	0- Até 1 salário mínimo 1- Mais de 1 a até 2 salários mínimos 2- Mais de dois salários mínimos
Vive com o companheiro	Dicotômica	0 – Não 1 – Sim
Tabagismo da mãe	Catagórica	1-Sim 2-Não
Número de pessoas que fumam na casa além da mãe	Dicotômica	0-Não 1-Sim
Teste de Fagerström da mãe	Catagórica Ordinal	0- Baixo 1- Moderado/Alto
Abuso de álcool pela mãe nos últimos 3 meses	Dicotômica	0-Sim 1-Não
Uso de drogas ilícitas pela mãe nos últimos 3 meses	Dicotômica	1-Sim 2-Não

Eventos estressores em tercil	Catagórica	0- Primeiro Tercil 1- Segundo Tercil 2- Terceiro Tercil
Episódio Depressivo Maior	Dicotômica	0- Não 1- Sim
Risco de Suicídio	Dicotômica	0- Não 1- Sim
Transtorno Obsessivo Compulsivo	Dicotômica	0- Não 1- Sim
Algum Transtorno de Ansiedade	Dicotômica	0- Não 1- Sim
<i>Fatores Comportamentais</i>		
Abuso de álcool pela mãe nos últimos 3 meses	Dicotômica	0-Sim 1-Não
Uso de drogas ilícitas pela mãe	Dicotômica	0-Sim 2-Não

6.4 Análise de dados

Figura 1: -Modelo de análise 1 : Distribuição hierárquica das variáveis sócio-demográficas, comportamentais, psicossociais com relação a prevalência de tabagismo em jovens mães

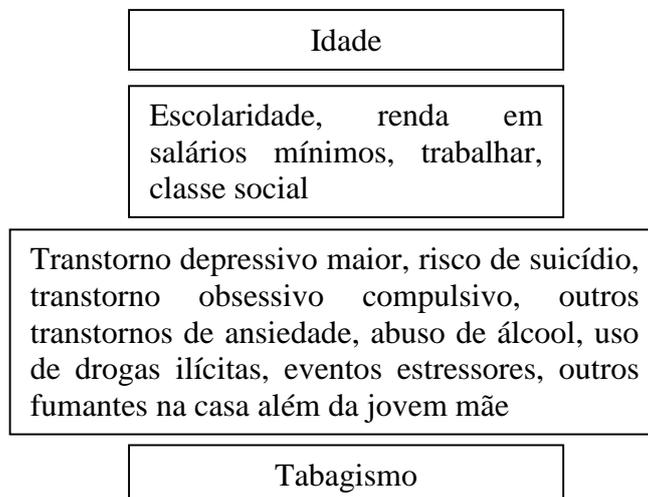
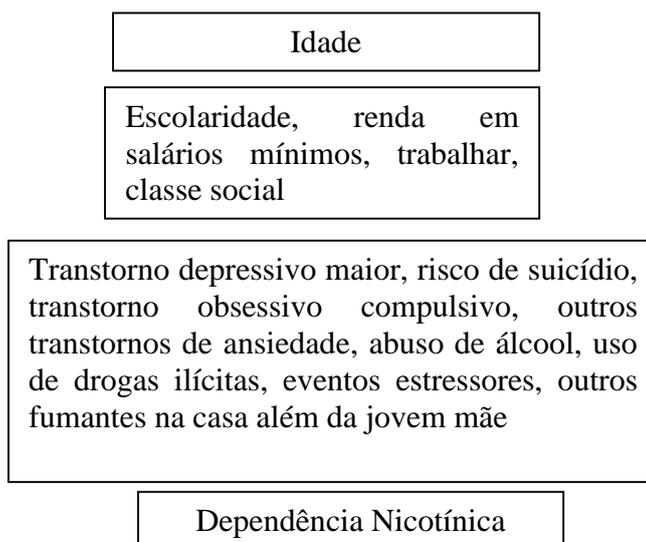


Figura 2: -Modelo de análise 2: Distribuição hierárquica das variáveis sócio-demográficas, comportamentais, psicossociais com relação de dependência nicotínica moderada/alta em jovens mãe



Os dados codificado serão submetidos a dupla checagem no programa Epi-Indor

6.04d. Após a edição final dos bancos de dados, estes testes serão convertidos para o programa SPSS 13.0. A análise univariada será realizada a fim de se obter as frequências simples de todas as variáveis. Para as variáveis contínuas serão obtidas as medidas de tendência central e dispersão. A análise bivariada será usada para testar a diferença entre proporções, com o teste do qui-quadrado. Para observar o comportamento de duas variáveis quantitativas, será empregado o coeficiente de correlação de Pearson. Para todos os testes, será considerado o nível de significância de 5% ($p < 0,005$).

Para estimar os efeitos independentes das variáveis estudadas sobre os desfechos, serão utilizadas técnicas de análise multivariada, como a regressão de Poisson, em virtude de se tratar de um desfecho dicotômico com prevalência estimada em mais que 10%. Para a entrada das variáveis nas modelos hierárquicos de análise multivariada, apenas as que apresentarem associação com o desfecho com $p < 0,2$ permaneceram na análise.

6.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética de pesquisa da Universidade Católica de Pelotas. As adolescentes poderão recusar a participação no estudo e o termo de consentimento será assinado pelas adolescentes e seus responsáveis. Será assegurado o cuidado com o manejo dos dados e confidencialidade. Os transtornos psiquiátricos diagnosticados nas mães, como qualquer alteração clínica ou de desenvolvimento nas crianças serão encaminhadas a atendimento psicoterápico e pediátrico respectivamente.

6.5.1 Riscos

Não há riscos para a população submetida ao estudo.

6.5.2 Benefícios

Ao identificar a prevalência de tabagismo e fatores ainda pouco associados nessa população, como transtornos psiquiátricos, poderá ser importante para planejar ações preventivas futuras.

6.6 Cronograma

	2012	2013	2014											
			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Projeto	X													
Qualificação	X													
Revisão Bibliográfica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Coleta de dados		X	X	X	X	X								
Análise de Dados							X	X	X	X	X			
Defesa														X
Divulgação														X

6.7 Orçamento

O orçamento está incluído no projeto maior, do qual o presente projeto faz parte, não havendo custos adicionais para sua execução.

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. WHO,2010;17-18.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Jovem/Mulher e Tabaco. INCA. Available from:
<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de prevenção e de vigilância/INCA/MS. Prevalência de tabagismo no Brasil-Dados dos inquérito epidemiológicos. INCA/2004. 2-6.
4. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescents. Rev Saúde Pública 2003;37(1): 1-7.
5. Hortal BL, Gigante DP, Barros FC. Tabagismo na coorte de nascimentos de 1982: da adolescência à vida adulta, Pelotas, RS. Rev Saúde Pública,2008; 42(2): 78-85
6. Malta D C, Moura E C, Silva S A, Oliveira. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2010; 36(1): 75-83.
7. Malta DC, Iser BPM, de Sá N N B, Yokota R T C, Claro RM et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011 Cad. saúde pública , 2013.29(4): 812-822.
8. Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, Fernandes LA.O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. *J Bras Pneumol*,2011; 37(1):118-128.
9. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Revista de Psiquiatria Clínica,2003; 30(6): 221-228.

10. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar Tabaco. *J Bras Pneumol* ,2007; 33(5): 510-516.
11. Ratto LRC, Menezes PR, Gulinelli A. Prevalência de tabagismo em indivíduos com transtornos mentais graves, São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2007. 41 (4): 510-516.
12. Pinheiro RT, Coelho FMC, Silva RA, Quevedo LA, Souza LDM, Castelli RD et al. Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates. *Journal of affective disorders* ,2012; 136(3): 520-525.
13. Griesler PC, HU MC, Schaffran C, Kandel DB. Comorbid psychiatric disorders and nicotine dependence in adolescence." *Addiction*, 2011; 106(5): 1010-1020
14. Hong X, Scherrer JF, Pergardia M, Maddem PA, Grant JD, Sartor CE, et al. Contribution of parental psychopathology to offspring smoking and nicotine dependence in a genetically informative design. *Journal of studies on alcohol and drugs*,2012; 71(5): 664-673
15. Pereira EDB, Torres L, Medeiros M MC. Efeitos do fumo ambiental no trato respiratório inferior de crianças com até 5 anos de idade. *Revista de Saúde Pública*, 2000; 34(1): 39-43
16. Prietsch S, Fisher G. Doenças agudas de vias aéreas superiores em menores de 5 anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *J Pediatr*, 2002; 78(5):415-22
17. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National

- Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004
18. Margolis PA, Keis LL, Greemberg RA. Urinary cotinine and parent history (questionnaire) as indicators of passive smoking and predictors of lower respiratory illness in infants. *Pediatr Pulmonol.* 1997 Jun;23(6):417-23.
 19. Rosa P, Juarez C, Barbisan N, Manfroi WC. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. *Clinical and Biomedical Research*,2007; 27(3):.
 20. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. "Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST)." *Rev Assoc Med Bras*,2004; 50(2): 199-206
 21. Amorim P. "Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais." *Rev Bras Psiquiatr*, 2000; 22(3): 106-15.
 22. .Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*,1999; 26 (2): 57-67.

ARTIGO

8. ARTIGO

8.1 Título: Prevalência de tabagismo em mulheres jovens que foram mães na adolescência na cidade de Pelotas/RS

8.2 Autores: Raquel Pereira Janelli da Silva e Fábio Monteiro da Cunha Coelho

8.3 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

8.4 Revista para Submissão: Jornal Brasileiro de Pneumologia

8.5 ARTIGO

PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM MULHERES JOVENS QUE FORAM MÃES NA ADOLESCÊNCIA NA CIDADE DE PELOTAS/RS

Raquel Pereira Janelli da Silva; Fábio Monteiro da Cunha Coelho

Resumo: Objetivo e métodos: objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência do tabagismo e o grau de dependência nicotínica em uma população de jovens mães, relacionando com fatores sociodemográficos e psiquiátricos em um estudo transversal, numa amostra de 516 jovens mães de 15 a 23 anos da cidade de Pelotas. Foram realizadas análise bivariada e multivariada na amostra total e no subgrupo de jovens tabagistas. **Resultados:** A prevalência de tabagismo foi de 27,9% (n=144), sendo que 34,8% (n=48) destas apresentaram dependência nicotínica moderada/alta. A chance de fumar foi de 2,56 (IC95%: 1,22 - 5,40) para renda de até 1 salário mínimo, de 2,49 (IC95%: 1,14 - 5,45) para quem cursava primário completo/ginásial incompleto, 2,12 (IC95%: 1,27 - 3,55) para aquelas que trabalhavam e de 32,27 (IC95%: 13,57 - 76,74) para as que apresentavam outras pessoas fumantes na casa. Jovens analfabetas ou com primário incompleto apresentaram chance de 11,75 (IC95%: 1,50 - 91,80) para dependência moderada/alta. Apesar de dependência moderada/alta apresentar na análise bivariada diferença significativa com o Transtorno depressivo maior (p=0,05) e risco de suicídio (p=0,003), na análise ajustada não mantiveram significância (p=0,4 e p=0,06). **Conclusão:** O tabagismo e os transtornos psiquiátricos apresentaram prevalências elevadas em jovens com estado de fragilidade psicossocial

Palavras-chave: Tabagismo /epidemiologia; Tabagismo/prevenção & controle; Estudos transversais.

Abstract: Objective and methods: This work aimed to identify the prevalence of smoking and the degree of nicotine dependence in a population of young mothers, relating to sociodemographic and psychiatric factors in a cross-sectional study, a sample of 516 young mothers 15-23 years of the city Pelotas. Were performed bivariate and multivariate analysis the total sample and in the subgroup of smokers young. **Results:** The prevalence of smoking was 27.9% (n = 144), and 34.8% (n = 48) of these had moderate nicotine dependence / high. The chance of smoking was 2.56 (95% CI: 1.22 to 5.40) for income up to 1 minimum wage was 2.49 (95% CI: 1.14 to 5.45) for those who complete primary attending / completed grades, 2.12 (95% CI: 1.27 to 3.55) for those who worked and 32.27 (95% CI 13.57 to 76.74) for presenting other people smoking in the house. Young illiterate or with incomplete primary had chance to 11.75 (95% CI: 1.50 to 91.80) for moderate / high dependency. Although moderate / high dependence present in the bivariate analysis significant difference with major depressive disorder (p= 0.05) and suicide risk (p = 0.003), in the adjusted analysis not maintained significance (p = 0.4 and p = 0, 06). **Conclusion:** Cigarette smoking and psychiatric disorders showed a high prevalence in young people with psychosocial state fragility.

Keywords: Smoking / epidemiology; Smoking / prevention & control; Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO:

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo mundo. O total de mortes devido ao uso de tabaco foi de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia (1, 2).

Devido a evidências de aumento de consumo de tabaco entre mulheres, bem como menores taxas de redução em países onde há queda da prevalência do fumo, a população feminina tem sido foco de atenção para OMS, com o desenvolvimento de estratégias para esse público alvo. O tabagismo na mulher tem características específicas que diferem em relação às do homem, tanto em aspectos psicossociais como epidemiológicos. Ainda, a prevalência do tabagismo parece depender de idade, escolaridade e renda. A experimentação do cigarro geralmente começa na adolescência, uma vez que em aproximadamente 76% das mulheres experimentam cigarros antes dos 19 anos de idade (1, 2, 3, 8).

A mulher tem sua iniciação ao fumo na adolescência influenciada muitas vezes pela mãe, família e colegas. Na fase da adolescência, período em que a personalidade ainda se encontra em formação, tais influências podem ser mais importantes. Na mulher, acredita-se que o comportamento da dependência ao tabaco seja mais relacionado ao humor e ao afeto negativo, enquanto que nos homens parece mais relacionado à resposta farmacológica ligada ao consumo de nicotina. Além disso, na mulher há uma maior prevalência de depressão do que nos homens (1, 8, 9).

Ainda entre as mulheres tabagistas existe preocupação relacionada a gestação e maternidade devido os efeitos intrauterinos e, posteriormente, a possibilidade de exposição ambiental do tabaco em seus filhos. O fumo nessas situações é motivado muitas vezes por fantasias de diminuição das dores do parto e controle do ganho do peso (8). Neste contexto, jovens mães podem apresentar mais motivações para fumar devido a eventos estressores e a maior possibilidade de estarem sujeitas a depressão e transtornos de ansiedade (8).

Portanto, estudar o comportamento tabágico em jovens que foram mães na adolescência é de extrema importância, porque possibilita a identificação de fatores

associados ainda relativamente pouco estudados nesta população, como transtornos psiquiátricos e sua relação com dependência nicotínica, para que tais informações sirvam de subsídio para o planejamento de intervenções preventivas. Assim, o objetivo deste trabalho é identificar a prevalência do tabagismo e o grau de dependência nicotínica em uma população de jovens mães, e sua associação com fatores sociodemográficos e psiquiátricos.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e amostragem

Trata-se de um estudo transversal, aninhado a um estudo longitudinal de base populacional em adolescentes grávidas iniciado em outubro de 2009. Este estudo faz parte de um projeto maior de investigação de medidas preventivas para depressão pós-parto em gestantes adolescentes da cidade de Pelotas, RS. A metodologia foi descrita de maneira pormenorizada em publicação anterior (12).

A coleta de dados aconteceu durante o período de 2012 a 2014. A população alvo do estudo foram mães jovens entre idades 15-23 anos, previamente selecionadas em 2009, avaliadas em encontros agendados quando foram questionadas sobre aspectos sociodemográficos, uso atual de álcool e drogas ilícitas, doenças psiquiátricas, status atual do uso de tabaco. Os questionários foram aplicados por alunos da área da saúde previamente treinados.

A amostra abrangeu 516 jovens mães de uma amostra total 545, excluindo as mães que não realizaram a avaliação psiquiátrica (n=29).

Instrumentos

O desfecho medido foi tabagismo, definido como presença de uso de tabaco atual pela mãe a partir de questionário aplicado (18). Nas mães tabagistas ainda foi

aplicado o teste de dependência a nicotina de Fagerström (19), que é estratificado em 5 categorias (muito baixo, baixo, moderado, alto, muito alto) e após foi dicotomizado em "baixo" e moderado/alto para fins de análise.

Foi aplicado um questionário (mãe) para a obtenção de informações relacionadas às características sócio demográficas, como idade, se a mãe vive com o companheiro, escolaridade, renda familiar em salários mínimos e se a mãe trabalhava ou não. A idade das participantes foi coletada de forma contínua e após dicotomizada entre duas faixas etárias relevantes segundo a literatura (15 a 18 anos e 19 a 23 anos). Para avaliar o nível socioeconômico foi utilizado a classificação da CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Pesquisa), que determina a classe social das famílias em cinco estratos (A,B,C, D e E) de acordo com a escolaridade do chefe da família e com posses de bens duradouros. Durante a análise a classificação da CCEB foi categorizada em A+B, C e D+E. No instrumento, ainda constava questões referentes ao abuso de álcool nos últimos 3 meses (20) e uso drogas ilícitas.

Nas jovens mães foi utilizada uma versão validada e fidedigna do *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI), a fim de estabelecer um diagnóstico psiquiátrico (21). Trata-se de uma entrevista clínica estruturada de curta duração (entre 15 e 30 minutos) destinada à utilização na prática clínica e em pesquisa, que visava à classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Os seguintes transtornos foram avaliados: transtornos depressivo maior, risco de suicídio, transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Para fins de análise os transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, transtorno de estresse pós-traumático) foram agrupados em uma mesma categoria, denominada

outros transtornos de ansiedade.

Análise estatística

Os dados foram submetidos a dupla digitação no programa Epi-Info 6.04d. Após a edição final dos bancos de dados, estes testes foram convertidos para o programa SPSS 13.0. A análise univariada foi realizada a fim de se obter as frequências simples de todas as variáveis. Para as variáveis contínuas foram obtidas as medidas de tendência central e dispersão. A análise bivariada foi usada para testar a diferença entre proporções, com o teste do qui-quadrado. Para observar o comportamento de duas variáveis quantitativas, foi empregado o coeficiente de correlação de Pearson. Para todos os testes, será considerado o nível de significância de 5%.

Para estimar os efeitos independentes das variáveis estudadas sobre os desfechos, foram utilizadas técnicas de análise multivariada, como a regressão de Poisson, em virtude de se tratar de um desfecho dicotômico com prevalência estimada em mais que 10%. Para a entrada das variáveis nos modelos hierárquicos de análise multivariada, apenas as que apresentaram associação com o desfecho com $p < 0,2$ permaneceram na análise. Na análise ajustada de toda a amostra, utilizando a regressão logística foram consideradas as seguintes variáveis: classe social, renda familiar da casa em salários mínimos, escolaridade materna, trabalho, risco de suicídio e pessoas que fumam na casa que não a mãe. No subgrupo de jovens mães fumantes, usando como desfecho o grau de dependência nicotínica na regressão logística considerou-se idade materna, classe social, viver com o companheiro, escolaridade materna, episódio depressivo maior, risco de suicídio e algum transtorno de ansiedade. Os resultados da análise multivariada são apresentados em razão de prevalência (RP) com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética de pesquisa da Universidade Católica de Pelotas. As jovens mães podiam recusar a participação no estudo e o termo de consentimento foi assinado pelas jovens e seus responsáveis. Foi assegurado o cuidado com o manejo dos dados e confidencialidade. Jovens mães diagnosticadas com transtornos psiquiátricos também foram encaminhadas ao atendimento psicoterápico.

RESULTADOS

O número total de jovens mães da amostra foi 516, sendo que 84,7% (n=437) estavam na faixa etária entre 19-23 anos e 54% (n=278) viviam com o companheiro. Possuíam primário ou ginásial incompleto em 39,0% (n=201), não trabalhavam em 63% (n=325) e pertenciam ao estrato socioeconômico C em 69,7% (n=343). Como renda familiar somada, recebiam mais de 1 salário mínimo até dois salários mínimos em 45,7% (n=343). Eram responsáveis pelos cuidados dos filhos em 79,8% (n=407) e a média de tempo que as mães passavam com as crianças eram de 19 horas com desvio padrão de $\pm 7,29$ horas. Fizeram uso de álcool nos últimos 3 meses em 29,3% (n=151). Fumavam em 27,9% (n=144). Moravam com fumantes em 55,6% (n=287). Apenas 1,75% (n=9) das jovens admitiram uso de drogas ilícitas nos últimos 3 meses. Dados são descritos na tabela 1.

O número total de participantes do subgrupo de fumantes foi de 138 jovens, com predominância de 86,2% (n=119) na faixa etária entre 19-23 anos, pertencentes da classe social C em 64,1% (n=84), com renda de mais de 1 a até 2 salários mínimos em 41,3% (n=57). Viviam com o companheiros em 50% (n= 69) da amostra. Quanto ao nível de instrução apresentavam primário completo/ginásial incompleto em 53,3% (n=73). Não trabalhavam em 56,9% (n=78). Cuidavam dos seus filhos em 77,2%

(n=105). Negavam o uso de drogas ilícitas nos últimos 3 meses em 96,4% (n=133) e negaram uso de álcool em 71,7% (n=99). Essas jovens moravam com outros fumantes em 99,3% (n=137). Dessas jovens fumantes, 34,8% (n=48) apresentavam grau de dependência nicotínica moderada/alta. Dados são descritos na tabela 2.

Com relação a transtornos psiquiátricos a prevalência na amostra total e entre mães tabagistas respectivamente foram 32,6% (n=168) e 36,2% (n=50) para transtorno depressivo maior, 19,5% (n=100) e 25,4% (n=35) para risco de suicídio, 12,3% (n=63) e 13,0% (n=18) para TOC e 16,0% (n=82) e 15,3% (n=21) para outros transtornos de ansiedade. Dados descritos na tabela 1.

Na análise bivariada, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre tabagismo e as variáveis classe social ($p=0,034$), renda somada da casa ($p=0,032$), escolaridade materna ($p<0,001$) e outras pessoas que fumam na casa ($p<0,001$). Descrito na tabela 1.

Na população de jovens mães tabagistas, a diferença entre dependência moderada a alta manteve-se estatisticamente significativa entre os níveis de dependência a nicotina baixo e moderado a alto e a seguintes variáveis: classe social ($p=0,026$), escolaridade materna ($p<0,001$), transtorno depressivo maior ($p=0,05$), risco de suicídio ($p=0,003$). Descrito na tabela 2.

Na análise ajustada da amostra total foi encontrado uma RP de 2,56 (IC95%: 1,22 - 4,40) para aquelas que ganhavam menos de 1 salário mínimo, RP de 2,49 (IC95%: 1,45 - 5,45) para aquelas que apresentavam primário completo/ginásial incompleto. Naquelas que trabalhavam encontrou-se uma RP 2,12 (IC95%: 1,27 - 3,55) e quando haviam fumantes em sua casa que não a mãe uma RP de 32,27 (IC95%: 13,57 - 76,74). Descrito na tabela 3.

No subgrupo de jovens mães fumantes, usando como desfecho o grau de dependência nicotínica na regressão logística, apenas aquelas que apresentavam nível de escolaridade analfabeto/primário incompleto mantiveram-se significativamente associadas à dependência nicotínica moderado a alta, com uma RP de 11,75 (IC95%: 1,50 - 91,80). Descrito na tabela 4.

DISCUSSÃO

No estudo encontrou-se uma prevalência de tabagismo em uma população de jovens mães na cidade de Pelotas no Estado do Rio Grande do Sul de 27,9%. Esta prevalência é semelhante com a populações de jovens adolescentes pertencentes a coorte de 1982 também na cidade de Pelotas e no Estado do Rio Grande do Sul (3,4,5,6,7), porém superior a prevalência em outras populações no Brasil e no mundo . Isso talvez se deva a fatores culturais que não foram foco do presente trabalho e precisam ser melhor estudados.

A maioria das jovens mães que fumavam pertencia a faixa etária de 19-23 anos, e a renda familiar era entre mais de um salário mínimo e 2 salários mínimos, frequentavam o primário completo /ginasial incompleto. A exemplo de outros trabalhos, o ato de fumar estava relacionado a renda, escolaridade, trabalho e outros fumantes na casa na amostra total de jovens mães (3,4,5,6,7). Entretanto, outros fatores descritos na literatura, como idade, classe social e viver com o companheiro foram relacionados ao fumo, porém, perderam a significância estatística na análise ajustada. Diferente de outros trabalhos (5,7) quando se encontrou um aumento importante da frequência de fumar a partir dos 19 anos, a prevalência do tabagismo foi semelhante nas faixa etárias de 15 a 18 anos e 19 a 23 anos. O fato dessa população ter sido mãe entre 13 a 19, pode ser contribuinte na alta prevalência de tabagismo, uma vez que existe o relato prévio

(8,9) de uma tendência da frequência de fumar diminuir durante o período pré-natal, porém aumentar após o parto.

No subgrupo de fumantes, apenas 34.8% apresentavam grau de dependência de moderado a alto. Um trabalho anterior que estudou a dependência nicotínica nos adolescentes, encontrou 26,1% de dependência nicotínica total, porém usou outro instrumento para mensurar a dependência nicotínica (13). Usamos o questionário de Fagerström validado no Brasil para medir o grau de dependência nicotínica assim como em um estudo genético sobre dependência nicotínica (12). Neste grupo apenas escolaridade (analfabetas/colegial incompleto) se mostrou importante fator associado ao grau de dependência na análise ajustada. Ainda neste subgrupo percebemos que as jovens viviam com outros fumantes em seus domicílios em 99.3%. Possivelmente isso se deva à influência do grupo e do meio nas personalidades ainda em formação.

Em relação aos distúrbios psiquiátricos, percebemos uma prevalência maior de depressão maior, risco de suicídio, TOC e outros transtornos de ansiedade na amostra total do estudo, talvez pelo fato desta amostra ser constituída de mães que engravidaram durante a adolescência. No subgrupo de jovens mães tabagistas, encontrou-se diferença significativa entre o grau de dependência moderado a alto e depressão maior e risco de suicídio, entretanto na análise ajustada não se manteve a significância estatística, possivelmente devido ao tamanho pequeno da amostra. Tais resultados são semelhantes aos trabalhos que demonstraram uma tendência de ser ter associação a depressão porém resultados inconsistentes entre os transtornos de ansiedade (8,9,10,13).

Em relação as limitações do estudo encontramos o fato das informações terem sido coletas a partir do auto-relato da jovem mãe. Assim prevalência de tabagismo, de uso de drogas ilícitas, de uso de álcool podem ter sido subestimadas. Entretanto, um estudo que comparou o auto-relato e a medida de cotinina urinária não encontrou e

diferença para medir tabagismo (18). Da mesma forma, analisamos apenas o tabagismo atual, sem considerar o uso de tabaco alguma vez na vida. Outra limitação é não possuir informações sobre os hábitos tabágicos da mãe da jovem e do companheiro, ambos ligados com fatores relacionados com o ato de fumar, porém questionamos sobre outros fumantes no domicílio contornando esta limitação.

Concluindo, identificamos uma alta prevalência de tabagismo entre essas jovens mães em estado de fragilidade psicossocial. Além disso, alta prevalência de transtornos psiquiátricos nessa população. Esperamos que as informações relatadas neste estudo sirvam para uma melhor compreensão das condições relacionadas aos transtornos psiquiátricos e ao comportamento tabágico nessa parcela vulnerável da população. Dessa forma, futuramente viabilizar o planejamento e direcionamento adequado de recursos visando o diagnóstico e tratamento precoce, ou, idealmente, a prevenção dessas condições.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. WHO,2010;17-18.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Jovem/Mulher e Tabaco. INCA. Available from:
<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de prevenção e de vigilância/INCA/MS. Prevalência de tabagismo no Brasil-Dados dos inquérito epidemiológicos. INCA/2004. 2-6.
4. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescents. Rev Saúde Pública 2003;37(1): 1-7.
5. Hortal BL, Gigante DP, Barros FC. Tabagismo na coorte de nascimentos de 1982: da adolescência à vida adulta, Pelotas, RS. Rev Saúde Pública,2008; 42(2): 78-85
6. Malta D C, Moura E C, Silva S A, Oliveira. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2010; 36(1): 75-83.
7. Malta DC, Iser BPM, de Sá N N B, Yokota R T C, Claro RM et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011 Cad. saúde pública , 2013.29(4): 812-822.
8. Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, Fernandes LA.O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. *J Bras Pneumol*,2011; 37(1):118-128.
9. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. Revista de Psiquiatria Clínica,2003; 30(6): 221-228.

10. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar Tabaco. *J Bras Pneumol* ,2007; 33(5): 510-516.
11. Ratto LRC, Menezes PR, Gulinelli A. Prevalência de tabagismo em indivíduos com transtornos mentais graves, São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2007. 41 (4): 510-516.
12. Pinheiro RT, Coelho FMC, Silva RA, Quevedo LA, Souza LDM, Castelli RD et al. Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates. *Journal of affective disorders* ,2012; 136(3): 520-525.
13. Griesler PC, HU MC, Schaffran C, Kandel DB. Comorbid psychiatric disorders and nicotine dependence in adolescence." *Addiction*, 2011; 106(5): 1010-1020
14. Hong X, Scherrer JF, Pergardia M, Maddem PA, Grant JD, Sartor CE, et al. Contribution of parental psychopathology to offspring smoking and nicotine dependence in a genetically informative design. *Journal of studies on alcohol and drugs*,2012; 71(5): 664-673
15. Pereira EDB, Torres L, Medeiros M MC. Efeitos do fumo ambiental no trato respiratório inferior de crianças com até 5 anos de idade. *Revista de Saúde Pública*, 2000; 34(1): 39-43
16. Prietsch S, Fisher G. Doenças agudas de vias aéreas superiores em menores de 5 anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *J Pediatr*, 2002; 78(5):415-22
17. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National

- Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004
18. Margolis PA, Keis LL, Greemberg RA. Urinary cotinine and parent history (questionnaire) as indicators of passive smoking and predictors of lower respiratory illness in infants. *Pediatr Pulmonol.* 1997 Jun;23(6):417-23.
 19. Rosa P, Juarez C, Barbisan N, Manfroi WC. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. *Clinical and Biomedical Research*,2007; 27(3):.
 20. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. "Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST)." *Rev Assoc Med Bras*,2004; 50(2): 199-206
 21. Amorim P. "Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais." *Rev Bras Psiquiatr*, 2000; 22(3): 106-15.
 22. .Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*,1999; 26 (2): 57-67.

Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas, comportamentais, psicossociais e prevalência de tabagismo em jovens mães.

Variáveis	N (%)	Tabagismo	P-valor
<i>Sociodemográficas</i>			
Idade materna (N=516)			0,673
15-18 anos	79 (15,3)	20 (25,3)	
19-23 anos	437(84,7)	124 (28,4)	
Classe social (N=492)			0,034*
A+B	81 (16,5)	20 (24,7)	
C	343 (69,7)	88 (25,7)	
D+E	68 (13,8)	28 (41,2)	
Renda familiar em salários mínimos (N=516)			0,032*
Até 1 salário mínimo	115 (22,3)	43 (37,4)	
Mais de 1 a até 2 salários mínimos	236 (45,7)	60 (25,4)	
Mais de 2 salários	165 (32,0)	41 (24,8)	
Vive com companheiro (N=515)			0,303
Não	237 (46,0)	72 (30,4)	
Sim	278 (54,0)	72 (25,9)	
Escolaridade materna (N=515)			<0.001*
Analfabeto/primário incompleto	37 (7,2)	19 (51,4)	
Primário completo/ginásial incompleto	201 (39,0)	75 (37,3)	
Ginásial completo/colegial incompleto	190 (36,9)	34 (17,9)	
Colegial completo/ superior incompleto	87 (16,9)	15 (17,2)	
Trabalha (N=516)			0,143
Não	325 (63,0)	83 (25,5)	
Sim	191 (37,0)	61 (31,9)	
<i>Características da saúde mental materna</i>			
Eventos estressores em tercil (N=501)			0,909*
0 a 3 eventos estressores	186 (37,1)	48 (25,8)	
4 a 7 eventos estressores	183 (36,5)	60 (32,8)	
8 ou mais de eventos estressores	132 (26,4)	32 (24,2)	
Transtorno depressivo maior (N=515)			0,460
Não	347 (67,4)	93 (26,8)	
Sim	168 (32,6)	51 (30,4)	
Risco de suicídio (N=513)			0,111
Não	413 (80,5)	109 (26,4)	
Sim	100 (19,5)	35 (35,0)	
Transtorno Obsessivo compulsivo (N=514)			1,000
Não	451 (87,7)	126 (27,9)	
Sim	63 (12,3)	18 (28,6)	
Algum transtorno de ansiedade (N=513)			0,715
Não	431 (84,0)	122 (28,3)	
Sim	82 (16,0)	21 (25,6)	
<i>Fatores comportamentais</i>			
Pessoas que fumam na casa além da mãe (N=516)			<0,001
Não	229 (44,4)	7 (3,1)	
Sim	287 (55,6)	137 (47,7)	
Uso de droga ilícitas nos últimos 3 mês (N=515)			0,137
Não	506 (98,3)	139 (27,5)	
Sim	9 (1,7)	05 (55,6)	
Abuso de álcool nos últimos 3 meses (N=516)			0,611
Não	365 (70,7)	99 (27,1)	
Sim	151 (29,3)	45 (29,8)	

P-valor de Linearidade*

Média (Desvio Padrão) **

Tabela 2- Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas, comportamentais, psicossociais e dependência em nicotina em jovens mães tabagistas.

Variáveis	N (%)	Baixa	Moderado/Alto	p-valor
<i>Sócio demográficas</i>				
Idade materna (n=138)				0,134
15-18 anos	19 (13,8)	9 (47,4)	10 (52,6)	
19-23 anos	119 (86,2)	81 (68,1)	38 (31,9)	
Classe social (N=131)				0,026*
A+B	20 (15,3)	18 (90)	2 (10)	
C	84 (64,1)	52 (61,9)	32 (38,1)	
D+E	27 (20,6)	20 (74,1)	7 (25,9)	
Renda familiar da casa em salários mínimos (N=138)				0,377*
Até 1 salário mínimo	41 (29,7)	29 (70,7)	12 (29,3)	
Mais de 1 até 2 salários mínimos	57 (41,3)	36 (63,2)	21 (36,8)	
Mais de 2 salários	40 (29)	25 (62,5)	15(25,9)	
Vive com o companheiro (N=138)				0,107
Não	69 (50)	40 (58,0)	29 (42,0)	
Sim	69 (50)	50 (72,5)	19 (27,5)	
Escolaridade materna (N=137)				<0,001*
Analfabeto/primário incompleto	19 (13,9)	5 (26,3)	14 (73,7)	
Primário completo/ginásial incompleto	73 (53,3)	47 (64,4)	26 (35,6)	
Ginásial completo/colegial incompleto	31 (22,6)	26 (83,9)	5 (16,1)	
Colegial completo/superior incompleto	14 (10,2)	12 (85,7)	2 (14,3)	
Trabalha (N=138)				0,557
Não	78 (56,5)	53 (67,9)	25 (32,1)	
Sim	60 (43,5)	37 (61,7)	23 (38,3)	
<i>Características da saúde mental</i>				
Eventos estressores em tercil (N=134)				0,372*
0 a 3 eventos estressores	47 (35,1)	30 (63,8)	17 (36,2)	
4 a 7 eventos estressores	49 (36,6)	30 (61,2)	19 (38,8)	
8 ou mais eventos estressores	38 (28,3)	28 (73,7)	10 (26,3)	
Transtorno depressivo Maior (N=138)				0,057
Não	88 (63,8)	63 (71,6)	25 (28,4)	
Sim	50 (36,2)	27 (54)	23 (46)	
Risco de suicídio (N=138)				0,003
Não	103 (74,6)	63 (71,6)	40 (28,4)	
Sim	35 (25,4)	15 (42,9)	20 (57,1)	
Transtorno obsessivo compulsivo (N=138)				0,686
Não	120 (87,0)	77 (64,2)	43 (35,8)	
Sim	18 (13,0)	13 (72,2)	5 (27,8)	
Algum Transtorno de ansiedade (N=137)				0,118
Não	116 (84,7)	79 (68,1)	37 (31,9)	
Sim	21 (15,3)	10 (47,6)	11 (52,4)	
<i>Fatores comportamentais</i>				
Pessoas que fumam na casa além da mãe (N=137)				1.000
Não	01 (0,7)	01 (100)	0 (0,0)	
Sim	137 (99,3)	89(65)	48 (35)	
Uso de drogas ilícitas nos últimos 3 mês (N=138)				0,236
Não	133 (96,4)	85 (63,9)	48 (36,1)	
Sim	05 (3,6)	05 (100)	0 (0,0)	
Abuso de álcool nos últimos 3 meses (N=138)				0,711
Não	99 (71,7)	66 (66,7)	33 (33,3)	
Sim	39 (28,3)	24 (61,5)	15 (38,5)	

P-valor de Linearidade*
Média (Desvio Padrão)**

Tabela 3 - Análise multivariada do tabagismo em uma população de jovens mães na cidade de Pelotas.

Váriáveis	Razão de prevalência IC 95%	P valor	Análise ajustada IC 95%	P-valor
<i>Sócio demográficas</i>				
Idade materna (n=516)		0,577		
15-18 anos	1,00			
19-23 anos	1,17 (0,68; 2,02)			
Classe social (N=492)		0,029		0,317
A+B	1,00		1,00	
C	1,05 (0,60; 1,84)		1,83 (0,69; 4,84)	
D+E	2,13 (1,06 ; 4,29)		1,04 (0,52 2,07)	
Renda somada da casa em salários mínimos (N=516)		0,038		0,038
Até 1 salário mínimo	1,81 (1,08; 3,03)		2,56 (1,22; 5,40)	
Mais de 1 até 2 salários mínimos	1,03 (0,61; 1,63)		1,32 (0,72; 2,44)	
Mais de 2 salários	1,00			
Vive com o companheiro (N=515)		0,259		
Não	1,25 (0,85; 1,84)			
Sim	1,00			
Escolaridade materna (N=137)		<0,001		0,027
Analfabeto/primário incompleto	5,06 (2,17; 11,89)		2,54 (0,88; 7,34)	
Primário completo/ginásial incompleto	2,86 (1,52; 5,34)		2,49 (1,14; 5,45)	
Ginásial completo/colegial incompleto	1,05 (0,53; 2,04)		1,18 (0,53; 7,34)	
Colegial completo/superior incompleto	1,00		1,00	
Trabalha		0,118		0,004
Não	1,00		1,00	
Sim	1,37 (0,92; 2,03)		2,12 (1,27; 3,55)	
<i>Características da saúde mental</i>				
Eventos estressores em tercil (N=134)		0,180		
0 a 3 eventos estressores	1,09 (0,65; 1,82)			
4 a 7 eventos estressores	1,52 (0,92; 2,52)			
8 ou mais eventos estressores	1,00			
Transtorno depressivo maior		0,400		
Não	1,00			
Sim	1,19 (0,79; 2,39)			
Risco de suicídio (N=138)		0,087		0,880
Não	1,00		1,00	
Sim	1,50 (0,94; 2,39)		1,05 (0,56; 1,97)	
Transtorno obsessivo compulsivo (N=138)		0,916		
Não	1,00			
Sim	1,03 (0,57; 1,85)			
Algum transtorno de ansiedade (N=138)		0,618		
Não	1,14 (0,67; 1,96)			
Sim	1,00			
<i>Fatores comportamentais</i>				
Pessoas que fumam na casa além da mãe		<0,001		<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	28,96 (13,18; 12,47)		32,27 (13,57; 76,74)	
Uso de drogas ilícitas no último mês (N=138)		0,078		0,506
Não	1,00		1,00	
Sim	3,30 (0,87; 12,47)		1,65 (0,38; 7,24)	

Uso de álcool nos últimos 3 meses		0,537
(N=516)		
Não	1,00	
Sim	1,14 (0,75;1,73)	

Tabela 4 - Análise multivariada da dependência nicotínica moderada a alta em uma população de jovens mães tabagistas.

Váriáveis	Razão de Prevalência IC 95%	p-valor	Análise ajustada IC 95%	P-valor
<i>Sócio demográficas</i>				
Idade materna (n=138)		0,084		0,246
15-18 anos	2,37 (0,89; 6,31)		2,16 (0,60; 7,92)	
19-23 anos	1,00		1,00	
Classe social (N=131)		0,061		0,322
A+B	1,00		1,00	
C	5,54 (1,20; 25,47)		2,78 (0,50; 15,48)	
D+E	3,15 (0,58; 17,17)		1,44 (0,21; 9,94)	
Renda somada da casa em salários mínimos (N=138)		0,676		
Até 1 salário mínimo	1,00			
Mais de 1 até 2 salários mínimos	1,41 (0,60; 3,34)			
Mais de 2 salários	1,45 (0,57; 3,67)			
Vive com o companheiro (N=138)		0,076		0,131
Não	1,91 (0,94; 3,89)		2,03 (0,81; 5,09)	
Sim	1,00		1,00	
Escolaridade materna (N=137)		0,001		0,023
Analfabeto/primário incompleto	16,80 (2,74; 102,87)		11,75 (1,50; 91,80)	
Primário completo/ginasial incompleto	3,31 (0,69; 15,98)		2,62 (0,477; 14,415)	
Ginasial completo/colegial incompleto	1,15 (0,19; 6,82)		0,99 (0,149; 6,70)	
Colegial completo/superior incompleto	1,00		1,00	
Trabalha		0,443		
Não	1,00			
Sim	1,32 (0,65; 2,67)			
<i>Características da saúde mental</i>				
Eventos estressores em tercil (N=134)		0,129		
0 a 3 eventos estressores	2,36 (0,81; 6,89)			
4 a 7 eventos estressores	2,90 (1,03; 8,20)			
8 ou mais eventos estressores	1,00			
Transtorno depressivo Maior		0,039		0,363
Não	1,00		1,00	
Sim	2,15 (1,04; 4,43)		1,80 (0,51; 6,30)	
Risco de suicídio (N=138)		0,002		0,061
Não	1,00		1,00	
Sim	3,57 (1,61; 7,93)		3,36 (0,95; 11,92)	
Transtorno obsessivo compulsivo (N=138)		0,505		
Não	1,45 (0,48; 4,35)			
Sim	1,00			
Algum transtorno de ansiedade (N=138)		0,075		0,258
Não	1,00		1,00	
Sim	2,35 (0,92; 6,02)		2,12 (0,58; 7,7)	
<i>Fatores comportamentais</i>				
Abuso de álcool nos últimos 3 meses (N=138)		0,569		
Não	1,00			
Sim	1,25 (0,58; 2,70)			

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim do presente trabalho, cabe realizar uma breve retomada ao tema aqui abordado e uma síntese dos principais resultados obtidos, de modo a registrar quais aspectos se pode elucidar no que se refere às hipóteses formuladas inicialmente.

A primeira parte deste estudo consistiu em um projeto de pesquisa para a investigação da prevalência de tabagismo em jovens que foram mães na adolescência e fatores associados como sociodemográficos e psiquiátricos na cidade de Pelotas, RS. Este estudo fez parte de um projeto maior, que tinha como objetivo a investigação de medidas preventivas para a depressão pós-parto em gestantes adolescentes.

Em sua segunda parte, após a execução do projeto e a subsequente análise dos dados, foi apresentados 1 artigo, cujos resultados principais serão a seguir colocados de acordo com cada hipótese formulada no projeto:

Hipótese 1: A prevalência do tabagismo será de aproximadamente 30%.

A prevalência do tabagismo na amostra total foi de 27,9%. Está de acordo com a literatura, que demonstra uma prevalência perto de 30% em Porto Alegre e outros estudos realizados na cidade de Pelotas.

Hipótese 2: Tabagismo estará relacionado com baixo nível de escolaridade, baixa renda, possuir trabalho, não morar com o companheiro e ter outras pessoas fumantes no domicílio.

Na análise bivariada o tabagismo esteve relacionado com a classe social, escolaridade, renda familiar somada, trabalhar e outras pessoas fumantes no domicílio, porém não houve relação com viver com o companheiro.

Entretanto, na análise multivariada, baixa escolaridade, representada por primário completo/ginasial incompleto apresentou chance de fumar de 2,49 (IC 95%: 1,14; 5,45)), renda familiar de até 1 salário mínimo com chance de 2,56 (IC 95%:1,22;

5,40) e outras pessoas fumantes no domicílio com chance de fumar de 32,27 (IC 95%: 13,57; 76,74).

Esses dados estão de acordo com a literatura, exceto viver com o companheiro, associado ao fumo em outros trabalhos.

Hipótese 3: Presença de transtornos psiquiátricos maternos (depressão, ansiedade e risco de suicídio) estará associado à maior prevalência de tabagismo.

Durante a análise dos dados, transtorno depressivo maior, risco de suicídio, transtorno obsessivo compulsivo e outros transtornos de ansiedade não apresentaram relação com o tabagismo. Portanto, nossa terceira hipótese não foi confirmada.

Hipótese 4: Haverá um predomínio de menor severidade de dependência nicotínica entre as jovens mães tabagistas.

Dentre as 138 jovens mães tabagistas, observou-se que apresentavam dependência nicotínica muito baixa/baixa em 65,2 % (n=90). Esta informação confirma nossa quarta hipótese .

Hipótese 5: Dependência nicotínica moderada/alta estará relacionada ao baixo nível de escolaridade, baixa renda, trabalhar , o fato de não morar com o companheiro e outras pessoas fumantes no domicílio

A dependência nicotínica moderada/alta esteve relacionada apenas a escolaridade na análise bivariada . Sendo que, baixa escolaridade, representada por analfabetas/primário incompleto apresentou chance de fumar de 11,75 (IC 95%: 1,50; 91,80) . Entretanto, não houve relação da dependência nicotínica com demais aspectos sociodemográficos estudados. Há pouca literatura caracterizando dependência nicotínica com tais fatores, esta principalmente focada a fatores genéticos e psicossociais.

Hipótese 6: A dependência nicotínica moderada a alta estará relacionada a maior prevalência de transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e risco de suicídio).

A dependência nicotínica moderada/ alta na análise multivariada não houve significância estatística em nenhum dos transtornos avaliados. Tais resultados são compatíveis com a literatura, onde se encontra relação com depressão, porém resultados pouco conclusivos com relação aos transtornos de ansiedade.

Um dos pontos fortes do nosso trabalho foi analisar além da prevalência do tabagismo e da dependência nicotínica em uma população de jovens que foram mães na adolescência, analisar fatores associados como sociodemográficos, bastante estudados, e transtornos psiquiátricos, fator ainda carente de estudos nessa população. Ainda assim, a presente tese traz uma importante contribuição epidemiológica, ao utilizar uma amostra populacional de tamanho suficientemente grande para determinar fatores preditores de tabagismo e dependência nicotínica com relação a transtornos psiquiátricos.

Finalmente, o quadro geral aqui relatado é alarmante. As prevalências de tabagismo e transtornos psiquiátricos, tais como transtorno depressivo maior, risco de suicídio, transtorno obsessivo compulsivo e outros transtornos de ansiedade, entre essas jovens mães em estado de fragilidade psicossocial é alta. Além disso, foi possível identificar uma tendência de associação entre transtorno depressivo maior e risco de suicídio com a dependência nicotínica moderada/alta nessas jovens, o que nos leva a atentar para a necessidade de mais estudos para um melhor entendimento. Espera-se que as informações aqui relatadas neste estudo sirvam para uma melhor compreensão das condições relacionadas aos transtornos psiquiátricos e ao comportamento tabágico nessa parcela vulnerável da população. Dessa forma, futuramente ser viável o planejamento e direcionamento adequado de recursos, visando o diagnóstico e tratamento precoce, ou, idealmente, a prevenção dessas condições.

ANEXOS

ANEXO A. ARTIGOS INCLÍDOS NA REVISÃO DE LITERATURA

ANEXO A1. TABAGISMO E A MULHER

Trabalho	Delineamento	Resultados
Prevalência de tabagismo no Brasil- Dados dos inquéritos epidemiológicos Coordenação de prevenção e de vigilância/INCA Brasil, 2004	Estudo Transversal	-16 Capitais Brasileiras -Período: de 2002 a 2003 -Prevalência de tabagismo em mulheres 22,9% (n=178) -Prevalência de tabagismo nas idades de 15 a 24 anos: 24,1% (18,4-29,7) -Prevalência de tabagismo com relação baixo nível de educação 33,1% (28,3;37,9)
Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes Maura C. Malcon, Ana Maria B Menezes e Moema Chatkin Brasil,2003	Estudo transversal	-10-19 anos -Mulheres e homens -N=1187 -Prevalência de tabagismo 12,1% (10,3;14%) -Fatores de risco: Idade ORde 28,7 (11,5;71,4); irmãos mais velhos fumantes OR de 2,4 (1,5;3,8) e baixa escolaridade OR de 3,5 (1,5; 8,0)
Tabagismo na coorte de nascimentos de 1982: da adolescência à vida	Estudo transversal	-Prevalência de tabagismo em três momentos: anos 1997, 2001 e 2005 n=2877 mulheres; taxa de adesão 76,8%,

<p>adulta, Pelotas, RS</p> <p>Ana Maria B Menezes, Gizele C Minten, Pedro C. Hallal, Cesar G Victória, Denise P Gigante, Fernando C Barros</p> <p>Brasil, 2008</p>		<p>78,9%, 69%, 77%</p> <p>-Prevalência de tabagismo nas mulheres adolescentes com idade de 15 anos em 1997: 9,3%</p> <p>-Prevalência de tabagismo nas mulheres adolescentes com idade de 19 anos em 2001: 27,5%</p> <p>- Prevalência de tabagismo nas mulheres a com idade de 23 anos em 2005:23,6 %</p> <p>-Fatores associados: baixa escolaridade, baixa renda familiar, fumo na gravidez</p>
<p>Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008</p> <p>Deborah Carvalho Malta, Erly Catarina Moura, Sara Araújo Silva, Patricia Pereira Vasconcelos de oliveira, Vera luiza da Costa e Silva</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>-N= 2000 entrevistados por capital</p> <p>-VIGITEL- questionários feitos por telefone</p> <p>-Adultos acima de 18 anos</p> <p>-Prevalência de tabagismo nas mulheres foi 12,4% no brasil, 17,5% em Porto Alegre</p>

Brasil, 2010		
<p>Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras , segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011</p> <p>Deborah Carvalho Malta, Betine Pinto Moehlecke, Naiza Nayla Bandeira de Sá, Renata Tiene de Carvlaho Youkata, Leonildo de Moura Ckari, Michele Gomes Campos da Luz, Regina Ivata tomier Bernat</p> <p>Brasil, 2013</p>	<p>Estudo transversal 2011</p>	<p>-n= 2000 entrevistados por capital</p> <p>-Regressão linear</p> <p>-redução da prevalência do tabagismo na idade de 35 a 54anos</p> <p>- Maiores quedas na região nordeste</p> <p>-Maior prevalência em pessoas com menor renda e menor escolaridade</p> <p>-Prevalências da região sul e sudeste são semelhantes entre homens e mulheres</p> <p>-As quedas da Prevalência do tabagismo tem estabilizado na região sul e sudeste</p> <p>- Esta estabilização pode estar ligada a influência de populações migrantes da europa, localização geográfica próxima o Uruguai onde a prevalência chega a aproximadamente 30% e ao fato do estado ser grande produtor de fumo</p>
<p>Tendência temporal de tabagismo em população urbana: um estudo de</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Tendência temporal da prevalência do tabagismo na cidade de Pelotas nos anos 2002 a 2010</p>

<p>base populacional no sul do brasil</p> <p>Josiane L Dias- Damé</p> <p>Juraci A César</p> <p>Suele Manjourany Silva</p> <p>Brasil, 2011</p>		<p>-Prevalência de tabagismo caiu de 28% em 2002 para 21% em 2010. Redução semelhante entre homens e mulheres</p> <p>-N= 15.136; acima de 20 anos;</p> <p>-Fatores de Risco: menor renda familiar</p> <p>- Prevalência nas mulheres foi de 18,5% nas mulheres em 2010</p> <p>-Aumento da prevalência de tabagismo na faixa etária de 40-49 anos</p>
<p>O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios</p> <p>Elisa Maria Siqueira Lombardi, Gustavo Faibchew Prado, Ubiratan de Paula Santos, Frederico Leon Arrabal Fernandes</p>	<p>Revisão de Literatura</p>	<p>- Aumento da prevalência ou menores taxas de redução em mulheres</p> <p>-Estratégias da ONU focadas nas mulheres</p> <p>-No mundo: meninas adolescentes com prevalência de 7%, 250 milhões de mulheres fumam no mundo;</p> <p>- Grande influência do marketing da indústria do tabaco</p> <p>-Fatores que induzem o tabaco: quanto mais precoce iniciação pior será processo de cessação; contato com a mãe fumante, amigos tabagistas; mulheres divorciadas; baixa renda e baixa escolaridade;</p> <p>-adolescentes mais predispostos a iniciação do tabaco pela formação da personalidade, baixa autoestima e depressão;</p>

	<p>-adolescentes gestantes com menos escolaridade tendem a ter fantasias de que o tabaco diminuem as dores do parto; medo de ganho ponderal, presente também em mulheres não grávidas.</p> <p>-Mulheres que trabalham e cuidam da casa podem fumar pela sensação de autonomia e de conquista do seu próprio espaço</p> <p>- Características da dependência nicotínica na mulher: ainda que controverso, mulheres apresentam mais dificuldade de parar de fumar; relacionado ao humor e ao afeto negativo; metabolização mais rápida da nicotina; consomem cigarros de forma diferente dos homens;</p> <p>- Agravos de saúde causados pelo cigarro: IAM, Neoplasias, etc.</p> <p>-Abordagem diferenciada para tratamento da cessação</p>
--	---

ANEXO A2- RELAÇÃO DO TABAGISMO COM DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Trabalho	Delineamento	Resultados
<p>Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos</p> <p>Regina de Cássia Rondina, Ricardo Gorayeb Clovis Botelho</p> <p>Brasil, 2003</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>- <u>Tabagismo e depressão maior</u>: Forte associação; nicotina atua em sistemas neuroquímicos; podem influenciar-se reciprocamente; fatores genéticos e psicossociais;</p> <p>-<u>Tabagismo e esquizofrenia</u>: maior prevalência de tabagismo; devido institucionalização, tédio e baixo controle dos impulsos; redução dos efeitos colaterais de medicações;</p> <p>-<u>Tabagismo e Ansiedade</u>: associação ainda não é consistente; TOC tem associação inversa; aumento da prevalência para agorafobia, transtorno do pânico e fobia simples já menor na ansiedade generalizada; Tabagismo pesado na adolescência parece ser risco para transtornos de ansiedade na vida adulta;</p>
<p>Características Psicológicas associadas ao comportamento de fumar</p>	<p>Revisão de Literatura</p>	<p>-Tabagismo pode estar relacionado ao neuroticismo, ainda contorveso; extrovertidos fumam mais; tédio e estresse desencadeiam o ato de fumar;</p>

<p>Regina de Cássia Rondina, Ricardo Gorayeb, Clovis Botelho</p> <p>Brasil, 2007</p>		<p>associação com o psiquismo é mais comprovada;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relação consistente entre tabagismo e depressão -Relação do tabagismo e transtornos de ansiedade dependem do tipo de transtorno de ansiedade -Tabagismo X TOC: baixa prevalência de tabagismo; devido estímulo orbito-frontal ; -Tabagismo X transtorno do pânico: pode ser um fator etiológico para o transtorno do pânico -Tabagismo X Esquizofrenia:aumento da prevalência; talvez se deva a institucionalização, tédio, impulsividade; melhora de alguns sintomas; -Tabagismo X Transtorno do déficit de atenção (TDH): aumento da prevalência; melhoras da cognição com a nicotina; tabagismo na gestação pode ser fator de risco de TDH na criança. - Tabagismo X álcool: aumenta o risco de alcoolismo em até 14 vezes
--	--	---

<p>Prevalência de Tabagismo em indivíduos com transtornos mentais graves, São Paulo, Brasil</p> <p>Lilian R C Ratto Paulo R Menezes André Gulinelli</p> <p>Brasil, 2007</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>-N=192</p> <p>-Na cidade de São Paulo</p> <p>- idade de 18 a 65 anos</p> <p>- Tratamento psiquiátrico no setor público de setembro a novembro de 1997</p> <p>-Prevalência de tabagismo de 59,9%</p> <p>-Fatores associados para tabagismo: sexo masculino, separado ou viúvo, uso irregular de neuroléptico, ter história de 10 ou mais internações psiquiátricas</p>
<p>Comorbid psychiatric disorders and nicotine dependence in adolescence</p> <p>Pamela C Griesler, Meichen Hu, Christine Schaffran, Denise B kande</p> <p>Chicago, Estados Unidos da America</p>	<p>Cooorte</p>	<p>-N=814</p> <p>-Adolescentes fumantes</p> <p>-Dependência nicotínica definida por três critérios</p> <p>- incidência de dependência nicotínica total 26,1%</p> <p>-Dependência nicotínica não esteve associada a transtornos de humor; esteve associada; transtorno de ansiedade esteve associada; influência bidirecional com relação a esquizofrenia</p> <p>- Outros fatores ligados a dependência</p>

		nicotínica total: início precoce, grande sensação de prazer a experimentação do tabaco, abuso e dependência de álcool ou drogas ilícitas, história de dependência nicotínica dos pais
<p>Contribution of parenteral psychopathology to offspring smoking and nicotine dependence in a genetically informative design</p> <p>Hong xian, Jeffrey F. Scherrer, Michele L Pergadia, Pamela A. F. Madden, Jilia D. Grant, Carolyn E. Sartor, Jon Randolph Haber, Theordore Jacob</p> <p>Sant louis, Estados Unidos da América, 2010</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>-N= 1.107 pais; filhos 1.919 9 de idades entre 12 a 32 anos; 1023 mães</p> <p>- Regressão logística para filhos fumarem baseados nos fatores psicossociais e dependência nicotínica nos pais</p> <p>- Uso do teste de dependência nicotínica de Fargeström</p> <p>- Experimentação de cigarros esteve ligada: depressão materna, fumo materno, dependência de álcool</p> <p>- Dependência nicotínica esteve ligada a distúrbios de conduta e conduta antissocial de ambos os pais.</p>

ANEXO B. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO BEBÊ



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



CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - BEBÊ

PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão convidando seu/sua filho(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar que o seu/sua filho(a) faça parte deste estudo, você terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados os dentes e a gengiva de seu/sua filho(a), assim como, será necessária a coleta de saliva dele(a) para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados de seu/sua filho(a) fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a identidade de seu/sua filho(a) permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de privacidade dele(a).

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma ao seu/sua filho(a), mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, se seu/sua filho(a) apresentar necessidade de tratamento odontológico será encaminhado à Faculdade de Odontologia, se assim desejar. Você é livre para recusar a participação de seu/sua filho(a) no estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Ciente

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, autorizo a participação de _____ na presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura do responsável pela criança:

Declaração de Responsabilidade do Entrevistador

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu consentimento para participação de seu/sua filho(a).

Entrevistador: _____

ANEXO C. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DA MÃE



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



CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃE

PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados seus dentes e sua gengiva, assim como, será necessária a coleta de saliva para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma, mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, as pessoas que forem diagnosticadas com algum transtorno mental serão procuradas por nossa equipe e encaminhados para atendimento especializado. Enquanto que os com necessidade de tratamento odontológico serão encaminhados à Faculdade de Odontologia, se assim desejarem. Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Participante

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.

Assinatura participante: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

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

Entrevistador: _____

ANEXO D. QUESTIONÁRIO DO BEBÊ, DA MÃE E DO PAI

1. Questionário n°: _____ criança
2. Nome: _____
3. Nome da mãe: _____
4. Nome do pai biológico: _____
5. Data de nascimento: ____/____/____
6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

ATENÇÃO: Os dados abaixo devem ser retirados da carteirinha da criança!

28. Peso ao nascer: _____ KG
29. Comprimento ao nascer: _____ CM
30. Peso atual: _____ KG
31. Comprimento atual: _____ CM
32. APGAR: ____/____/____
33. Perímetro cefálico: _____ CM
34. Quantas semanas de gravidez tu alcançou? _____

35. O bebê nasceu no tempo?

- (1) Sim (2) Não

36. A criança nasceu com alguma síndrome ou problema?

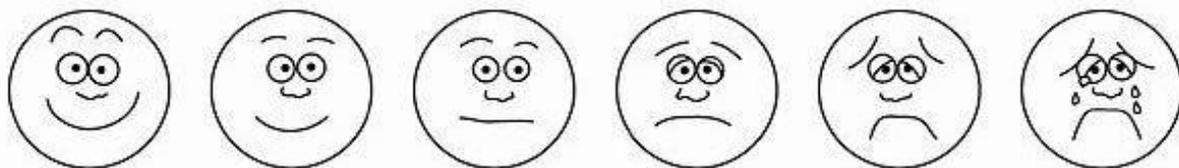
- (1) Sim (2) Não

37. Se sim, qual?

38. Seu parto foi:

- (0) normal (1) cesariana

39- Marque o quanto de dor você sentiu no parto:



1

2

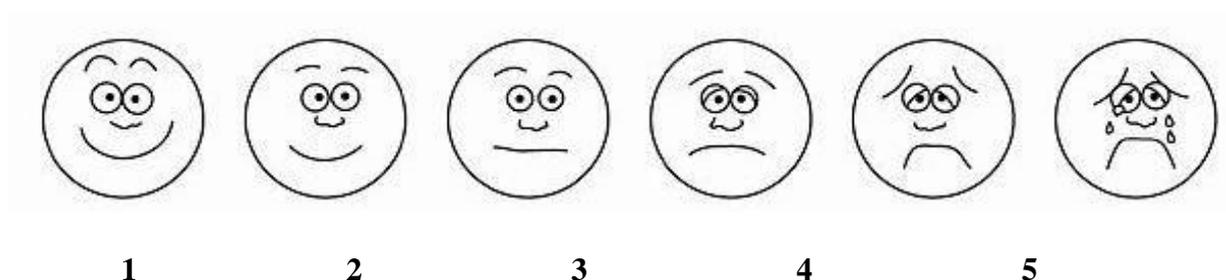
3

4

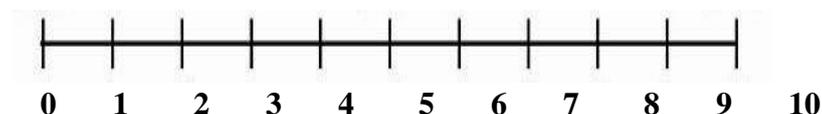
5

6

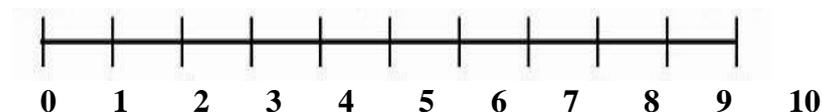
40- Marque o quão satisfeito você ficou com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no parto:



41- Marque o quanto você sentiu a situação sob controle durante o parto?



42- Marque o quanto você recomendaria o tipo de parto que tivestes?



43. Tu necessitou ficar na UTI após o parto em função da sua saúde?

(1) Sim (2) Não

44. A criança adoece com freqüência?

(1) Sim (2) Não (pular para a questão 47)

45. Se sim, quantas vezes ele ficou doente no último ano? _____

46. Se sim, quantas vezes ele ficou doente no último mês? _____

47. Ele teve algum desses problema de saúde nesse último ano:

a. Fezes líquidas

(1) sim (0) não

Se sim: quantas vezes ___

b. Desidratação, perda exagerada de água “murchinho”

(1) sim (0) não

Se sim: quantas vezes ___

c. Regurgitação e vômitos

(1) sim (0) não

Se sim: quantas vezes ___

d. Problemas de pele

(1) sim (0) não

Se sim: quantas vezes ___

e. Dor de ouvido

(1) sim (0) não

Se sim: quantas vezes ___

f. Problemas respiratórios agudos (gripe, bronqueolite, pneumonia)

(1) sim (0) não

Se sim: quantas vezes ___

g. Assaduras freqüentes

(1) sim (0) não

Se sim: quantas vezes ___

48. Durante esse tempo que ficou doente, ele (a) precisou usar medicação?

(1) Sim (2) Não

49. Fez ou faz uso de algum (s) medicamento(s) neste último ano?(1) Sim (2) Não (*pular para a questão 52*)**50. Se sim, quantas?** ___**51. Quais?****52. Seu filho(a) foi a quantas consultas médicas nestes primeiros anos?** _____**53. Houve necessidade de internação alguma vez?**(1) Sim (2) Não (*pular para a questão 55*)**66. AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER UM POUCO SOBRE AS VACINAS QUE FORAM DADAS A SEU/SUA FILHO(A), DESDE O NASCIMENTO DELE(A). PARA ISSO, PRECISAMOS DA CAREIRINHA DE VACINAÇÃO DELE(A), CONFORME PEDIDO POR NOSSA EQUIPE QUANDO AGENDADA A ENTREVISTA.**(0) Não tem a carteira de vacinação(*pular para a questão 67*) (1) Tem a carteira de vacinação**BCG-ID (dose única)**(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita Data dose: ___ / ___ / _____**Hepatite B**(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1ª dose: ___ / ___ / _____(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 2ª dose: ___ / ___ / _____(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 3ª dose: ___ / ___ / _____**Tetraivalente (DTP + Hib) (difteria, coqueluche e tétano)**

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 2ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 3ª dose: ____ / ____ / ____

Vacina oral poliomelite (VOP)

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 2ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 3ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita Reforço: ____ / ____ / ____

Vacina oral de Rotavirus Humano (VORH)

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 2ª dose: ____ / ____ / ____

Vacina pneumocócica 10 (conjugada)

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 2ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 3ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita Reforço: ____ / ____ / ____

Vacina Meningocócica C (conjugada)

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 2ª dose: ____ / ____ / ____

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita Reforço: ____ / ____ / ____

Febre amarela (não obrigatória)

(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1ª dose: ____ / ____ / ____

Tríplice viral (SCR) (sarampo, caxumba e rubéola)(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1ª dose: ____ / ____ / ____(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 2ª dose: ____ / ____ / ____**Tríplice bacteriana (DTP)**(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 1º reforço: ____ / ____ / ____(0) a vacina **não** foi feita (1) a vacina foi feita 2º reforço: ____ / ____ / ____

67. AINDA DE ACORDO COM A CARTEIRINHA DE SEU/SUA FILHO(A), PRECISAMOS DOS DADOS DE PESO, COMPRIMENTO E PERÍMETRO CEFÁLICO MEDIDOS NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA.

(0) **Não** foi à consulta neste período (1) Foi a consulta neste período

Nascimento: Data: ____ / ____ / ____

Peso:
____, ____ kgComprimento:
____, ____ cmPerímetro Cefálico
____, ____ cm(0) **Não** foi à consulta neste período (1) Foi a consulta neste período

1º mês: Data: ____ / ____ / ____

Peso:
____, ____ kgComprimento:
____, ____ cmPerímetro Cefálico
____, ____ cm(0) **Não** foi à consulta neste período (1) Foi a consulta neste período

3º mês: Data: ____ / ____ / ____

Peso:
____, ____ kgComprimento:
____, ____ cmPerímetro Cefálico
____, ____ cm(0) **Não** foi à consulta neste período (1) Foi a consulta neste período

6º mês: Data: ____ / ____ / ____

Peso:
____, ____ kgComprimento:
____, ____ cmPerímetro Cefálico
____, ____ cm

(0) Não foi à consulta neste período (1) Foi a consulta neste período		
1º ano: Data: ____ / ____ / _____		
Peso: ____, ____ kg	Comprimento: ____, ____ cm	Perímetro Cefálico ____, ____ cm
(0) Não foi à consulta neste período (1) Foi a consulta neste período		
2º ano: Data: ____ / ____ / _____		
Peso: ____, ____ kg	Comprimento: ____, ____ cm	Perímetro Cefálico ____, ____ cm
(0) Não foi à consulta neste período (1) Foi a consulta neste período		
Atual: Data: ____ / ____ / _____		
Peso: ____, ____ kg	Comprimento: ____, ____ cm	Perímetro Cefálico ____, ____ cm

ANEXO B. QUESTIONÁRIO DO PAI E DO COMPANHEIRO

1. Qual a sua idade? ___ anos

2. Qual o seu estado civil?

- (0) Solteiro (1) Casado/vive companheira
Separado ou divorciado (3) Viúva

4. Na tua casa tem:

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

5. Qual a escolaridade do chefe da

família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

- (0) Analfabeto/ Primário incompleto
(1) Primário completo / Ginásial incompleto
(2) Ginásial completo / Colegial incompleto
(4) Colegial completo / Superior incompleto
(8) Superior completo

6. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

7. Com relação a sua ocupação você:

SE SIM:

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

SE NÃO:

- (3) está desempregado
(4) é aposentado ou encostado
(6) é estudante
(2) é dono-de-casa

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

9. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? ___ pessoas

21. Você faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

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

22. Você toma ou tomou remédio para problemas psicológicos/psiquiátricos?(0) não, nunca tomou (*pula para a 24*) (1) tomou, mas atualmente não toma (2) toma atualmente**23. 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
(12) Outro. Qual? _____**24. Você esta fazendo uso crônico (mínimo 7 dias) de algumas destas medicações listadas abaixo (anti-inflamatórios)?**

(88) Não

(01) Diclofenaco (voltaren ou cataflan) (02) Aspirina ou AAS (03) dexametasona (decadron)
(04) Predinisona (predsin, metcorten) (05) Ibuprofeno (06) Paracetamol
(09) Celecoxib (10) Outro. Qual? _____**25. Alguma vez você foi internado por problemas psicológicos/psiquiátricos?**

(0) não (1) sim

26. Algum(s) de seus familiares sofre ou sofreu por problemas psicológicos/psiquiátricos?(0) não (*pule para questão 30*) (1) sim, sofre (2) sim, já sofreu, mas não atualmente**27. 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? _____**28. Algum(s) de seus familiares faz/fez tratamento psicológico ou psiquiátrico ou faz/fez uso de medicação por estes problemas?**

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

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

(0) Não (1) Não sei (2) Sim

AGORA, VAMOS CONVERSAR SOBRE O USO DE CIGARRO E OUTRAS DROGAS (*auto aplicado*)**30. Na tua vida, tu já usou bebida(s) alcoólica(s)?**(0) Não (*pular para a questão 38*) (1) Sim**31. Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou bebida(s) alcoólica(s)?**(0) Nunca
(1) 1 ou 2 vezes

- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase todo dia

32. Durante os últimos três meses, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir bebida alcoólica(s)?

- (0) Nunca (*pule para a questão 37*)
- (1) 1 ou 2 vezes
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase todo dia

33. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de bebida(s) alcoólica(s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

- (0) Nunca
- (1) 1 ou 2 vezes
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase todo dia

34. Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso de bebida(s) alcoólica(s) tu deixas de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti?

- (0) Nunca
- (1) 1 ou 2 vezes
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase todo dia

35. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso de bebida alcoólica(s)?

- (0) Não, nunca
- (1) Sim, mas não nos últimos três meses
- (2) Sim, nos últimos três meses

36. Alguma vez tu já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de bebida(s) alcoólica(s)?

- (0) Não, nunca
- (1) Sim, mas não nos últimos três meses
- (2) Sim, nos últimos três meses

37. Com que idade (em anos) tu experimentaste alguma bebida alcoólica pela primeira vez? ___ anos

38. Você fuma cigarros atualmente?

- (0) Não, nunca fumei. (*pule para questão 46*)
- (1) Não, fumei no passado, mas parei de fumar. (*pule para questão 46*)
- (2) Sim.

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

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

40. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- (1) Dentro de 5 minutos
- (2) Entre 6-30 minutos
- (3) Entre 31-60 minutos
- (4) Após 60 minutos
- (5) Não fuma

41. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?

- (0) Não
- (1) Sim

42. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

- (1) O primeiro da manhã
- (2) Outros
- (3) Nenhum

43. Em média, quantos cigarros você fuma por dia?

- (1) Menos de 10
- (2) De 11 a 20
- (3) De 21 a 30
- (4) Mais de 31
- (5) Não fuma

44. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

- (1) Sim
- (0) Não

45. Você fuma mesmo doente?

- (0) Não
- (1) Sim

46. Quantas pessoas, que moram na sua casa, fumam? ___ __ pessoas

47. No último mês, tu usaste alguma destas coisas que vou lhe dizer:

- | | | |
|---|---------|---------|
| 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 |

ANEXO C.QUESTIONÁRIO MÃE

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
 (4) Colegial completo / Superior incompleto
 (8) Superior completo

4. Na tua casa tem:

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

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

- (0) Analfabeto/ Primário incompleto
 (1) Primário completo / Ginásial incompleto
 (2) Ginásial completo / Colegial

incompleto

- (4) Colegial completo / Superior incompleto
 (8) Superior completo

6. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

7. 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

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

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

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

26. Você faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

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

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

- (0) não, nunca tomou (*pula para a 29*) (1) tomou, mas atualmente não toma (2) toma atualmente

28. 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
 (12) Outro. Qual? _____

29. Você está fazendo uso crônico (mínimo 7 dias) de algumas destas medicações listadas abaixo (anti-inflamatórios)?

- (88) Não
 (01) Diclofenaco (voltaren ou cataflan) (02) Aspirina ou AAS (03) dexametasona (decadron)
 (04) Predinisona (predsin, metcorten) (05) Ibuprofeno (06) Paracetamol
 (09) Celecoxib (10) Outro. Qual? _____

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

- (0) não (1) sim

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

- (0) não (*pule para questão 35*) (1) sim, sofre (2) sim, já sofreu, mas não atualmente

32. 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? _____

33. Algum(s) de seus familiares faz/fez tratamento psicológico ou psiquiátrico ou faz/fez uso de medicação por esses problemas?

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

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

- (0) Não (1) Não sei (2) Sim

AGORA, VAMOS CONVERSAR SOBRE O USO DE CIGARRO E OUTRAS DROGAS (autoaplicado)**35. Na tua vida, tu já usou bebida(s) alcoólica(s)?**

- (0) Não (*pular para a questão 43*) (1) Sim

36. Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou bebida(s) alcoólica(s)?

- (0) Nunca
 (1) 1 ou 2 vezes
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Diariamente ou quase todo dia

37. Durante os últimos três meses, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir bebida(s) alcoólica(s)?

alcoólica(s)?

- (0) Nunca (*pular para a questão 42*)
- (1) 1 ou 2 vezes
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase todo dia

38. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de bebida(s) alcoólica(s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

- (0) Nunca
- (1) 1 ou 2 vezes
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase todo dia

39. Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso de bebida(s) alcoólica(s) tu deixas de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti?

- (0) Nunca
- (1) 1 ou 2 vezes
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase todo dia

40. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso de bebida(s) alcoólica(s)?

- (0) Não, nunca
- (1) Sim, mas não nos últimos três meses
- (2) Sim, nos últimos três meses

41. Alguma vez tu já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de bebida(s) alcoólica(s)?

- (0) Não, nunca
- (1) Sim, mas não nos últimos três meses
- (2) Sim, nos últimos três meses

42. Com que idade (em anos) tu experimentaste alguma bebida alcoólica pela primeira vez? ___ __ anos**43. Você fuma cigarros atualmente?**

- (3) Não, nunca fumei. (*pule para questão 52*)
- (4) Não, fumei no passado, mas parei de fumar.
- (5) Sim.

44. Você fumou durante a gravidez do (nome da criança que participou da pesquisa)?

- (0) Não
- (1) Sim

Obs: independente da resposta da questão 44, prossiga apenas se a entrevistada fuma atualmente, caso contrário: (pule para questão 52).

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

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

46. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- (1) Dentro de 5 minutos
- (2) Entre 6-30 minutos
- (3) Entre 31-60 minutos
- (4) Após 60 minutos
- (5) Não fuma

47. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?

- (0) Não
- (1) Sim

48. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

- (1) O primeiro da manhã
- (2) Outros
- (3) Nenhum

49. Em média, quantos cigarros você fuma por dia?

- (1) Menos de 10
- (2) De 11 a 20
- (3) De 21 a 30
- (4) Mais de 31
- (5) Não fuma

50. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- (1) Sim
- (0) Não

51. Você fuma mesmo doente?

- (0) Não
- (1) Sim

52. Quantas pessoas, que moram na sua casa, fumam? ___ pessoas

53. No último mês, tu usaste alguma destas coisas que vou lhe dizer:

- | | |
|---|-----------------|
| 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 |

