

Renata Aver Bretanha Ribeiro

Maus-tratos infantis associado à sintomatologia
depressiva durante a gestação em adolescentes residentes
na zona urbana da cidade de Pelotas/RS

Universidade Católica de Pelotas
Pelotas, fevereiro de 2011

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte deste trabalho.

Em especial, ao professor Ricardo Pinheiro, meu orientador, que acreditou em meu trabalho, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional.

Ao professor Luciano Souza e a amiga Luciana Quevedo pela ajuda e força que me deram nesta caminhada.

Á Roberta Canez por estar sempre disposta a ajudar quando precisei.

Agradecer também todos os bolsistas que dedicaram seu tempo para a coleta de dados, se não fosse por eles esse estudo não seria possível.

Ás minhas amigas e amigos que me deram força e souberam respeitar minha ausência, em especial o Marcelo que muito escutou minhas queixas e a Shana que me ajudou na busca de artigos.

Não poderia me esquecer da minha querida mãe que foi extremamente importante para a conclusão deste trabalho, minha irmã que me estimulou desde o início a concluir esta etapa da minha vida e meu pai que sempre me passou o valor que o estudo tem.

A todas as gestantes que atendi nesta pesquisa que me fizeram pensar diferente sobre muitas coisas e contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

A todos que sempre me apoiaram nas minhas decisões e me estimularam a seguir buscando coisas novas.

Ao meu filho Lucas que me faz muito feliz.

Renata Aver Bretanha Ribeiro

Maus-tratos infantis associado à sintomatologia
depressiva durante a gestação em adolescentes residentes
na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

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

Universidade Católica de Pelotas
Pelotas, Agosto de 2009

Sumário:

| | |
|---|----|
| I. Identificação | 5 |
| 1.1 Título..... | 5 |
| 1.2 Mestranda..... | 5 |
| 1.3 Orientador..... | 5 |
| 1.4 Instituição..... | 5 |
| 1.5 Linha de pesquisa..... | 5 |
| 1.6 Data..... | 5 |
| II. Delimitação do Problema | 6 |
| 2.1 Introdução..... | 6 |
| 2.2 Objetivos..... | 7 |
| 2.3 Hipóteses..... | 7 |
| III. Revisão de Literatura | 8 |
| 3.1 Estratégias de busca..... | 13 |
| IV. Métodos | 13 |
| 4.1 Delineamento..... | 13 |
| 4.2 Amostra..... | 13 |
| 4.2.1 Cálculo da amostra..... | 14 |
| 4.3 Instrumentos..... | 14 |
| 4.4 Definições das variáveis..... | 15 |
| 4.5 Pessoal envolvido..... | 15 |
| 4.6 Estudo-piloto..... | 15 |
| 4.7 Logística..... | 15 |
| 4.8 Controle de Qualidade..... | 16 |
| 4.9 Processamento e análise dos dados..... | 16 |
| 4.10 Divulgação dos Resultados..... | 16 |
| 4.11 Considerações éticas..... | 17 |
| 4.12 Cronograma..... | 17 |
| 4.13 Orçamento..... | 17 |
| V. Referências | 18 |
| VI. Anexos | 21 |
| ANEXO A – Questionário..... | 21 |
| ANEXO B – Questionário Sobre Trauma na Infância (QUESI)..... | 23 |
| ANEXO C– Inventário de Depressão de Beck (BDI)..... | 25 |
| ANEXO D – Consentimento Livre e Esclarecido para a Adolescente..... | 27 |
| ANEXO E – Consentimento Livre e Esclarecido para o Responsável..... | 29 |

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Maus-tratos infantis associado à sintomatologia depressiva durante a gestação em adolescentes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

1.2. Mestranda: Renata Aver Bretanha Ribeiro

1.3. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

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

1.5. Linha de Pesquisa: Depressão Pós-Parto.

1.6. Data: Agosto de 2009.

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução:

A infância é uma fase extremamente importante para o desenvolvimento humano. Neste momento, a criança começa a compreender o mundo que a rodeia e estabelece as primeiras relações de vínculo, principalmente com seus responsáveis. Experiências traumáticas neste período podem ter um grande prejuízo à saúde mental e gerar danos neuropsicológicos em etapas posteriores do desenvolvimento¹.

O impacto que tal experiência tem sobre a vítima dos maus-tratos não pode ser generalizado, pois depende do tipo e do tempo em que este se manteve. Entretanto, algumas conseqüências parecem ser comum às diferentes formas de manifestação, incluindo danos físicos, cognitivos, psicossociais, comportamentais e neurológicos¹⁻⁵.

Em vista disso, os maus-tratos infantis vêm sendo investigado por muitos pesquisadores, os quais tentam especificar os efeitos destes atos ao desenvolvimento humano. As experiências infantis de maus-tratos variam muito na sua manifestação, que vão desde a privação de alimentos, roupas, abrigo e amor parental, até incidentes nos quais a criança é fisicamente maltratada ou abusada sexualmente por um adulto, podendo até levar ao óbito⁵. Entretanto, definir o que se considera maus-tratos infantis não é uma tarefa fácil, são muitos os conceitos existentes e não há um consenso, mas a definição elaborada por Bringiotti⁶ parece ser bem utilizada em alguns estudos nacionais:

- Mau-trato físico: ação não acidental por parte dos pais/cuidadores que provoque dano físico ou enfermidade ou coloque a criança em risco de vida por meio de golpes, queimaduras, mordidas humanas, cortes ou asfixia, implicando, por vezes, fraturas, inclusive de crânio, feridas, machucados ou hematomas, ou em lesões internas;

- Abandono físico: situações em que as necessidades físicas básicas da criança (alimentação, higiene, vestimenta, proteção e vigilância em situações potencialmente perigosas ou em que há demanda de cuidados médicos) não são atendidas temporal ou permanentemente por nenhum membro do grupo com quem a criança vive;

- Mau-trato emocional: hostilidade verbal crônica, insultos, depreciação/desvalorização ou críticas excessivas, intimidação ou ameaças de abandono, condutas ambivalentes e imprevisíveis ou situações ambíguas na comunicação, isolamento (impedindo a criança de participar de atividades com os pares), bloqueio das iniciativas infantis de contato (rechaço das iniciativas de apego e/ou exclusão das atividades familiares) ou de autonomia, por parte de qualquer membro adulto do grupo familiar;

- Abandono emocional: falta persistente de respostas às expressões emocionais e condutas de proximidade/interação iniciadas pela criança, ausência de iniciativa de interação e contato por parte de alguma figura adulta estável, renúncia por parte dos adultos em assumir as responsabilidades parentais em todos os aspectos.

- Abuso sexual: todo ato, jogo ou relação sexual, hétero ou homossexual, com ou sem contato físico, envolvendo uma ou mais crianças/adolescentes e um ou mais adultos – familiar ou tutor –, com a finalidade de estimular prazer no(s) adulto(s).

Além das seqüelas citadas anteriormente, esta experiência traumática, em especial o abuso sexual, se mostra estreitamente relacionada com a ocorrência de gravidez na adolescência⁷. Por outro lado, mães adolescentes têm maior risco de

desenvolverem algum tipo de transtorno psiquiátrico, entre eles, a depressão^{8,9}. Portanto, é importante buscar fatores que predispõe a este desfecho, em vista de todos os danos que a depressão gestacional pode causar na mãe e no bebê¹¹.

Os maus-tratos infantis também têm sido associados à ocorrência de depressão durante a gestação em outros grupos etários além da adolescência¹⁰. Há relatos na literatura que a violência doméstica é considerada fator de risco para o desenvolvimento de depressão durante a gestação¹¹. Sendo a gravidez na adolescência considerada risco para o desenvolvimento de depressão, estudos epidemiológicos têm contribuído de forma significativa para melhor compreensão dos elos entre fatores do ambiente social e a origem e o curso dos transtornos mentais. Entre os fatores de risco encontrados, grande parte deles estavam associados à pobreza, como, por exemplo, baixa renda, desemprego, dificuldades financeiras e baixa escolaridade. Ser solteira ou divorciada, ter história de violência durante a infância, antecedentes psiquiátricos, eventos estressantes e carência de suporte social também foram associados à depressão gestacional¹¹.

É evidente que a experiência de maus-tratos na infância deixa marcas em seu desenvolvimento, com danos que podem persistir por toda vida. Sua detecção precoce possibilita o tratamento e acompanhamento adequados, com a minimização das seqüelas. Todas as distorções de relacionamento necessitam ser avaliadas e tratadas, para que se interrompa sua continuidade, evitando o abuso intergeracional passado de mãe para filho e a possibilidade de revitimização¹³.

O objetivo deste estudo é verificar se os maus-tratos ocorridos durante a infância estão relacionados à sintomatologia depressiva durante a gestação na adolescência, na cidade de Pelotas, sul do Brasil. Compreender esta relação pode ajudar na busca de intervenções para esta população com objetivo de minimizar as seqüelas dos eventos traumáticos vividos na infância contribuindo para uma melhora da qualidade de vida destas adolescentes, além de colaborar com uma melhor assistência das jovens pelos órgãos responsáveis.

2.2 Objetivos:

Primário:

- Analisar a associação entre maus-tratos sofridos durante a infância e a depressão gestacional em adolescentes de Pelotas e investigar possíveis fatores associados.

2.3 Hipóteses:

- A prevalência de sintomas depressivos em gestantes adolescentes será de 21%.
- A prevalência de maus-tratos sofridos durante a infância será de 20%.
- As adolescentes que sofreram mais maus-tratos durante a infância se mostrarão mais deprimidas em comparação com as não-maltratadas.

III. REVISÃO DE LITERATURA

Situações traumáticas durante as fases iniciais do desenvolvimento têm causado um grande impacto à evolução das crianças. Estudos têm evidenciado grandes prejuízos neurobiológicos, o qual tem potencial para gerar mudanças duradouras no desenvolvimento cerebral. Estes prejuízos podem desempenhar um papel significativo no surgimento de distúrbios psiquiátricos durante o desenvolvimento¹⁴.

Apesar do conhecimento sobre alguns dos danos gerados por tal experiência, a magnitude deste problema ainda não é devidamente dimensionada¹⁵. A prevalência com que este evento ocorre é difícil de ser notificada, porém um estudo realizado por Faleiros e col. tentou estimar este dado. Foi encontrada uma prevalência de 5,7% de maus-tratos infantis numa população de crianças entre 0 a 10 anos na cidade de Ribeirão Preto, SP¹⁶. Ainda neste mesmo estudo, estes dados foram comparados com os registros do Conselho Tutelar da cidade que encontraram uma taxa de 0,3%, o que significa que este problema é subnotificado pelas autoridades competentes mascarando a real situação de violência contra crianças.

Em vista da frequência desta situação na nossa sociedade, pesquisadores tem se dedicado a avaliar os efeitos que estas experiências causam a saúde mental das vítimas. As seqüelas a curto e longo prazo destes atos ainda precisam ser melhor investigadas. Há evidências de que crianças maltratadas têm mais risco de desenvolver depressão na adolescência quando comparadas as que não foram vítimas de maus-tratos, além de apresentarem outros comprometimentos¹⁷.

A adolescência parece ser uma fase particularmente importante para o estudo do transtorno depressivo¹⁸ sendo a gravidez um fator de risco para o seu desenvolvimento nessa fase da vida¹¹. Mitsuhiro em sua amostra de 1000 adolescentes grávidas encontrou uma prevalência de 12,9% de sintomas depressivos. Existe uma evidência muito forte da relação da gravidez precoce com a sintomatologia depressiva, resta saber quais são os fatores de risco associados que predispõe este desfecho¹⁹.

Conforme estudo realizado por Caputo e colaboradores, na cidade de Marília, SP, evidenciou-se que sintomas de depressão são mais frequentes em adolescentes primigestas (13%) em comparação com as adolescentes não grávidas (4,5%)⁸. Outro estudo realizado por Freitas a prevalência de depressão de gestantes também foi maior do que as não-gestantes, 26,3% e 13,6%, respectivamente⁹.

Quando se verifica a presença de maus-tratos durante a infância em adolescentes gestantes, a prevalência de depressão na gestação vai para 20,8%, o que mostrou um estudo realizado por Freitas, na cidade de Campinas, SP, em uma amostra de 120 gestantes. Eles encontraram uma prevalência de 41,6% de abuso físico e 15,8% de abuso sexual, porém os autores não apontam se estes dados se mostraram significativamente relacionados a ocorrência de depressão nesta população²⁰.

Alguns estudos apontam que mulheres que apresentam história de maus-tratos durante a infância se mostram mais propensas a desenvolverem algum tipo de transtorno psíquico, principalmente a depressão. No entanto, não existem pesquisas de base populacional direcionadas a este respeito quando se trata de gestantes adolescentes^{10,21}.

Gilson e Lancaster realizaram um estudo que buscou avaliar maus-tratos infantis na infância com depressão em gestantes adolescentes. Os resultados não foram significativos, porém a amostra era muito pequena²².

Identificar os fatores que podem aumentar a vulnerabilidade à depressão nesta fase de evolução é de suma importância. Efeitos psicológicos dos maus-tratos podem ser devastadores, e os problemas decorrentes dos maus-tratos podem persistir na vida adulta. Em vista de todos estes prejuízos que os maus-tratos infantis e a gravidez precoce geram na vida da adolescente, é importante investigar outros fatores que estão associados a estes desfechos. Sob esse prisma, muitas são as lacunas que precisam ser compreendidas. São poucos os trabalhos que se debruçam em amostras comunitárias brasileiras e que buscam compreender os fatores que subjazem esse fenômeno.

| Autor, ano e país | População estudada | Instrumentos utilizados | Metodologia | Resultados encontrados | Limitações |
|---|---|--|---|---|---|
| Gibson e Lancaster 2008 Austrália | 79 gestantes na primeira gravidez. Idade 13-19 anos | EPDS, HAD | Estudo do tipo coorte, com objetivo de avaliar se o abuso infantil contribui para a sintomatologia depressiva e ansiosa durante a gestação e o pós-parto. As adolescentes foram recrutadas em um ambulatório de mulheres jovens num hospital público. | A prevalência de abuso físico antes dos 16 anos foi de 20,5% e de abuso sexual foi de 9%. O abuso físico e sexual foi relacionado com ansiedade e depressão somente no pós-parto. Depressão gestacional foi de 22,8%. 6 semanas no pós-parto foi 12,8% e 17,8% após 6 meses. | Amostra pequena. A amostra foi com gestantes de apenas um hospital. Não se utilizou teste padronizado para avaliar abuso. |
| MARY I. BENEDICT et al. 1999 USA | 357 primíparas de 18 anos ou mais. | Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Life Events Questionnaire (LEQ) e Conflict Tactics Scale (CTS). | Estudo de coorte, com 2 objetivos: (1) investigar a associação de abuso sexual antes dos 18 anos com a sintomatologia depressiva na gravidez, controlando eventos negativos de suas vidas, (2) investigar a associação de alguns resultados da gravidez (trabalho de parto, alguns fatores, peso ao nascer e idade gestacional) com ter sido abusada sexualmente antes dos 18 anos. As gestantes foram entrevistadas entre a 28 e | 37% responderam terem sido abusadas sexualmente antes dos 18 anos. A prevalência foi associada com nível educacional, se mostraram mais deprimidas do que as não-abusadas e mais eventos negativos em suas vidas. Abuso verbal e físico antes e durante a gravidez também se mostrou relacionados com a sintomatologia depressiva. Não houve relação significativa de abuso sexual e trabalho de parto, variáveis do parto e com o recém, nascido. Abuso sexual e depressão | Fizeram parte do estudo somente adolescentes negras, o que dificulta a generalização a outras raças. No artigo não é relatado à idade máxima das mulheres que fizeram parte da amostra. |

| | | | | | |
|---|----------------------------------|--|---|--|--|
| | | | 32 semanas gestacional. Foram recrutadas em 2 clínicas de hospitais universitários. | p=0,006 | |
| Ariel J. Lang et al Califórnia 2006 | 44 gestantes De 18 anos ou mais. | Childhood Trauma Questionnaire – CTQ. State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory-II, 10-item Aggression subscale of the Marital Satisfaction Inventory Revised, para avaliar o uso de álcool TWEAK, e uso de drogas 10-item Drug Abuse Screening Test. | Estudo do tipo coorte, objetivando Investigar a associação entre maus-tratos durante a infância e psicopatologia e agressão no relacionamento íntimo durante a gestação e no período pós-parto. Foram recrutadas gestantes, no 1º. trimestre, que freqüentaram uma clinica obstétrica foram convidadas a participar do estudo. Foram realizadas dois contatos com a gestante, uma no 1º. Trimestre e outra aproximadamente um ano depois do nascimento do bebê. | Abuso sexual está associado com depressão e ansiedade e negligência emocional se mostraram relacionados com ansiedade na gestação. Negligência emocional e abuso físico predispõe piores resultados 1 ano após o parto. Contrariando as expectativas dos pesquisadores, abuso físico está relacionado com menos agressão durante a gestação e abuso emocional esta relacionado com menos patologia no pós-parto. | A amostra é pequena, 12 gestantes foram perdidas durante a pesquisa. Segundo os autores, as gestantes que entraram para a pesquisa, provavelmente, estão mais preocupadas com a sua saúde e a do bebê. |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| <p>Gisleine V. S. Freitas, et al 2002 Piracicaba, SP.</p> | <p>120 adolescente s grávidas de 14 a 18 anos. 40 gestantes de cada trimestre da gestação.</p> | <p>Utilizaram-se a Entrevista Clínica Estrutura da edição revisada (CIS-R), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e a Escala de Ideação Suicida de Beck.</p> | <p>Estudo do tipo transversal. Com objetivo de determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas e verificar associações entre ideação suicida e variáveis psicossociais.</p> | <p>Foram encontrados 23,3% casos de ansiedade, 20,8% de depressão e 16,7% de ideação suicida. Não houve diferenças nesses quadros nos trimestres gestacionais. O grupo se mostrou heterogêneo quanto a saúde mental. Abuso físico 41,6% e 15,8% abuso sexual.</p> | <p>Os tipos de abuso não são identificados em que momento da vida este ocorreu. E os pesquisadores não utilizaram testes padronizados para este fim. População de uma única classe social. Não tiveram um grupo controla.</p> |
|---|--|---|---|---|---|

3.1 Estratégia de busca:

- **Pubmed- busca realizada por palavras:**
 - 1- Pregnancy in Adolescente: 5669 e 522 de revisão.
 - 2- Child Abuse: 27978 e 3301 de revisão.
 - 3- Pregnancy in Adolescence and Domestic Violence and Child Abuse, Sexual or Child Abuse: 54 e 8 de revisão.
 - 4- Pregnancy and Adolescent and Abuse Child and Risk: 109 e 11 de revisão.
 - 5- Child Abuse and Disease and Mental Disorders: 32 e 1 de revisão.
 - 6- Child Abuse and Mental Disorders and Adolescent and Pregnancy: 106 e 12 de revisão.

- **SCIELO- busca realizada por palavras**
 - 1- Maus-tratos or Abuso: 352
 - 2- Maus-tratos or Abuso and Infância: 37
 - 3- Depressão: 940
 - 4- Depressão and adolescência: 27
 - 5- Gravidez na Adolescência: 77
 - 6- Gravidez na Adolescência and Depressão: 2
 - 7- Depressão or Depressão gestacional and maus-tratos or abuso: 31

- **LILACS- busca realizada por palavras**
 - 1- Gravidez na adolescência: 2361
 - 2- Gravidez na adolescência and abuso or violência or maus-tratos: 76
 - 3- Gravidez and Adolescência and Violência Doméstica: 13
 - 4- Maus-tratos or abuso: 6866
 - 5- Maus-tratos or abuso and infância: 219
 - 6- Maus-tratos or abuso and infância and prevalência: 24

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

IV. MÉTODOS

4.1 Delineamento:

Trata-se de um estudo do tipo transversal, o qual está aninhado a um estudo maior intitulado Intervenção Psicológica para Prevenção da Depressão Gestacional e do Pós-parto em Adolescentes: Ensaio Clínico Randomizado.

4.2 Amostra:

A amostra deste estudo será constituída por gestantes adolescentes, entre 12 a 19 anos de idade, residentes na zona urbana de Pelotas. As adolescentes serão identificadas

através do Programa SIS Pré-Natal da Secretaria de Saúde do Município, o qual abrange 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 3 maternidade que realizam pré-natal pelo SUS.

Os critérios de exclusão são adolescentes com mais de 19 anos de idade e não residir na zona urbana de Pelotas.

A coleta iniciou em outubro de 2008 e está prevista até outubro de 2010. No presente momento, a amostra já compreende em 280 gestantes e tem como objetivo alcançar 800 gestantes.

4.2.1 Cálculo da amostra:

Tabela 3: Cálculo Amostral

| Depressão gestacional na adolescência para as expostas* | Proporção de não expostos/ Expostos | Depressão gestacional para as não expostas** | N da amostra | + 20% para perdas e recusas |
|--|--|---|---------------------|------------------------------------|
| 23% | 2/1 | 12% | 444 | 533 |

* Dado baseado ao encontrado na literatura²².

**Dados baseado ao encontrado na literatura⁸.

Na revisão de literatura foi encontrada uma prevalência de 23% de depressão durante a gestação para aquelas adolescentes que sofreram maus-tratos infantis. Porém para as gestantes adolescentes que não sofreram maus-tratos na infância a prevalência cai para 12%. Utilizando estes dados, juntamente com o nível de significância de 95% e um poder de associação de 80% a amostra necessária para este estudo é de 444, com mais 20% de possíveis recusas ela passa para 533 mães adolescentes.

4.3 Instrumentos:

Os instrumentos utilizados neste estudo serão: um questionário composto por variáveis relacionadas a condições econômicas, demográficas, comportamento de risco, tais como, uso de drogas, tabaco e álcool e dois instrumentos validados denominados QUESI e BDI.

O Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) é um instrumento traduzido para o português e tem validação de conteúdo para a nossa população, o qual foi realizada por Grassi-Oliveira et al²³, originado de uma versão em inglês denominado *Childhood Trauma Questionnaire*, elaborado por Bernstein et al²⁴. Destinado a adolescentes maiores de 12 anos de idade e adultos, este instrumento é auto-aplicável e contém 28 assertivas em uma escala de Likert de cinco pontos, o qual avalia cinco componentes traumáticos: abuso físico, emocional e sexual e negligência física e

emocional. Não existe ponto de corte para a nossa população, ainda está sendo investigado, porém serão considerados maus-tratos acima da mediana, conforme indicado pelo autor da validação de conteúdo do QUESI (ANEXO B).

Para aferir a sintomatologia depressiva está sendo aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI)²⁵. É um questionário auto-aplicável que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade dos sintomas depressivos com escore de 0 a 3. Os itens do BDI se referem a: tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, auto-aversão, auto-acusações, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança da auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda do apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido. O ponto de corte utilizado será de 13 pontos para indicativo de depressão. (ANEXO C).

4.4 Definições das variáveis:

- **Variável dependente:**

| V.D. | Tipo de variável |
|----------------------------------|------------------|
| Depressão no período gestacional | Dicotômica |

- **Variável independente:**

| V.I. | Tipo de variável |
|----------------------|------------------|
| Maus-tratos infantis | Dicotômica |

4.5 Pessoal envolvido

A equipe é composta por 1 batedor para confirmação do endereço e idade gestacional, 5 bolsistas de Iniciação Científica da UCPel dos cursos de medicina, fisioterapia e psicologia, 3 para aplicação dos questionários e 2 para codificação e digitação dos dados, 1 professor responsável e 2 psicólogas.

4.6 Estudo-piloto:

Os questionários que fazem parte desta fase da pesquisa já foram aplicados. O piloto deste estudo foram os primeiros 20 questionários, os quais não farão parte da amostra.

4.7 Logística:

As buscas das gestantes estão sendo realizadas semanalmente na secretaria da saúde. Após coleta de alguns dados como, nome, idade, idade gestacional e endereço, um batedor vai à casa da adolescente para confirmar estes dados e a convidando para

participar do estudo. Após aceitação, é solicitada a leitura e assinatura do consentimento informado, em seguida a aplicação do questionário será realizada. Para as menores de idade, o consentimento livre e esclarecido é assinado pelos responsáveis.

4.8 Controle de Qualidade:

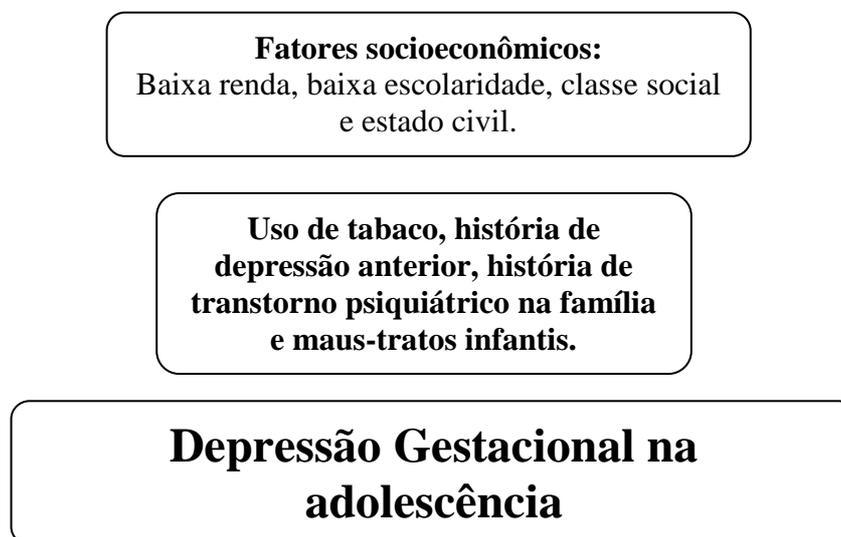
O controle de qualidade está sendo realizado com 30% da amostra sorteada e o coordenador da pesquisa está entrando em contato com as gestantes para confirmação da visita do entrevistador na casa da mesma.

4.9 Processamento e análise dos dados:

Os questionários já entregues estão sendo codificados e digitados concomitantemente por outra equipe. Está sendo realizada dupla digitação dos dados no programa Epi Info 6, para posterior análise dos dados no pacote estatístico SPSS 13.0 for Windows.

Será realizada uma análise univariada, para conhecermos as características das gestantes adolescentes entrevistadas como a prevalência de depressão gestacional e de maus-tratos infantis. Análise bivariada qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis independentes com a dependente e posteriormente será realizada análise multivariada de regressão logística para controle de fatores de confusão.

Figura 1 – Proposta inicial de modelo teórico de análise



4.10 Divulgação dos Resultados:

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

4.11 Considerações éticas:

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. As adolescentes receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Consentimento livre e esclarecido” (ANEXO D) e para as adolescentes com menor de 18 anos, o seu responsável assinará outro “Consentimento livre e esclarecido” (ANEXO E).

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

As intervenções realizadas trazem benefícios a gestante e seus bebês, pois serão avaliadas e quando detectado ideação suicida, as mesmas serão encaminhadas para atendimento no ambulatório do Campus da Saúde da UCPel.

4.12 Cronograma:

| Atividades | 1* | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|-------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Revisão de Literatura | | | | | | | x | x | x | X | x | X | x | X | x | x | x | x | X | X | x | x | x | |
| Treinamento das escalas | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estudo piloto | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabalho de campo 20 meses | | x | X | x | X | x | x | x | x | X | x | X | x | X | x | x | x | x | X | X | x | | | |
| Codificação dos questionários | | | X | x | X | x | x | x | x | X | x | X | x | X | x | x | x | X | X | X | x | x | | |
| Digitação dos dados | | | | x | X | x | x | x | x | X | x | X | x | X | x | x | x | X | X | X | x | x | | |
| Análise dos resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x |
| Divulgação dos resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x |

* O mês 1 refere-se a Setembro/08

4.13 Orçamento:

| Despesas de Custeio | Quantidade | Valor Individual (R\$) | Valor Total (R\$) |
|-------------------------------------|------------|------------------------|-------------------|
| Material de Consumo | | | |
| Vales-transporte para as avaliações | 1526 | 2,00 | 3.052,00 |
| Xerox dos questionários | 7.630 | 0,08 | 610,40 |
| Pedido de artigos | 3 | 7,00 | 21,00 |
| Total (R\$) → | | | 3683,40 |

V. REFERÊNCIAS

1. Bower, G. H. and H. Silvers (1998). "Cognitive impact of traumatic events." *Development and Psychopathology* 10: 625–653.
2. Ferreira, J. M. S., S. S. Cysne, et al. (2007). "Maus-tratos infantis: estudo nos conselhos tutelares do município de João Pessoa no período de 2004 a 2005." *Revista de Odontologia da UNESP* 36(3): 237-241.
3. Grassi-Oliveira, R., M. Ashy, et al. (2008). "Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load?" *Revista Brasileira de Psiquiatria* 30(1): 60-8.
4. Reichenheim, M. E., M. H. Hasselmann, et al. (1999). "Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação." *Ciência & Saúde Coletiva* 4(1): 109-121.
5. Amazarray, M. R. and S. H. Koller (1998). "Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual " *Psicologia: Reflexão e Critica* 11(3).
6. Bringiotti, M. I. (2000). "La escuela ante los niños maltratados". Buenos Aires: Editorial Paidós.
7. Fiscella, K., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Sidora, K. J., & Olds, D. (1998). "Does child abuse predict adolescent pregnancy?" *Pediatrics*, 101(4 Pt 1), 620–624
8. Caputo, V. G. and I. A. Bordin (2007). "Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas." *Revista de Saúde Pública* 41(4): 573-81.
9. Freitas, G. V. S., C. F. S. Cais, et al. (2008). "Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers A case-control study in Brazil." *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17: 336–342.
10. Lang, A. J., C. S. Rodger, et al. (2006). "Associations between maternal childhood maltreatment and psychopathology and aggression during pregnancy and postpartum." *Child Abuse & Neglect* 30 17-25.
11. Pereira, P. K. and G. M. Lovisi (2008). "Prevalência da depressão gestacional e fatores associados." *Revista de Psiquiatria Clínica* 35(4): 144-53.
12. Chalem, E., S. S. Mitsuhiro, et al. (2007). "Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil." *Caderno de Saúde Pública* 23(1): 177-189.

13. Pfeiffer, L. and E. P. Salvagni (2005). "Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência." *Journal de Pediatria* 81(5): 197-204.
14. Teichera, M. H., S. L. Andersena, et al. (2003). "The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment." *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27: 33-44.
15. Brito, A. M. M., D. M. T. Zanetta, et al. (2005). "Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção." *Ciência & Saúde Coletiva* 10(1): 143-149
16. Faleiros, J. M., A. d. S. A. Matias, et al. (2009). "Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional." *Caderno de Saúde Pública* 25(2): 337-348.
17. Lansford, J. E., K. A. Dodge, et al. (2002). "A 12-Year Prospective Study of the Long-term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence." *Arch Pediatr Adolesc Med* 156: 824-830.
18. Avanci, J. Q., S. G. Assis, et al. (2008). "Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil." *Caderno de Saúde Pública* 24(10): 2334-2346.
19. Mitsuhiro, S. S., E. Chalem, et al. (2006). "Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28(2): 122-5.
20. Freitas, G. V. S. D. and N. J. Botega (2002). "Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida." *Revista Assoc Med Bras* 48(3): 245-9.
21. Benedict, M. I., L. L. Paine, et al. (1999). "The Association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy and selected pregnancy outcomes." *Child Abuse & Neglect* 23(7): 659-670.
22. Gilson, K. J. and S. Lancaster (2008). "Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents." *Child Abuse & Neglect* 32: 869-877.
23. Grassi-Oliveira, R., L. M. Stein, et al. (2006). "Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire." *Revista de Saúde Pública* 40(2): 49-55.

24. Bernstein, D. P., T. B. Ahluvalia, et al. (1997). "Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 340-8.
25. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas de Beck. *Casa do Psicólogo*. 2001

VI. ANEXOS
ANEXO A - Questionário



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
GESTANTES ADOLESCENTES



Oi, bom dia/tarde/noite! Meu nome é <entrevistadora>. Eu trabalho para Universidade Católica de Pelotas. Estamos entrevistando mulheres em gestação, em um trabalho sobre os aspectos psicológicos deste período. Para isso, precisamos de sua colaboração e compreensão. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? (*agradecer se sim ou não*)
Se SIM, Explicar pesquisa e PREENCHER CONSENTIMENTO INFORMADO. Caso a gestante não possa compreender o consentimento agradecer pela atenção.

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

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

1. Qual a sua idade? ____ anos

2. Qual o seu estado civil?

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

3. Qual a sua escolaridade?

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

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

4. Na tua casa tem:

idade ____

estcivil ____

escol ____

tv ____

radio ____

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

5.

Qual a

escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

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

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

6. A tua cor ou raça é?

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

7. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

8. Com relação a sua ocupação você:

SE SIM:

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

SE NÃO:

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

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

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

19. Você é fumante? (0) Não (1) Sim

64. Algum familiar sofre de problemas psíquicos? (0) Não (1) Sim

banh ___
 aut ___
 mens ___
 aspir ___
 maqlav ___
 vidvd ___
 gelad ___
 freez ___
 esche ___
 cpele ___
 trab ___
 ocup ___
 rend ___
 numpes ___
 fumo ___
 fammer _

ANEXO B – Questionário Sobre Trauma na Infância (QESI)

| Enquanto eu crescia... | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas vezes | Sempre |
|--|-------|--------------|----------|--------------|--------|
| 1. Eu não tive o suficiente para comer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Eu tive que usar roupas sujas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Eu me senti amado (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Eu tive uma ótima infância. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Eu senti que alguém da minha família me odiava. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. As pessoas da minha família se sentiam unidas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Eu tive a melhor família do mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 24. Alguém me molestou. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Minha família foi uma fonte de força e apoio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO C – Inventário de Depressão de Beck

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

01. (0) Não me sinto triste.
 - (1) Eu me sinto triste
 - (2) Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.
 - (3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

02. (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - (1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - (2) Acho que nada tenho a esperar.
 - (3) Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar.

03. (0) Não me sinto um fracasso.
 - (1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - (2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - (3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

04. (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - (1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - (2) Não encontro um prazer real em mais nada.
 - (3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

05. (0) Não me sinto especialmente culpado.
 - (1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 - (2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - (3) Eu me sinto sempre culpado.

06. (0) Não acho que esteja sendo punido.
 - (1) Acho que posso ser punido.
 - (2) Creio que vou ser punido.
 - (3) Acho que estou sendo punido.

07. (0) Não me sinto decepcionado comigo.
 - (1) Estou decepcionado comigo mesmo.
 - (2) Estou enojado de mim.
 - (3) Eu me odeio.

08. (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - (1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 - (2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - (3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

09. (0) Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - (1) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - (2) Gostaria de me matar.
 - (3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. (0) Não choro mais que o habitual.
 - (1) Choro mais agora do que costumava.
 - (2) Agora, choro o tempo todo.
 - (3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

11. (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.
(1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
(2) Agora, me sinto irritado o tempo todo.
(3) Não me irrita mais por coisas que costumavam me irritar.
12. (0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
(1) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
(2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
(3) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
13. (0) Tomo decisões tão bem quanto antes.
(1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
(2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
(3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14. (0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
(1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
(2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
(3) Acredito que pareço feio.
15. (0) Posso trabalhar tão bem quanto antes.
(1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
(2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
(3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16. (0) Consigo dormir tão bem quanto antes.
(1) Não durmo tão bem como costumava.
(2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
(3) Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. (0) Não fico mais cansado que o habitual.
(1) Fico cansado mais facilmente do que costumava.
(2) Fico cansado em fazer qualquer coisa.
(3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. (0) O meu apetite não está pior do que o habitual.
(1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
(2) Meu apetite é muito pior agora.
(3) Absolutamente não tenho mais apetite.
19. (0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
(1) Perdi mais do que 2 quilos e meio.
(2) Perdi mais do que 5 quilos.
(3) Perdi mais do que 7 quilos.
Eu estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: () Sim () Não
20. (0) Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
(1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
(2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
(3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. (0) Não notei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.
(1) Estou menos interessado por sexo do que costumava.
(2) Estou muito menos interessado por sexo agora.
(3) Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO D – Consentimento Livre e Esclarecido para a Adolescente**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Antes de sua participação neste estudo, é preciso esclarecer alguns detalhes importantes, para que possíveis dúvidas sejam resolvidas. Em caso de qualquer outra dúvida quanto à pesquisa ou sobre os seus direitos, você poderá contatar com Dr. Jean Pierre Oses pelo telefone (53) 9156-8075 ou o Dr. Ricardo Tavares Pinheiro, pelo telefone (53) 2128-8404.

Qual o objetivo desta pesquisa?

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

Como será feita esta pesquisa?

Se aceitares fazer parte deste estudo, serás acompanhada durante a gestação, e o puerpério por nossa equipe. Entre a 20ª e 22ª semana gestacional um entrevistador (a) de nossa equipe entrará em contato contigo para que respondas um questionário referente à tua saúde e gestação e coletará uma amostra da tua saliva. Após este contato tu poderás ser sorteada ou não para receber psicoterapia, que será realizada em 4 visitas em sua casa por um psicóloga de nossa equipe. Independente de receber a psicoterapia, na tua 32ª semana gestacional e no período entre 30 e 60 dias após o parto, tu responderás novamente a um questionário e a coleta de saliva será realizada novamente. Após a coleta este material será examinado para dosar as citocinas pretendidas. As amostras serão identificadas por números diferentes daqueles utilizados pelo Hospital. Ao final desse trabalho todos os resultados que possam vincular seu nome serão inutilizados, de forma que estas amostras possam eventualmente ser utilizadas em futuras pesquisas sobre o mesmo assunto.

Quais os riscos em participar?

Não há qualquer risco em participar deste projeto.

O que a paciente ganha com este estudo?

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

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

Quais são os teus direitos?

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

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

Declaração da (o) entrevistada (o):

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

Assinatura da entrevistada: _____

Declaração de responsabilidade do entrevistador:

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

Assinatura do entrevistador: _____

Pelotas, ____ de _____ de 20 ____.

ANEXO E – Consentimento Livre e Esclarecido para o Responsável
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Antes de tu permitir a participação de tua filha neste estudo, é preciso esclarecer alguns detalhes importantes, para que possíveis dúvidas sejam resolvidas. Em caso de qualquer outra dúvida quanto à pesquisa ou sobre os seus direitos, você poderá contatar com Dr. Jean Pierre Oses pelo telefone (53) 9156-8075 ou o Dr. Ricardo Tavares Pinheiro, pelo telefone (53) 2128-8404.

Qual o objetivo desta pesquisa?

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

Como será feita esta pesquisa?

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

Quais os riscos em participar?

Não há qualquer risco em participar deste projeto.

O que a paciente ganha com este estudo?

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

As dosagens das citocinas presentes na saliva podem indicar se você está estressado e se você deve procurar ajuda médica ou psicológica. Além disso, este estudo poderá trazer vários benefícios, mesmo que em longo prazo. Poderemos saber se diferentes níveis de citocinas na saliva podem aumentar a predisposição ao desenvolvimento de sintomas depressivos, podendo prever quem são as pessoas que apresentam maior predisposição e medidas para diminuir estes sintomas podem ser feitas. Por fim, a participação de sua filha ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão eventualmente beneficiá-la e/ou outras famílias.

Quais são os teus direitos?

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

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

Declaração do familiar responsável:

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

Assinatura do familiar responsável: _____

Declaração de responsabilidade do entrevistador:

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

Assinatura do entrevistador: _____

Pelotas, _____ de _____ de 20 ____.

TÍTULO: Maus-tratos infantis associado à sintomatologia depressiva durante a gestação em adolescentes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas/RS

AUTORA: Renata Aver Bretanha Ribeiro

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Programa de Pós-Graduação Saúde e Comportamento.

Rua Almirante Barroso, 1202 Sala G 109

Pelotas/RS – Brasil

CEP 96010-208

Maus-tratos infantis e depressão gestacional em adolescentes de
Pelotas/RS

Depressão gestacional em adolescentes

Childhood abuse and gestational depression in pregnant adolescents from the Pelotas/Rs

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre maus-tratos infantis e sintomatologia depressiva durante a gestação em adolescentes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS, verificando possíveis fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal realizado com adolescentes grávidas cadastradas no programa SIS Pré-Natal. Foi utilizado um questionário contendo questões referentes à situação socioeconômica, uso de tabaco, história de depressão anterior, história de transtorno psiquiátrico na família, sintomatologia depressiva e maus-tratos infantis. Para rastreamento de sintomas de depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI). E Questionário Sobre Traumas Infantis (QUESI) para aferir maus-tratos infantis. **Resultados:** Em uma amostra de 448 gestantes, de 12 a 19 anos de idade, 28,6% (n=128) apresentaram indicativo de depressão durante a gravidez. Já para maus-tratos infantis a prevalência foi de 26,6% (n=119). Maus-tratos infantis, história de depressão anterior e história psiquiátrica na família foram associadas ao desfecho. **Conclusão:** Gestantes adolescentes apresentam alta prevalência de depressão. Maus-tratos infantis e história de depressão anterior parecem ser fortes fatores risco para depressão na gestação.

Descritores: Gravidez na adolescência; maus-tratos infantis; depressão; estudos transversais.

ABSTRACT

Objective: to verify the relation between childhood abuse and depressive symptomatology in pregnancy of adolescents from the town of Pelotas, RS, also to verify possible associated factors. **Method:** A cross-sectional study was carried out in pregnant adolescents joined in the SIS Pre-Natal program. It was made a questionnaire regarding the social-economic situation, tobacco consumption, previous depression, family psychiatric disorder, depressive symptomatology and childhood abuse. It was used the Beck Depression Inventory (BDI) in order to track the depressive symptoms, and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) to track the childhood abuse. **Results:** In a sample of 448 pregnant adolescents, between 12 and 19 years old, 28,6% (n=128) of them presented depressive indicator during pregnancy. And 26,6% (n=119) of them presented childhood abuse. The childhood abuse, the previous depression, the family psychiatric disorder were related to the outcome for the depression indicator. **Conclusion:** Pregnant adolescents presented high depression prevalence. Childhood abuse and previous depression seem to be strong risk factors for depression in pregnancy.

Descriptors: pregnancy in adolescence; childhood abuse; depression; cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

A depressão na adolescência tem se mostrado com bastante frequência e a gestação neste período parece aumentar sua prevalência². É um dos transtornos mentais de maior evidência durante a gestação e no pós-parto e, quando não tratada, pode afetar a saúde da mãe e o desenvolvimento do bebê¹⁸. Em estudos nacionais, sua prevalência entre gestantes adolescentes varia de 12,9% a 26,3%^{5,6,9,14-16,18,20}.

A depressão, neste período, está associada a vários fatores de risco, tais como: história de depressão anterior, eventos estressores, evasão escolar, pobreza, risco de suicídio, desemprego, violência, uso de drogas e tabaco^{5,7,13,15,21}. Além disso, mães deprimidas apresentam maior risco de terem partos prematuros, bebês de baixo peso e outras complicações obstétricas que, muitas vezes, podem levar a hospitalização^{3,5,11, 20}.

No entanto, a literatura atual sugere que a depressão gestacional esteja sendo negligenciada, havendo poucas pesquisas direcionadas a este assunto mesmo se conhecendo os prejuízos que este transtorno pode causar²¹. Por este motivo, é necessário avaliar melhor os fatores que estão relacionados à depressão para conhecer as gestantes que estão mais suscetíveis a desenvolvê-la.

Estudos têm evidenciado que maus-tratos infantis estão relacionados à gravidez precoce principalmente o abuso sexual¹⁷. Além de estarem associados a alguns tipos de transtorno psíquico, dentre eles, a depressão⁵. No entanto, são poucos os estudos que procuram relacionar maus-tratos com sintomatologia depressiva em gestantes adolescentes.

Neste sentido, o objetivo deste estudo é verificar a associação entre maus-tratos infantis e sintomatologia depressiva durante a gestação em adolescentes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS, verificando possíveis fatores associados.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal realizado com adolescentes grávidas residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, sul do Brasil. A amostra faz parte de um estudo maior, ensaio clínico randomizado, no qual buscou um método de intervenção para prevenção de depressão gestacional e no pós-parto. Para este estudo, os dados utilizados foram coletados entre o período de outubro de 2008 e dezembro de 2010. As adolescentes foram detectadas através do programa SIS Pré-Natal, no qual são cadastradas todas as gestantes que realizam consultas de pré-natal pelo SUS em unidades básicas de saúde e maternidades da cidade. Logo após, numa visita domiciliar realizada pelos integrantes da pesquisa, foram convidadas a participarem do estudo. Para participar do estudo a gestante deveria residir na zona urbana da cidade, ter entre 12 e 19 anos de idade e estar com mais de 20 semanas de gestação. Após aceitação, as adolescentes preenchem o consentimento informado livre e esclarecido, sendo que, para as menores de 18 anos de idade foi solicitado autorização de seus responsáveis.

O tamanho amostral foi calculado a partir de dados da literatura, a qual aponta uma prevalência de depressão gestacional em adolescentes que foram maltratadas na infância de 23% e para as que não sofreram maus-tratos a depressão na gestação cai para 12%. Utilizando estes dados, juntamente com

o nível de significância de 95% e um poder de associação de 80% a amostra necessária para este estudo foi de 444 mães adolescentes.

O questionário utilizado continha questões referentes às características sociodemográficas, idade gestacional, uso de tabaco, maus-tratos infantis, sintomatologia depressiva, história anterior de depressão e história de transtorno psiquiátrico na família. As adolescentes com risco de suicídio foram encaminhadas para atendimento no ambulatório de psiquiatria da Universidade Católica de Pelotas.

O instrumento utilizado para avaliar maus-tratos infantis foi o Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI), elaborado por Bernstein et al¹, o qual foi traduzido e validado por Grassi-Oliveira¹⁰, destinado a adolescentes maiores de 12 anos de idade e adultos. É auto-aplicável e contém 28 assertivas, cada uma com escala de Likert de cinco pontos. Este instrumento avalia cinco componentes traumáticos: negligência física, negligência emocional, abuso físico, abuso emocional e abuso sexual. Em vista da inexistência de ponto de corte, neste estudo dividiu-se a amostra em quartis, considerou-se o último quartil como indicativo de maus-tratos, o que resultou um ponto de corte de 49 pontos. E para aferir sintomatologia depressiva foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI)⁴. É um questionário auto-aplicável que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade dos sintomas depressivos com escore de 0 a 3. O somatório dos pontos da escala originou uma variável continua que logo após foi dicotomizada, utilizando-se como ponto de corte de 13 pontos para indicativo de depressão.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa EPI-INFO 6.0 e a análise estatística no SPSS13 para Windows. Primeiramente, foi realizada análise univariada para conhecimento das características das gestantes. Logo após, uma análise bivariada com o teste qui-quadrado para cruzamento das variáveis independentes com o desfecho ($BDI \geq 13$). Na análise multivariada, a regressão logística foi realizada a fim de avaliar a associação das variáveis independentes com indicativo de depressão. Para esta, as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ foram para análise ajustada de regressão logística para controle de fatores de confusão. Após a análise ajustada, a significância estatística considerada para este estudo foi de $p \leq 0,05$.

A investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas e aprovado pelo protocolo 2007/95.

RESULTADOS

Para este estudo foram detectadas 504 gestantes adolescentes, destas, 448 fizeram parte da amostra, resultando em 11% ($n=56$) de perdas e recusas.

A média de idade foi de 17,37 anos ($SD= 1,48$) e da idade gestacional foi de 26,26 semanas ($SD= 5,62$). A maior parte da amostra pertencia à classe socioeconômica D e E, tinham entre 4 e 7 anos de estudo e 20,5% fumaram durante a gestação. Mais da metade das adolescentes viviam com o companheiro e aproximadamente 10% relataram história de depressão anterior. Quase a metade das entrevistadas tinha história familiar de transtorno psiquiátrico. A prevalência de maus-tratos encontrada foi de 26,5% ($QUESI \geq 49$) e 28,6% ($n=128$) de depressão ($BDI \geq 13$) (Tabela 1).

Na análise de regressão logística bruta, indicativo de depressão se mostrou associado à história anterior de depressão ($p=0,000$). Viver com o companheiro (0,04), escolaridade ($p=0,002$), história familiar de transtorno psiquiátrico ($p=0,000$) e maus-tratos na infância ($p=0,000$) também demonstraram significância estatística. A classe socioeconômica, idade e uso de tabaco não foram associados à depressão. As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ foram levadas para a análise multivariada. Sendo que escolaridade e viver com o companheiro não se mostraram mais associadas na análise ajustada. História familiar de transtorno psiquiátrico (0,001), história de depressão anterior (0,000) e maus-tratos infantis (0,003) continuaram associadas à depressão após o ajuste na análise multivariada (Tabela 2). Nota-se que para as gestantes que tem história de transtorno psiquiátrico na família a proporção para desenvolver depressão é duas vezes maior quando comparadas com as que não tinham histórico familiar de transtorno psiquiátrico. Já para as que têm história anterior de depressão a proporção é seis vezes maior. Resultado central é que as gestantes que relataram maus-tratos tiveram 2,13 vezes mais chances de apresentarem depressão gestacional quando comparadas as que não tiveram maus-tratos na infância.

DISCUSSÃO

O presente estudo traz informações importantes quanto aos fatores associados à depressão no período gestacional. Sendo que, os principais resultados foram à associação de indicativo de depressão durante a gestação com maus-tratos infantis e história de depressão anterior.

No entanto, algumas limitações metodológicas deste estudo devem ser ressaltadas. A população estudada são gestantes credenciadas ao programa SIS/Pré-Natal, resultando em classes socioeconômicas menos favorecidas em sua maioria, o que dificulta a generalização dos achados a classes socioeconômicas mais elevadas. Além disso, por se tratar de um estudo transversal não se pode aferir uma associação causal entre os fatores de risco avaliados e a sintomatologia depressiva nas mães adolescentes, evidenciando um possível viés de causalidade reversa. Contudo, pelo fato do instrumento avaliar maus-tratos infantis, pode-se sugerir causalidade. Este possível viés não pode ser desconsiderado, entretanto, se deve salientar que este é o primeiro estudo brasileiro que associa maus-tratos infantis com a sintomatologia depressiva em gestantes adolescentes e serve de orientação para delinear estudos mais amplos.

A prevalência de depressão encontrada neste estudo foi similar aos dados encontrados em estudos que se utilizam de instrumentos semelhantes ao deste trabalho. Nestes, a prevalência foi de 20,8% e 26,3%^{6,7}. Já em estudos que se utilizam de instrumentos com base em critérios diagnósticos acharam prevalências inferiores, as quais giram em torno de 12,9% a 14,2%^{5,15,20}. As diferenças de prevalência podem ser explicadas, em parte, pelos instrumentos e conceituações utilizados na avaliação.

Quando se trata de indicativo de depressão na gestação e histórico familiar de transtornos psiquiátrico, não foram encontrados na literatura relatos desta relação em adolescentes grávidas. Porém, estudos que investigam depressão pós-parto têm encontrado significância estatística para este dois eventos, apesar do efeito ser pequeno²³.

De maneira consistente com a literatura, a depressão anterior a gestação apontou associação com o indicativo de depressão. Em São Paulo, a prevalência de episódio depressivo anterior a gestação encontrada foi de 15,8%, sendo similar ao nosso estudo²⁰. Em Boston, gestantes com história de depressão anterior tiveram quatro vezes mais chance de desenvolver depressão quando comparadas com as que não tinham história de depressão anterior²². Já em estudos brasileiros a chance foi para quase oito vezes maior¹³. Mães com histórico anterior de depressão apresentam alto risco de recaída durante a gestação e no pós-parto. Podendo este ser um forte fator de risco para depressão neste período^{20,21}.

Quando se trata da relação de maus-tratos infantis com depressão na gestação, não foram encontrados artigos nacionais que tratem deste assunto especificamente. Porém em estudos similares se encontra relação entre esses dois eventos. Estudo realizado no Rio de Janeiro apontou uma prevalência de 44,2% de maus-tratos durante a vida, demonstrando significativamente associada à depressão gestacional ($p=0,004$). No entanto, quando a variável de maus-tratos foi para a análise multivariada, controlada pelas variáveis, história anterior de depressão, complicações obstétricas e eventos estressores, à significância estatística caiu para $p=0,08$, demonstrando uma tendência significativa²⁰. Corroborando com esse achado, na maternidade de um hospital de São Paulo, 21,8% das gestantes relaram ter sofrido maus-tratos antes de engravidar, essas tiveram duas vezes mais chance de desenvolver depressão em relação com aquelas que não foram maltratadas⁵. O presente estudo com amostra e rigor metodológico superior confirma tais achados.

Na literatura internacional, estudo da Austrália, buscou avaliar maus-tratos infantis com depressão em adolescentes grávidas, sendo que os resultados não se mostraram significativos, porém a amostra era muito pequena (n=95), este foi o único estudo que não encontrou relação de depressão com maus-tratos⁸. Em Montreal, Canadá, a prevalência de maus-tratos infantis encontrada em gestantes adolescentes foi de 21%, utilizando o mesmo instrumento deste estudo. A depressão gestacional foi relacionada apenas com abuso sexual. Essas demonstraram mais que o dobro de chance de desenvolver depressão durante a gestação comparadas com as que não sofreram o abuso²⁴. No mesmo local, porém em um novo estudo, foi encontrada uma prevalência de 50% de maus-tratos infantis em uma amostra de adolescentes, novamente, só o abuso sexual se manteve associado à depressão maior¹⁹. Na Califórnia, 62% das adolescentes gestantes relataram terem sofrido abuso físico e sexual. Este achado foi associado com depressão gestacional¹². Em um estudo realizado com mães adolescentes negras de classe econômica desfavorecida, evidenciou-se que 33% da amostra confirmaram terem sido abusadas sexual e fisicamente, o que estava relacionado à ocorrência de depressão²⁵. A relação de depressão gestacional e maus-tratos infantis encontrada neste estudo foi semelhante à encontrada na literatura, porém a prevalência de maus-tratos se mostrou inferior a maioria dos estudos. Em vista dos resultados, maus-tratos durante a infância parece ser um forte fator de risco de depressão em gestantes.

Embora a maioria dos estudos seja focada na depressão pós-parto, a depressão durante a gravidez pode ser considerada questão importante para o campo da saúde pública, visto que constitui um forte fator de risco à depressão

pós-natal^{5,13,16,21}. É necessária a identificação de mulheres mais suscetíveis a desenvolverem depressão, visto que esse transtorno pode causar muitos prejuízos na vida da gestante e na sua relação com o bebê. Deve-se realizar atento acompanhamento ainda durante o pré-natal, pois esta é uma oportunidade de atuar não apenas no diagnóstico, mas também em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernstein DP, Ahluvalia TB, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population. *J Am Academy Child Adolesc Psyc.* 1997;36:340-8.
2. Caputo VG, Bordin IA. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):573-81.
3. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med.* 2001;63(5):830-834.
4. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas de Beck. *Casa do Psicólogo.* 2001
5. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, Prince M, Laranjeira R. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in São Paulo, Brazil. *BMC Public Health.* 2007;7(1):209-9.
6. Freitas GVSD, Botega NJ. Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(3):245-9.

7. Freitas GVS, Cais CFS, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers A case-control study in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:336–42
8. Gilson KJ, Lancaster S. Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents. *Child Abuse and Neglect* 2008;32:869-77.
9. Ginsburg, GS, Baker, EV, Mullany, BC, Barlow, A, Goklish, N, Hasings, R, Thurn, AE, Speakman, K, Reid, R, Walkup, J. Depressive symptoms among reservation-based pregnancy American Indian adolescents. *J Matern Child Health*. 2008;12:110-118.
10. Grassi-Oliveiral R, Steini LM, Pezzilli JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):49-55.
11. Kurki T, Hillesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000;95(4):487-90.
12. Lesser, J, Koniak-Griffin, D. The impact of physical or sexual abuse on chronic depression in adolescent mothers. *J Pediatric Nursing*. 2000;15(6):378-387.
13. Lovisi, GM, López, JRRA, Coutinho, EFS, Patel, V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital Brazil. *Psychol Med*. 2005;35:1485-1492
14. Manzolli, P, Nunes, MAAN, Schmidt, MI, Pinheiro, AP, Soares, RM, Giacomello, A, Drehmer, M, Buss, C, Hoffmann, JF, Ozcariz, S, Melere, C, Manenti, CN, Camey, S, Ferri, CP. Violence and depressive symptoms during

pregnancy: a primary care study in Brazil. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010;45:983-988.

15. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 2006;28(2):122-5.

16. Mitsuhiro, SS, Chalem, E, Barros, MCM, Guinsburg, R, Laranjeira, R. Brief report: prevalence of psychiatric disorders in pregnancy teenagers. *J Adolesc*. 2009;32:747-752.

17. Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A Meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*. 2009;34(4):366-78

18. Panzarine S, Slater E, Sharps P. Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. *J Adolesc Health*. 1995;17(2):113-119.

19. Paquette, D, Zoccolillo, M, Bigras, M. Prévalence et coocurrence de cinq formes de maltraitance em lien avec la dépression et le trouble de la conduite chez lês mères adolescentes. *Santé Mentale au Québec*. 2007;32(2):37-58.

20. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Ver Psiq Clin*. 2010;37(5)216-222.

21. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín*. 2008;35(4):144-53.

22. Rich-Edwards, JW, Kleinman, K, Abrams, A, Harlow, BL, McLaughlin, TJ, Joffe, H, Gillman, MW. Sociodemographics predictors of antenatal and *Epidemol Community Health*. 2006;60:221-227.

23. Robertson, E, Grace, S, Wallington, T, Stewart, DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:289-295.
24. Romano, E, Zoccolillo M, Paquette, D. Histories of child maltreatment and psychiatric disorder pregnant adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(3):329-336.
25. Stevens-Simon, C, McAnarney, ER. Childhood victimization: Relationship to adolescent pregnancy outcome. *Child Abuse and Neglect*. 1994;18(7):569-575.

Tabela 1 – Características da amostra associadas com indicativo de depressão durante a gestação nas 448 gestantes adolescentes. Pelotas, RS, 2008-2010.

| Características | Participante N (%) | BDI ≥ 13 N (%) | p-valor |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------|
| Classificação Socioeconômica | | | 0,627 |
| Alta (A e B) | 8 (1,8) | 1 (12,5%) | |
| Média (C) | 157 (35) | 45 (28,7%) | |
| Baixa (D e E) | 283 (63,2) | 82 (29%) | |
| Idade | | | 0,355 |
| Até 15 anos | 53 (11,8) | 18 (34%) | |
| De 16 a 19 anos | 395 (88,2) | 110 (27,8%) | |
| Escolaridade | | | 0,002 |
| Até 3 anos | 74(16,5) | 27(36,5%) | |
| De 4 a 7 anos | 189(42,2) | 60(31,7%) | |
| De 8 a 10 anos | 141(31,5) | 37(26,2%) | |
| 11 anos ou mais | 44(9,8) | 4(9,1%) | |
| Vive com companheiro | | | 0,049 |
| Não | 171 (38,2) | 58 (33,9%) | |
| Sim | 277 (61,8) | 70 (25,3%) | |
| Fumo | | | 0,482 |
| Não | 356 (79,5) | 99 (27,8%) | |
| Sim | 92 (20,5) | 29 (31,5%) | |
| História Psiquiátrica | | | 0,000 |
| Familiar | | | |
| Não | 240 (53,6) | 48 (20%) | |
| Sim | 208(46,4) | 80 (38,5%) | |
| Episódio depressivo passado | | | 0,000 |
| Não | 402 (89,7) | 95 (23,6%) | |
| Sim | 46 (10,3) | 33 (71,7%) | |
| Maus tratos na infância | | | 0,000 |
| Não | 329 (73,3) | 74 (22,5%) | |
| Sim | 119 (26,5) | 54 (45,4%) | |
| Total | 448 (100) | | |

Tabela 2 – Análise ajustada para os fatores associados à indicativo de depressão durante a gestação em adolescentes gestantes (n=448). Pelotas, RS, 2008-2010.

| | Bruta (IC 95%) | P | Ajustada (OR) | P |
|---------------------------------------|-----------------------|----------|----------------------|----------|
| Classificação Socioeconômica | | 0,62 | | - |
| A e B | 1,00 | | - | |
| C | 2,80 (0,33 a 23,46) | | - | |
| D e E | 2,85 (0,35 a 23,52) | | - | |
| Idade | | 0,356 | | - |
| Até 15 anos | 1,00 | | - | |
| De 16 a 19 anos | 0,75 (0,41 a 1,38) | | - | |
| Escolaridade | | 0,016 | | 0,092 |
| Até 3 anos | 5,75 (1,85 a 17,81) | | 4,80 (1,43 a 16,19) | |
| De 4 a 7 anos | 4,65 (1,59 a 13,59) | | 3,42 (1,09 a 10,71) | |
| De 8 a 10 anos | 3,56 (1,19 a 10,63) | | 3,41 (1,06 a 10,97) | |
| 11 anos ou mais | 1,00 | | 1,00 | |
| Vive com companheiro | | 0,050 | | 0,098 |
| Não | 1,52 (1,00 a 2,30) | | 1,48 (0,93 a 2,34) | |
| Sim | 1,00 | | 1,00 | |
| 2 ° Nível | | | | |
| Fumo | | 0,483 | | - |
| Não | 1,00 | | - | |
| Sim | 1,20 (0,73 a 1,97) | | - | |
| História Psiquiátrica Familiar | | 0,000 | | 0,001 |
| Não | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 2,50 (1,64 a 3,81) | | 2,22 (1,40 a 3,51) | |
| Episódio depressivo passado | | 0,000 | | 0,000 |
| Não | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 8,20 (4,15 a 16,22) | | 6,61 (3,23 a 13,52) | |
| Maus tratos na infância | | 0,000 | | 0,003 |
| Não | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 2,86 (1,84 a 4,46) | | 2,13 (1,30 a 3,48) | |