

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

**MARINA DOS SANTOS**

**QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES ADOLESCENTES**

Pelotas

2014

**MARINA DOS SANTOS**

**QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES ADOLESCENTES: CORRELATOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS E PSIQUIÁTRICOS**

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

Coorientador: Prof. M. Janaína V S Motta

Pelotas

2014

**QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES  
ADOLESCENTES: CORRELATOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS E  
PSIQUIÁTRICOS**

Conceito final: \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Luciano Dias De Mattos Souza

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Franck Tavares

---

Orientador – Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho

**Dedicatória**

À minha família

## **Agradecimento**

Aos meus pais, que sempre investiram e apoiaram com toda graça e sabedoria na minha vida.

Ao meu irmão por toda sua ajuda e companheirismo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho e minha coorientadora Janaína V S Motta pela competência e respeito com que conduziram este processo.

À Prof. Dr<sup>a</sup> Karen Amaral Tavares Pinheiro e ao Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Às minhas amigas e colegas de mestrado, queridas, Clarissa Ribeiro-Martins e Rafaela Bergmann, que acompanharam e auxiliaram minha trajetória desde o início.

A todas minhas amigas que me apoiaram nas horas difíceis, souberam entender minha ausência e angústias.

Aos bolsistas de iniciação científica que incansavelmente estiveram no trabalho de campo e na digitação dos dados, sem os quais esse trabalho não seria possível.

Às secretarias do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento.

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

## RESUMO

A presente dissertação expõe um estudo epidemiológico sobre a qualidade de vida em gestantes adolescentes, tendo como objetivo avaliar a associação entre fatores sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos e os escores de qualidade de vida em gestantes adolescentes. Trata-se de um estudo transversal de base populacional em gestantes entre 10 a 19 anos de idade, que consultaram os serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas-RS, realizado no período entre outubro de 2009 e março de 2011. A seleção amostral foi realizada tanto nos registros do programa do SIS – Pré-natal na secretaria municipal de saúde, quanto nas demais Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios especializados. Estas responderam a um questionário com dados sociodemográficos e obstétricos, bem como entrevista estruturada Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI) e o questionário de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF)*. Ao analisar os escores de qualidade de vida avaliados segundo os domínios da OMS, houve diferença significativa em todos os domínios apenas para escolaridade, primiparidade, intenção de abortar e presença de transtornos psiquiátricos. Quando verificado a idade das gestantes, houve diferença significativa apenas no domínio psicológico ( $p<0,02$ ). As gestantes com relacionamentos estáveis tiveram melhores escores médios que as sem relacionamento nos domínios psicológico e relações sociais ( $p<0,01$ ). Quanto à escolaridade os melhores escores foram observados entres as gestantes de maior escolaridade ( $p<0,01$ ). Já quanto à ocupação não houve diferença significativa em nenhum dos domínios. Em relação ao nível socioeconômico, tanto as adolescentes das classes A e B quanto as da classe C tiveram melhores escores do que as de classe D e E nos domínios físico ( $p<0,01$ ) e meio ambiente ( $p<0,01$ ). As adolescentes primíparas obtiveram escores médios significativamente menores em todos os domínios quando comparadas as adolescentes com gestações anteriores. Já, as gestantes que planejaram a gestação apresentaram escores médios melhores apenas no domínio relações sociais ( $p=0,04$ ), além disso, tiveram escores médios melhores as gestantes que não tiveram a intenção de abortar, em todos os domínios. Quando avaliado a presença de transtornos psiquiátricos, os escores médios da qualidade de vida foram significativamente menores em todos os domínios nas gestantes com diagnóstico de comorbidade psiquiátrica ( $p<0,01$ ) ao comparar com as gestantes com diagnóstico de apenas um transtorno psiquiátrico e sem diagnóstico. Os dados analisados indicam que a presença de comorbidade psiquiátrica influencia na percepção da qualidade de vida, uma vez que os escores de todos os domínios do WHOQOL-BREF se apresentaram inferiores nas gestantes que apresentaram este diagnóstico, sugerindo menor qualidade de vida nas gestantes adolescentes com presença de comorbidade psiquiátrica.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, gravidez na adolescência, transtornos mentais.

## ABSTRACT

This dissertation presents an epidemiological study on quality of life among of pregnant teenagers. The objective was to evaluate the association among sociodemographic, obstetric and psychiatric factors and the scores of life quality in pregnant adolescents. A cross-sectional study with a sample of pregnant teenagers between 10-19 years was enrolled in the National Public Health System, in the urban area of Pelotas, southern Brazil. The study was conducted between October 2009 and March 2011. The sample selection was performed on both the SIS program records - Prenatal Care in the municipal health department, and in other Basic Health Units and specialized clinics. They answered a questionnaire about sociodemographic and obstetric data, and a structured interview through the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI) and the quality of life World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL -BREF). Sociodemographic, obstetric and psychiatric variables have been assessed according to the WHO questionnaire, through the Kruskal-Wallis and the Mann-Whitney's test. When analyzing the scores of life quality using all WHO domains, there were significant differences only for education, primiparity, intention to abort and presence of psychiatric disorders. When analyzing the age, here was significant difference only in psychological domains ( $p < 0.02$ ). Pregnant teenagers in stable relationships had better average scores than those without any relationship in the psychological and social domains ( $p < 0.01$ ). Regarding education, the best scores were observed among pregnant teenagers with greater educational level ( $p < 0.01$ ). About the occupation there was no significant difference in any of the domains. Considering the socioeconomic level, teenagers in classes A and B and C had better scores than those in class D and E on environment ( $p < 0.01$ ) and physical ( $p < 0.01$ ) domains. Primiparous adolescents had significantly lower average scores in all domains when compared to adolescents with previous pregnancies. The pregnant teenagers who planned their pregnancy had average scores only in social relationships domain ( $p = 0.04$ ), moreover, had better mean scores pregnant women who had no intention to abort, in all domains ( $p < 0.01$ ). When the presence of psychiatric disorders was evaluated, the scores of life quality were significantly lower in all domains in pregnant teenagers diagnosed with psychiatric comorbidity ( $p < 0.01$ ), when compared with teenagers without any psychiatric comorbidity and those with only one psychiatric disorder. The data analyzed indicate that the presence of psychiatric comorbidity influences the perception of life quality, since the scores of all domains of WHOQOL - BREF were lower in pregnant teenagers with this feature, suggesting lower life quality in pregnant adolescents presenting psychiatric comorbidities.

Keywords: Quality of life, pregnancy in adolescence, mental disorders.

## LISTA DE TABELAS

### Projeto

<b>Tabela 1</b> - Seleção de artigos na base de dados Lilacs/Scielo/Pubmed.....	21
<b>Tabela 2</b> – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF.....	31
<b>Tabela 3</b> - Variáveis secundárias.....	33

### Artigo

<b>Tabela 1</b> – Características sócio-demográficas, obstétricas e psiquiátricas de gestantes adolescentes atendidas nos serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS). Pelotas-RS, 2009/2011 (n=869).....	49
<b>Tabela 2</b> – Média dos escores de todos os domínios do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF). Pelotas-RS, 2009/2011 (n=869).....	49
<b>Tabela 3</b> – Associação entre fatores sócio-demográficos, obstétricos e psiquiátricos e o escore médio de todos os domínios de qualidade de vida entre gestantes adolescentes. Pelotas, 2012 (n=885).....	50



**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MINI	Mini-International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of life instrument 100
WHOQOL - BREF	World Health Organization Quality of life instrument BREF

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>PROJETO.....</b>	<b>14</b>
<b>1 IDENTIFICAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1 Título .....	15
1.2 Titulação em andamento.....	15
1.3 Orientador .....	15
1.4 Instituição .....	15
1.5 Curso .....	15
1.6 Linha de pesquisa .....	15
1.7 Data .....	15
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>4 HIPÓTESES .....</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
<b>6 MÉTODO .....</b>	<b>27</b>
6.1 Delineamento .....	27
6.2 Participantes .....	27
6.3 Procedimentos e instrumentos.....	28
6.4 Análise de dados.....	31
6.5 Aspectos éticos .....	34
6.6 Cronograma .....	36
6.7 Orçamento .....	37
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>
<b>8 ARTIGO .....</b>	<b>43</b>

<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>
Anexo A: Resumo dos artigos relevantes ao tema da pesquisa.....	65
Anexo B: Termo de consentimento livre e esclarecido - Gestante.....	71
Anexo C: Termo de consentimento livre e esclarecido - Responsável.....	73
Anexo E: Instrumentos.....	75

## APRESENTAÇÃO

Os transtornos psiquiátricos e a qualidade de vida nos períodos gestacional e puerperal tem sido foco de pesquisas epidemiológicas e clínicas. Os transtornos psiquiátricos são amplamente reconhecidos como um problema de saúde pública, sendo relacionado a consequências tanto para a mãe quanto para o bebê. A compreensão adequada deste problema, bem como o conhecimento sobre a qualidade de vida tem importante relevância, uma vez que, o conceito de qualidade de vida está estreitamente ligado àquilo que o próprio indivíduo sente e percebe, estando intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano, viver bem e sentir-se bem. Deste modo, tais informações podem auxiliar no direcionamento de políticas de saúde pública que visem a identificação precoce e tratamento adequado e, quando possível, a prevenção dos transtornos psiquiátricos, levando a melhor qualidade de vida a esta população.

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

O material apresentado está disposto em quatro partes: o projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida em gestantes adolescentes: Correlatos sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos”; o artigo resultante da atividade desenvolvida com o projeto, as considerações finais; e, por fim os anexos.

Na primeira parte, o projeto de pesquisa é apresentado. Inicialmente é feita a delimitação do problema em estudo, sendo estabelecidos os objetivos e as hipóteses a serem testadas. A seguir é apresentada uma revisão da literatura disponível sobre o tema. Para facilitar a organização das informações, a mesma foi dividida em três seções: a primeira tratando de gestação na adolescência, a segunda sobre transtornos psiquiátricos

na gestação e a terceira versando sobre a qualidade de vida na gestação. Adicionalmente, é feita uma descrição da metodologia empregada, com detalhes sobre os procedimentos utilizados na execução do projeto.

Na segunda parte, o artigo confeccionado a partir dos resultados obtidos com a execução do projeto é apresentado, intitulado “Qualidade de vida em gestantes adolescentes: correlatos sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos”, será submetido para avaliação na revista *Ciência e Saúde Coletiva*.

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 são retomadas, uma a uma, e discutidas de acordo com os resultados obtidos dispostos na segunda parte.

Ao final na quarta parte constam os anexos, tratam-se do quadro de revisão bibliográfica, questionários, entrevistas e termo de consentimento informado que foram utilizados.

**PROJETO**

## **1. IDENTIFICAÇÃO**

**1.1 Título:** Qualidade de vida em gestantes adolescentes: correlatos sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos.

**1.2 Mestranda:** Marina dos Santos

**1.3 Orientador:** Prof. Dr. 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:** Saúde Pública

**1.7 Data:** 20/05/2014

## 2. INTRODUÇÃO

A adolescência é entendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a fase de transição entre a infância e a idade adulta (10 a 19 anos), esta passagem é caracterizada por intenso desenvolvimento biológico, social e comportamental (Gama, 2002). Estas complexas transformações hormonais, físicas e psicológicas determinam mudanças de valores e de estilo de vida. Esses processos são universais, mas o modo como são vivenciados é extremamente variável (Leão, 2005).

A gestação na adolescência ainda tem sido tratada como problema de saúde pública no Brasil, sendo caracterizada como situação associada a riscos sociais e pessoais para o desenvolvimento da adolescente e de seu filho, pois se trata de um período em que ocorrem repercussões na vida pessoal, social, familiar e educacional da adolescente (Gontijo, 2004). Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que entre as mulheres de 15 a 19 anos de idade com maior escolaridade (8 ou mais anos de estudo), 7,3% tinham filhos, enquanto entre as menos escolarizadas esta proporção aumenta para 18,3% (IBGE 2012).

Estas profundas transformações, exigem um preparo físico, psicológico e social para vivenciar este período com qualidade, uma vez que os desconfortos causados por todas estas alterações poderão influenciar na percepção da qualidade de vida destas gestantes adolescentes (Vido, 2006).

Atualmente o conceito de Qualidade de Vida (QV) refere-se ao resultado de percepções individuais, que podem variar de acordo com a experiência pessoal e o momento que cada pessoa está vivendo. Os efeitos negativos na QV das jovens que engravidam têm sido citados, como o prejuízo no seu crescimento pessoal e profissional (Fraser, 1995; Michelazzo, 2004). A QV tem sido um constructo bastante utilizado em pesquisas científicas para avaliar a funcionalidade de indivíduos diagnosticados com transtornos mentais (National Institute of Mental Health, 1998). No entanto, pouca atenção tem sido dada às modificações nos domínios físico e psicológico de seu estado de saúde e a percepção quanto a sua QV nesta fase.

Em geral, os comportamentos relacionados à saúde tendem a relacionar-se entre si (Souza, 2008). Estudos revelam que transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em gestantes levam a graves consequências materno-fetais, influenciando também durante o trabalho de parto e no desenvolvimento infantil (Jablensky, 2005; Seng, 2001). Além disso, sabe-se que os transtornos psiquiátricos



influenciam nos escores da QV das gestantes (Lima, 2008). Existem ainda as comorbidades psiquiátricas, ocorrência de dois ou mais transtornos psiquiátricos em um indivíduo (Karlsson, 2008), fenômeno comum, tanto em amostras clínicas como em estudos populacionais. Lee, Tsang, Chui, Kwok e Cheung (2007) observaram que as comorbidades psiquiátricas causam maiores prejuízos do que doenças físicas, como diabetes e asma. Em estudos populacionais, aproximadamente 30% dos que apresentam algum transtorno psiquiátrico nos 12 meses anteriores à entrevista apresentavam dois ou mais transtornos associados. Em geral as mulheres apresentam maior comorbidade entre depressão e transtornos de ansiedade, particularmente transtorno de pânico e fobias simples (Andrade, 2006).

No entanto, estudos sobre comorbidades psiquiátricas na gravidez ainda são escassos, uma grande parte investiga somente um transtorno psiquiátrico, sendo o mais comum o transtorno depressivo ou sintomas depressivos nesse período. Além disso, são raros os estudos que relacionam a QV e gestação na adolescência, levando em consideração a presença de comorbidades psiquiátricas, apesar do crescente interesse científico em dimensionar o impacto da QV nas populações (Andrade, 2006).

Com base nestas informações, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre: fatores sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos e os escores da QV em gestantes adolescentes que consultaram os serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas-RS.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar a associação entre fatores sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos e os escores de qualidade de vida em gestantes adolescentes que consultaram os serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas-RS, utilizando o WHOQOL-BREF, específico para população brasileira.

#### **3.2 Específicos**

- Verificar a associação entre os escores de QV com fatores sociodemográficos: idade, estado civil, escolaridade, ocupação e nível socioeconômico;
  
- Verificar associação entre os escores de QV com variáveis obstétricas: primiparidade e intenção de aborto.
  
- Verificar associação entre os escores de QV com: presença de apenas um transtorno psiquiátrico e presença de comorbidade psiquiátrica.

#### **4. HIPÓTESES**

- Apresentarão menores médias nos escores de QV gestantes adolescentes menores de dezesseis (16) anos, sem relacionamento estável, desempregadas, com menor escolaridade e nível socioeconômico.
  
- Apresentarão menores médias nos escores de QV gestantes adolescentes primíparas e que tiveram intenção e tentaram abortar.
  
- Apresentarão menores médias nos escores de QV gestantes adolescentes com presença de comorbidade psiquiátrica quando comparadas as gestantes adolescentes com presença de apenas um transtorno psiquiátrico.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada nas bases de dados PUBMED e LILACS a fim de identificar artigos relevantes na literatura, tendo início em junho de 2013, tendo continuidade até a conclusão da pesquisa. Após a execução das estratégias de busca, os artigos resultantes foram inicialmente triados de acordo com seu título e resumo. Nos casos de dúvida sobre a potencial relevância, o artigo completo era analisado a fim de esclarecer o assunto. Os descritores utilizados foram: gravidez/gestação na adolescência (“pregnancy in adolescence”, “adolescent pregnancy”, “teenage pregnancy”, “gravidez na adolescência” ou “embarazo en la adolescencia”), qualidade de vida (“quality of life” ou “qualidade de vida” ou “calidad de vida”) e transtornos psiquiátricos (“mental disorders” ou “transtornos psiquiátricos” ou “transtornos mentais” ou “trastornos mentales”, correspondentes aos termos de indexação do Medical Subject Headings (MeSH) ou Descritores em Ciência (DeSC). Também foi feita a checagem das referências dos artigos encontrados, com objetivo de identificar trabalhos não encontrados pela estratégia de busca e em páginas da web, World Health Organization-WHO/OMS e do Ministério da Saúde do Brasil.

### 5.1. Critérios de inclusão

Os estudos selecionados foram aqueles que envolvessem o tema QV, gestação e transtornos psiquiátricos, incluindo trabalhos com gestantes adolescentes e adultas. Foram lidos resumos nas línguas inglês, português e espanhol.

### 5.2. Critérios de exclusão

Os artigos que não fossem relacionados à gestação, QV e transtornos psiquiátricos ou que apresentassem algum caso clínico específico da gestação foram excluídos.

### 5.3. Seleção dos artigos

O quadro abaixo expõe a seleção dos artigos, de acordo com os descritores utilizados.

**Tabela 1.** Seleção de artigos na base de dados Lilacs/SciELO/Pubmed.

Base de dados	Descritores utilizados *	Número de artigos recuperados	Artigos selecionados após leitura de títulos
<b>Lilacs/SciELO</b>		1155	15
	(Gravidez na adolescência OR Adolescentes grávidas OR Gestantes adolescentes OR Embarazo en la adolescencia) AND (Qualidade de vida OR Calidad de vida)	65	5
	(Qualidade de vida OR Calidad de vida) AND (Transtornos psiquiátricos OR Depressão OR Ansiedade)	692	3
	(Gravidez na adolescência OR Adolescentes grávidas OR Gestantes adolescentes) AND (Transtornos psiquiátricos OR Depressão OR Ansiedade)	398	7
	(Gravidez na adolescência OR Adolescentes grávidas OR Gestantes adolescentes OR Embarazo en la adolescencia) AND (Qualidade de vida OR Calidad de vida) AND (Transtornos psiquiátricos OR Transtornos mentais OR Trastornos mentales)	-	-
<b>Pubmed</b>		5355	33
	(Pregnancy in adolescence OR Adolescent pregnancy OR Teenage pregnancy) AND (Quality of life)	623	23
	(Pregnancy in adolescence OR Adolescent pregnancy OR Teenage pregnancy) NOT (Postpartum) AND (Mental disorders)	4661	7
	(Pregnancy in adolescence OR Adolescent pregnancy OR Teenage pregnancy) AND (Quality of life) AND (Mental disorders)	71	3

Foram selecionados 6 artigos a partir das referências bibliográficas dos artigos encontrados. Após exclusão daqueles não relevantes ao tema, a revisão, contemplou 48

artigos. O quadro com as sínteses dos principais resultados relacionados à QV e transtornos psiquiátricos na gestação encontra-se em anexo.

#### **5.4. Gestação na adolescência**

A adolescência é a fase da vida que está compreendida entre a infância e idade adulta, sendo marcada por um processo de consecutivas modificações como crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, no qual o indivíduo se desenvolve física e emocionalmente (WHO 2001; Nery, 2011). As adolescentes são fisiologicamente imaturas para suportar o estresse da gravidez e os riscos de resultados perinatais negativos são especialmente maiores nas gestantes adolescentes, principalmente quando acontece menos de dois anos após a menarca e abaixo dos 15 anos de idade (Costa 2002, Conde-Agudelo, 2005). Assim, a gestação na adolescência é caracterizada por situações associadas a riscos pessoais e sociais, assumindo uma grande relevância social, pela vulnerabilidade em termos biológicos e de condições de sobrevivência das crianças, pois se sabe que eleva os riscos de mortalidade para as gestantes adolescentes e seus filhos (Simões, 1997).

Nas últimas décadas, o início das relações sexuais tornou-se cada vez mais precoce, o que, de certa forma, contribuiu para o aumento da frequência da gestação na adolescência em diversos países. De acordo com a OMS, a cada ano, cerca de 16 milhões de partos são realizados em adolescentes entre os 15 e 19 anos de idade, cifra que corresponde a 11% de todos os nascimentos no mundo. Desses nascimentos, 95% ocorrem em países de renda média e baixa (WHO, 2010). Sabe-se que existem diferenças na estrutura etária da fecundidade conforme a condição socioeconômica das mulheres (Yazaki, 2003), sendo a fecundidade mais rejuvenescida nos grupos menos instruídos, bem como nos menos favorecidos economicamente.

Embora as taxas de fecundidade em adolescentes tenham diminuído nas últimas quatro décadas, tal declínio corresponde a diferentes motivos, conforme o grau de desenvolvimento das regiões. Nos países de renda alta, a diminuição é decorrente de uma postergação da maternidade, refletindo o aumento da média de idade materna e o aumento das taxas de fecundidade nos grupos etários superiores (30 a 39 anos) (UN, 2009). Entretanto, nos países de renda média e baixa, o declínio da fecundidade em adolescentes acompanha uma diminuição da fecundidade geral, que inclui reduções no

tamanho das famílias e, em particular, na paridade em idades mais avançadas (após os 35 anos), conduzindo a uma redução na média de idade materna (UN, 2009). Em média, a taxa de fecundidade em adolescentes é aproximadamente duas vezes maior em países de média renda e cinco vezes maior em países de baixa renda, quando comparada com países de alta renda (WHO, 2010). Deve-se considerar também que, embora a gestação na adolescência frequentemente esteja associada a um contexto de desvantagem social das jovens, é importante considerar que sua ocorrência já se dá em situações de oportunidades restritas, com poucas opções e inúmeras restrições (Gontijo, 2004, Gonçalves, 2012).

As estimativas evidenciam que as taxas de fecundidade em adolescentes são maiores na África e na América Latina e o Caribe quando comparadas com as outras regiões. Observa-se que os menores declínios nas taxas de fecundidade entre adolescentes foram registrados na América Latina e na África, desde 1970. Na América Latina e o Caribe verifica-se a segunda maior taxa média de fecundidade em adolescentes sendo que, na última década, aproximadamente um terço das mulheres de 20-24 anos de idade tiveram um filho antes dos 20 anos (WHO, 2006). Em relação às taxas específicas de fecundidade, o declínio principal observou-se nos grupos de 20 a 34 anos de idade, no período 1996-2006. Já no grupo de mulheres adolescentes a queda foi menor (6,6%), sendo de 83,9 em 1996 e de 78,4 em 2006.

Outros fatores associados à gestação na adolescência descritos na literatura são: fracasso escolar (Gigante, 2008; Imamura, 2007; Gigante, 2004), expectativas educacionais modestas (Imamura, 2007; Gonçalves, 2006), menor escolaridade paterna (Gigante, 2004), gravidez da própria mãe ou irmãs na adolescência (East, 2007; Gigante, 2004), família monoparental (Imamura, 2007), irmãos de diferentes pais (Gigante, 2004), início precoce das relações sexuais (Imamura, 2007; Gonçalves, 2006; Gigante, 2004), comportamentos de riscos como consumo de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo (Imamura, 2007; Webbinck, 2008), não uso de métodos contraceptivos (Imamura, 2007), abuso sexual (Francisco, 2008), menor intervalo entre as gestações, menor número de consultas e começo tardio do pré-natal (Conde-Agudele 2005), entre outros.

A ocorrência de gestação durante a adolescência é um tema que tem merecido destaque em nível mundial, em particular nos países subdesenvolvidos, pois constitui um problema de grande relevância no campo da saúde pública, não somente pelo seu risco biológico, mas principalmente pelas suas repercussões psicossociais.

## 5.5. Transtornos mentais na gestação

A OMS aponta que cerca de 450 milhões de pessoas sofram de algum transtorno psiquiátrico, e que um em cada quatro indivíduos, será afetado pela doença em certo estágio de sua vida, constituindo-se assim um problema de saúde pública (OMS, 2002). Acredita-se, ainda, que esse número sofreu um aumento progressivo, principalmente nos países de média e baixa renda, incluindo também o Brasil, devido a uma associação significativa com o baixo nível socioeconômico (Patel, 2003).

A prevalência elevada de transtornos mentais comuns em gestantes encontra respaldo na literatura, quando se refere às populações de baixo nível socioeconômico (Wissart, 2005). Um estudo realizado com adolescentes grávidas encontrou 24,3% de transtornos mentais comuns e uma associação com a baixa escolaridade, fumo, abuso de álcool, condições físicas pré-existentes e violência (Ferri 2007). Segundo Almeida, há um excesso de transtornos psiquiátricos, particularmente transtornos de humor, em amostras populacionais provenientes da atenção básica (Almeida, 2012).

Historicamente a saúde mental das gestantes foi negligenciada, possivelmente influenciada por dois fatores. Um deles é a crença popular de que a gestação é um período de bem-estar para as mulheres. Até há pouco tempo acreditava-se que a gestação teria um efeito protetor sobre a saúde mental da mulher, porém o que as pesquisas científicas têm mostrado diferem desse senso comum, pois o período perinatal não as protege de transtornos psiquiátricos (Camacho, 2006). Outro é a maior ênfase dada aos transtornos psiquiátricos ocorridos no pós-parto imediato que, por gerarem mais hospitalizações psiquiátricas, recebem maior atenção dos profissionais de saúde (Almeida, 2012).

No entanto, os dados epidemiológicos apontam que as prevalências de transtornos psiquiátricos são semelhantes na gestação e no puerpério. Diferenças observadas apontaram maiores prevalências no período da gestação em relação ao período pós-parto (Wissart, 2005; Lee, 2007; Evans 2001), tornando a gestação uma fase crucial para diagnóstico e tratamento das patologias psiquiátricas. (Almeida, 2012), evidenciando a importância dos problemas de saúde mental no pré-natal (Lee, 2007).

Segundo estudo realizado em Hong Kong (Lee, 2007), há maiores riscos de sintomas depressivos e ansiedade pré-natal em gestantes adolescentes, tendo prevalência entre 16% e 44%, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas, o que pode



estar relacionado à falta de maturidade afetiva e de relacionamentos destas pacientes, bem como ao fato de grande parte delas terem que abandonar seus estudos em razão da maternidade (Szigethy, 2001).

Estudos de revisão (Bennett, 2004; Lima 2008) apontam uma queda nos escores da QV das gestantes com sintomas depressivos tanto no início (Nicholson, 2006) quanto no decorrer da gestação (Mckee, 2001) quando comparadas com gestantes não depressivas, mostrando associação entre os transtornos psiquiátricos e os escores de QV.

### **5.6. Qualidade de vida na gestação**

A OMS definiu QV como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, 2000). É um conceito de caráter multidimensional e abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais (espirituais e religiosas) e relações desses domínios com características ambientais (Fleck, 2000).

A QV é um conceito relativamente novo, o qual ganhou maior importância na última década na área dos transtornos psiquiátricos e nas últimas cinco décadas na área da saúde (Taillefer, 2003). Algumas definições focam em saúde e bem-estar ou a capacidade funcional, enquanto outros enfatizam a satisfação ou realização do indivíduo. (Taillefer, 2003; Emmanuel, 2013). Alguns autores tem considerado que existe um "universo cultural" de QV, isto é, que independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (Bullinger, 1993).

A partir da década de 90, um grupo de especialistas em QV, criado pela OMS, definiu o termo como: a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994). Estes desenvolveram dois questionários genéricos de avaliação da QV, o WHOQOL-100, o qual possui cem (100) questões, e o WHOQOL-bref, uma versão abreviada, composta por vinte e seis (26) questões e abrange os domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente. Avalia também a QV Geral, possuindo as mesmas características do

instrumento de origem (Fleck, 2000). Constitui-se em um instrumento prático, aceito universalmente, que leva em consideração os pressupostos de que QV é uma construção subjetiva, multidimensional, composto por elementos positivos e negativos (WHOQOL GROUP, 1998). Apresenta bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, constituindo uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar QV no Brasil. (Fleck, 2000), sendo o terceiro instrumento mais utilizado (Mogos, 2013).

Uma revisão de literatura realizada no *PubMed* de 1996 a 2002 com os descritores “*adolescent*” ou “*Teen*” e “*gravidez*” não encontrou estudos relacionados com qualidade de vida e adolescentes. Uma revisão mais recente (Casarin 2010) realizada entre 2003 e 2008 com a temática qualidade de vida na gravidez, nas bases de dados *MEDLINE*, *LILACS*, *SCIELO* e *BDEFN*, identificados em apenas um estudo aspectos relacionados à gravidez na adolescência e QV, sendo que este mostrou uma pequena redução da QV, relativa à percepção das adolescentes. Além disso, uma pesquisa realizada ao início de 2013 (Castro, 2013), relata não haver estudos na qual QV das gestantes seja avaliada usando o instrumento da OMS WHOQOL-bref.

Estudos destacam a importância da QV relacionada à saúde na gestação e na saúde materna (Nicholson 2006), observando queda nos escores de QV em gestantes adolescentes quando comparadas as adolescentes não grávidas (Drescher, 2003). Desta forma, observa-se a necessidade de desenvolverem mais pesquisas com esta temática no Brasil.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo transversal em uma coorte de gestantes adolescentes.

### **6.2 Participantes**

Gestantes adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

#### **6.2.1 Cálculo de tamanho de amostra**

O tamanho da amostra foi calculado para a pesquisa maior de investigação de medidas preventivas para a depressão pós-parto em gestantes adolescentes, sendo utilizado para calcular a ferramenta STATCALC do programa Epi-Info (Center for Diseases Control and Prevention, Atlanta, USA). Estabelecendo um nível de confiança de 95% e um poder de 80%, com prevalência do desfecho estimada em 15% e o risco estimado em 1,55, o tamanho da amostra necessário foi de 758 participantes. Acrescentando 15% para compensar possíveis perdas e recusas, foi estimado um tamanho de amostra de 871 participantes. Além disso, será calculado o poder estatístico das variáveis relacionadas às comorbidades psiquiátricas e para todos os domínios da QV.

#### **6.2.2 Critérios de inclusão**

Todas as adolescentes entre 10 e 19 anos que estavam no segundo trimestre de gestação e que frequentavam os serviços de pré-natal oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da zona urbana da cidade de Pelotas foram convidadas a participar do estudo. O recrutamento foi realizado a partir de buscas semanais no período entre outubro de 2009 e março de 2011, tanto nos registros do programa do SIS – Pré-natal na secretaria municipal de saúde, quanto nas demais Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios especializados que não fazem parte deste programa. Foram convidados a participar do estudo as adolescentes e seus pais ou responsáveis, após do fornecimento do termo de consentimento livre e esclarecido, uma entrevista domiciliar foi agendada

para a aplicação de um questionário visando coletar informações sobre as variáveis estudadas.

### **6.2.3 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do estudo aquelas gestantes que:

- apresentarem mais de 19 anos;
- Residirem em zona não urbana de Pelotas;
- Manifestarem qualquer condição clínica no momento da entrevista que

dificulte a compreensão e o diálogo com o entrevistador;

### **6.3 Procedimentos e Instrumentos**

A equipe envolvida no trabalho de campo foi composta por dois doutorandos, três mestrandas e dez bolsistas de Iniciação científica vinculados ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel. Estes acadêmicos foram treinados e participaram de uma reunião semanal com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo. A análise dos dados e a produção dos artigos serão feitas pela mestranda.

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

#### **1º ETAPA:**

- Visitas semanais à Secretaria de Saúde para detecção e atualização da amostra.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Agendamento de entrevista domiciliar.

#### **2º ETAPA:**

- Entrevista domiciliar: 20 – 22 semanas de gestação
- Aplicação dos instrumentos.

A fim de verificar a qualidade das entrevistas domiciliares ocorridas no estudo, foi selecionado aleatoriamente 30% das participantes através de contatos telefônicos, além de 10% para nova entrevista domiciliar.

### **6.3.1 Instrumentos**

#### **Questionário sobre dados sociodemográficos:**

Será aplicado um questionário para a obtenção de informações relacionadas às características sócio-demográficas, como idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação. A fim de avaliar o nível socioeconômico será utilizada a classificação da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012), a qual determina a classe social das famílias em cinco estratos (A, B, C, e E) de acordo com a escolaridade do chefe da família e com a posse de bens duradouros. No mesmo instrumento, constarão ainda perguntas sobre comportamentos relacionados à saúde e o histórico obstétrico.

#### **Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI):**

Será aplicada nas gestantes adolescentes a fim de se estabelecer um diagnóstico psiquiátrico uma versão validada para o português do *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (Amorim, 2000), com adequada validade e fidedignidade. 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 uma forma compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) e da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes, o que permite reduzir o tempo de aplicação da entrevista, com prioridade para a exploração dos transtornos atuais.

Os seguintes módulos diagnósticos serão utilizados neste estudo: Episódio Depressivo Maior (atual), Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Fobia Social, Transtorno de Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

#### **Qualidade de vida**

A avaliação da QV será através do Whoqol-bref, uma versão resumida do questionário *World Health Organization Quality of Life Instrument 100* (Whoqol-100), desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. A versão nacional do Whoqol-bref foi validada e traduzida pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde do Brasil. O Whoqol-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e as outras 24 representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original, englobando os domínios físico e psicológico, relações sociais e meio ambiente. Não existem pontos de corte que determinem um escore baixo ou alto, a escala pontua de 0 – 100, indicando maior percepção da QV escores mais próximos de 100 e pior percepção da QV escores mais próximos de 0.

Constitui-se em um instrumento aceito universalmente que leva em consideração os pressupostos de que a QV é uma construção subjetiva, multidimensional composta por elementos positivos e negativos (GRUPO WHOQOL, 1998). O instrumento apresenta bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, sendo uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar QV no Brasil.

A tabela a seguir descreve os quatro domínios do instrumento abreviado e as facetas que compõem cada domínio.

**Tabela 2. Domínios e facetas do WHOQOL-BREF**

<b>Domínio Físico</b>	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
<b>Domínio Psicológico</b>	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima

	7. Imagem corporal e aparência
	8. Sentimentos negativos
	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
<b>Domínio Relações Sociais</b>	13. Relações pessoais
	14. Suporte (Apoio) social
	15. Atividade sexual
<b>Domínio Meio Ambiente</b>	16. Segurança física e proteção
	17. Ambiente no lar
	18. Recursos financeiros
	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	23. Transporte

### 6.3.1 Desfecho primário

Escores dos domínios de Qualidade de Vida.

## 6.4 Análises de dados

**Tabela 3. Análise das variáveis**

Variáveis	Características	Coleta	Análise
<b>Socio-Demográficas</b>			
Idade	Anos completos	Numérica discreta	Dicotômica
Situação conjugal	Solteira ou Casada/vive c/ companheiro separada/divorciada Viúva	Catégorica ou Nominal ou	Dicotômica

Escolaridade	Analfabeta/Primário incompleto ou Primário completo/Ginasial incompleto ou Ginásial completo/Colegial incompleto ou Colegial completo/Superior Incompleto ou Superior completo	Catagórica Ordinal	Catagórica Ordinal
Ocupação	SIM: Trabalha formalmente/Carteira assinada ou Trabalha informalmente/Bicos ou Dona de casa NÃO: Está desempregada ou é aposentada/encostada ou Estudante ou Dona de cada	Catagórica Nominal	Dicotômica
Nível socioeconômico	ABEP - Classes A, B, C, E e E	Catagórica ordinal	Catagórica ordinal
<b>Obstétricas</b>			
Planejou a gestação	Sim ou Não	Dicotômica	Dicotômica
Intenção de abortar	Sim ou Não	Dicotômica	Dicotômica
Primiparidade	Sim ou Não	Dicotômica	Dicotômica
<b>Psicossociais</b>			
Transtornos psiquiátricos	Para cada módulo diagnóstico do MINI.		
Transtorno Depressivo Atual (TDMA)	Sim ou Não Maior	Dicotômica	Dicotômica
Transtorno de Ansiedade	Sim ou Não	Dicotômica	Dicotômica



Generalizada (TAG)				
Transtorno de Pânico (TP)	Sim ou Não		Dicotômica	Dicotômica
Fobia Social (FS)	Sim ou Não		Dicotômica	Dicotômica
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	Sim ou Não		Dicotômica	Dicotômica
Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)	Sim ou Não		Dicotômica	Dicotômica
Presença de Depressão ou Ansiedade	Sim ou Não		Dicotômica	Dicotômica
Presença de Depressão ou Ansiedade	de Presença de dois e transtornos psiquiátricos		Numérica discreta	Categórica ordinal

Após a codificação dos instrumentos foi realizada dupla entrada dos dados no programa Epi-Info 6.04. Para realização de checagem automática dos dados no momento da digitação foi utilizado o comando *check*, além de serem testadas no mesmo software as inconsistências na digitação comparando as duas entradas de dados. Após a edição final do banco de dados, este será convertido para o programa Stata 12.0.

Na análise dos dados, primeiramente, será realizada a análise univariada dos dados, a fim de se obter a distribuição de frequências simples de todas as variáveis categóricas. Posteriormente, será realizada para as variáveis numéricas, as medidas de tendência central e dispersão. Para a análise bruta (bivariada) será empregado o teste t de Student (para variáveis paramétricas) ou o teste Mann-Whitney (para variáveis não-paramétricas), para duas médias, e o teste F (ANOVA) (para variáveis paramétricas) ou o teste Kruskal Wallis (para variáveis não-paramétricas), sendo analisado para cada um dos domínios da QV. Será utilizada a mesma técnica estatística, seguindo um modelo hierárquico, onde cada bloco de variáveis de um determinado nível será incluído, e as variáveis com um valor  $\leq 0,05$  no teste permanecerão no modelo. Nesse tipo de modelo, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão são consideradas como potenciais confundidoras da relação entre essa variável e o desfecho

em estudo, enquanto que as variáveis em níveis inferiores são consideradas como potenciais mediadores da associação. As variáveis selecionadas em um determinado nível permanecerão nos modelos subsequentes e serão consideradas como fatores associados como a QV mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, percam sua significância. A referida análise será controlada para efeito de conglomerado.

O modelo hierárquico será composto no primeiro nível pelas variáveis sócio-demográficas, num segundo nível, serão incluídas as variáveis obstétricas, no terceiro as comorbidades psiquiátricas, enquanto que no último nível serão consideradas as variáveis da QV.

Em todas as análises será utilizado um nível de significância de 5%. Serão considerados como possíveis fatores de confusão aquelas variáveis que estavam associadas com o desfecho num nível de significância menor ou igual a 20%.

## **6.5 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), sendo garantida a autonomia dos indivíduos na participação do estudo assim como o sigilo e privacidade das informações concedidas, de modo que os participantes não possam ser identificados.

Assim, foram incluídos no estudo apenas gestantes que ofereceram sua concordância, e de seu responsável por escrito, após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. Este repetiu todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº466/12.

As adolescentes que apresentarem, em qualquer fase do estudo, algum transtorno psiquiátrico serão encaminhados para atendimento especializado no Ambulatório de Psiquiatria da UCPel.

### **6.5.1 Riscos**

A pesquisa não oferece riscos as participantes.

### **6.5.2. Benefícios**

As participantes receberam diagnóstico psiquiátrico por profissional capacitado.

## 6.6 Cronograma

Ano	2013												2014				
Meses de Estudo	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M
<b>Etapas</b>																	
<b>Revisão Bibliográfica</b>																	
<b>Elaboração do projeto</b>																	
<b>Defesa do projeto</b>																	
<b>Análise dos Dados</b>																	
<b>Redação do artigo</b>																	
<b>Entrega e defesa</b>																	

## **6.7 Orçamento**

O orçamento deste projeto está incluso no projeto de pesquisa maior para investigação de medidas preventivas para a depressão pós-parto em gestantes adolescentes, do qual o presente trabalho faz parte.

## 7. REFERÊNCIAS

1. OMS, Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2002; 25(1).
2. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal MC. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):153-61.
3. Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MB. *Pediatria ambulatorial*. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed 2005; p.101-14.
4. Gontijo DT, Medeiros M. Gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. *Rev Eletr Enferm* 2004; 06(3): 394-9.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Brasil; 2012. Disponível em:  
[http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](http://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)
6. Vido MB. Qualidade de Vida na gestação [Dissertação]. UnG – Universidade de Guarulhos, Brasil, 2006.
7. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 332(17):1113-7.
8. Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(8):633-9
9. National Institute of Mental Health. (1998). Bridging science and service: a report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup.
10. Souza LDM, Silva RS, Godoy RV, Cruzeiro ALS, Faria AD, Pinheiro RT, Horta BL, Silva RA. Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais – estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(4): 261-6
11. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick S, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (1): 79-91.
12. Seng JS, Oakley DJ, Sampsel CM, Killion C, Graham-Berhamns S, Liberzon. Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstet Gynecol* 2001; 97 (1): 17-22.
13. Lima MOP; Tsunehiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4): 530-6.

14. Karlsson L, Kiviruusu O, Miettunen J, Heilä H, Holli M, Ruutu T, et al. One-year course and predictors of outcome of adolescent depression: a case-control study in Finland. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (5): 844-53.
15. Lee S, Tsang A, Chui H, Kwok K, Cheung EA. Community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community Mental Health J* 2007; 43(4): 305-19.
16. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clín* 2006; 33(2): 43-54.
17. World Health Organization. Child and Adolescent Health Development. Geneva: WHO; 2001.
18. Nery IS, Mendonça RCM, Gomes IS, Fernandes ACN, Oliveira DC. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(1):31-7
19. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KASL, Silva MA, et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3):715-22.
20. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2):342-9.
21. Simões CCS. A mortalidade infantil na transição da mortalidade no Brasil: um estudo comparativo entre o Nordeste e o Sudeste. [Tese-Doutorado]. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997
22. WHO. World Health Organization. Adolescent pregnancy. 2010. Disponível em: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/adolescent\\_pregnancy/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html)
23. Yazaki LM. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Inst Est Avançados* 2003; 17(49): 65-86.
24. UN. United Nations. Department Of Economic And Social Affairs. Population Division. World Fertility Patterns. 2009. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/fertility/index.shtml>
25. Gonçalves RCB, Campos PL, Machado PS, Reis VM, Samad VGA, Machado DAD, et al. Avaliação do perfil biopsicossocial de mães adolescentes, da área de abrangência do Centro de Saúde Cachoeirinha, após o parto. *Rev Med Minas Gerais* 2012; 22(3): 296-300.
26. WHO. World Health Organization. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. 2006:1-28.

27. Gigante DP, Barros FC, Veleda R, Gonçalves H, Horta BL, Victora Cesar G. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 42-50.
28. Imamura M, Tucker J, Hannaford P, da Silva MO, Astin M, Wyness L, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur J Public Health* 2007; 17(6):630-6.
29. Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(1):1-10.
30. Goncalves H, Gigante D. Work, schooling, and reproductive health: an ethno-epidemiological study of adolescent women belonging to a birth cohort. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1459-69.
31. East PL, Reyes BT, Horn EJ. Association between adolescent pregnancy and a family history of teenage births. *Perspect Sex Reprod Health* 2007; 39(2):108-15.
32. Webbink D, Martin NG, Visscher PM. Does teenage childbearing increase smoking, drinking and body size? *J Health Econ* 2008; 27(4):888-903.
33. Francisco MA, Hicks K, Powell J, Styles K, Tabor JL, Hulton LJ. The effect of childhood sexual abuse on adolescent pregnancy: an integrative research review. *J Spec Pediatr Nurs* 2008; 13(4): 237-48.
34. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ* 2003; 81:609-15.
35. Wissart J, Parshad O, Kulkar S. Prevalence of pre- and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2005; 15(5)
36. Ferri CP, Mitsuhirro SS, Barros MC, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, Prince M, Laranjeira R. The impacto f maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survery of adolecent mothers in São Paulo, Brazil. *BMC Public Health* 2007; 7: 209.
37. Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(2): 385-93.
39. Camacho RS, Cantinelli, FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó JR. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clín* 2006; 33(2):92-102.
40. Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstet Ginecol* 2007; 110(5): 1102-12.



41. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307):257-60.
42. Szigethy EM, Ruiz P. Depression Among Pregnant Adolescents: An Integrated Treatment Approach. *Am J Psychiatry* 2001; 158(1): 22-7,
44. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Early Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107(4): 798-806.
45. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy overview of clinical factors. *Clin Drug Invest* 2004; 24(3): 157-79.
46. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: Relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol* 2001; 97(6):988-93.
47. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 34(2): 178-83
48. Taillefer MC, Dupuis D, Roberge MA, LeMay S. Health-Related Quality of Life Models: Sistematic Review of the Literature. *Social Indicators Research* 2003; 64(2): 293-323.
49. Emmanuel EN, Sun J. Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *J Clin Nurs* 2014; 3(11-12):1611-9.
50. Bullinger M, Anderson R, Cella D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993; 2:451-9
51. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85.
52. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag 1994; 41-60
53. Mogos MF, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihu HM. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life* 2013; 8(2): 219–50.
54. Casarin ST, Barboza MCN, Siqueira HCH. Qualidade de Vida na gravidez: revisão de literatura. *Rev enferm UFPE on line* 2010; 4:1046-53
55. Castro DF, Fracolli LA. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. *O Mundo da Saúde* 2013; 37(2):159-165

56. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(5):1231-3.
57. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2012). Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: [http://www.abep.org/codigosguias/Criterio\\_Brasil\\_2008.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf)
58. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3): 106-15.

**ARTIGO****Transtornos psiquiátricos, comorbidade psiquiátrica e qualidade de vida em gestantes adolescentes.**

Marina dos Santos, Janaína V Santos Motta, Mariana Bonati de Matos, Luciana Avila Quevedo, Luciano Dias de Mattos Souza, Karen Amaral Tavares Pinheiro, Ricardo Azevedo da Silva, Ricardo Tavares Pinheiro, Fábio Monteiro da Cunha Coelho.

**Manuscrito a ser submetido para avaliação na revista Ciência & Saúde Coletiva**

## RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a associação entre fatores sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos e os escores de qualidade de vida em gestantes adolescentes. Estudo transversal em gestantes entre 10 a 19 anos de idade, que consultavam os serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas-RS. Estas responderam a um questionário com dados sociodemográficos e obstétricos, bem como entrevista para diagnóstico psiquiátrico (MINI) e o questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF). As variáveis sociodemográficas, obstétricas e psiquiátricas foram avaliadas nos domínios do questionário da OMS, WHOQOL-BREF, por meio dos testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Houve diferença significativa em todos os domínios apenas para escolaridade, primiparidade, intenção de abortar e presença de transtornos psiquiátricos. Os dados analisados indicam que a presença de comorbidade psiquiátrica traz maior influência na percepção da qualidade de vida, uma vez que os escores de todos os domínios do WHOQOL-BREF se apresentaram inferiores nas gestantes que apresentaram esta condição, sugerindo menor qualidade de vida nas gestantes adolescentes com presença de comorbidade psiquiátrica.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, gravidez na adolescência, transtornos psiquiátricos, comorbidade psiquiátrica.

## ABSTRACT

The objective was to evaluate the association among sociodemographic, obstetric and psychiatric factors and the scores of life quality in pregnant adolescents. A cross-sectional study with a sample of pregnant teenagers between 10-19 years was enrolled in the National Public Health System, in the urban area of Pelotas, southern Brazil. They answered a questionnaire about sociodemographic and obstetric data, and a structured interview through the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI) and the quality of life World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL -BREF). Sociodemographic, obstetric and psychiatric variables have been assessed according to the WHO questionnaire, through the Kruskal-Wallis and the Mann-Whitney's test. When analyzing the scores of life quality using all WHO domains, there were significant differences only for education, primiparity, intention to abort and presence of psychiatric disorders. The data analyzed indicate that the presence of psychiatric comorbidity has greater influences the perception of life quality, since the scores of all domains of WHOQOL - BREF were lower in pregnant teenagers with this feature, suggesting lower life quality in pregnant adolescents presenting psychiatric comorbidities.

**Keywords:** Quality of life, pregnancy in adolescence, psychiatric disorders, psychiatric comorbidity.

## Introdução

A adolescência é entendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a fase de transição entre a infância e a idade adulta (10 a 19 anos), sendo marcada por intenso desenvolvimento biológico, social e comportamental<sup>1,2</sup>. Estas complexas transformações hormonais, físicas e psicológicas determinam mudanças de valores e de estilo de vida, por isso é necessária atenção especial nesta fase<sup>3</sup>.

Nas últimas décadas, o início das relações sexuais tornou-se cada vez mais precoce, o que, de certa forma, contribuiu para o aumento da gestação na adolescência em diversos países. De acordo com a OMS, a cada ano, cerca de 16 milhões de partos são realizados em adolescentes entre os 15 e 19 anos de idade, correspondendo a 11% de todos os nascimentos no mundo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as adolescentes entre 15 e 19 anos foram responsáveis por 17,7% da taxa de fecundidade das brasileiras em 2010<sup>4</sup>.

As adolescentes são fisiologicamente imaturas para suportar o estresse da gravidez e os riscos de resultados perinatais negativos são especialmente maiores nas gestantes adolescentes<sup>5,6</sup>. Segundo Lee, há maiores riscos de sintomas depressivos e ansiedade durante o pré-natal em gestantes adolescentes, tendo prevalência entre 16% e 44%, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas<sup>7</sup>.

Estudos revelam que transtornos psiquiátricos são frequentes na gestação<sup>8,7</sup> e são importantes preditores de depressão pós-parto<sup>9,10</sup> e de desfechos obstétricos negativos<sup>11,12,13,14</sup>. Todavia, os comportamentos relacionados à saúde tendem a relacionar-se entre si<sup>15</sup>. Um fenômeno cada vez mais comum é a comorbidade psiquiátrica, a ocorrência de dois ou mais transtornos psiquiátricos em um indivíduo<sup>16</sup>. Lee et al.<sup>17</sup>, observaram que as comorbidades psiquiátricas causam maiores prejuízos do

que doenças físicas, como diabetes e asma. Indivíduos que apresentam dois ou mais transtornos psiquiátricos possuem mais severidade de sintomas além de pior prognóstico para tratamento<sup>16</sup>. Além disso, sabe-se que os transtornos psiquiátricos também influenciam na percepção da qualidade de vida (QV) das gestantes<sup>18</sup>.

A QV tem sido um constructo bastante utilizado em pesquisas científicas para avaliar a funcionalidade de indivíduos diagnosticados com transtornos psiquiátricos<sup>19</sup>. Atualmente o conceito de QV refere-se ao resultado de percepções individuais, que podem variar de acordo com a experiência pessoal e o momento que cada pessoa está vivendo. Apesar do crescente interesse científico em dimensionar o impacto da QV nas populações, são raros os estudos que relacionam a QV e gestação na adolescência, levando em consideração a presença de comorbidades psiquiátricas<sup>20</sup>, uma grande parte dos estudos investiga somente um determinado transtorno psiquiátrico.

Com base nestas informações, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre transtornos psiquiátricos, comorbidade psiquiátrica e os escores da QV, além dos fatores sócio-demográficos e obstétricos em gestantes adolescentes que consultaram os serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) de Pelotas-RS.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma coorte de gestantes adolescentes (entre 10 a 19 anos de idade), atendidas nos serviços de pré-natal oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da zona urbana da cidade de Pelotas-RS. O recrutamento da amostra foi realizado entre outubro de 2009 e março de 2011, nas

Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios especializados, onde todas as adolescentes, no segundo trimestre gestacional, foram convidadas a participar. Estas e seus pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Logo após, foi realizada uma entrevista domiciliar a fim de coletar dados sociodemográficos, obstétricos e psicossociais. A coleta foi realizada através de entrevista clínica, em ambiente reservado.

Para classificação socioeconômica foi utilizado o critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012), o qual determina estratos de classificação econômica, definidos por A, B, C, D ou E, sendo A a classe econômica mais alta e E a mais baixa. No mesmo questionário, ainda haviam perguntas sobre comportamentos relacionados à saúde e o histórico obstétrico<sup>21</sup>.

A fim de se estabelecer um diagnóstico psiquiátrico foi utilizada uma versão validada para o português do *Mini-International Neuropsychiatric Interview*<sup>22</sup>, com adequada validade e fidedignidade, através de psicólogo capacitado. Foram utilizados os módulos para diagnóstico de depressão, o qual englobou Episódio Depressivo Maior Atual, e para diagnóstico de ansiedade, englobando Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Transtorno de Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático, sendo estas variáveis dicotômicas<sup>22</sup>. A variável comorbidade psiquiátrica foi criada através da soma das variáveis depressão e ansiedade.

Embora não exista consenso no que diz respeito à forma mais adequada de avaliação da QV, há uma tendência da literatura científica em considerar mais importantes as experiências subjetivas do indivíduo do que fatores objetivos<sup>23</sup>. Portanto, optou-se por avaliar a QV através da versão nacional do instrumento criado pela OMS, *World Health Organization Quality of Life Instrument - WHOQOL-BREF*, composto



por 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e as outras 24 representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original, englobando os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes, sendo tratadas como variáveis contínuas<sup>20</sup>. O domínio físico abrange questões como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho, enquanto o domínio psicológico compreende sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião/crenças pessoais, o domínio relações sociais envolve atividade sexual, suporte social e relações pessoais, já o domínio meio ambiente inclui segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte<sup>20</sup>.

A descrição das variáveis categóricas foi realizada através das frequências absolutas e relativas, as variáveis numéricas foram descritas através da média e desvio padrão (DP). Para a comparação das médias entre grupos utilizou-se o teste Mann–Whitney (no caso de duas médias) e o teste Kruskal Wallis (no caso de mais de duas médias) uma vez que o desfecho apresentou distribuição assimétrica, mesmo após transformação. Foram consideradas significativas as associações com valores de  $p \leq 0,05$ . Os dados coletados foram digitados no programa Epi Info 6.04 e para análise foi utilizado o programa Stata 12.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas – UCPel, protocolo de aprovação nº 2007/95. Foram repetidos todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº466/12.

## Resultados

Um total de 869 gestantes adolescentes consentiram participar do estudo e outras 16 não aceitaram participar do mesmo, totalizando um percentual de perdas de 1,84%.

A maioria das gestantes era maior de 16 anos (72,8%), tendo média de idade 17,3 ( $\pm 1,5$ ) anos. A maior parte pertencia à classe socioeconômica C (61,5%), tinham entre 5 a 7 anos de estudo (42,9%), mais da metade das adolescentes estavam em relacionamento estável (62,8%) e não trabalhavam (87,1%). As gestantes adolescentes apresentaram média de 23,2 semanas gestacionais e realizaram em média 3,28 consultas pré-natais. A maioria não teve a gestação planejada (72,5%), eram primíparas (78,7%), 14,1% pensaram em abortar.

A prevalência de apenas um transtorno psiquiátrico foi de 13,5%, destes 8,9% representavam apenas depressão e 4,5% apenas ansiedade, já a prevalência da comorbidade psiquiátrica, foi de 9,1%. As características sócio-demográficas, obstétricas e psicológicas podem ser observadas na Tabela 1. Já, as médias dos escores obtidos para cada domínio de QV são demonstradas na Tabela 2.

Ao analisar as características sócio-demográficas, obstétricas e psicológicas e os escores de QV segundo os domínios do WHOQOL-BREF, o teste Kruskal-Wallis indicou diferença significativa em todos os domínios apenas para escolaridade, primiparidade, intenção de abortar e presença de transtornos psiquiátricos.

Quando verificado a idade das gestantes, houve diferença significativa apenas no domínio psicológico entre as adolescentes menores de 16 anos (adolescência precoce) e as maiores de 16 anos (adolescência tardia). As gestantes com relacionamentos estáveis tiveram melhores escores médios do que as sem relacionamentos nos domínios psicológico e relações sociais ( $p < 0,01$ ). Quanto à

escolaridade os melhores escores foram observados entre as gestantes de maior escolaridade nos domínios psicológico e relações sociais ( $p < 0,01$ ). Já quanto à ocupação não houve diferença significativa em nenhum dos domínios. Em relação ao nível socioeconômico, tanto as adolescentes das classes A e B quanto as da classe C tiveram melhores escores quando comparadas as da classe D e E nos domínios físico ( $p < 0,01$ ) e meio ambiente ( $p < 0,01$ ) (Tabela 3).

As adolescentes primíparas obtiveram escores médios significativamente menores em todos os domínios quando comparadas as adolescentes com gestações anteriores. Já, as gestantes que planejaram a gestação apresentaram escores médios melhores apenas no domínio relações sociais ( $p = 0,04$ ), além disso, tiveram escores médios melhores as gestantes que não tiveram a intenção de abortar, em todos os domínios (Tabela 3).

Quando avaliado a presença de transtornos psiquiátricos, os escores médios da QV foram significativamente menores em todos os domínios nas gestantes com diagnóstico de comorbidade psiquiátrica ( $p < 0,01$ ) ao comparar com as gestantes com diagnóstico de apenas um transtorno psiquiátrico e as sem diagnóstico.

Para avaliar as diferenças das variâncias entre os três grupos foi utilizado o teste Mann-Whitney U realizando-se comparações de dois em dois grupos. No que tange às diferenças entre o grupo de gestantes adolescentes com comorbidade psiquiátrica e o grupo sem transtorno psiquiátrico, as gestantes que não preencheram critérios diagnóstico para nenhum dos transtornos avaliados apresentaram escores de QV significativamente superiores em todos os domínios ( $p < 0,001$ ). O mesmo foi evidenciado na relação entre as gestantes com apenas um transtorno psiquiátrico e aquelas com comorbidade psiquiátrica ( $p < 0,001$ ). Ainda correu diferenças

estatisticamente significativas entre os escores dos grupos das gestantes com apenas um transtorno psiquiátrico e aquelas sem transtorno psiquiátrico ( $p < 0,001$ ).

### **Discussão**

Este estudo descreve a associação entre os transtornos psiquiátricos, a comorbidade psiquiátrica e o escore médio de todos os domínios da QV entre gestantes adolescentes, além dos fatores sócio-demográficos e obstétricos, devido à importância da QV e dos transtornos psiquiátricos durante a gestação.

Nas últimas décadas, a maternidade na adolescência tem ocupado grande relevância na saúde pública, em nível mundial. A tendência de declínio, nos países desenvolvidos, não é acompanhada pelos países subdesenvolvidos. Dados do *Demographic and Health Survey* (DHS) referente às décadas de 80 e 90 evidenciaram aumento dos índices entre mulheres de 15-19 anos<sup>24,25,26</sup>. Os resultados encontrados corroboram com estes achados, já que o maior percentual das gestantes encontrava-se na adolescência tardia. Gartland encontrou escores significativamente menores na QV de gestantes jovens entre 18 a 24 anos, mostrando também que sintomas comuns da gestação causam maior impacto na saúde física e mental nas gestantes mais jovens<sup>27</sup>. No entanto, ao comparar os escores da QV entre gestantes na adolescência precoce e tardia, houve diferença significativa apenas no domínio psicológico.

Quanto à escolaridade, estudos anteriores mostram maior nível de escolaridade entre as gestantes<sup>28,29</sup> aos resultados encontrados neste estudo. Através da associação entre a escolaridade e a qualidade de vida, observou-se que quanto menor a escolaridade há tendência a menores escores de QV em todos os domínios.

A literatura aponta que a primiparidade precoce repercute na vida pessoal, familiar, social e educacional da adolescente, levando a inúmeras alterações no

seu estilo de vida<sup>30</sup>. Neste estudo, verificou-se que as adolescentes primíparas apresentaram escores médios significativamente menores em todos os domínios, quando comparadas as adolescentes com gestações anteriores. De acordo com a literatura, a primiparidade repercute na vida pessoal, familiar, social e educacional da adolescente, levando a inúmeras alterações no seu estilo de vida, podendo levar a pior percepção da qualidade de vida. No entanto, Castro não achou diferença significativa entre o número de filhos e os domínios do WHOQOL-BREF nas gestantes avaliadas.

Ao analisar os transtornos psiquiátricos durante o pré-natal, encontramos estudos com prevalências de ansiedade, depressão e comorbidade psiquiátrica, maior<sup>7,31</sup> e similar<sup>32</sup> aos observados neste estudo. Os resultados encontrados na literatura variaram entre 6,8% a 35,8% para ansiedade, 4,8% a 21,6% para depressão e 3,4% a 42,4% para comorbidade psiquiátrica<sup>33</sup>. A diversidade de resultados pode ser explicada pelas características da amostra e pelo uso de instrumentos deferentes. Além disso, pode-se observar, o predomínio dos transtornos psiquiátricos nas gestantes durante o pré-natal, do mesmo modo, há uma importante associação entre sintomas de ansiedade e depressão às gestantes jovens<sup>7</sup>.

Os dados analisados indicam que a presença de comorbidade psiquiátrica influencia na percepção da QV, uma vez que os escores de todos os domínios do WHOQOL-BREF se apresentaram inferiores nas gestantes com este diagnóstico quando comparadas as gestantes com apenas um transtorno psiquiátrico ou sem diagnóstico de transtorno psiquiátrico, sendo um importante achado no atual estudo, pois pode causar implicações clínicas<sup>17</sup>, como maior severidade de sintomas além de pior prognóstico para tratamento<sup>17</sup>. Estudos corroboram com estes resultados, relatando queda nos escores da QV relacionada à saúde em gestantes com sintomas depressivos e de ansiedade<sup>34,35</sup>.

Para concluir, vale resaltar algumas limitações presentes no estudo, como a distribuição assimétrica da amostra, mesmo após transformação, dificultando as análises estatísticas. Além disso, deve haver cautela ao generalizar os dados para toda população brasileira. Contudo, alguns pontos positivos podem ser destacados, tais como o tamanho amostral relativamente grande quando comparado aos demais estudos, o uso de entrevista clínica estruturada e validada, para diagnóstico psiquiátrico e aplicada por profissionais clínicos, além do uso de instrumento próprio para a população brasileira para avaliação da QV.

### **Conclusão**

Neste estudo, os resultados mostraram que houve associação significativa entre a presença de transtornos psiquiátricos e a QV, sendo os escores de QV menores nas gestantes adolescentes com presença de comorbidade psiquiátrica. Deste modo, faz-se necessário maior investimento nos serviços de pré-natal para facilitar o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento desta demanda, já que poderá haver mais de um transtorno psiquiátrico refletindo na saúde da gestante, logo, diminuindo sua QV. Deve ser dada maior ênfase nos serviços de saúde da gestante, especialmente os direcionados a adolescência e juventude, gerando benefícios para seus filhos e para a sociedade como um todo.

### **Referências**

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

2. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal MC. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):153-61.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília – DF 2012.
4. IBGE 2012. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Brasil; 2012. [ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)
5. Costa MCO, Santos CAT, Sobrinho CLN, Freitas JO, Ferreira KASL, Silva MA, et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3):715-22.
6. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2):342-9.
7. Lee AM, Lam SK, Lau SMSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110(5): 1102-12.
8. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307):257-60.
9. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004; 80: 65-73.

10. Wissart J, Parshad O, Kulkar S. Prevalence of pre- and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2005; 5-15.
11. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007; 20: 189-209.
12. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, Thouin A. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002; 155 (4): 293-301.
13. Ferri CP, Mitsuhirro SS, Barros MC, 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: 209.
14. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiar Scand* 2007; 115: 481-6.
15. Souza LDM, Silva RS, Godoy RV, Cruzeiro ALS, Faria AD, Pinheiro RT, Horta BL, Silva RA. Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais – estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(4): 261-6.
16. Karlsson L, Kiviruusu O, Miettunen J, Heilä H, Holi M, Ruuttu T, et al. One-year course and predictors of outcome of adolescent depression: a casecontrol study in Finland. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (5): 844-53.
17. Lee S, Tsang A, Chui H, Kwok K, Cheung EA. Community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community Mental Health J* 2007; 43(4): 305-19.
18. Lima MOP; Tsunehiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O Mundo da Saúde São Paulo* 2008; 32(4): 530-6.



19. National Institute of Mental Health. Bridging science and service: a report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup. 1998.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2012). Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: [http://www.abep.org/codigosguias/Criterio\\_Brasil\\_2008.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf)
21. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 34(2): 178-83
22. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3): 106-15.
23. Mendolwicz MV & Stein MB. Quality of life individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 669-82.
- 24 Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):177-86.
25. Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in Brazil. *Rev PanamSalud Publica* 2004; 16(1):74-80.
26. Santos NLAC, Costa COM, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(3):719-26
27. Gartland D, Brown S, Donath S, Perlen S. Women's health in early pregnancy: Findings from an Australian nulliparous cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2010, 50(5):413-8.

28. Vido MB. Qualidade de Vida na gestação [Dissertação-mestrado]. UnG – Universidade de Guarulhos, Brasil, 2006.
29. Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(5):1231-3.
30. Resta DG, Marqui ABT, Colomé ICS, Jahn AC, Eisen C, Hesler LZ, Zanon T. Maternidade na adolescência: Significado e implicações. *REME* 2010; 14(1): 68-74.
31. Caputo VG, Bordin IA. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4);573-81
32. Qiao YX, Wang J, Li J, Ablat A. The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009; 49(2):185-90
33. Almeida MS, Nunes MA. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Saul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(2): 385-93.
34. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Early Pregnancy. *Obstet & Gynecol* 2006 April; 107(4): 798-806.
35. Bennet HA, Einarson A, Taddio A, koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103:698-709.

**Tabela 1.** Características sócio-demográficas, obstétricas e psiquiátricas de gestantes adolescentes atendidas nos serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS). Pelotas-RS, 2009/2011.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
≤16 anos	236	27,2
>16 anos	633	72,8
<b>Situação conjugal</b>		
Sem companheiro	324	37,2
Com companheiro	545	62,5
<b>Escolaridade</b>		
< 5 anos	143	16,5
5 – 7 anos	372	42,8
8 – 10 anos	277	31,8
11 – 14 anos	77	8,9
<b>Ocupação*(1)</b>		
Não trabalha	756	87,1
Trabalha	112	12,9
<b>Nível socioeconômico* (19)</b>		
Classe A e B	40	4,7
Classe C	523	61,5
Classe D e E	287	33,8
<b>Primiparidade* (9)</b>		
Não	183	21,3
Sim	677	78,7
<b>Planejou a gestação</b>		
Não	630	72,5
Sim	239	27,5
<b>Intenção de abortar</b>		
Não	747	85,9
Sim	122	14,1
<b>Presença de Transtornos psiquiátricos</b>		
Nenhum	674	77,6
Apenas 1	116	13,3
Mais de 1 (Comorbidade)	79	9,1
<b>Total</b>	<b>869</b>	<b>100</b>

\*Alguns as variáveis apresentam ausência de informações não correspondendo a 869 observações

\*\*Presença de Trans. Psiq.: Trans. Depressivo (EDM atual) e/ou ansiosos (TAG, TOC, TEPT, Pânico, Fobia Social).

**Tabela 2.** Média dos escores de todos os domínios do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF). Pelotas-RS, 2009/2011.

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Domínio Físico</b>	73,0	14,4
<b>Domínio Psicológico</b>	70,1	14,0
<b>Domínio Relações Sociais</b>	77,3	16,5
<b>Domínio Meio Ambiente</b>	62,9	13,8

**Tabela 3.** Associação entre fatores sócio-demográficos, obstétricos e psiquiátricos e o escore médio de todos os domínios de qualidade de vida entre gestantes adolescentes. Pelotas, 2012.

Variáveis	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Relações Sociais		Domínio Meio Ambiente	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>Idade</b>								
≤16 anos	72,8	14,5	69,0	13,2	78,2	16,2	62,6	14,3
>16 anos	73,1	14,4	79,4	14,3	77,0	16,6	63,0	13,7
Valor de p	0,657		0,025		0,357		0,730	
<b>Situação conjugal</b>								
Sem companheiro	73,3	14,2	68,6	13,6	75,0	17,1	61,7	14,3
Com companheiro	72,9	14,5	71,0	14,2	78,8	16,0	63,6	13,5
Valor de p	0,503		0,003		0,001		0,093	
<b>Escolaridade</b>								
< 5 anos	72,2	14,7	67,0	13,6	75,1	15,9	59,9	15,0
5 – 7 anos	71,4	15,1	68,4	14,9	76,1	17,8	61,0	13,8
8 – 10 anos	75,3	13,6	72,9	12,8	78,7	15,0	66,1	13,2
11 – 14 anos	75,0	12,0	73,5	11,9	82,5	14,7	65,7	11,2
Valor de p	0,003		0,001		0,002		0,001	
<b>Ocupação</b>								
Não trabalha	72,9	14,4	70,0	13,7	77,5	16,6	62,9	14,0
Trabalha	75,0	14,6	71,0	15,4	76,7	15,7	62,9	13,6
Valor de p	0,079		0,237		0,807		0,763	
<b>Nível socioeconômico</b>								
Classe A e B	75,8	13,5	72,4	13,7	78,1	16,2	72,6	11,9
Classe C	74,0	14,1	70,6	13,7	77,7	16,4	63,7	13,3
Classe D e E	71,0	15,0	69,0	14,3	76,7	16,8	59,6	14,1
Valor de p	0,017		0,132		0,726		0,001	
<b>Primiparidade</b>								
Não	73,8	13,9	71,0	13,4	78,3	16,3	63,6	13,5
Sim	70,4	15,7	66,9	15,8	73,9	16,9	60,0	14,8
Valor de p	0,006		0,007		0,002		0,002	
<b>Planejou a gestação</b>								
Não	72,7	14,4	69,3	14,4	76,6	16,8	62,6	13,9
Sim	74,0	14,4	71,9	12,8	79,4	15,5	63,6	13,8
Valor de p	0,238		0,060		0,049		0,332	
<b>Intenção de abortar</b>								
Não	73,8	13,8	71,4	13,0	78,4	16,0	63,7	13,3
Sim	68,3	16,9	61,6	16,9	71,3	18,0	57,9	15,7
Valor de p	0,001		0,001		0,001		0,001	
<b>Presença de Transtornos psiquiátricos</b>								
Nenhum	76,2	12,3	73,1	11,6	79,7	14,9	65,1	12,6
Apenas 1	65,5	14,1	63,0	14,8	71,3	19,7	56,5	14,0
Mais de 1 (Comorbidade)	58,0	17,6	54,0	17,1	66,6	17,8	53,2	16,4
Valor de p	0,001		0,001		0,001		0,001	

Teste de Kruskal-Wallis

\*\*Presença de Trans. Psiq.: Trans. Depressivo (EDM atual) e/ou ansiosos (TAG, TOC, TEPT, Pânico, Fobia Social).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

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

A primeira parte deste estudo consistiu em um projeto de pesquisa para investigação da qualidade de vida de gestantes adolescentes da zona urbana da cidade de Pelotas, RS, bem como a investigação de fatores sociodemográficos, obstétricos e psiquiátricos. Este estudo fez parte de um projeto maior, que tinha por objetivo a investigação de medidas preventivas para a depressão pós-parto em gestantes adolescentes.

Em sua segunda parte, tendo-se cumprido a execução do projeto e a subsequente análise dos dados, foi apresentado o artigo, cujos resultados principais serão a seguir colocados de acordo com cada hipótese formulada no projeto:

Hipótese 1: Apresentarão menores média nos escores de QV gestantes adolescentes solteiras, desempregadas, com menor escolaridade e nível socioeconômico.

A hipótese foi confirmada, já que as gestantes com relacionamentos estáveis tiveram melhores escores médios que as sem relacionamento estável. Quanto à escolaridade os melhores escores foram observados entre as gestantes de maior escolaridade. Apenas para ocupação não houve diferença significativa em nenhum dos domínios. Em relação ao nível socioeconômico, tanto as adolescentes das classes A e B quanto as da classe C tiveram melhores escores do que as de classe D e E

Hipótese 2: Apresentarão menores média nos escores de QV gestantes adolescentes primíparas, sem gestação planejada e que tiveram intenção e tentaram abortar.

A segunda hipótese foi igualmente confirmada, as adolescentes primíparas obtiveram escores médios significativamente menores em todos os domínios quando comparadas as adolescentes com gestações anteriores, e, as gestantes que planejaram a gestação apresentaram escores médios melhores apenas no domínio relações sociais, além disso, tiveram escores médios melhores as gestantes que não tiveram a intenção de

abortar, em todos os domínios, e as que não tentaram abortar nos domínios físico, psicológico e relações sociais.

Hipótese 3: Apresentarão menores média nos escores de QV gestantes adolescentes com presença de comorbidade psiquiátrica quando comparadas as gestantes adolescentes sem transtornos psiquiátricos e aquelas com presença de apenas um transtorno psiquiátrico.

Novamente a hipótese foi confirmada, os escores médios da qualidade de vida foram significativamente menores em todos os domínios nas gestantes com diagnóstico de comorbidade psiquiátrica, ao comparar com as gestantes com diagnóstico de apenas um transtorno psiquiátrico e as sem diagnóstico.

Foi encontrada uma importante limitação no estudo, através dos testes de normalidade, curtose e obliquidade, os quais demonstraram distribuição assimétrica dos domínios do WHOQOL-BREF. Deste modo, foi inviabilizado o uso de testes paramétricos, os quais possibilitam melhor análise dos dados, permitindo a realização da análise multivariada dos dados, podendo seguir um modelo hierárquico, para o controle das possíveis variáveis fatores de confusão. Entretanto, esta análise foi inviabilizada, já que as variáveis de interesse não se comportaram de modo adequado.

Um dos pontos fortes deste estudo foi a possibilidade de se avaliar a qualidade de vida com instrumento próprio para a população brasileira, sendo uma importante contribuição epidemiológica, ao utilizar uma amostra populacional de tamanho suficientemente grande para indicar possíveis fatores associados à qualidade de vida em gestantes adolescentes. Além disso, o emprego de uma entrevista clínica para diagnóstico formal de transtornos psiquiátricos trouxe a vantagem de dar uma visão mais acurada da patologia psiquiátrica na população estudada. Boa parte da literatura disponível valia-se de instrumentos de rastreamento de sintomas aplicados em amostras pequenas.

Espera-se que as informações relatadas neste estudo sirvam para uma melhor compreensão sobre a qualidade de vida e fatores associados nessa parcela da população. Dessa forma, poderá ser viável o planejamento e direcionamento adequado de recursos e políticas públicas visando melhorar a qualidade de vida de gestantes adolescentes com diagnóstico de transtornos psiquiátricos.

**ANEXOS**



**Anexo A** – Resumo dos artigos relevantes ao tema da pesquisa

Quadro 3. Estudos transversais

Autor/Ano/Pais/Revista	Delineamento/ Amostra	Objetivo	Resultados Principais	Inscumento utilizado
Fraser A M 1995 New England The New England Journal of Medicine	134.088 gestantes primiparas, entre 13 e 24 anos de idade, morados de Utah, entre 1970 e 1990.	Verificar a associação entre jovens mães e resultados adversos da maternidade.	Gestantes entre 13 e 17 anos de idade apresentaram significativamente ( $p<0,001$ ) maiores riscos de resultados negativos a gravidez, mesmo ajustado para variáveis sociodemográficas.	
Drescher KM 2003 EUA Am J Obstet Gynecol	42 gestantes adolescentes com idades entre 14 a 18 anos.	Descrever a percepção da qualidade de vida das gestantes adolescentes.	Gestantes adolescentes tiveram escores ligeiramente mais baixas para todos os componentes da qualidade de vida.	QV: SF-36
Wissart J 2005 Jamaica BMC Pregnancy and Childbirth	73 gestantes, no terceiro trimestre gestacional, com idade média de 27 anos.	Indicar a prevalência de depressão e fatores associados em gestantes africanas no pré e pós-parto.	A prevalência de depressão foi 56% e 34% durante o período pré-parto e pós-parto, respectivamente.	Depressão: The Zung self-rating depression scale (SDS).
Nicholson WK 2006 EUA Obstet & Gynecol	175 gestantes, com média de idade de 28 anos, entre 20 ou menos semanas gestacionais.	Estimar a prevalência de sintomas depressivos no início da gestação e descrever as diferenças na QV relacionada à saúde em mulheres com e sem sintomas depressivos	A prevalência de sintomas depressivos foi de 15%. As mulheres com sintomas depressivos apresentaram significativamente menores escores em todos os domínios da QV relacionada à saúde, exceto na função física.	QV: SF-36  Sintomas depressivos: CES-D Scale.
Vido MB 2006 Brasil Univer. Guarulhos [Tese de mestrado]	198 gestantes, com idade média de 25,69 anos.	Identificar o índice de QV em gestantes no 1º, 2º e 3º trimestre gestacional.	As gestantes do 1º trimestre gestacional apresentaram maiores índices de QV. Havendo diferença estatística entre o 1º e 2º trimestre.	QV: Ferrans & Powers
Lee AM 2007 China Obstet & Gynecol	357 gestantes, no primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional e 6 semanas pós-parto.	Estimar a prevalência de ansiedade e depressão nos diferentes períodos da gestação, os fatores de risco para cada um deles e a relação entre ansiedade e depressão no pós-parto.	A prevalência de ansiedade e depressão foi de 35,8% e 21,6%, respectivamente, e 16,9% apresentavam comorbidade psiquiátrica, mostrando maior associação com gestantes mais	Escala hospitalar de ansiedade e depressão.

			<p>jovens. A ansiedade se mostrou mais prevalente do que a depressão em todos os estágios.</p>	
<p>Almeida MS 2012 Brasil Cad Saúde Pública</p>	<p>712 gestantes com idade média de 24,6 anos entre as semanas gestacionais 16 a 36.</p>	<p>Estimar a prevalência de transtornos mentais na gestação.</p>	<p>A prevalência de transtorno depressivo maior foi de 21,6%, seguido pelo Transtorno de Ansiedade Generalizada 19,8%. As variáveis associadas significativamente aos transtornos foram: não trabalhar nem estudar, não morar com o companheiro e ter dois ou mais filhos.</p>	<p>PRIME-MD para avaliar transtornos psiquiátricos</p>
<p>Castro DFA 2013 Brasil O mundo da Saúde</p>	<p>42 gestantes, entre 21 e 30 anos.</p>	<p>Avaliar a QV de gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família.</p>	<p>Os escores dos domínios de QV foram: Físico 57,65; Psicológico 68,75; Meio Ambiente 59,75; Relações Sociais 77,98; geral 75,00.</p>	<p>QV: WHOWOL-bref</p>
<p>Mckee 2001 Obstet Gynecol.</p>	<p>114 gestantes</p>	<p>Descrever a percepção de bem-estar e estado funcional durante a gestação, e associação com a depressão.</p>	<p>Elevados níveis de sintomas depressivos estão associados fortemente com pior percepção da qualidade de vida.</p>	<p>QV: SF-36 BDI</p>

Quadro 4. Estudos longitudinais

Autor/Ano/Pais/Revista	Amostra	Objetivo	Resultados Principais	Observações
Evans J 2001 Reino Unido BMJ	14541 gestantes, durante o primeiro e terceiro trimestre gestacional e pós-parto.	Comparar os sintomas depressivos durante a gestação e o pós-parto.	Os escores de depressão foram mais elevados nas gestantes com 32 semanas gestacionais comparados ao pós-parto, mostrando que os sintomas de depressão não são mais comuns ou graves após o parto do que durante a gravidez.	The Edinburgh postnatal depression scale
Michelazzo D 2004 Brasil Rev Bras de Ginecol e Obst	7.134 gestantes adolescentes e 36.119 adultas.	Verificar diferenças entre alguns indicadores sociais em uma população de gestantes adolescentes (12 a 19 anos) e de adultas	Proporção de internações de adolescentes pelo SUS foi significativamente superior à de adultas. Apenas 14,1% das adolescentes tinham inserção na população economicamente ativa, 6,8% eram estudantes, ao passo que 79,0% eram “do lar” ou sem ocupação remunerada.	
Conde-Agudelo A 2005 Uruguay Am J Obst and Gynecol	854.377 gestantes Latino-americanas, menores de 25 anos de idade.	Verificar associação entre gestação na adolescência e resultados adversos.	Adolescentes com 15 anos ou mais jovens tiveram maiores riscos para morte materna, morte neonatal precoce e anemia em comparação com mulheres com idade entre 20 a 24 anos. Além disso, estas apresentaram maiores riscos para ter hemorragia pós-parto, endometrite puerperal, parto vaginal operatório, episiotomia, baixo peso ao nascer, parto prematuro.	
Gigante DP 2008; Brasil Rev Saúde Pública	1.373 mães ou pais, dos quais 842 (19,6%) haviam experimentado a maternidade/paternidade na adolescência.	Descrever a prevalência de maternidade e paternidade em adultos jovens e sua associação com variáveis perinatais, socioeconômicas	O planejamento da gravidez do primeiro filho mostrou relação direta com a idade. Relação inversa foi observada entre as variáveis socioeconômicas e a ocorrência de	

		e demográficas.	maternidade/paternidade na adolescência. A probabilidade de ser mãe na adolescência foi maior entre as mulheres pretas ou pardas, mas a cor da pele não esteve associada com a paternidade.	
Emmanuel EN 2013 Australia Journal of Clinical Nursing	363 mulheres responderam os questionários ao final da gestação e há 6 e 12 semanas no pós-parto.	Investigar as características da QV relacionada à saúde e examinar as mudanças durante o período perinatal e pós-parto.	Houve uma diferença significativa entre os três períodos, em todas as subescalas da qualidade de vida relacionada com a saúde. Melhorias significativas foram observadas a partir de final da gravidez a partir da 6ª e 12ª semanas pós-parto.	QV: SF-12

Quadro 5. Revisões de literatura

Autor/Ano/Pais/Revista	Objetivo	Resultados Principais	Observações
Patel V 2003 Reino Unido Bulletin of the World Health Organization	Identificar a associação entre pobreza e transtornos mentais comuns em países de baixa e média renda.	A maioria dos estudos mostrou associação entre indicadores de pobreza e riscos para transtornos mentais, sendo a maior associação relacionada a baixos níveis de educação.	
Taillefer MC 2003 Social Indicators Research EUA	Avalia a qualidade de saúde de vida (QV) levando em conta os problemas metodológicos e conceituais que afligem o campo.	Nos estudos analisados a QV não foi definido por, pelo menos, 25% dos autores. A distinção entre os fatores que podem influenciar a QV, por si só foi feita em menos de 50% dos modelos. Os instrumentos utilizados foram identificados por 78% dos autores. Menos do que 3% dos modelos examinados receberam a pontuação global máximo.	
Lima MOP 2008 O Mundo da Saúde São Paulo Brasil	Identificar as repercussões da depressão na gravidez nos desfechos obstétricos, perinatais, na vida posterior da mulher e da criança.	. As principais repercussões encontradas foram alterações na QV relacionada à saúde e nas práticas de saúde, complicações na gestação, sendo a depressão na gestação fator de risco para depressão puerperal, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, principalmente em gestantes de classe socioeconômica baixa. 90,9% dos estudos descritos foram realizados nos países desenvolvidos	
Casarin ST Rev enferm UFPE on line 2010 Brasil	Revisar a literatura na temática qualidade de vida na gravidez entre 2003 a 2008.	Os artigos encontrados abrangem basicamente quatro temas distintos: Relação entre qualidade de vida, dor e alterações fisiológicas na gravidez; Relação entre qualidade de vida e comportamento materno de risco; Relação entre qualidade de vida e situação nutricional na gravidez; assuntos diversos relacionados à qualidade de vida na gestante. Foi identificado um estudo relacionado à QV e gravidez na adolescência.	
Campagne DM 2004 Espanha European J of Obstet & Gynecol	Revisar a literatura quanto à presença de depressão durante e após a gravidez e suas implicações clínicas, a fins de triagem.	A depressão clínica afeta pelo menos uma em cada cinco gestantes. A Depressão pré e pós-parto afeta negativamente a mãe e seu filho, necessita ser detectada o mais precocemente para evitar ou limitar o uso de tratamentos farmacológicos.	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) of the American Psychiatric Association

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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

***Qual objetivo desta pesquisa?***

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

***Como será feita esta pesquisa?***

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

***Quais os riscos em participar?***

Não há qualquer risco em participar deste projeto.

***O que a paciente ganha com este estudo?***

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

As dosagens das citocinas presentes na saliva podem indicar se você está estressado e se você deve procurar ajuda médica ou psicológica. Além disso, este estudo poderá trazer vários benefícios, mesmo que em longo prazo. Poderemos saber se os diferentes níveis de citocinas na saliva podem aumentar a predisposição ao desenvolvimento de sintomas depressivos, podendo prever quem são as pessoas que apresentam maior predisposição e que medidas para diminuir estes sintomas podem ser feitas. Por fim, a sua

participação ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão eventualmente beneficiar você e/ou outras famílias.

**Quais são os 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 C** – Termo de consentimento livre e esclarecido – Responsáveis.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

***Qual objetivo desta pesquisa?***

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

***Como será feita esta pesquisa?***

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

***Quais os riscos em participar?***

Não há qualquer risco em participar deste projeto.

***O que a paciente ganha com este estudo?***

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

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

***Quais são os teus direitos?***

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

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

**Declaração do familiar responsável:**

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

Assinatura do familiar: \_\_\_\_\_

**Declaração de responsabilidade do entrevistador:**

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

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**Anexo D – Instrumentos**