

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

MARIANA CARRET SOARES

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

Pelotas
2016

Mariana Carret Soares

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

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

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

Pelotas
2016

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

Conceito final: _____

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

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

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

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

Agradecimentos

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

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

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

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

Ao Thiago, por ter me acompanhado durante essa caminhada.

À Mariana Bonati, e aos demais bolsistas integrantes da pesquisa.

Foi ótimo ter compartilhado esses momentos com vocês.

À minha orientadora Karen Pinheiro, pelo apoio e ensinamentos.

RESUMO

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

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

Resultados: Foram entrevistadas 645 gestantes com idade entre 12 e 19 anos. Os seguintes transtornos não mostraram associação significativa com prematuridade: Episódio Depressivo Maior Atual (13,6% $p=0,55$), Distímia (16,7% $p=0,87$), Episódio Hipomaniaco (10,7% $p=0,31$), Episódio Maníaco (18,5% $p=0,46$) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (15,3% $p=0,98$). A análise multivariada com ajuste para escolaridade materna, quantidade de gestações anteriores, parto prematuro prévio e risco de suicídio indicou que as adolescentes que tiveram risco de suicídio durante a gestação apresentaram uma probabilidade de prematuridade, aproximadamente, duas vezes maior quando comparadas com aquelas que não foram diagnosticadas com risco de suicídio (RP 1.79; IC 1.06-3.03).

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

Palavras-chave: prematuridade; suicídio; gravidez na adolescência; transtornos psicóticos de humor; transtornos de ansiedade.

ABSTRACT

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

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

Results: 645 pregnant women aged between 12 and 19 years were interviewed. The following disorders were not significantly associated with prematurity: Major Depressive Episode Current (13.6% $p = 0.55$), dysthymia (16.7% $p = 0.87$), hypomanic episode (10.7% $p = 0.31$) manic Episode (18.5% $p = 0.46$) and Generalized Anxiety Disorder (15.3% $p = 0.98$). Multivariate analysis adjusted for maternal education, number of previous pregnancies, previous preterm birth and risk of suicide indicated that adolescents who had suicide risk during pregnancy had a likelihood of prematurity approximately two times higher compared to those who did not were diagnosed at risk of suicide (PR 1.79; CI 1.06-3.03).

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

Keywords: prematurity; suicide; teenage pregnancy; affective disorders, psychotic; anxiety disorders.

LISTA DE FIGURA E TABELA

Figura 1 – Modelo hierárquico.....	46
Tabela 1 – Descrição da amostra de acordo com a prematuridade e análise Multivariada com razão de odds e intervalo de confiança de 95% para prematuridade de acordo com escolaridade, variáveis obstétricas e risco de suicídio.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CEP	Comite de Ética em Pesquisa
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DSM IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIS pré-natal	Sistema on-line pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas

SUMÁRIO

PROJETO.....	11
1. IDENTIFICAÇÃO.....	12
1.1. Título.....	12
1.2. Instituição.....	12
1.3. Linha de pesquisa.....	12
1.4. Mestranda.....	12
1.5. Orientadora.....	12
1.6. Revista a ser submetido o artigo produzido neste estudo.....	12
1.7. Período da pesquisa.....	12
2. INTRODUÇÃO.....	14
3. OBJETIVOS.....	15
3.1. Objetivo geral.....	15
3.2. Objetivos específicos.....	15
4. HIPÓTESES.....	16
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
5.1. Estratégias de busca.....	16
5.2. Revisão bibliográfica.....	17
5.3. Tabela de revisão.....	19
6. MÉTODOLOGIA	24
6.1. Delineamento.....	24
6.2. Amostra.....	24
6.3. Instrumentos.....	25
6.4. Definição das variáveis.....	26
6.5. Pessoal envolvido.....	27
6.6. Estudo piloto.....	27
6.7. Logística.....	27
6.8. Controle de qualidade.....	28
6.9. Processamento e análise dos dados.....	28
6.10. Modelo hierárquico.....	29
6.11. Divulgação dos resultados.....	29
6.12. Considerações éticas.....	29
6.13. Cronograma.....	30
6.14. Orçamento.....	30
7. REFERÊNCIAS	31
8. ARTIGO	33
ANEXOS	
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	51
ANEXO B – Termo de Consentimento do responsável.....	53
ANEXO C – Questionário T1.....	55

ANEXO D – Questionário T2.....	81
ANEXO E – Entrevista diagnóstica MINI.....	82
ANEXO F – Encaminhamento.....	109

MARIANA CARRET SOARES

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

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

Pelotas
2013/2

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título

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

1.2. Instituição

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

1.3. Linha de Pesquisa

Saúde Materno-infantil

1.4. Mestranda

Mariana Carret Soares

1.5. Orientadora

Prof. Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro

1.6. Revista a ser submetido o artigo produzido neste estudo

Caderno de Saúde Pública

1.7. Período da pesquisa

Março de 2013 a outubro de 2014

2. INTRODUÇÃO

A adolescência é definida cronologicamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período da vida de 10 a 19 anos de idade. É caracterizada por profundas e extensas mudanças nos aspectos físicos e psicológicos, tendo repercussões individuais, familiares e sociais^[1,2]. Esse momento de transição para a vida adulta, é marcado por diversas descobertas e ocorre em direção a uma vida independente dos pais, tanto emocional como financeiramente^[3]. É nessa busca incessante de novas descobertas que os jovens começam a ter as primeiras relações sexuais. Estas, ocasionalmente, irão ocorrer de forma imatura e sem os devidos cuidados, muitas vezes por falta de acesso a informações, podendo gerar uma gravidez. Cerca de 16 milhões de meninas adolescentes dão à luz, anualmente, a maioria delas em países de baixa e média renda^[4].

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

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

Os transtornos mentais comuns (TMC) constituem uma categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores. Os sintomas dessa categoria são: dificuldade de concentração, esquecimento, insônia, fadiga, irritabilidade, sensação de inutilidade, e queixas somáticas, entre outros^[7]. Tais sintomas podem associar-se com a presença de ideação suicida, com tentativas de suicídio e com sintomatologia depressiva crônica no primeiro ano após o parto^[8]. Sabe-se que tais sintomas em mulheres gestantes são importante tema de estudo, já que o impacto desses não se restringem apenas à saúde e bem-estar maternos, mas afetam, também, a saúde e desenvolvimento do bebê^[9].

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

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

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

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

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

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

3.2. Objetivos Específicos

- 1) Verificar a prevalência de transtornos do humor em gestantes adolescentes que realizam acompanhamento pré-natal pelo SUS;
- 2) Verificar a prevalência de transtornos de ansiedade em gestantes adolescentes que realizam acompanhamento pré-natal pelo SUS;
- 3) Verificar a prevalência de risco de suicídio em gestantes adolescentes que realizam acompanhamento pré-natal pelo SUS;
- 4) Descrever a prevalência de prematuridade em bebês filhos de mães adolescentes;

- 5) Verificar a prevalência de baixo peso ao nascer em bebês de mães adolescentes;
- 6) Avaliar a associação entre transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio durante o período gestacional e nascimento prematuro.

4. HIPÓTESES

- 1) Filhos de gestantes adolescentes portadoras de transtornos de humor, ansiedade e com risco de suicídio no período gestacional têm mais chance de nascerem prematuros;
- 2) A prevalência de transtornos de humor em gestantes adolescentes é em torno de 20%;
- 3) A prevalência de transtornos de ansiedade em gestantes adolescentes é em torno de 23%;
- 4) A prevalência de risco de suicídio em gestantes adolescentes é em torno de 16%;
- 5) A prevalência de parto prematuro em mães adolescentes é de aproximadamente 15%;
- 6) A prevalência de baixo peso ao nascer, em filhos de mães adolescentes, gira em torno de 10%.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Estratégias de busca

As buscas foram realizadas nas publicações nos últimos 10 anos, somente pesquisa em humanos e nos idiomas inglês, espanhol ou português.

Foram utilizados os seguintes descritores:

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

Pubmed

Descritor: prematurity AND low birth weight

Total de artigos: 6203

Selecionados: 56

Descritor: pregnancy AND mental disorder

Total de artigos: 4616

Selecionados: 48

Descritor: pregnancy AND mental disorder AND perinatal outcome

Total de artigos: 289

Selecionados: 9

Scielo

Descritor: prematurity AND low birth weight

Total de artigos: 201

Selecionados: 8

Descritor: pregnancy AND mental disorder

Total de artigos: 24

Selecionados: 4

Descritor: pregnancy AND mental disorder AND perinatal outcome

Total de artigos: 1

Selecionados: 1

5.2. **Revisão Bibliográfica**

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

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

Algumas das mudanças que acontecem no início da gestação, muitas vezes deixam a gestante adolescente fragilizada emocionalmente, podendo vir a ter algum transtorno

mental. Independentemente do meio social ou cultural em que ocorra, a gravidez, neste período, desempenha papel fundamental nas futuras oportunidades de inserção social precipitando e ampliando uma série de acontecimentos que, com frequência, combinam-se para desorganizar a harmonia do desenvolvimento pessoal e de seu núcleo familiar^[5]. Na cidade de São Paulo, foi realizado, uma pesquisa com 930 gestantes adolescentes a fim de detectar transtorno mental durante a gravidez. Do total da amostra 103 (22,5%) das gestantes tinham algum transtorno^[17].

Em um estudo realizado no sul do Brasil, 780 gestantes foram avaliadas com a entrevista PRIME-MD, destas 297 (41,7%) preencheram pelo menos um provável diagnóstico. Do subgrupo de gestantes adolescentes (n=181), 22,6% foram diagnosticadas com algum transtorno mental^[6]. Outra pesquisa feita, sendo o objetivo determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas, encontrou-se 23,3% casos de ansiedade, 20,8% de depressão e 16,7% de ideação suicida. Os casos de ideação suicida apresentaram alta frequência de falta de concentração, ansiedade, depressão, preocupações, obsessões, ideias depressivas, fadiga, preocupações com o funcionamento do corpo e compulsões. As ideias depressivas foram o sintoma comum para os casos de depressão, de ansiedade, de ideação suicida e de tentativa de suicídio anterior^[8].

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

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

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

Já em em Bangladesh, Nasreen et al. realizaram pesquisa com metodologia longitudinal, sendo a amostra 583 mulheres grávidas, as quais 107 (18%) estavam experienciando sintomas depressivos e 149 (26%) de ansiedade generalizada durante o último trimestre de gravidez. Após ajuste simultâneo para os fatores associados, mães com sintomas de depressão (OR = 2.24; 95% CI 1.37-3.68) e ansiedade (OR = 2.08; 95% CI 1.30-3.25) tiveram duas vezes mais chances de darem a luz a bebês de baixo peso do que mães que não reportaram esses sintomas^[23].

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

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

5.3. Tabela de revisão

TÍTULO/AUTOR ANO/ PAÍS	DELIENAMENTO/ POPULAÇÃO	OBJETIVO/ INSTRUMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS	OBSERVAÇÃO
Maria Isabel Naliato Perez Neto, Conceição Aparecida de Mattos Segre 2012 Brasil	Estudo de coorte comparativo 700 gestantes internadas em hospital público da cidade de São Paulo e seus recém nascidos (270 mães entre 10 e	Realizar análise comparativa da frequência de prematuridade e de baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas e, ainda, identificar a existência de diferenças entre esses	Foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos etários nos quesitos: número de gestações, predominando maior número de primeiras gestações entre as adolescentes (70,3%) e	O grupo de gestantes adolescentes, na população estudada, não diferiu do grupo de adultas, quanto à frequência de prematuridade e ao baixo peso ao nascer.

	19 anos e 430 entre 20 e 35 anos)	dois grupos, segundo variáveis pré-natais selecionadas Questionário elaborado pelas pesquisadoras, e preenchido a partir dos dados retirados dos prontuários das pacientes e de seus respectivos recém-nascidos, constituído por variáveis pessoais, sociais e biológicas	maior número de segundas ou terceiras entre as adultas (26,9 e 53,3%, respectivamente) e, no pré-natal, predominando menor número de consultas entre as adolescentes e maior entre as adultas (45,1% e 63,3%, respectivamente).	
Elaine Fernandes Viellas de Oliveira, Silvana Granado Nogueira da Gama, Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva 2010 Brasil	Estudo transversal Puérperas que se hospitalizaram em maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto, entre julho de 1999 e março de 2001.	Analisar os fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, com atenção especial ao papel da gravidez na adolescência nessa relação. Foram realizadas entrevistas com as gestantes a fim de coletar os dados sócio demográficos. Os dados referentes aos nascimentos foram retirados de banco de dados do município.	Das 9.041 puérperas que permaneceram no estudo, 22% eram adolescentes, com idade entre 12 e 19 anos. Dentro desse grupo, a proporção de mães que tiveram filhos antes dos 16 anos foi de 2,5%. A média de idade foi de 17,4 anos para as mães adolescentes e 26,3 para puérperas entre 20 e 34 anos.	Como limitação do estudo, o número reduzido dos óbitos estudados, uma vez que a amostra foi calculada considerando a prevalência de baixo peso ao nascer, reduzindo o poder do teste.
Aluísio J D Barros, Iná da Silva dos Santos, Cesar G Victora, Elaine P Albernaz, Marlos R Domingues, Iândora K Timm, Alicia Matijasevich, Andréa D Bertoldi, Fernando C Barros. 2006 Brasil	Estudo de coorte Todas as crianças nascidas na zona urbana dos municípios de Pelotas e Capão do Leão (bairro Jardim América), no ano de 2004, foram identificadas e suas mães convidadas a fazer parte do estudo.	Descrever uma coorte de nascimentos que teve início em 2004, para avaliar condições pré e perinatais dos recém-nascidos, morbi-mortalidade infantil, características e desfechos do início da vida e acesso, utilização e financiamento da atenção à saúde. Questionário padronizado e avaliação do recém-nascido.	Na coorte de nascimentos realizada na cidade de Pelotas, foram entrevistadas 4.189 gestantes, sendo 18,9% adolescentes, entre 12 e 19 anos. Dos 4218 nativos que recrutados, eram prematuros 15,3% e de baixo peso 10%.	
Khairani Omar, Suriati Hasim, Noor Azimah Muhammad, Aida Jaffar, Syahnaz Mohd Hashim, Harlina Halizah Siraj 2010 Malásia	Estudo de caso-controle Os casos eram meninas grávidas de 10 a 19 anos. Controles mulheres grávidas com idade entre 20 e 35 anos, que não ficaram grávidas na adolescência.	Examinar os desfechos e fatores de risco da gravidez na adolescência nos dois maiores hospitais da Malásia. Dados foram coletados dos registros hospitalares, obstétricos e perinatais. Havia também um questionário	Sendo o grupo estudado 102 gestantes adolescentes e o grupo controle 102 gestantes adultas, foi encontrada maior prevalência de prematuridade (22,5%) e baixo peso (37,3%) nos filhos das gestantes adolescentes quando comparadas aos das gestantes adultas, sendo	Envolveu somente dois hospitais governamentais principais de Kuala Lumpur, as mulheres que derem a luz em hospitais privados não foram incluídas.

		previamente formulado pelos autores com questões sociodemográficas das gestantes.	respectivamente 2,9% e 5,9%. As adolescentes têm mais risco de terem gravidez de risco quando comparadas com o grupo controle, mulheres de 20 a 35	
Elisa Chalem, Sandro S. Mitsuhiro, Patricia Manzolli, Marina C.M. Barros, Ruth Guinsburg, Nelson Sass, Ronaldo Laranjeira, Cleusa P. Ferri. 2012 Brasil	Estudo transversal 457 gestantes adolescentes que foram admitidas no hospital para cuidados obstétricos.	Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns e determinar a proporção e o potencial de detecção entre as adolescentes que frequentam o atendimento pré-natal. Os transtornos mentais foram obtido através do CIDI 2.1 e os dados das gestantes foram coletados através de questionários.	103 (22.5%) participantes tinham ao menos um transtorno mental e 28 (27.2%) delas tinham mais de um diagnóstico. O diagnóstico mais frequente foi depressão (13.5% ou 62)	
Michele Scortegagna de Almeida, Maria Angélica Nunes, Suzi Camey, Andrea Poyastro Pinheiro, Maria Inês Schmidt 2012 Brasil	Estudo transversal. 780 gestantes entre a 16ª e a 36ª semana de gestação, atendidas em 18 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 10 unidades localizadas na cidade de Porto Alegre e 8 em Bento Gonçalves, ambas no Rio Grande do Sul, Brasil.	Estimar a prevalência de transtornos mentais na gestação em uma amostra de grávidas de duas cidades do sul do país, e analisar a sua distribuição segundo variáveis sociodemográficas. Questionário sobre dados sociodemográficos e também informações sobre a saúde da gestante. Para avaliar a presença de sintomas psiquiátricos, foi utilizado o instrumento para <i>Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders; PRIME-MD)</i> .	297 (41,7%) preencheram pelo menos um provável diagnóstico de transtorno mental comum. Do subgrupo de gestantes adolescentes (n=181), 22,6% foram diagnosticadas com algum transtorno mental.	
Gisleine Vaz Scavacini De Freitas, Neury José Botega 2002 Brasil	Estudo transversal 120 adolescentes grávidas (40 de cada trimestre gestacional), de 14-18 anos, atendidas em um serviço público de pré-natal.	Determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas e verificar associações entre ideação suicida e variáveis psicossociais. Utilizaram-se a Entrevista Clínica Estruturada edição revisada (CIS-R), a Escala Hospitalar de	Foram encontrados 28 (23,3%) casos de ansiedade, 25 (20,8%) de depressão e 19 (16,7%) de ideação suicida. A ideação suicida associou-se com depressão (p = 0,001), ser solteira sem namorado (p = 0,01) e contar com pouco apoio social (p = 0,001).	Amostra pequena.

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

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

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

6. METODOLOGIA

6.1. Delineamento

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

6.2. Amostra

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

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

Todas as adolescentes no segundo trimestre de gestação que frequentam serviços de pré-natal na zona urbana de Pelotasv vão ser convidadas a participar.

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

6.3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão:

Características socioeconômicas – questionário sócio-demográfico, incluindo avaliação socioeconômica que será realizada pelos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Essa classificação baseia-se na escolaridade do chefe da família e no acúmulo de bens materiais, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E, sendo a E o mais baixo). Os níveis da ABEP serão divididos em três grupos para as análises (A e B, C e D e E) [25].

Saúde geral e comportamento – a Escala de Eventos de Vida, adaptada para o português, avalia fatores estressores de vida que serão acessados por seis questões. Estas abordam morte de alguém da família, doença grave, mudança de endereço, desemprego, separação conjugal e risco de aborto, todos eventos no período gestacional[26].

Transtornos do humor, de ansiedade e risco de suicídio - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que avalia os transtornos de humor, ansiedade e risco de suicídio. Esta entrevista de curta duração, entre 15 e 30 minutos de aplicação, é destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, e objetiva classificar os entrevistados de acordo com os critérios do DSM-IV e do CID-10. Com este instrumento se detecta a presença de episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco, distímia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo- compulsivo, transtorno de estresse pós-

traumático e risco de suicídio. A versão utilizada neste estudo foi a do MINI 5.0 em português, desenvolvida para utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos[27]. O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes que objetivam reduzir o tempo de entrevista. A aplicação estruturada em questões dicotômicas é de fácil compreensão. Todas as seções diagnósticas iniciam por questões que exploram critérios obrigatórios, o que permite a exclusão de diagnóstico em caso de respostas negativas. A sessão de suicídio é composta por seis questões. O risco de suicídio varia entre baixo, moderado e alto. As análises deste estudo serão realizadas com a criação de uma variável presença ou ausência de risco de suicídio.

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

6.4. Definição das Variáveis

As variáveis serão categorizadas da seguinte maneira^[28]:

Depressão – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Fobia social – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Hipomania – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Mania – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Risco de suicídio – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Transtorno de ansiedade generalizada – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Transtorno de estresse pós-traumático – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Transtorno obsessivo compulsivo – Quantitativa discreta – (sim ou não)
Duração da gestação em semanas – Quantitativa discreta
Peso do bebê ao nascer – Quantitativa ordinal (a ser categorizada no momento da análise)
Idade materna – Quantitativa discreta – anos completos (a ser categorizada no momento da análise)

Classificação socioeconômica – Qualitativa ordinal (a ser categorizada no momento da análise)
Escolaridade – em anos completos – quantitativa contínua (a ser categorizada no momento da análise)
Estado civil – Qualitativa nominal

6.5. Pessoal Envolvido

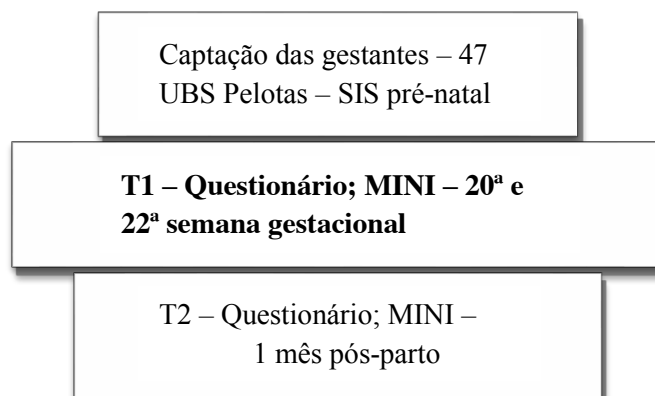
A seleção para entrevistadores vai ser feita por meio de um recrutamento entre os alunos do Centro de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas. Após o recrutamento será marcada uma reunião para entrevistar os candidatos. O treinamento vai ser desenvolvido em etapas: apresentação,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

6.6. Estudo piloto

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

6.7. Logística

A coleta de dados vai ser realizada em momentos distintos, conforme fluxograma abaixo:



No presente estudo serão utilizados dados obtidos em T1 e T2 acima listados. Após a captação da amostra, uma ficha com dados da gestante será encaminhada aos

entrevistadores para aplicação dos instrumentos.

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

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

6.8. Controle de Qualidade

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

6.9. Processamento e Análise dos Dados

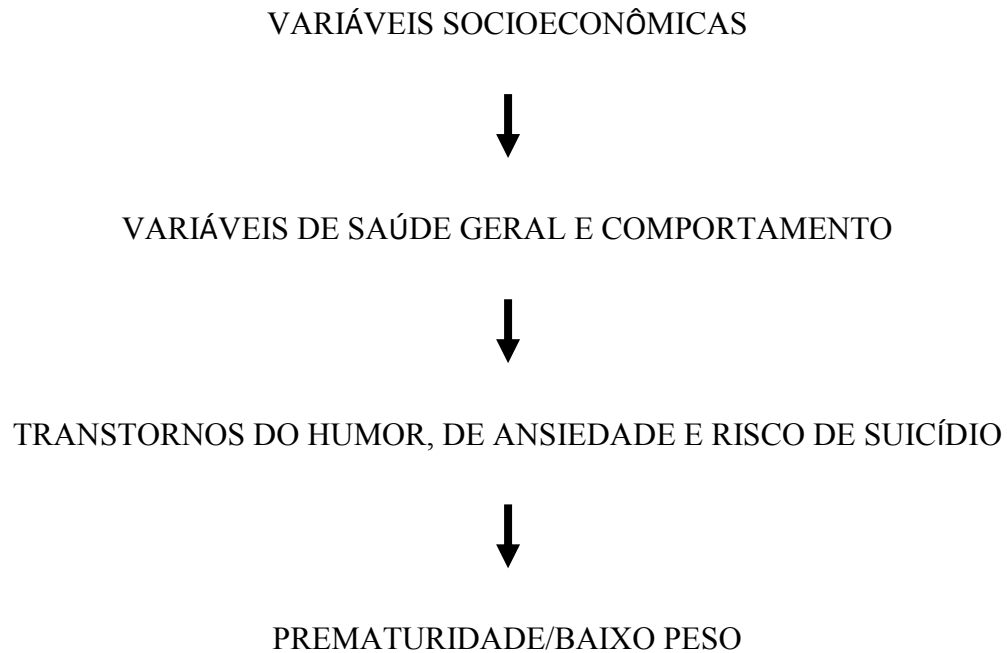
Após a codificação dos instrumentos será realizada dupla entrada dos dados no programa. EpiInfo 6.04d. Para realização de checagem automática dos dados no momento da digitação, vai ser utilizado o comando check, além de serem testadas no mesmo software as inconsistências na digitação comparando as duas entradas de dados.

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

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

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

6.10. Modelo Hierárquico



6.11. Divulgação dos Resultados

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

6.12. Considerações Éticas

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

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

O presente estudo faz parte de um estudo de coorte maior intitulado “Saúde mental em adolescentes no período gravídico puerperal: impacto no desenvolvimento

na saúde bucal de crianças entre 24 e 36 meses de vida.” o qual foi aprovado pelo CEP da UCpel, protocolo 2011/19.

6.13. Cronograma

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

* Referente ao mês de abril de 2013

6.14. Orçamento

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

Utilização de recursos próprios.

7. REFERÊNCIAS

1. NETO, M.I.N.P. and C.A.d.M. SEGRE, *Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas*. Einstein, 2012. **10**(3): p. 271-7.
2. WHO, *El embarazo y el aborto en la adolescencia*, in *Genebra*. 1975.
3. Tierno, B., *Adolescência: a passagem à idade adulta*, in *A psicologia dos jovens e adolescentes: de 9 a 20 anos*, Paulus, Editor. 2007: São Paulo. p. 37-41.
4. Organization, W.H. *Adolescent pregnancy*. 2012 [cited 2013].
5. Silva, J.L.P.e. and F.G.C. Surita, *Gravidez na adolescência: situação atual*. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia, 2012. **34**(8): p. 347-350.
6. Almeida, M.S.d., et al., *Transtorno mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil*. Caderno de Saúde Pública, 2012. **28**(2): p. 385-393.
7. Goldberg D, H.P., *Common mental disorders: a bio-social model*. 1992, London: Tavistock.
8. FREITAS, G.V.S.D. and N.J. BOTEGA, *GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E IDEAÇÃO SUICIDA*. Revista associação médica brasileira, 2002. **48**(3): p. 245-9.
9. Pereira, P.K., et al., *Transtornos mentais maternos graves e risco de malformação congênita do bebê: uma metanálise*. Caderno de Saúde Pública, 2011. **27**(12): p. 2287-2298.
10. March of Dimes, P., Save the Children, WHO, *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.*, H. CP, K. MV, and L. JE, Editors. 2012, World Health Organization: Geneva.
11. WHO, *recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1977. **56**: p. 247-253.
12. Surita, F.G.C., et al., *Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no sudeste do Brasil*. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia, 2011. **33**(10): p. 286-291.
13. Yazlle, M.E.H.D., R.C. Franco, and D. Michelazzo, *Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção*. Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia 2009. **31**(10): p. 443-445.
14. Oliveira, E.F.V.d., S.G.N.d. Gama, and C.M.F.P.d. Silva, *Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil*. Caderno de Saúde Pública, 2010. **26**(3): p. 567-578.
15. Barros, A.J.D., et al., *Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição*. Revista de Saúde Pública, 2006. **40**(3): p. 402-13.
16. Omar, K., et al., *Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2010. **111**: p. 220-223.
17. Chalem, E., et al., *Underdetection of Psychiatric Disorders During Prenatal Care: A Survey of Adolescents in Sao Paulo, Brazil*. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 2012. **50**(1): p. 93-96.
18. Mitsuhiro, S.S., et al., *Brief report: Prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers*. Journal of Adolescence, 2009. **32**: p. 747-752.
19. Silva, R.A.d., et al., *Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados*. Caderno de Saúde Pública, 2010. **26**(9): p. 1832-1838.
20. Ferri, C.P., et al., *The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil*. BMC Public Health, 2007. **7**(209).
21. Niemi, M., et al., *Symptoms of antenatal common mental disorders, preterm birth and low birthweight: a prospective cohort study in a semi-rural district of Vietnam*. Tropical Medicine and International Health, 2013. **18**(6): p. 687-695.

22. Hironaka, M., et al., *Maternal mental disorders and pregnancy outcomes: A clinical study in a Japanese population*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2011. **37**(10): p. 1283-1289.
23. Nasreen, H.E., et al., *Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh*. BMC Public Health, 2010. **10**(515).
24. FAISAL-CURY, A., et al., *Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2010. **31**(4): p. 229-235.
25. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, A., *Dados com base no levantamento Sócio Econômico*. IBOPE, 2003.
26. MG, S., *Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping)/Life events and coping scales*. Revista Psiquiatria Clínica, 1999. **25**(2): p. 57-67.
27. Amorim, P., *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2000. **22**: p. 106-115.
28. Filho, N.d.A. and M.Z. Rouquayrol, *Elementos de metodologia epidemiológica*, in *Epidemiologia & Saúde*, MEDSI, Editor. 2003: Rio de Janeiro. p. 149-177.

ARTIGO

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

**Mariana Carret Soares
Karen Pinheiro**

RESUMO

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

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

Resultados: Foram entrevistadas 645 gestantes com idade entre 12 e 19 anos. Os seguintes transtornos não mostraram associação significativa com prematuridade: Episódio Depressivo Maior Atual (13,6% $p=0,55$), Distímia (16,7% $p=0,87$), Episódio Hipomaniaco (10,7% $p=0,31$), Episódio Maníaco (18,5% $p=0,46$) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (15,3% $p=0,98$). A análise multivariada com ajuste para escolaridade materna, quantidade de gestações anteriores, parto prematuro prévio e risco de suicídio indicou que as adolescentes que tiveram risco de suicídio durante a gestação apresentaram uma probabilidade de prematuridade, aproximadamente, duas vezes maior quando comparadas com aquelas que não foram diagnosticadas com risco de suicídio (RP 1.79; IC 1.06-3.03).

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

Palavras-chave: prematuridade; suicídio; gravidez na adolescência; transtornos psicóticos de humor; transtornos de ansiedade.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between mood disorders and anxiety, and risk of suicide among pregnant adolescents and their relationship with premature birth.

Methods: This was a cohort study with all pregnant adolescents aged 12 to 19 who attending antenatal services in the urban area of Pelotas between October 2009 to May 2011.

Results: 645 pregnant women aged between 12 and 19 years were interviewed. The following disorders were not significantly associated with prematurity: current Major Depressive Episode (13.6% $p = 0.55$), dysthymia (16.7% $p = 0.87$), hypomanic episode (10.7% $p = 0.31$) manic Episode (18.5% $p = 0.46$) and Generalized Anxiety Disorder (15.3% $p = 0.98$). Multivariate analysis adjusted for maternal education, number of previous pregnancies, previous preterm birth and risk of suicide indicated that adolescents who had suicide risk during pregnancy had a likelihood of prematurity approximately two times higher compared to those who did not were diagnosed at risk of suicide (PR 1.79; CI 1.06-3.03).

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

Keywords: prematurity; suicide; teenage pregnancy; affective disorders, psychotic; anxiety disorders.

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período da vida que ocorre entre 10-19 anos^[1]. Quando, nesse período da vida, ocorre uma gestação, requer atenção física e psicológica especial tanto durante o pré-natal e parto, como no período puerperal; a fim de preservar a saúde da gestantes como também a dos seus bebês^[2]. Segundo OMS, mães adolescentes enfrentam maior risco de problemas no parto que mulheres na faixa dos vinte anos^[2]. Tal risco se mostrou evidente em uma pesquisa realizada na Malásia, que encontrou associações significantes entre gestação na adolescência e nascimento pré-termo, apgar com escores baixos, complicações nas primeiras 24 horas do nascimento e baixo peso ao nascer^[3].

Já a prematuridade é classificada de acordo com a idade gestacional em que ocorre o nascimento, sendo prematuro extremo aquele entre 20 semanas e 27 semanas e 6 dias, prematuro moderado entre 28 semanas e 31 semanas e 6 dias e prematuridade tardia entre 32 semanas e 36 semanas e 6 dias^[4]. Com relação aos recém-nascidos, em filhos de mães adolescentes a taxa de nascimento prematuro varia de 15,3 a 19,8%^[5, 6], e o risco de óbito fetal nesse grupo foi doze vezes maior que o observado em mães adultas, sendo o óbito neonatal, cinco vezes maior entre os prematuros filhos de mães adolescentes^[7].

Adicionado aos riscos da gestação na adolescência e suas repercussões estão as rápidas alterações hormonais e físicas vividas pelas adolescentes. Gravidez durante este período de vida contribui para essa vulnerabilidade^[8], sendo parcialmente responsável pela prevalência de transtornos mentais observada durante este estágio. O diagnóstico e o tratamento de transtornos mentais durante a gravidez, especialmente entre adolescentes, são essenciais para atingir melhor desfecho para a mãe e o bebê^[8].

Além disso, há crescente evidência de que a ansiedade materna durante a gestação possa comprometer o desenvolvimento neurobiológico do feto^[9, 10]. Ademais, a depressão no período pré-natal afeta negativamente as mulheres grávidas em relação ao atendimento pré-natal e ao menor ganho de peso por parte do bebê^[11], o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade pré-natal^[12]. Além destes transtornos, o risco de suicídio durante o período gestacional é uma preocupação relevante,

principalmente entre adolescentes, uma vez que tenha sido relatada em até 17% das jovens mães^[13].

A ocorrência de transtornos mentais durante a gravidez expõe as mulheres e seus bebês a riscos, estando vinculada à prematuridade e ao baixo peso ao nascer^[14]. Em um estudo que objetivou avaliar a associação entre transtornos mentais comuns (TMC) na gestação com prematuridade e baixo peso ao nascer, encontrou que mulheres com TMC tem 1,98 vezes mais chances de ter filho prematuro e 2,24 vezes mais chances de ter filho com baixo peso ao nascer^[6]. Ferri et al. 2007, quando avaliou associação de transtornos mentais comuns em gestantes adolescentes com prematuridade e baixo peso, observou que somente prematuridade manteve-se associada a transtorno mental (RP= 1.45)^[14].

Na cidade de São Paulo, Brasil, um estudo com amostra populacional de 831 mulheres, foi realizado com o objetivo de estimar a associação entre transtorno mental comum durante a gravidez e o risco de baixo peso ao nascer ou nascimento pré-termo. Do total da amostra, a prevalência de transtorno mental foi 33.6%; 7,6% nasceram com baixo peso e 6,9% foram prematuros. Nesse estudo o transtorno mental comum não foi associado aos desfechos obstétricos^[15].

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

MÉTODO

Estudo de coorte realizado com gestantes adolescentes, idade entre 12 e 19 anos, que frequentaram os serviços de pré-natal na zona urbana da cidade de Pelotas, no período entre outubro de 2009 a maio de 2011. As gestantes foram identificadas através do Sistema Básico de Saúde (SIS pré-natal), que abrange 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde realizam atendimento pré-natal, além de busca ativa nos três ambulatórios especializados, vinculados aos serviços universitários da cidade. A primeira avaliação foi realizada entre a 20^a e a 22^a semana gestacional e a segunda um mês pós-parto. Para cálculo de amostra foi considerada a prevalência de transtorno de humor na população de gestantes

adolescentes de 20%, nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, resultando em 486 díades. A este número foi acrescentado trinta por cento para eventuais perdas e recusas, totalizando 633 díades.

Os dados sobre transtornos de humor, ansiedade e risco de suicídio foram obtidos através da entrevista diagnóstica Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A MINI é uma entrevista semi-estruturada breve com validade e fidedignidade adequadas.^[16] Para rastreamento de depressão pós-parto foi utilizada a Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS), que mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias^[17]. Além do Inventário de Beck^[18] para rastrear sintomas ansiedade.

Além das entrevistas de diagnóstico, as adolescentes responderam um questionário contendo questões como intenção de aborto ou tentativa de aborto na gravidez atual, o histórico de outras gestações e abortos prévios, como também o status socioeconômico. Nós usamos a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)^[19] para avaliar a situação socioeconômica das famílias. As variáveis obstétricas e de nascimento do bebê foram obtidas das carteiras de gestante das adolescentes.

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

Foi utilizada análise univariada para descrição das variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde. A análise bivariada permitiu através do teste qui-quadrado, avaliar as associações entre os possíveis fatores de risco e prematuridade. A análise ajustada foi realizada através de regressão logística, respeitando o modelo de análise (FIG. 1), permitindo avaliar as possíveis associações entre as variáveis independentes com o desfecho - prematuridade. Todas as variáveis com associações com valores de $p \leq 0.2$ foram mantidas no modelo para controle de fatores de confusão. Foram consideradas significativas as associações com um $p \leq 0.05$.

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

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

RESULTADOS

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

Os dados do estudo evidenciaram que 460 (71,3%) gestantes tinham 17 anos ou mais, 59,9% eram casadas ou viviam com o companheiro e aproximadamente 40% tinham o ensino fundamental incompleto. Com relação ao nível socioeconômico, segundo classificação da ABEP, 395 (62,4%) pertenciam à classe C e apenas 33 (5,2%) aos níveis A/B. A maioria delas não trabalhava (87,7%).

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

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

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

prematturos.

Na análise bivariada, as seguintes variáveis mostraram associações significativas com prematuridade: idade ($p=0,02$), número de gestações anteriores ($p=0,04$), parto prematturo em gestação anterior ($p=0,00$), risco de suicídio ($p=0,07$) e peso ao nascer ($p=0,00$). A análise multivariada com ajuste para escolaridade materna, quantidade de gestações anteriores, parto prematturo prévio e risco de suicídio indicou que as adolescentes que tiveram risco de suicídio durante a gestação apresentaram uma probabilidade de prematuridade, aproximadamente duas vezes maior quando comparadas com aquelas que não foram diagnosticadas com risco de suicídio (RP 1.79; IC 1.06-3.03).

DISCUSSÃO

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

Estudos com população adolescente que tenham avaliado concomitantemente depressão, ansiedade e risco de suicídio e sua associação com prematuridade são raros na literatura. Todavia, grande parte dos estudos com mulheres grávidas tendem a demonstrar associação de transtornos psíquicos no período com prematuridade^[14]. Niemi et al., em 2013, encontrou associação entre depressão na gravidez com prematuridade e baixo peso ao nascer, (RO: 1.98, CI95% = 1.14–3.43 e RO: 2.24, CI95% = 1.02–4.95, respectivamente)^[6]. Hironaka et al também encontrou associação entre transtornos mentais como esquizofrenia, depressão maior, bipolaridade, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de alimentação e transtorno de personalidade durante a gravidez e prematuridade^[20]. Em países em desenvolvimento, nos quais a desigualdade social ainda é grande, como no Brasil, torna-se importante a investigação de tais fatores, especialmente porque tais desfechos são as principais causas de morbimortalidade em menores de 1 ano^[21].

Em relação ao episódio depressivo maior, embora não tenha mostrado

associação significativa com prematuridade, observou-se prevalência de 18,3% e a prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) foi 9,1%. Demonstrando ser alta prevalência, pois em estudo realizado com gestantes adolescentes, em São Paulo encontrou prevalência de depressão em 13,0% e do transtorno de ansiedade em 5,7%^[14].

No presente estudo a prevalência de risco de suicídio foi 12,6%, estando de acordo com coorte realizada na zona urbana no Paquistão com 1.369 gestantes, com mulheres de todas as idades, utilizou como instrumento a escala Aga Khan University Anxiety and Depression Scale – Short Form (AKUADS-SF) e encontrou prevalência de risco de suicídio de 11%^[22]. Já Huang et al, em São Paulo, Brasil, avaliou 831 gestantes com 16 anos ou mais, que responderam ao Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20). Destas, 6,3% apresentou ideação suicida^[23]. A literatura mostra resultados variados quando avaliam risco de suicídio em gestantes, diferenciaram-se no que diz respeito à idade das gestantes. Deve-se considerar, também a diversidade do instrumento utilizado para tal avaliação. A entrevista utilizada no nosso estudo, para avaliar o risco de suicídio, inclui tanto a ideação quanto a tentativa de suicídio.

Ao se verificar o número de adolescentes que já estavam na segunda e terceiras gestações, cabe destacar a necessidade de serem aprimorados os programas de planejamento familiar, pois, quanto mais cedo as jovens engravidam, maior o risco de ter filho prematuro. Além disso, seria desejável uma intensificação do número de programas de educação sexual nas escolas e maior acesso da população de baixo poder aquisitivo aos métodos contraceptivos, com o intuito de se evitar a gravidez não planejada ou indesejada pelas adolescentes^[24]. Quando se analisaram os antecedentes gestacionais das mães, verificou-se resultado significativo com parto prematuro, ter tido duas ou mais gestações e ter parto prematuro em gestações anteriores.

Mais da metade das gestantes adolescentes eram casadas ou viviam com companheiro (59,9%), o que condiz com a literatura. Estudo em Piracicaba, São Paulo, 55% das gestantes adolescentes viviam com companheiro ou eram casadas^[25] e outro realizado por K. Omar et al., 2010, verificou a prevalência de 47,1% nesta situação^[3].

Outros dois fatores chamam a atenção: primeiro, a alta prevalência de

adolescentes que planejaram a gravidez, 26,7% delas. Em um estudo em São Paulo essa prevalência foi de apenas 18,2% nas adolescentes^[14]. Segundo, o número de gestantes que pensaram em abortar (14,3%) ou que fizeram alguma tentativa (2,3%). Na pesquisa de Freitas et al., 2002, a tentativa de aborto foi de 7,5% das gestantes adolescentes^[25].

A prevalência de prematuridade encontrada foi 15,3%, o que condiz com os achados na literatura em gestantes da faixa etária estudada. Em estudos realizados com gestantes adolescentes, a prevalência de prematuridade varia de 14-22%^[3, 14]. No nosso estudo, outra variável associada à prematuridade é o baixo peso ao nascer, 47,4% (p=0,00) dos bebês prematuros tiveram baixo peso ao nascer. Sendo sua prevalência 8,6%, ficando um pouco abaixo das prevalências encontradas. Estudo em São Paulo^[26] a prevalência de baixo peso foi 10% e outro, nos Estados Unidos, foi 13%^[27]. A associação de risco de suicídio com prematuridade é importante de ser estudada pois a prematuridade é um dos principais desfechos neonatais, aliado ao baixo peso, ainda responsáveis por uma alta morbimortalidade infantil no país. Diversos fatores podem contribuir para tal desfecho, no presente estudo, o risco de suicídio gestacional demonstrou ser responsável pelo aumento das chances da ocorrência de prematuridade na população estudada.

É importante salientar que transtornos mentais avaliados nos estudos são da mais variada gama, outro fator importante a ser notado é a idade das gestantes, sendo o grupo adolescente pouco estudado. Dificultado assim uma padronização da comparação dos resultados. A nossa amostra, apesar de ser representativa das adolescentes que realizam pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, não contempla àquelas do setor privado e de convênios.

Segundo a Organização Mundial de Saúde^[13], cuidados preventivos durante a gestação, como o diagnóstico e o controle de transtornos mentais, podem diminuir o risco de prematuridade, tendo em vista que as complicações relacionadas com a prematuridade são a primeira causa de mortes neonatais e infantis em países de renda média e alta^[28].

Desta forma, a nossa investigação apresentou associação positiva entre risco de suicídio na gestação e prematuridade, o que nos leva a pensar na importância dessas medidas de saúde mais assertivas não só no que diz respeito

à saúde física da gestante, como também da mental. A importância de detectar tais transtornos e de fornecer atendimento psicoterápico para as futuras mães adolescentes, pode auxiliá-las a passar por esse período da vida de forma mais natural, ajudando o processo de simbolização. Logo, colabora para que desenvolva o pensamento da sua relação precoce com seu objeto materno, a fim de ela desenvolver os próprios instrumentos para fornecer uma boa continência para com seu novo bebê^[29].

REFERÊNCIAS

1. WHO, *El embarazo y el aborto en la adolescencia*, in *Genebra*. 1975.
2. Organization, W.H., *Adolescent pregnancy: a culturally complex issue*. Bulletin of the World Health Organization, 2009. **87**: p. 410-411.
3. Omar, K., et al., *Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2010. **111**: p. 220-223.
4. March of Dimes, P., Save the Children, WHO, *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.*, H. CP, K. MV, and L. JE, Editors. 2012, World Health Organization: Geneva.
5. Barros, A.J.D., et al., *Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição*. Revista de Saúde Pública, 2006. **40**(3): p. 402-13.
6. Niemi, M., et al., *Symptoms of antenatal common mental disorders, preterm birth and low birthweight: a prospective cohort study in a semi-rural district of Vietnam*. Tropical Medicine and International Health, 2013. **18**(6): p. 687-695.
7. Oliveira, E.F.V.d., S.G.N.d. Gama, and C.M.F.P.d. Silva, *Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil*. Caderno de Saúde Pública, 2010. **26**(3): p. 567-578.
8. Chalem, E., et al., *Underdetection of Psychiatric Disorders During Prenatal Care: A Survey of Adolescents in Sao Paulo, Brazil*. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 2012. **50**(1): p. 93-96.
9. Fisher, J.R., H.t.t. Tran, and T. Tran, *Relative socioeconomic advantage and mood during advanced pregnancy in women in Vietnam*. International Journal of Mental Health Systems, 2007. **1**(3).
10. Fisher, J., et al., *Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use*. Bulletin of the World Health Organization, 2010. **88**: p. 737-745.
11. Fisher, J., et al., *Prevalence and determinantes of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review*. Bulletin of the World Health Organization, 2012. **90**: p. 139-149.
12. Giang, K.B., et al., *Prevalence of mental distress and use of health services in a rural district in Vietnam*. Global Health Action, 2010. **3**.
13. Gentile, S., *Suicidal mothers*. Journal of Injury & Violence, 2011. **3**(2): p. 90-97.
14. Ferri, C.P., et al., *The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil*. BMC Public Health, 2007. **7**(209).
15. FAISAL-CURY, A., et al., *Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2010. **31**(4): p. 229-235.
16. P., A., *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*. Revista Brasileira de Psiquiatria 20000. **22**(supl. 3): p. 106-115.
17. Figueira, P., et al., *Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde*. Revista de Saúde Pública, 2009. **43**(supl. 1): p. 79-84.
18. Cunha, J.A., *Manual da versão em português das escalas Beck*. 2001, São Paulo: Casa do Psicólogo.
19. (ABEP), A.B.d.E.e.P. *Critério de Classificação econômico no Brasil*. 2010 [cited 2014; Available from: [HTTP://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB). .
20. Hironaka, M., et al., *Maternal mental disorders and pregnancy outcomes: A clinical*

- study in a Japanese population.* Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2011. **37**(10): p. 1283-1289.
21. AM, R., et al., *Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer.* Revista de Saúde Pública, 2009. **43**(2): p. 246-55.
 22. Asad, N., et al., *Prevalence of Suicidal Thoughts and Attempts Among Pregnant Pakistani Women.* Acta Obstet Gynecol Scand, 2010. **89**(12): p. 1545-1551.
 23. Huang, H., et al., *Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil.* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2012. **15**(2): p. 135-138.
 24. E, D.S., B.V. J, and V.D.P. L., *Birth rates and reproductive risk in adolescents in Chile, 1990-1999.* Rev Panam Salud Publica, 2003. **14**(1): p. 3-8.
 25. FREITAS, G.V.S.D. and N.J. BOTEGA, *GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E IDEAÇÃO SUICIDA.* Revista associação médica brasileira, 2002. **48**(3): p. 245-9.
 26. NETO, M.I.N.P. and C.A.d.M. SEGRE, *Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas.* Einstein, 2012. **10**(3): p. 271-7.
 27. Hodgkinson, S.C., et al., *Depressive Symptoms and Birth Outcomes among Pregnant Teenagers.* J Pediatr adolesc. gynecol., 2010. **23**(1): p. 16-22.
 28. Lawn, J., et al., *Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data.* BMC Pregnancy and Childbirth, 2010. **10**(Suppl 1): p. S1.
 29. Castro, M.d.G.K., A. Sturmer, and A.C. Garcia, *Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica* 2009, Porto Alegre: Artmed. 360.

Figura 1

Modelo hierárquico.

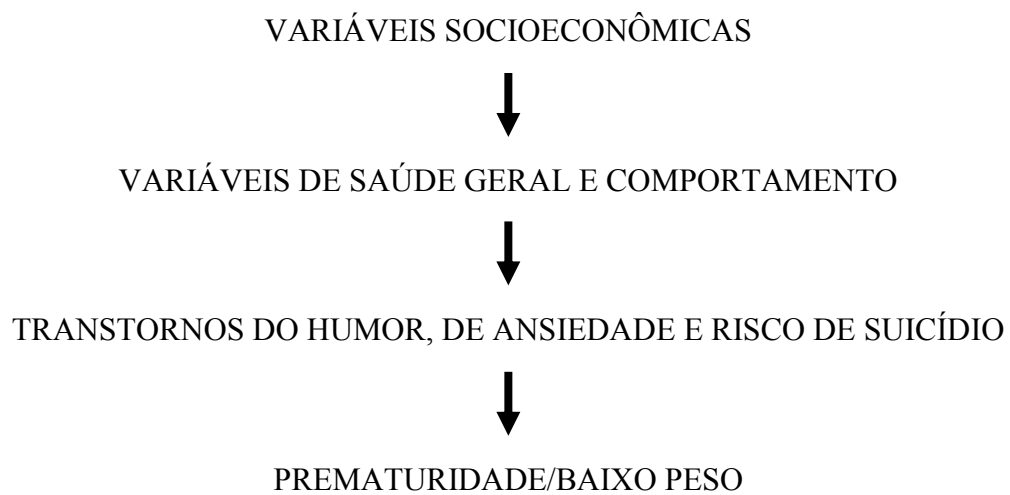


Tabela 1

Descrição da amostra de acordo com a prematuridade e análise Multivariada com razão de odds e intervalo de confiança de 95% para prematuridade de acordo com escolaridade, variáveis obstétricas e risco de suicídio.

VARIÁVEL	N(%)	PREMATURIDADE	P-VALOR	RO (IC 95%)	P-VALOR
<u>Idade</u>			0,02		
12-16	185 (28,7)	38 (20,5)			
17-19	460 (71,3)	61 (13,3)			
<u>Estado civil</u>			0,55		
Solteira/separada/divorciada	258 (40,1)	37 (14,3)			
Casada/vive com companheiro	386 (59,9)	62 (16,1)			
<u>Escolaridade</u>			0,10		
Analfabeto/primário incompleto	95 (14,8)	21 (22,1)		1.66(0.77-3.57)	0,20
Primário completo/ensino fundamental incompleto	279 (43,3)	45 (16,1)		0.88(0.44-1.77)	0,73
Ensino fundamental completo/ensino médio incompleto	213 (33,1)	24 (11,3)		0.99(0.49-2.00)	0,98
Ensino médio completo/superior incompleto	57 (8,9)	9 (15,8)		REFERÊNCIA	
<u>Classe socioeconômica</u>			0,74		
A/B	33 (5,2)	4 (12,1)			
C	395 (62,4)	63 (15,9)			
D/E	205 (32,4)	29 (14,1)			
<u>Trabalha</u>			0,96		
Sim	79 (12,3)	12 (15,2)			
Não	564 (87,7)	87 (15,4)			
<u>Gestação anterior</u>			0,82		
Sim	134 (21,2)	20 (14,9)		1.16(0.54-2.50)	0,71
Não	502 (78,9)	79 (15,7)		REFERÊNCIA	
<u>Quantas gestações anteriores</u>			0,04		
1 gestação anterior	106 (16,4)	12 (11,3)			
2 ou mais gestações anteriores	25 (3,9)	8 (32,0)			
Não teve gestações anteriores	514 (79,7)	79 (15,4)			
<u>Parto prematuro (gestação anterior)</u>			0,00		
Sim	25 (3,9)	9 (36,0)		2.40(0.66-8.72)	0,18
Não	96 (15,1)	9 (9,4)		0.73(0.26-2.03)	0,55
Não teve gestações anteriores	515 (81,0)	80 (15,5)		REFERÊNCIA	
<u>Aborto (gestação anterior)</u>			0,98		
Sim	65 (10,1)	10 (15,4)			
Não	69 (10,7)	63 (15,1)			
Não teve gestações anteriores	511 (79,2)	26 (15,9)			
<u>Planejamento gestação atual</u>			0,18		
Sim	172 (26,7)	21 (12,2)		1.15(0.76-1.76)	0,51
Não	473 (73,3)	78 (16,5)		REFERÊNCIA	

Tabela 1 (continuação)

Descrição da amostra de acordo com a prematuridade e análise Multivariada com razão de odds e intervalo de confiança de 95% para prematuridade de acordo com escolaridade, variáveis obstétricas e risco de suicídio.

VARIÁVEL	N(%)	PREMATURIDADE	P-VALOR	RO (IC 95%)	P-VALOR
<u>Pensou em abortar</u>			0,97		
Sim	92 (14,3)	14 (15,2)			
Não	553 (85,7)	85 (15,4)			
<u>Tentou abortar</u>			0,34		
Sim	15 (2,3)	1 (6,7)			
Não	628 (97,7)	98 (15,6)			
<u>Se já sabe o sexo, ele é do sexo desejado</u>			0,96		
Sim	168 (26,1)	27 (16,1)			
Não	127 (19,7)	19 (15,0)			
Não tem preferência	103 (16,0)	17 (16,5)			
Ainda não sabe	246 (38,2)	36 (14,6)			
<u>Se sente apoiada</u>			0,84		
Sim	628 (97,7)	96 (15,3)			
Não	15 (2,3)	2 (13,3)			
<u>Percebe risco na gestação</u>			0,68		
Sim	58 (9,0)	10 (17,2)			
Não	586 (91,0)	89 (15,2)			
<u>Faz/fez tratamento psicológico ou psiquiátrico</u>			0,30		
Faço atualmente	7 (1,1)	1 (14,3)			
Sim, mas não atualmente	97 (15,1)	20 (20,6)			
Não, nunca fiz	539 (83,8)	78 (14,5)			
<u>Toma/tomou remédios para problemas psicológicos /psiquiátricos</u>			0,40		
Toma atualmente	7 (1,1)	1 (14,3)			
Tomou, mas não toma atualmente	45 (7,0)	10 (22,2)			
Não, nunca tomou	591 (91,9)	87 (14,7)			
<u>Alguma vez fôï internada por problemas psicológicos /psiquiátricos</u>			0,57		
Sim	9 (1,4)	2 (22,2)			
Não	626 (98,6)	96 (15,3)			
<u>EPDS (ponto corte 11)</u>			0,61		
Com sintomas de ansiedade	153 (24,2)	21 (13,7)			
Sem sintomas de ansiedade	479 (75,8)	76 (15,9)			

Tabela 1 (continuação)

Descrição da amostra de acordo com a prematuridade e análise Multivariada com razão de odds e intervalo de confiança de 95% para prematuridade de acordo com escolaridade, variáveis obstétricas e risco de suicídio.

BAI				0,83		
Com sintomas de ansiedade	250 (39,1)	37 (14,8)				
Sem sintomas de ansiedade	389 (60,9)	60 (15,4)				
<u>Episódio depressivo maior atual</u>				0,55		
Sim	118 (18,3)	16 (13,6)				
Não	527 (81,7)	83 (15,7)				
<u>Distímia atual</u>				0,87		
Sim	18 (2,8)	3 (16,7)				
Não	627 (97,2)	96 (15,3)				
<u>Risco de suicídio</u>				0,07		
Sim	81 (12,6)	18 (22,2)			1,79(1.06-3.03)	0,03
Não	564 (87,4)	81 (14,4)			REFERÊNCIA	
<u>Episódio hipomaniaco</u>				0,31		
Sim	56 (8,7)	6 (10,7)				
Não	589 (91,3)	93 (15,8)				
<u>Episódio maniaco</u>				0,46		
Sim	65 (10,1)	12 (18,5)				
Não	580 (89,9)	87 (15,0)				
<u>Transtorno de ansiedade generalizada</u>				0,98		
Sim	59 (9,1)	9 (15,3)				
Não	586 (90,9)	90 (15,4)				
<u>Peso ao nascer</u>				0,00		
2,499 ou menos	38 (8,6)	18 (47,4)				
2,500 ou mais	403 (91,4)	49 (12,2)				
<u>Apgar no 1º minuto</u>				0,24		
1 a 7	66 (18,5)	12 (18,2)				
8 a 10	291 (81,5)	37 (12,7)				

ANEXOS

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido

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

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

Qual o objetivo desta pesquisa?

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

Como será feita esta pesquisa?

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

Quais os riscos em participar?

Não há qualquer risco em participar deste projeto.

O que a paciente ganha com este estudo?

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

Quais são os teus direitos?

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

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

pesquisa a qualquer momento.

Declaração da entrevistada:

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

Assinatura da entrevistada:

Declaração de responsabilidade do entrevistador:

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

Assinatura do entrevistador:

Pelotas, _____ de _____ de 20 ____.

ANEXO B – Termo de Consentimento do responsável

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

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

Qual o objetivo desta pesquisa?

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

Como será feita esta pesquisa?

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

Quais os riscos em participar?

Não há qualquer risco em participar deste projeto.

O que a paciente ganha com este estudo?

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

Quais são os teus direitos?

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

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

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

Declaração do familiar responsável:

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

Assinatura do familiar responsável:

Declaração de responsabilidade do entrevistador:

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

Assinatura do entrevistador:

Pelotas, ____ de _____ de 20 ____.

ANEXO C – Questionário T1


**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
GESTANTES ADOLESCENTES**


Oi, bom dia/tarde/noite! Meu nome é <entrevistadora>. Eu trabalho para Universidade Católica de Pelotas. Estamos entrevistando mulheres em gestação, em um trabalho sobre os aspectos psicológicos deste período. Para isso, precisamos de sua colaboração e compreensão. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? (**agradecer se sim ou não**)

Se SIM, Explicar pesquisa e PREENCHER CONSENTIMENTO INFORMADO. Caso a gestante não possa compreender o consentimento agradecer pela atenção.

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

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

1. Qual a sua idade? __ __ anos

2. Qual o seu estado civil?

- (0) Solteira (1) Casada/vive com parceiro
Separada ou divorciada (3) Viúva

3. Qual a sua escolaridade?

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

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

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +

4. Na tua casa tem:

idade __ __

estcivil __

escol __

tv __ radio
__ banh
__ aut

Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

vidvd __

gelad __

freez __

esche __

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

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

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

cpele __

6. A tua cor ou raça é?

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

trab __

ocup __

7. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

8. Com relação a sua ocupação você:

SE SIM:

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

SE NÃO:

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

rend __

numpes __

crenca

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

reza

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

11. Sua crença em Deus é: (0) muito forte (1) moderada (2) fraca (3) não acredito que Deus exista

pedido __

12. Você reza todos os dias, de vez em quando, raramente ou nunca?

- (0) todos os dias (1) de vez em quando (2) raramente (3) nunca

freqmis __

13. Ao rezar você faz pedidos e/ou agradecimentos por você, pelos outros ou por ambos?

- (0) por mim (1) pelos outros (2) por mim e pelos outros

gestant __

14. Com que frequência você vai à missa, culto ou sessão na sua religião?

- (0) todos os dias (1) mais de uma vez por semana (2) uma vez por semana
 (3) uma vez por mês (4) quando tenho coisas graves na minha vida (5) nunca vou

qtgest __

gestpnao __

diabe __

partpre_sfor __

➤ AGORA, GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS A RESPEITO DE SUAS GESTAÇÕES ANTERIO

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

16. SE SIM: Quantas? ___ gestações

17. Em relação às gestações anteriores, você teve algum desses problemas?

- (00) não () Hipertensão 1-sim 2-não
 () diabetes 1-sim 2-não () Sangramento 1-sim 2-não
 () parto prematuro 1-sim 2-não () Infecção urinária 1-sim 2-não
 () uso do fórceps 1-sim 2-não () Outro Qual? _____

18. Em relação as gestações anteriores, ocorreu algum aborto?

- (0) Não (1) Sim

19. Anteriormente, estavas usando algum método para evitar filhos? Qual?

- a) pílula (0) não (1) sim
 b) camisinha (0) não (1) sim
 c) tabelinha (0) não (1) sim
 d) coito interrompido (tirar fora) (0) não (1) sim
 e) geléia (0) não (1) sim
 f) diafragma (0) não (1) sim
 g) DIU (0) não (1) sim
 h) outro. Qual?

➤ NAS PRÓXIMAS PERGUNTAS VAMOS CONVERSAR SOBRE SUA GESTAÇÃO ATUAL

20. De que forma você ficou sabendo de sua gestação?

- (0) Exame de sangue (1) Exame de urina () Outro _____

21. Para quem foi a primeira pessoa que você contou que estava grávida?

- (1) amigo (a) (2) mãe (3) pai (4) pai da criança () Outro _____

22. A gestação atual foi planejada ou aconteceu? (0) foi planejada (1) aconteceu

23. Esta gestação é desejada? (0) não (1) sim

24. Nesta gestação, você pensou em abortar? (0) não (1) pensou

25. Nesta gestação, você tentou abortar? (0) não (1) tentou

26. Se você já sabe o sexo do bebê, ele é do sexo desejado?

- (0) Não (1) Sim (2) Não tinha preferência (3) Ainda não sabe

27. Quantas consultas de pré-natal você fez durante essa gestação? ___ consultas

28. Nesta gestação, você se sente apoiada por seus familiares, companheiro ou amigos?

- (0) Não (1) Sim

29. Com relação a sua saúde, você percebe risco na gestação atual?

- (0) Não (1) Sim

30. Com relação à saúde do bebê, você percebe risco na gestação atual?

(hiper__
sagr__
infecur__
qout__

aborto__

pipula__
camisi__
tabeli__
coito__
geléia__
diafrag__
diu__
metout__

sabgest__

qmsoub__

plangest__

desej__

pensouab__

tentoab__

sexodese

Ncons

Senapoio

percbmae__

(0)
Não

(1) Sim
percbeb__
trapsi__

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

31. Você faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

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

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

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

33. Caso tome ou tenha tomado, qual destes foi?

(01) Haldol (02) Amplictil (03) Anafranil (04) Aropax (05) Diazepan (06) Valium

(07) Lexotan (08) Tofranil (09) Fluoxetina (10) Imipramina (11) Triptanol

() Outro. Qual? _____

medic1 __ __

medic2 __ __

medic3 __ __

medic4 __ __

hosp __

famner __

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

(0) não (1) sim

35. Algum(s) de seus familiares sofre ou sofreu por problemas psicológicos/psiquiátricos?(0) não (*pule para questão 37*) (1) sim, sofre (2) sim, já sofreu, mas não atualmente**36. SE SIM: Quem? (*ler opções*)**

- a) Mãe? (0) Não (1) Sim
 b) Pai? (0) Não (1) Sim
 c) Irmão ou irmã? (0) Não (1) Sim
 d) Avó ou avô? (0) Não (1) Sim
 e) Filho(a)? (0) Não (1) Sim
 f) Outro? (0) Não (1) Sim. Quem? _____

37. Algum(s) de seus familiares faz ou fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

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

38. Algum(s) de seus familiares toma/tomou medicação para problemas psicológicos/psiquiátricos?

(0) Não (1) Não sei (2) Sim

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

(0) não (1) não sei (2) sim

➤ AGORA, VAMOS CONVERSAR SOBRE O USO DE CIGARRO E OUTRAS DROGAS**40. Você fuma cigarros atualmente?** (0) Não, nunca fumei.*(pule para questão 43)* (1) Não, fumei no passado, mas parei de fumar (2) Sim. *(pule para questão 42)***41. Você parou de fumar por causa desta gravidez?**(0) Não
(1) Sim *(pule para questão 43)***42. Em geral, quantos cigarros por dia você fuma?**

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

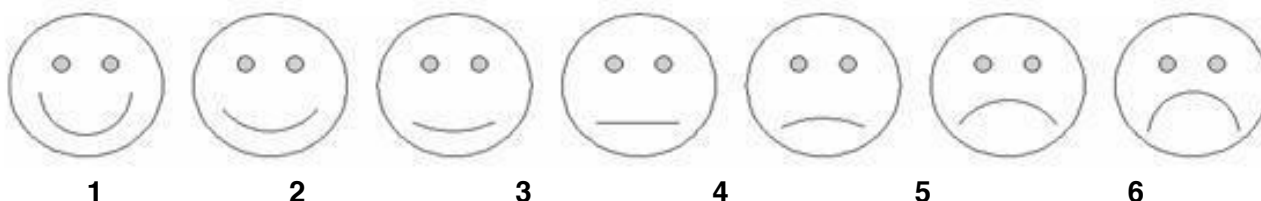
43. No último mês, tu usaste alguma destas coisas que vou lhe dizer: (*ler opções*)

- a) Maconha (0) Não (1) Sim
 b) Cocaína (0) Não (1) Sim
 c) Lança-perfume (0) Não (1) Sim
 d) Crack (0) Não (1) Sim

- e) Cola de sapateiro (0) Não (1) Sim
 f) Ecstasy (0) Não (1) Sim
 g) Comprimidos para "dormir" ou "ficar calmo" (0) Não (1) Sim
 h) Outra coisa. Qual? _____ (0) Não (1) Sim

➤ **AGORA EU VOU LHE MOSTRAR UMA SÉRIE DE ROSTOS QUE VARIAM DESDE UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO FELIZ ATÉ UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO TRISTE**

44. Qual dessas faces mostra melhor como a Sra. se sente a maior parte da gravidez?



Os assuntos que vamos falar aqui são pessoais. Este é um questionário confidencial e tuas respostas serão mantidas em sigilo. Para que tenha um bom andamento a pesquisa requer que respondas com honestidade e franqueza. Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que achares mais adequada.

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

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

carinhas __

evesta __
 evestb __

evestc __
 evestd __
 eveste __
 evestf __
 evestg __
 evesth __
 evesti __
 evestj __
 evestk __
 evestl __
 evestm __
 evestn __
 evesto __
 evestp __
 evestq __
 evestr __
 evests __
 evestt __
 evestv __

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

evestw
evestv
evestx
evesty
evestz

Who1 __

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

Who2 __

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

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

Who3 __

		muito insatisfeit	insatisfeit o	nem satisfeito	satisfeit o	muito satisfeit

		o		nem insatisfeit o		o	Who4 __
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	Who5 __

Who6 __

Who7 __

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

Who8 __

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamen te	
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	Who9 __
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	Who10 __
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	Who11 __
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	Who12 __
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	Who13 __
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	Who14 __

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom	
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	Who18__ Who19__ Who20__

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

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

Who26__

bdi1 __

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

bdi2 __

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

bdi3 __

bdi4 __

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

bdi5 __

bdi6 __

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

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

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

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

bsi6

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

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

bsi7

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

bsi8

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

bsi9

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

bsi10

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

bsi11

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

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

bsi12 __

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

bsi13 __

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

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

bsi14 __

bsi15 __

10. (0) Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
 (1) Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
 (2) Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc. bsi16 __
11. (0) Minhas razões para querer cometer um suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.
 (1) Minhas razões para querer cometer um suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.
 (2) Minhas razões para querer cometer um suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas. bsi17 __
12. (0) Não tenho plano específico sobre como me matar.
 (1) Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
 (2) Tenho um plano específico para me matar. bsi18 __
13. (0) Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.
 (1) O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.
 (2) Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo. bsi19 __
14. (0) Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
 (1) Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
 (2) Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio. bsi20 __
15. (0) Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
 (1) Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
 (2) Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio. bsi21 __
16. (0) Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
 (1) Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
 (2) Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos. otbsi __ __
17. (0) Não escrevi um bilhete suicida.
 (1) Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.
 (2) Tenho um bilhete suicida pronto. rir __
18. (0) Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
 (1) Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
 (2) Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio. prazer __
19. (0) Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
 (1) Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar. culpa __

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

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

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

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

Não preencha:
 BSI __ __

49. NOS ÚLTIMOS SETE DIAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ansio __

assust __

esmt __

difdor __

trista __

chora __

fazma __

epdsm __

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

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

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

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

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

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

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

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

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

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

Form __

Cal __

Tremper _

Relax __

Pior __

Tonto _

Palpit _

Equil __

Aterr _

Nervo

Sufoc

Mãos

Trem __

Control _

Respi __

Morrer _

Susto __

Indiges __

	tenão	Não me incomodou muito.	Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Difícil de suportar.
1. Dormênciaouformigamentos.	0	1	2	3
2. Sensação de calor.	0	1	2	3
3. Tremoresnaspernas.	0	1	2	3
4. Incapaz de relaxar.	0	1	2	3

Desmaio _

Rosto _

Suor

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

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

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

Ques11__

Ques2

Ques3__

Ques4__

Ques5__

Ques6__

Ques7__

Ques8__

Ques9__

Ques10__

Ques11__

Ques12__

Ques13__

Ques14

Ques15

Ques16

Ques17

Ques18__

Ques19__

		ezes		zes		
1. Eu não tive o suficiente para comer.	1	2	3	4	5	Quesi20 __ Quesi21 __
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	1	2	3	4	5	
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".	1	2	3	4	5	Quesi22 Quesi23 Quesi24
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	1	2	3	4	5	Quesi25 Quesi26
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1	2	3	4	5	Quesi27 __
6. Eu tive que usar roupas sujas.	1	2	3	4	5	Quesi28 __
7. Eu me senti amado (a).	1	2	3	4	5	
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1	2	3	4	5	
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	1	2	3	4	5	
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1	2	3	4	5	
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1	2	3	4	5	Pbim1 __
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1	2	3	4	5	Pbim2 __ Pbim3 __
Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Pbim4 __
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1	2	3	4	5	
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1	2	3	4	5	Pbim5 __
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	1	2	3	4	5	Pbim6 __
16. Eu tive uma ótima infância.	1	2	3	4	5	Pbim7 __
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1	2	3	4	5	Pbim8 __ Pbim9 __
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1	2	3	4	5	
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1	2	3	4	5	
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1	2	3	4	5	Pbim10 __ Pbim11 __
21. Ameaçaram me machucar ou	1	2	3	4	5	

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

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

53.

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

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

Pbip1 __

Pbip2__

Pbip3 __

Pbip4 __

Pbip5 __

Pbip6 __

Pbip7 __

Pbip8 __

Pbip9 __

Pbip10 __

Pbip11 __

Pbip12 __

Pbip13 __

Pbi14 __

Pbip15 __

Pbip16 __

Pbip17 __

Pbip18 __

Pbip19 __

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

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

Pbip20 __

Pbip21 __

Pbip22 __

Pbip23 __

Pbip24 __

Pbip25 __

Maltra __

Esbof __

Qesbof1

Qesbof2

Qesbof3

Qesbof4 __

Vezesb __

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

Graves__

Qgraves1

Qgraves2

Qgraves3

Qgraves4

Qgraves5

Qgraves6__

Vezegra__

arma__

tapa__

empur__

soco__

chute__

roxa__

corte__

espanc__

contus__

queim__

osso__

cabeç__

orgint__

perm__

usoar__

feriar__

Forsex__

Qforsex1__

Qforsex2

Qforsex3__

Nforsex__

Medo__

Sups1__

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

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

(1) SIM (2) NÃO

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

(1) SIM (2) NÃO

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

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

- Número de vezes que isso aconteceu _____

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

(1) SIM (2) NÃO

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

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

- Número de vezes que isso aconteceu _____

Poderias medizer quais das coisas que vou falar agora aconteceram?

- | | | |
|--|----------------|---------|
| (1) Ameaça de maus-tratos ou agressão Inclusive com arma | (1)Sim (2) Não | |
| (2) Tapa | (1)Sim (2) Não | |
| (2) Empurrão sem machucado, sem ferimento ou sem dor duradoura | (1)Sim (2) Não | |
| (3) Soco | (1)Sim (2) Não | |
| (3) Chute | (1)Sim (2) Não | |
| (3) Machucado ou "mancha roxa" | (1)Sim (2) Não | |
| (3) Corte ou dor contínua | (1)Sim (2) Não | |
| (4) Espancamento | (1)Sim (2) Não | Sups2__ |
| (4) Contusões graves | (1)Sim (2) Não | |
| (4) Queimaduras | (1)Sim (2) Não | |
| (4) Ossos quebrados | (1)Sim (2) Não | Sups3__ |
| (5) Danos ou problemas na cabeça | (1)Sim (2) Não | Sups4__ |
| (5) Danos ou problemas em órgãos internos | (1)Sim (2) Não | |
| (5) Danos permanentes | (1)Sim (2) Não | |
| (6) Uso de arma | (1)Sim (2) Não | Sups5__ |
| (6) Ferimento por arma | (1)Sim (2) Não | |

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

(1) SIM (2) NÃO

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

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

- Número de vezes que isso aconteceu _____

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

(1) SIM (2) NÃO

Sups2__

Sups3__

Sups4__

Sups5__

Sups6__

Sups7

Sups8__

Sups9 __

Sups10 _

Sups11 _

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

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

Sups12__

Sups13__

Sups14__

Sups 15__

Sups16__

Sups17__

Sups18__

Sups19__

Sups20__

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

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

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

55. Em que hospital pretende ganhar o bebê? _____



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
GESTANTES ADOLESCENTES



PÓS-PARTO IMEDIATO

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

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

sem

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

Qtdp

3. Dados sobre o parto:

Peso do bebê ao nascer _____ Altura:

Peso

Apgar: __/__/

Altur

Duração da gestação _____ semanas

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

Apg

Uso de fórceps (1) Sim (2) Não

Tipa

Forc

4. Você teve algum problema durante o parto?

(1) SIM (2) Não

Prob

Se sim qual (s)? _____

Q pr

ANEXO E – Entrevista diagnóstica MINI

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ **PROTOCOLO NÚMERO:** _____

DATA DE NASCIMENTO : _____ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:** _____

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** _____

DATA DA ENTREVISTA: _____ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:** _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.7 EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

• **Entrevista:**

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

• **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (↔) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l’Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

- | | | | | |
|-----|---|----------|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | →
NÃO | SIM | 10 |
| b | Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses? | NÃO | SIM | 11 |

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20				
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	21				
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:							
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22				
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23				
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24				
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25				
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26				
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27				
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM					
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28				
	B4 É COTADA SIM?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>DISTIMIA ATUAL</i></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<i>DISTIMIA ATUAL</i>	
NÃO	SIM							
<i>DISTIMIA ATUAL</i>								

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

Se **SIM**, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

- C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE**
C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

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

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 ε	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM”			
b	Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 ε	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM”			
b	Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?



NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

Atual

Passado

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO SIM

EPISÓDIO MANÍACO

Atual

Passado

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = “NÃO”, PASSAR A E7.				
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
SE E6 = “SIM”, PASSAR A F1.				
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	18
<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>				

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”

e

E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO
sem Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”

e

E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE PÂNICO
com Agorafobia
ATUAL**

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”

e

E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO SIM
**AGORAFOBIA
sem história de
Transtorno de Pânico
ATUAL**

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.				
SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4.				
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4				
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
H3 <u>OU</u> H4 SÃO COTADAS “SIM” ?		→ NÃO	SIM	
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
H6 É COTADA “SIM” ?		<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</p>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante os últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?

→
NÃO SIM

J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO SIM

*ABUSO DE ALCÓOL
ATUAL*

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXIXE	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO
COLA	L.S.D.	SPEEDS
CRACK	MARIJUANA	TEGISEC
MACONHA	MESCALINA	TOLUENO
MERLA	METADONA	TRICLOROETILENO

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado”?

→
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | | | | |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ? | NÃO | SIM | 5 |

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

**O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/
VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?**

NÃO	SIM →
-----	-------

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM →L.8a	12

				21	
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13	
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14	
	<u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15	
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16	
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17	
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL			
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA			
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	→	NÃO	SIM	
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ? SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	→	NÃO	SIM	18
		NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL			
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA			

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ _ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?

PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

**ANOREXIA NERVOSA
ATUAL**

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg) Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	NÃO	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ? * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)	NÃO	SIM	14

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM
*BULIMIA NERVOSA
ATUAL*

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM
*ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL*

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
		NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...			
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
		DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE			
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?	<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6



HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

NÃO SIM

P2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

ANEXO F – ENCAMINHAMENTO

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

Pelotas, ____ de _____ de 200
__.

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

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

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

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

Pelotas, ____ de _____ de 200 __.

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

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

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

