



## FUNDAÇÃO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – FUPAC/UBÁ CURSO DE ENFERMAGEM

### PERFIL DAS ADOLESCENTES EM RELAÇÃO À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

*Profile of adolescents with postpartum depression*

Thaís Peron Médice<sup>1</sup>; Elisângela Reis Mantovani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do curso de Enfermagem da Faculdade Presidente Antônio Carlos – FUPAC/UBÁ.

<sup>2</sup>Professora do curso de Enfermagem da Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC/UBÁ.

#### RESUMO

Nos últimos anos, a depressão é considerada o grande mal da sociedade e um problema de saúde pública. **OBJETIVO:** Analisou o perfil das adolescentes puérperas da atenção primária de saúde, relacionando os fatores associados ao surgimento da Depressão Pós-parto (DPP). **MÉTODO:** Estudo transversal, de caráter quali-quantitativo. A coleta de dados foi realizada dividindo-se em dois questionários, informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS). **RESULTADOS:** A população alvo deste estudo foi composta por 23 puérperas com idade média de 18,6 anos. Entre as participantes com 17 anos de idade 42,85% apresentaram DDP. No geral houve uma incidência de 30,43% de sintomas depressivos nas puérperas investigadas. **CONCLUSÃO:** O estudo demonstrou a relação com a variável escolaridade. Quanto menor a escolaridades, mais suscetíveis às puérperas estão ao desenvolvimento de DDP.

**Palavras-chaves:** Depressão Pós-Parto. Adolescente. Enfermagem. Escalas de Graduação Psiquiátrica.

#### ABSTRACT

The depression has been considered the greatest evil of society and a public health problem. **OBJECTIVE:** To analyze the profile of adolescents who have recently given birth in primary healthcare. The factors associated with the emergence of Postpartum Depression (PPD) are listed. **METHOD:** Cross-sectional qualitative and quantitative study. The data sources were two questionnaires, sociodemographic information, obstetric history, and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS). **RESULTS:** The target population of this study was composed of 23 young mothers, with an average of 18.6 years old. Among the 17-year-old participants, 42.85% had PDD. In general, there was a incidence of 30.43% of depressive symptoms in the investigated mothers. **CONCLUSION:** The study demonstrated the relationship with the education variable. The lower the schooling, the more susceptible the puerperal women is to the development of PPD.

**Keywords:** Postpartum Depression. Adolescents. Nursing. Psychiatric Graduation Scales.

#### Correspondência:

Thaís Peron Médice.

**E-mail:** thaisperon@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a depressão é considerada o grande mal da sociedade e um problema de saúde pública. A caracterização deste mal está ligada à interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos, encontrando suas classificações no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição - DSM-V (Coser, 2003; Gomes et al., 2010; Abelha, 2014; American Psychiatric Association – APA, 2014; Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2018).

Na literatura, encontram-se registros referentes à depressão em três alterações de humor relacionadas ao pós-parto: *Baby Blues*, Depressão Pós-parto (DPP) e a Psicose Puerperal (Camacho et al., 2006; Cantilino et al., 2010; Scalco et al., 2013; APA, 2014; Campos e Rodrigues, 2015).

A Depressão Pós-parto é um distúrbio psicológico moderado a severo que afeta mulheres após o parto. A predominância da DPP, entre mulheres adultas, é de 10% a 15%, e em adolescentes corresponde a 26% (Cruz et al., 2005; Mattar et al., 2007; Arrais et al., 2018).

Desta forma, a ocorrência da depressão pós-parto pode afetar todas as idades, classes sociais e de todos os níveis de escolaridade e, normalmente, inicia-se da quarta até a oitava semana após o parto, tendo o transtorno depressivo maior manifestado desde que o início ocorra no período de até quatro semanas após o nascimento, de uma forma não patológica, devido aos fatores externos (Saraiva e Coutinho, 2007; Arrais et al., 2014; Lima et al., 2016).

Os sintomas da DPP são semelhantes aos da depressão geral, como: tristeza, crises de choro, desmotivação, culpa, irritação, ideias de suicídio, fadiga, déficit de atenção, insônia ou hipersonia, alterações do comportamento, distúrbios alimentares, dificuldade em estabelecer binômio mãe-filho, infanticídio e outros (Esteves e Galvan, 2006; Rennó Júnior, 2010; Bordignon et al., 2011; Monteiro et al., 2018).

Muitos fatores podem estar associados ao desencadeamento da DPP como: conflito e/ou ausência de apoio do parceiro, da família, questões econômicas, sociais e culturais, condição de moradia, julgamentos/críticas, idade materna, primípara, presença de estresse e ansiedade na gestação, não planejamento e/ou não aceitação da gravidez, baixa autoestima, nível de escolaridade baixa, desemprego/subemprego. Em suma, a DPP é resultado da interação destes fatores (Torres et al., 1999; Falcone et al., 2005; Schmidt et al., 2005; Mattar

et al., 2007; Dias e Teixeira, 2010; Arrais et al., 2014; Campos e Rodrigues, 2015; Lima et al., 2016; Arrais et al., 2018).

Contudo, a adolescência é uma etapa em que ocorrem grandes transformações no psicológico, físico e hormonal, marcada, principalmente, pela menarca nas meninas, momento em que elas deixam de ser crianças, tornando-se mulheres. Nesta etapa, as meninas vivenciam o descobrimento do mundo, na busca da identidade adulta, as quais ficam expostas a várias situações como: drogas lícitas e ilícitas, atividade sexual precoce, infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e a gravidez indesejada. Com isso, a maternidade na adolescência implica um impacto na saúde pública e no social (Silva e Tonete, 2006; Rios et al., 2007; Brêtas et al., 2008; Sousa e Gomes, 2009; Nunes, 2010; Quiroga e Vitalle, 2013; Taborda et al., 2014).

Devido à ocorrência de gravidez na adolescência, é importante realizar pesquisa e explorar o tema, uma vez que se faz necessária a criação de ações dos profissionais da saúde, principalmente, o enfermeiro na detecção precoce, intervenções e assistências humanizadas, para poder minimizar o impacto da DPP, pois caso o atendimento seja falho, poderá gerar danos como aumentar risco de suicídio materno, prejudicar a parentalidade e outras situações conflituosas (Gale e Harlow, 2003; Lima et al., 2016; Monteiro et al., 2018).

Através de levantamentos, ao examinar o perfil das adolescentes puérperas e através de assistências humanizadas, pode-se criar modo de intervenção precoce no fator que desencadeia a depressão pós-parto. A escolha deste tema justifica-se pelo fato relacionado aos fatores predisponentes para o desenvolvimento da DPP e a avaliação da DPP em adolescentes, pela falta de um programa na saúde pública voltado para diagnóstico prévio para essa alteração de humor, pois somente casos de urgência são encaminhados para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Apesar dos diversos tipos de transtornos psíquicos pós-parto, o objetivo da pesquisa foi analisar o perfil das adolescentes puérperas da atenção primária de saúde, relacionando os fatores que estão associados ao surgimento da Depressão Pós-Parto baseada na aplicação de questionário com informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos e da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*) (Cox et al., 1987; Santos et al., 1999).

## MÉTODO

Estudo transversal de caráter quali-quantitativo analítico, realizado com adolescentes puérperas da atenção primária de saúde da cidade de Ubá, localizado no interior de Minas Gerais.

O estudo seguiu os princípios da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o Parecer nº 3.957.027, (Anexo 1).

A coleta de dados foi realizada dividindo-se em duas etapas: primeiro por meio de contatos telefônicos disponibilizados pelas unidades da atenção primária de saúde. No primeiro momento, foram destinados os convites às jovens e seus responsáveis legais para a pesquisa. Os envolvidos receberam informações breves sobre o assunto. No segundo momento, foram agendados dias e horários nos domicílios das participantes para a realização da pesquisa, utilizando os cuidados para prevenção da propagação do novo coronavírus-COVID-19 (Sars-CoV-2).

Os instrumentos de coleta de dados foram dois questionários, o primeiro elaborado para obter informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos, (Apêndice 1). No segundo, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), (Anexo 2), um instrumento eficaz e de simples aplicação, utilizado em estudos sobre DPP, com objetivo de avaliar e rastrear sintomas da DPP nas adolescentes após o nascimento da criança.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) foi elaborada na Grã-Bretanha em 1987 e traduzida em 11 idiomas, validado em diversos países, inclusive no Brasil em 1999, sendo impresso em folhas A4 e para o seu preenchimento foi utilizada caneta esferográfica azul (Cox et al.,1987; Santos et al., 1999; Arrais et al., 2014).

O EPDS é constituído por 10 questões, cada uma contendo quatro alternativas, sendo pontuado de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas (humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono; perda de prazer; diminuição do desempenho; culpa e ideias de morte e suicídio). As questões 1, 2 e 4 a pontuação para a sequência é (0, 1, 2, 3) e nas questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 a pontuação na sequência é (3, 2, 1, 0). A obtenção total varia de 0 a 30 pontos. O ponto de corte utilizado foi  $\geq 10$ , fundamentado na validação no Brasil, então uma pontuação de 10 ou mais indicará a probabilidade de DPP, mas não a sua gravidade

(Santos et al., 1999; Cruz et al., 2005; Mattar et al., 2007; Figueira et al., 2009; Arrais et al., 2014; Lima et al., 2016; Monteiro et al., 2018).

Esta escala pode ser aplicada por profissionais não especializados em saúde mental, todavia a mesma não substitui avaliação clínica, apenas foi desenvolvida para complementar o rastreamento do risco de haver possibilidades desencadeamento da DPP, facilitando intervenção terapêutica e minimizando problemas para mãe-bebê (Mattar et al., 2007; Lima et al., 2016).

A amostra foi dimensionada em 100 participantes, sendo que apenas 59 contatos foram disponibilizados, 36 destes não se enquadravam ou recusaram a participar e por final, 23 puérperas participaram dessa pesquisa, as quais eram atendidas pela atenção primária de saúde do município Ubá/MG, no período de julho a setembro de 2020. Utilizado como critério de inclusão idade de 12 a 21 anos, partos ocorridos março a agosto de 2020, primigestas, residentes do município de pesquisa e que aceitaram participar da pesquisa. Já os critérios de exclusão foram múltiparas, natimorto, não responderem todas as perguntas da EPDS, e aquelas que se recusarem participar da pesquisa.

Os questionários foram aplicados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinados pelos responsáveis legais e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelas adolescentes menores. A análise de dados foi feita mediante o escore calculado da Escala de Edimburgo.

Os dados foram tabulados, analisados e organizados por meio do *software* R (R Core Team, 2020), com apresentação de Média, Desvio Padrão (DP) e Porcentagem. O Teste Exato de Fisher verificou se existia ou não independência entre as variáveis do questionário socioeconômico e a probabilidade de desenvolver DPP avaliada pela EPDS.

Esse teste foi escolhido por se tratar de um banco de dados com poucas observações. O objetivo do teste é avaliar a independência de variáveis qualitativas utilizando a hipótese de nulidade  $H_0$ : *As variáveis atuam de forma independente* (Agresti, 2010). O valor-p do Teste Exato de Fisher foi obtido para testar essa hipótese. Nos casos em que esse valor-p foi maior que um nível de significância  $\alpha = 0,05$  (5%), a hipótese de nulidade não foi rejeitada, indicando que as variáveis atuam de forma independente. Quando o valor-p foi menor que o nível de significância, a hipótese de nulidade foi rejeitada, indicando uma dependência entre os níveis da variável analisada e a probabilidade de desenvolver DPP.

As variáveis com valor-p significativo pelo Teste Exato de Fisher também foram avaliadas quanto à média obtida no questionário EPDS. O intuito dessa avaliação foi estudar a relação entre essas variáveis e as médias das notas obtidas em cada nível dessas variáveis. Para isso foi utilizada a análise de variância cuja hipótese de nulidade é  $H_0$ : *As médias dos níveis das variáveis são iguais*. Sendo o valor-p significativo, a hipótese de nulidade é rejeitada indicando que a média de pelo menos um dos níveis difere das demais. Neste caso, é possível utilizar o teste de Tukey para ranquear essas notas. Caso o valor-p para análise de variância não seja significativo, significa que a média das notas obtidas no EPDS em cada um dos níveis é igual.

## RESULTADOS

A população alvo deste estudo foi composta por 23 puérperas, com idade média de 18,6 anos e  $DP \pm 1,73$ , com variação de 16 a 21 anos. Sobre a predominância de depressão pós-parto, segundo o instrumento utilizado, a idade de 17 anos, 42,85%, apresentou-se susceptível.

Com isso, de acordo com os aspectos sociodemográficos apresentados na tabela 1, a variável – estado civil – destaca-se pelo fato de os casos ocorrerem em adolescentes solteiras 35%, já o contexto para a idade na concepção, o período de adolescência destacou-se para a DPP.

**Tabela 1.** Características pessoais em relação aos fatores predisponentes à DPP.

Variável	Níveis da variável	Não	(%)	Sim	(%)	*Valor-p
<b>**Idade</b>	16 anos	2	66,7	1	33,3	0,74
	17 anos	2	40	3	60	
	18 anos	3	100	0	0	
	19 anos	2	100	0	0	
	20 anos	5	71,4	2	28,6	
	21 anos	2	66,7	1	33,3	
<b>Estado civil</b>	Casada	3	100	0	0	0,53
	Solteira	13	65	7	35	
<b>Raça</b>	Branca	8	72,7	3	27,3	0,57
	Parda	5	55,6	4	44,4	
	Preta	3	100	0	0	
<b>Idade na concepção</b>	Maior idade	10	77	13	23	0,65
	Menor idade	6	60	4	40	
<b>Contexto familiar</b>	Companheiro	12	80	3	20	0,24
	Companheiro e familiares	2	50	2	50	
	Familiares	2	50	2	50	

\* Teste Exato de Fisher./ \*\*Predominância: 14,28% para 16 anos; 42,85% para 17 anos; 28,57% para 20 anos; 14,28% para 21 anos.

Visando explorar as propriedades psicométricas das variáveis analisadas, os itens do teste foram submetidos a uma análise inferencial, permitindo encontrar uma relação entre a variável escolaridade e a probabilidade de desenvolver DPP ( $p=0,02$ ). Para as outras variáveis não foram encontradas associações significativas, conforme a tabela 2.

**Tabela 2.** Características pessoais em relação aos fatores predisponentes à DPP.

<b>Variável</b>	<b>Níveis da variável</b>	<b>Não</b>	<b>(%)</b>	<b>Sim</b>	<b>(%)</b>	<b>*Valor-p</b>
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental Completo	10	66,7	5	33,3	0,02*
	Ensino Fundamental Incompleto	0	0	2	100	
	Ensino Médio completo	6	100	0	0	
<b>Quando ficou grávida, você</b>	Não queria engravidar	6	66,7	3	33,3	0,73
	Queria engravidar	5	83,3	1	16,7	
	Queria esperar mais tempo	5	62,5	3	37,5	
<b>Como sentiu quando soube que estava grávida</b>	Insatisfeita	2	66,7	1	33,3	0,81
	Mais ou menos satisfeita	4	57,2	3	42,8	
	Satisfeita	10	77	3	23	
<b>Primeira pessoa, a saber, da sua gravidez</b>	Companheiro	6	86	1	14	0,50
	Familiares	8	67	4	33	
	Familiares do Companheiro/amigos	2	50	2	50	
<b>Tentou interromper a gravidez</b>	Não	16	72,7	6	27,3	0,30
	Sim	0	0	1	100	
<b>Fez pré-natal</b>	Não	1	100	0	0	1
	Sim	15	68,2	7	31,8	
<b>Histórico de aborto</b>	Não	12	63,2	7	36,8	0,27
	Sim	4	100	0	0	
<b>Contraiu IST</b>	Não	15	68,2	7	31,8	1
	Sim	1	100	0	0	

\* Teste Exato de Fisher.

De acordo com a tabela 3, 35,3% das entrevistadas que responderam sim para estresse e ansiedade apresentaram a DPP e 42,9% das participantes que não trabalhavam também apresentaram essa probabilidade. Entretanto, todas as variáveis da tabela 3 foram apontadas como independentes em relação à probabilidade de desenvolver DPP.

**Tabela 3.** Características pessoais em relação aos fatores predisponentes à DPP.

<b>Variável</b>	<b>Níveis da variável</b>	<b>Não</b>	<b>(%)</b>	<b>Sim</b>	<b>(%)</b>	<b>*Valor-p</b>
<b>Profissional que acompanhou o Pré-Natal</b>	Médico	15	71,4	6	28,6	0,52
	Não sabe informar	1	100	0	0	
	Outro	0	0	1	100	
<b>Acompanhou você durante o Pré-Natal</b>	Familiares	5	56	4	44	0,33
	Familiares e pai da criança	2	67	1	33	
	Ninguém	8	89	1	11	
<b>Gestante de risco</b>	Pai da criança	1	50	1	50	1
	Não	12	70,6	5	29,4	
	Sim	4	66,7	2	33,3	
<b>Tipo de parto</b>	Cesárea	11	73,3	4	26,7	0,65
	Normal	5	62,5	3	37,5	
<b>Ficou ansiosa ou estressada</b>	Não	5	83,3	1	16,7	0,62
	Sim	11	64,7	6	35,3	
<b>Recebeu julgamentos por causa da idade materna</b>	Não	8	88,9	1	11,1	0,17
	Sim	8	57,1	6	42,9	
<b>Família apoiou</b>	Após o nascimento	0	0	1	100	0,30
	Sim	16	72,7	6	27,3	
<b>Pai da criança apoiou</b>	Apenas assumiu	1	100	0	0	1
	Sim	15	68,2	7	31,8	
<b>Usa bebidas alcoólicas</b>	Não	14	73,7	5	26,3	0,55
	Sim	2	50	2	50	
<b>Transtornos mentais</b>	Não	16	72,7	6	27,3	0,30
	Sim	0	0	1	100	
<b>Trabalha</b>	Não	8	57,1	6	42,9	0,17
	Sim	8	88,9	1	11,1	
<b>Depende dos seus responsáveis</b>	Não	8	66,7	4	33,3	1
	Sim	8	72,7	3	27,3	

\* Teste Exato de Fisher.

Na tabela 4, também não houve significância para nenhuma variável, ou seja, todas as variáveis atuam de forma independente com a probabilidade de desenvolver DPP para essa população.

**Tabela 4.** Características pessoais em relação aos fatores predisponentes à DPP.

<b>Variável</b>	<b>Níveis da variável</b>	<b>Não</b>	<b>(%)</b>	<b>Sim</b>	<b>(%)</b>	<b>*Valor-p</b>
<b>Idade do pai da criança</b>	19 anos	3	100	0	0	0,61
	20 anos	1	33,3	2	66,7	
	21 anos	4	80	1	20	
	22 anos	4	66,7	2	33,3	
	23 anos	1	50	1	50	
	24 anos	1	50	1	50	
	26 anos	2	100	0	0	
<b>Métodos contraceptivos</b>	Anticoncepcional	9	75	3	25	0,58
	Anticoncepcional/ preservativo	1	50	1	50	
	Preservativo	0	0	1	100	
	Nenhum	5	71,4	2	28,6	
	Pílula dia seguinte	1	100	0	0	
<b>Educação sexual em casa</b>	Não	7	70	3	30	1
	Sim	9	69,2	4	30,8	
<b>Educação sexual na escola</b>	Não	2	66,7	1	33,3	1
	Sim	14	70	6	30	
<b>Amigas próximas grávidas</b>	Não	2	50	2	50	0,14
	Não sei	0	0	1	100	
	Sim	14	78	4	22	
<b>Vítima de ato violento</b>	Nada a declarar	1	50	1	50	1
	Não	12	71	5	29	
	Sim	3	75	1	25	
<b>Realizou terapia</b>	Não	12	71	5	29	1
	Sim	4	67	3	33	

\* Teste Exato de Fisher.

Além dessas variáveis, observou-se que todas as participantes moravam em bairros periféricos, possuíam renda de 1 a 2 salários mínimos, eram não fumantes e não utilizavam drogas. Como essas variáveis foram comuns a todas as entrevistadas, ela não entrou na análise de independência com a probabilidade de desenvolver DPP.

Dessa forma, a variável escolaridade foi à única que possuiu relação com a probabilidade de desenvolver DPP, portanto, para explorar um pouco mais dessa relação, na tabela 5 apresentou-se o resultado da análise de variância que comparou as médias das notas obtidas EPDS entre os níveis de escolaridade. Essa análise revelou uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,02$ ) para essa média, permitindo inferir que a média de pelo menos um dos níveis de escolaridade difere dos demais.

**Tabela 5.** Análise de variância para a variável escolaridade quanto às notas obtidas no questionário EPDS.

Variável	Nível	Média	Valor-p
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental Incompleto	17,50 (a)	0,02*
	Ensino Fundamental Completo	8,40 (b)	
	Ensino Médio Completo	5,167 (b)	

\*Significativo a 5%. (a), (b) Classificação das médias segundo o teste Tukey a 5%.

Com a significância da análise de variância, o teste de Tukey foi utilizado para apontar quais médias eram maiores, menores ou iguais estatisticamente. Percebeu-se que a média das notas obtidas pelo “Ensino Fundamental incompleto” foi a maior e as médias das notas de “Ensino Fundamental completo” e “Ensino Médio completo” foram menores e, estatisticamente, iguais entre si.

## DISCUSSÃO

A pesquisa apresentou uma prevalência de 30,43% de sintomas depressivos nas puérperas investigadas. Assim, estudos de Szigethy e Ruiz (2001), que avaliou a "Depressão entre adolescentes grávidas: uma abordagem de tratamento integrada" apresentou uma relação de 44% para DPP. Já Falcone et al. (2005), em “Atuação multiprofissional e a saúde mental de Gestantes” é 37,5% em adolescentes. E por fim, Saraiva e Coutinho (2007), na “A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto” mostraram uma prevalência similar de 33%, em comparação, com a presente pesquisa.

A idade média encontrada foi de 18,6 anos, no estudo de Frizzo et al. (2019), “Maternidade Adolescente: A Matriz de Apoio e o Contexto de Depressão Pós-Parto” obteve a média de 17 anos. Conforme o estudo de Camacho et al., (2006) e Arrais et al., (2014), o maior risco de desenvolver a DPP acontece em primíparas considerando, que em adolescentes, é duas vezes mais grave. Dentre as participantes do estudo, constatou-se que 60% das que possuíam 17 anos, apresentaram a probabilidade de desenvolver DPP.

Considerando a variável escolaridade, sua relação mostrou-se positiva, para o desenvolvimento da DPP. Em análise de variância do questionário EPDS, foi possível afirmar que a média das notas do grupo de pessoas que possuíam o Ensino Fundamental incompleto foi maior que as médias dos demais grupos de escolaridade (Ensino Fundamental completo e Ensino Médio completo). Portanto, para a população estudada foi possível inferir que quanto menor o nível de escolaridade, maior o risco de desenvolver o transtorno pós-parto, com isso, tendo uma concordância maior entre este trabalho e o trabalho de Gomes et al. (2010), que identificou os fatores de risco para depressão pós-parto. Ainda, Lima et al. (2016), em

avaliação de fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto em 38 gestantes, mostrou resultado similar para a variável escolaridade. Ainda neste sentido, diferente, Arrais et al. (2018), das 76 mulheres avaliadas, não encontraram associação entre escolaridade e probabilidade de desenvolver DPP para a população por eles estudadas.

Em relação à investigação de Gomes et al. (2010), que identificou os fatores de risco para depressão pós-parto, mostrou que das 95 mulheres estudadas, na cidade de Fortaleza no ano de 2008 e com base apenas em estatísticas descritivas concluiu-se que em alguns dos principais fatores de risco para probabilidade de desenvolver DPP foram as variáveis: idade, sendo que 19% eram adolescentes; estado civil, o que pode gerar motivo de insegurança e instabilidade conjugal e escolaridade, a qual eleva, significativamente, o risco para desencadeamento da depressão pós-parto.

Ademais, de acordo com Dias e Teixeira (2010), Bordignon et al. (2011) e Leliset al. (2012), a empregabilidade destas adolescentes poderá ser afetada por conta do baixo nível de escolaridade, podendo dificultar a inserção no mercado de trabalho, conseqüentemente, dificultar a melhora das condições socioeconômicas.

O fator ansiedade e estresse gestacional, conforme estudo de Silva e Botti (2005), podem criar sentimentos de expectativa, preocupações em diversos âmbitos (pessoal, familiar e trabalhista), contudo, a variável nesta pesquisa atuou de forma independente no desenvolvimento das perturbações emocionais, do pós-parto.

## **CONCLUSÃO**

A pesquisa revelou uma relação positiva entre a escolaridade com a Depressão Pós-Parto (DPP). Assim, torna-se importante enfatizar a necessidade de estratégias governamentais a fim de diminuir a evasão escolar destas adolescentes, contribuindo assim para a diminuição da incidência de DPP.

Neste contexto, percebe-se que há muito a ser feito em relação ao reconhecimento dos sintomas iniciais e fatores influenciadores que desencadeiam a DPP, para uma melhor execução na assistência a ser ofertada, cabendo responsabilidade não apenas para a enfermagem, mas também aos profissionais da saúde visando buscar conhecimentos, métodos e programas para intervenção precoce no que desencadeia a depressão pós-parto.

## REFERÊNCIAS

- Abelha L. Depressão, uma questão de saúde pública. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2014; 22(3): 223-223.
- Agresti A. *Analysis of ordinal categorical data*. 2th. ed. Hoboken, N.J.: Wiley; 2010: 211.
- American Psychiatric Association – APA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5th. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Arrais A, Araujo T, Schiavo R. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2018; 38(4): 711-729.
- Arrais A, Mourão M, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*. 2014; 23(1): 251-264.
- Brêtas J, Moreno R, Eugenio D, Sala D, Vieira T, Bruno P. Os rituais de passagem segundo adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21(3): 404-411.
- Bordignon J, Lasta L, Ferreira E, Weiller T. Depressão Puerperal: Definição, Sintomas e a Importância do Enfermeiro no Diagnóstico Precoce. *Revista Contexto & Saúde*. 2011; 11(20): 875-880.
- Camacho R, Cantinelli F, Ribeiro C, Cantilino A, Gonsales B, Braguittoni É et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2006; 33(2): 92-102.
- Campos B, Rodrigues O. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Psico*. 2015; 46(4): 483.
- Cantilino A, Zambaldi C, Sougey E, Rennó Jr. J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2010; 37(6): 288-294.
- Coser O. *Depressão*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2003.
- Cox J, Holden J., Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987; 150(6): 782-786.

- Cruz E, Simões G, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005; 27(4): 181-188.
- Dias A, Teixeira M. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2010; 20(45): 123-131.
- Esteves F, Galvan A. Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*. 2006; (24): 127-135.
- Falcone V, Mäder C, Nascimento C, Santos J, Nóbrega F. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(4): 612-618.
- Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva M. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(suppl1): 79-84.
- Frizzo G, Martins L, Silva E, Piccinini C, Diehl A. Maternidade Adolescente: A Matriz de Apoio e o Contexto de Depressão Pós-Parto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2019; 35.
- Gale S, Harlow B. Transtornos do humor pós-parto: uma revisão de fatores clínicos e epidemiológicos. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2003; 24(4): 257-266.
- Gomes L, Torquato V, Feitoza A, Souza A, Silva M, Pontes R. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2010; 11(Número Especial): 117-123.
- Lelis C, Teixeira K, Silva N. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde em Debate*. 2012; 36(95): 523-532.
- Lima N, Ravelli A, Messias L, Skupien S. Depressão Pós-Parto Baseada Na Escala De Edimburgo. *Revista Conexão UEPG*. 2016; 12(2): 268-277.
- Mattar R, Silva E, Camano L, Abrahão A, Colás O, Andalaft Neto J et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007; 29(9).

Monteiro K, Godoi B, Toledo O, David F, Avelino M, Moraes E. Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto Imediato. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2018; 22(4): 379-388.

Nunes S. Problematizando a gravidez na adolescência. *Revista EPOS*. 2010; 1(2).

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Folha informativa: Depressão. Brasília, 2018.

Quiroga F, Vitalle M. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23(3): 863-878.

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2020.

Rennó Júnior J. Depressão e gravidez [Entrevista a Taise Bertoldi]. *Portal Unimed*. 2010.

Rios K, Williams L, Aiello A. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Adolescência & Saúde*. 2007; 4(1): 6-11.

Santos M, Martins F, Pasqual L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1999; 26(2): 90-95.

Saraiva E, Coutinho M. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF*. 2007; 12(2): 319-326.

Scalco L, Scalco M, Cavalcante B, Silva C. Psicose puerperal: relato de caso. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. 2013; 2(2): 84-89.

Schmidt E, Piccoloto N, Müller M. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*. 2005; 10(1): 61-68.

Silva E, Botti N. Depressão Puerperal – Uma Revisão De Literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2005; 7(2): 231-238.

Silva L, Tonete V. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006; 14(2): 199-206.

Sousa M, Gomes K. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(3): 645-654.

Szigethy E, Ruiz P. Depressão entre adolescentes grávidas: uma abordagem de tratamento integrada. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(1): 22-27.

Taborda J, Silva F, Ulbricht L, Neves E. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2014; 22(1): 16-24.

Torres G, Davim R, Nóbrega M. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 1999; 7(2): 47-53.

## ANEXO 1



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL DAS ADOLESCENTES EM RELAÇÃO À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

**Pesquisador:** José Dionísio de Paula Júnior

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 29547320.7.0000.8108

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO PRESIDENTE ANTONIO CARLOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.957.027

## Apresentação do Projeto:

Estudo transversal de caráter qualitativo analítico. Serão aplicados questionários às adolescentes puérperas atendidas pela Policlínica Regional de um determinado município do interior de Minas Gerais. O campo de pesquisa será a unidade Policlínica Regional de um determinado município do interior de Minas Gerais e/ou em domicílios que residem adolescentes puérperas participantes, que possuem cadastro e atendimento na unidade.

## Critério de Inclusão:

Adolescentes puérperas com faixa etária 12 anos a 18 anos; Residem em área atendida pela Policlínica Regional; Ser primigesta; Puérperas de até oitava semana após parto; Realizado pré-natal; Residente do município de pesquisa; Partos ocorridos no ano 2020; Ter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados pelos responsáveis legais e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelas menores;

## Critério de Exclusão:

Possuir diagnóstico de algum tipo de transtorno mental; Possuir doenças ou condições graves de saúde; Multiparas; Histórico de abortamento anterior; Natimorto; Histórico de abuso sexual, físico

**Endereço:** R. Dr. Ajaimé da Silva Botelho, 20  
**Bairro:** Seminário  
**UF:** MG **Município:** UBA  
**Telefone:** (32)3539-5600 **E-mail:** cep@ufagoc.br

Página 01 de 05



Continuação do Parecer: 3.957.027

ou emocional; Usar tabaco, drogas e álcool; Fazer uso de antidepressivo; Fazer tratamento psicológico ou psiquiátrico; Não responderem todas as perguntas da EPDS; Recusarem participar da pesquisa; Para a coleta de informações será elaborado questionário para obter informações sócio econômico demográfico cultural, antecedentes obstétricos e a utilização da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS) impressos em folha A4 e seu preenchimento será utilizado caneta esferográfica azul (Cox, Holden e Sagovsky, 1987; Santos, Martins e Pasquali, 1999). As características a serem analisadas no questionário são encontradas no (Apêndice 1), no qual serão avaliadas questões sociais, econômicas, demográficas, culturais e antecedentes obstétricos. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Anexo 1), é um instrumento eficaz e de simples aplicação, bastante utilizado em estudos sobre DPP. Será utilizada para avaliar e rastrear sintomas da DPP, após o nascimento da criança, a qual foi elaborada na Grã-Bretanha em 1987 e traduzido em 11 idiomas, validado em diversos países, inclusive no Brasil em 1999 (Cox, Holden e Sagovsky, 1987; Santos, Martins e Pasquali, 1999; Arrais, Mourão e Fragalle, 2014).

## Metodologia de Análise de Dados:

A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E DA ESCALA SERÁ REALIZADA INDIVIDUALMENTE, DE CARÁTER SIGILOSO, A FIM DE NÃO INFLUENCIAR NAS RESPOSTAS DAS PARTICIPANTES. TAMBÉM TERÃO A LIBERDADE DE NÃO ACEITAR MESMO TENDO O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE ASSINADOS PELOS RESPONSÁVEIS LEGAIS E BEM COMO O DIREITO DE SABER O RESULTADO DA PESQUISA. OS DADOS COLETADOS SERÃO ORGANIZADOS POR MEIO DO SOFTWARE STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES, 21.0 (SPSS). SERÁ CONDUZIDA ANÁLISES UNIVARIADAS, AS VARIÁVEIS CATEGÓRICAS SUBMETIDAS À ANÁLISE DE DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA (ABSOLUTA E PERCENTUAL) E AS VARIÁVEIS CONTÍNUAS SUBMETIDAS À ANÁLISE DE MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL (MÉDIA) E VARIABILIDADE (DESVIO-PADRÃO), VISANDO DESCRVER AS VARIÁVEIS E OS SUJEITOS DA PESQUISA. ASSIM, AS ANÁLISES DE ASSOCIAÇÃO BIVARIADA, COM O OBJETIVO DE VERIFICAR A ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS E OBTER RESULTADOS.

**Endereço:** R. Dr. Ajaimé da Silva Botelho, 20  
**Bairro:** Seminário  
**UF:** MG **Município:** UBA  
**Telefone:** (32)3539-5600 **E-mail:** cep@ufagoc.br

Página 02 de 05



Continuação do Parecer: 3.957.027

## Objetivo da Pesquisa:

Descrver o perfil das adolescentes puérperas atendidas pela Policlínica Regional de um determinado município do interior de Minas Gerais, relacionando os fatores que predispõem o surgimento da Depressão Pós-Parto baseada na aplicação de questionário sócio econômico demográfico cultural, antecedentes obstétricos e da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS).

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

## Riscos:

DURANTE A APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS, AS PARTICIPANTES PODERÃO APRESENTAR PODERÃO APRESENTAR ALGUM DESCONFORTO, CONSTRAIMENTO POR CONTER PERGUNTAS ÍNTIMA OU DÚVIDA NA HORA DE RESPONDER ÀS PERGUNTAS. NO ENTANTO, TODOS OS ESFORÇOS SERÃO FEITOS PARA MINIMIZAR ESSES FATOS POR MEIO DE EXPLICAÇÕES CLARAS SOBRE OS OBJETIVOS SEM INFLUENCIAR NA RESPOSTA. ESTE ESTUDO NÃO TEM A SITUAÇÃO QUE ENVOLVE DIRETAMENTE A INTEGRIDADE E SAÚDE DA PARTICIPANTE.

## Benefícios:

O presente estudo espera contribuir para a sociedade com a descrição do perfil das adolescentes puérperas atendidas pela Policlínica Regional do município. Associando os fatores para o seu desenvolvimento, como também a propor a desenvolver um programa para atendimento as adolescentes que são diagnosticadas com DPP para minimizar agravos.

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema de relevância e importância para a saúde da mulher e para a proposta de ações que possam contribuir com a saúde público do município em questão.

## Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios:

- Projeto detalhado
- Folha de rosto
- Informações básicas do projeto na Plataforma Brasil
- Declaração de compromisso do pesquisador
- Termo de consentimento
- Termo de Assentimento

**Endereço:** R. Dr. Ajaimé da Silva Botelho, 20  
**Bairro:** Seminário  
**UF:** MG **Município:** UBA  
**Telefone:** (32)3539-5600 **E-mail:** cep@ufagoc.br

Página 03 de 05



Continuação do Parecer: 3.957.027

- Declaração da Secretária Municipal de Saúde.

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas conforme solicitadas em Parecer Consubstanciado. CAAE - 2954.7320.0000.8108.

## Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1511106.pdf	01/04/2020 21:36:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	01/04/2020 21:36:45	THAIS PERON MEDICE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_TCLE.docx	30/03/2020 16:35:27	THAIS PERON MEDICE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_TALE.docx	30/03/2020 16:35:17	THAIS PERON MEDICE	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_THAIS.pdf	20/02/2020 10:05:17	THAIS PERON MEDICE	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_JOSE_DIOISIO.pdf	20/02/2020 10:05:00	THAIS PERON MEDICE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	17/02/2020 21:20:54	José Dionísio de Paula Júnior	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO.pdf	13/02/2020 14:24:35	José Dionísio de Paula Júnior	Aceito
Outros	SOLICITACAO_DE_PESQUISA.pdf	13/02/2020 14:23:40	José Dionísio de Paula Júnior	Aceito

## Situação do Parecer:

Aprovado

## Necessita Apreciação da CONEP:

Não

**Endereço:** R. Dr. Ajaimé da Silva Botelho, 20  
**Bairro:** Seminário  
**UF:** MG **Município:** UBA  
**Telefone:** (32)3539-5600 **E-mail:** cep@ufagoc.br

Página 04 de 05



Continuação do Parecer: 3.957.027

UBA, 06 de Abril de 2020

Assinado por:  
 Maria Augusta Coutinho de Andrade Oliveira  
 (Coordenador(a))

## ANEXO 2

### Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

**1 - Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:**

- Como eu sempre fiz;
- Não tanto quanto antes;
- Sem dúvida, menos que antes;
- De jeito nenhum;

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

- Como sempre senti;
- Talvez, menos que antes;
- Com certeza menos;
- De jeito nenhum;

**3 - Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:**

- Sim, na maioria das vezes;
- Sim, algumas vezes;
- Não muitas vezes;
- Não, nenhuma vez;

**4 - Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:**

- Não, de maneira alguma;
- Pouquíssimas vezes;
- Sim, algumas vezes;
- Sim, muitas vezes;

**5 - Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:**

- Como sempre senti;
- Talvez, menos que antes;
- Com certeza menos;
- De jeito nenhum;

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

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles;
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes;
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles;
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes;

**7 - Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:**

- Sim, na maioria das vezes;
- Sim, algumas vezes;
- Não muitas vezes;
- Não, nenhuma vez;

**8 - Eu tenho me sentido triste ou arrasada:**

- Sim, na maioria das vezes;
- Sim, muitas vezes;
- Não muitas vezes;
- Não, de jeito nenhum;

**9 - Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:**

- Sim, quase todo o tempo;
- Sim, muitas vezes;
- De vez em quando;
- Não, nenhuma vez;

**10 - A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:**

- Sim, muitas vezes, ultimamente;
- Algumas vezes nos últimos dias;
- Pouquíssimas vezes, ultimamente;
- Nenhuma vez;

**Questões 1, 2, e 4.**

Marcou a primeira resposta, não conte pontos;  
Marcou a segunda resposta, marque um ponto;  
Marcou a terceira resposta, marque dois pontos;  
Marcou a quarta resposta, marque três pontos;

**Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.**

Marcou a primeira resposta, marque três pontos;  
Marcou a segunda resposta, marque dois pontos;  
Marcou a terceira resposta, marque um ponto;  
Marcou a quarta resposta, não conte pontos;

Pontuação: \_\_\_\_\_

**Agradeço a sua colaboração!**

## APÊNDICE 1

### QUESTIONÁRIO

A seguir você preencherá um formulário com dados de interesse para a pesquisa;  
Caso sinta-se incomodado em responder a alguma pergunta do questionário, marque as alternativas de  
não declaração, mas não deixe de responder;

Apenas pedimos que você preencha o questionário com **sinceridade**.

#### IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

**Horário de início da entrevista:** \_\_\_\_\_ **Data Entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Telefone para contato:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Nº:** \_\_\_\_\_ **Complemento:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** (X) Feminino

**Data do parto:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nacionalidade:**

- ( ) Brasileira;  
( ) Estrangeira naturalizada;

**Estado Civil:**

- ( ) Solteira;  
( ) Casada;  
( ) Separada/Divorciada;  
( ) Viúva;  
( ) Vivo com companheiro

**Cor da pele:**

- ( ) Branca;  
( ) Preta;  
( ) Parda/morena/mulata;  
( ) Amarela/oriental;  
( ) Indígena;

**Idade que ficou grávida:**

- ( ) 12 anos;  
( ) 13 anos;  
( ) 14 anos;  
( ) 15 anos;  
( ) 16 anos;  
( ) 17 anos;  
( ) 18 anos;

**Em que localidade da cidade seu domicílio se encontra?**

- ( ) Bairro na periferia da cidade;  
( ) Bairro na região central da cidade;  
( ) Condomínio residencial fechado;  
( ) Conjunto habitacional;  
( ) Região rural (chácara, sítio, etc.)  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

**Renda familiar:**

- ( ) 1 a 2 salários mínimos;  
( ) 3 a 4 salários mínimos;  
( ) Acima de 5 salários mínimos;

**Com quem você mora? (múltipla escolha)**

- ( ) Pais;  
( ) Avós;  
( ) Cônjuge/Companheiro;  
( ) Filho;  
( ) Sozinha;  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade:**

- ( ) Ensino Fundamental Incompleto;  
( ) Ensino Fundamental Completo;  
( ) Ensino Médio Incompleto;  
( ) Ensino Médio Completo;  
( ) Ensino Superior Incompleto;  
( ) Ensino Superior Completo;

**Quantos filhos você tem?**

- ( ) Um;  
 ( ) Dois;  
 ( ) Três;  
 ( ) Quatro;

**Quantidade de partos:**

- ( ) Primípara (pariu 1 vez);  
 ( ) Secundípara (pariu 2 vezes);  
 ( ) Multípara (pariu +2 vezes);  
 ( ) Grande Multípara (pariu +5 vezes);

**Quando ficou grávida, você:**

- ( ) Queria engravidar naquele momento;  
 ( ) Queria esperar mais tempo;  
 ( ) Não queria engravidar;

**Como você se sentiu quando soube que estava grávida?**

- ( ) Satisfeita;  
 ( ) Mais ou menos satisfeita;  
 ( ) Insatisfeita

**Quem foi a(s) primeira(s) pessoa(s), a saber, de sua gravidez?**

- ( ) País;  
 ( ) Amigos;  
 ( ) Outro; Quem? \_\_\_\_\_

**Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?**

- ( ) Sim; Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Não;

**Você fez pré-natal na gravidez?**

- ( ) Sim;  
 ( ) Não;

**Histórico de abortos ou perdas foi espontâneo:**

- ( ) Sim;  
 ( ) Não;

**Contraiu algum tipo de Infecção Sexualmente Transmissível?**

- ( ) Sim; Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Não;

**Você foi considerada gestante de risco?**

- ( ) Sim;  
 ( ) Não;

**Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do pré-natal da gravidez:**

- ( ) Médico;  
 ( ) Enfermeiro;  
 ( ) Parteira;  
 ( ) Outro;  
 ( ) Não sabe informar;

**Quem acompanhou durante o pré-natal:**

- ( ) Mãe;  
 ( ) Pai;  
 ( ) Pai da criança;  
 ( ) Ninguém;  
 ( ) Outro; Quem? \_\_\_\_\_

**Qual foi o tipo de parto que você teve?**

- ( ) Parto normal;  
 ( ) Parto cesárea;  
 ( ) Parto a fórceps;

**Ficou ansiosa ou estressada durante a gestação?**

- ( ) Sim;  
 ( ) Não;

**A família apoiou sua gestação e continua apoiando após o nascimento da criança?**

- ( ) Sim;  
 ( ) Não;  
 ( ) Apenas apoiou a gestação;  
 ( ) Apenas a partir do nascimento da criança;

**O pai da criança apoiou durante a gestação e assumiu o filho?**

- ( ) Sim;  
 ( ) Não;  
 ( ) Apenas apoiou a gestação;  
 ( ) Apenas assumiu ser o pai da criança;

**Você faz uso de Tabaco (cigarro)?**

- ( ) Sim;  
 ( ) Não;

**Você faz uso de bebidas alcoólicas?**

- ( ) Sim;  
 ( ) Não;

**Você faz uso de drogas (maconha, e outras)?**

- Sim;  
 Não;

**Possui algum transtorno mental?**

- Sim; Qual? \_\_\_\_\_  
 Não;

**Trabalha?**

- Sim; Função? \_\_\_\_\_  
 Não;  
 Menos aprendiz; Função? \_\_\_\_\_

**Você depende de seus responsáveis para sobreviver?**

- Sim;  
 Não;

**Idade do pai da criança?**

- 12 anos;  
 13 anos;  
 14 anos;  
 15 anos;  
 16 anos;  
 17 anos;  
 18 anos;  
 Outra; \_\_\_\_\_ anos;

**Usava métodos anticoncepcionais antes da gravidez?**

- Preservativo (camisinha masculina)  
 Preservativo (camisinha feminina)  
 Pílula anticoncepcional  
 Pílula do dia seguinte  
 Tabela  
 DIU (dispositivo intrauterino)  
 Todos eles  
 Nenhum deles

**Já recebeu educação sexual dentro de casa antes da gravidez?**

- Sim; Quem orientou? \_\_\_\_\_  
 Não;

**Já recebeu educação sexual na escola antes da gravidez?**

- Sim;  
 Não

**Entre suas amigas próximas, há algum grávida?**

- Sim, uma;  
 Sim, algumas;  
 Sim, a maioria dos meus amigas;  
 Não sei;  
 Não;

**Você já foi vítima de algum tipo de ato violento?**

- Sim, uma vez;  
 Sim, mais de uma vez;  
 Não;  
 Prefiro não declarar;

**Você já fez algum tipo de tratamento com psicólogo, psiquiatra e/ou psicanalista?**

- Sim, apenas terapia;  
 Sim, apenas tomei medicação;  
 Sim, fiz terapia e tomei medicação;  
 Não;

**Agradeço a sua colaboração!**