



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Celise Regina Alves da Motta Meneses

**Fatores associados a transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em gestantes adolescentes**

Rio de Janeiro

2008

Celise Regina Alves da Motta Meneses

**Fatores associados a transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em gestantes adolescentes**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: epidemiologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia de Souza Lopes

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M543 Meneses, Celise Regina Alves da Motta.  
Fatores associados a transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em gestantes adolescentes / Celise Regina Alves da Motta Meneses. – 2008. 126f.

Orientadora: Claudia de Souza Lopes.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Gravidez na adolescência – Teses. 2. Adolescentes (Meninas) – Saúde mental – Teses. 3. Gravidez na adolescência – Aspectos sociais – Teses. 4. Gravidez na adolescência – Aspectos psicológicos – Teses. I. Lopes, Claudia de Souza. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.2-053.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Celise Regina Alves da Motta Meneses

**Fatores associados a transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em gestantes adolescentes**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 28 de maio de 2008.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia de Souza Lopes (orientadora)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Evelyn Eisenstein  
Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Olga Maria Bastos  
Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Joaquim Gonçalves Valente  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Bernarda Ludermir  
Associação Brasileira de Pós Graduação Em Saúde Coletiva –  
ABRASCO

Rio de Janeiro

2008

## DEDICATÓRIA

Aos meus filhos: Bernardo Augusto, Ricardo César e Gustavo Henrique, que são meu maior orgulho e minha imensa alegria, pelos muitos motivos que me dão de ser agradecida a Deus.

Ao meu marido, Romildo, pelo apoio irrestrito, paciência inimaginável e amor incondicional em 23 anos juntos.

À minha mãe, Neyda, pelo exemplo que sempre foi e que continua sendo para mim. E pelo enorme apoio sempre.

Ao meu pai, Nelson, pelo apoio, exemplo e pela vocação recebida.  
Sem meus pais, nada teria sido possível.

Ao meu avô querido, Irineu, que me ensinou que ter paciência é preciso, ainda que, às vezes, seja impossível.

A Deus, que sempre foi generoso comigo.

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, é preciso agradecer às adolescentes que, generosamente, concordaram em fazer parte da pesquisa.

À minha orientadora, Professora Claudia de Souza Lopes, pelo apoio sempre que precisei e pelas orientações precisas no caminho certo. Preciso ressaltar, ainda, que sua competência me fez sentir, de fato, muito bem orientada.

Aos meus filhos, Ricardo César – agora um agradecimento “técnico”, pelas traduções dos resumos feitas com carinho, ainda que estivesse ocupado com os muitos textos da faculdade; Bernardo Augusto, pelo socorro competente e preciso com os *softwares* de estatística médica, muitas vezes tendo que deixar o estudo da Propedêutica Médica de lado para me ajudar; e Gustavo Henrique, por me tirar dos momentos de aflição, inventando uma saída ou uma ida ao shopping, tão importantes quanto qualquer ajuda técnica quando a mente parece “emperrar”.

À Vera Cristina Magalhães, amiga querida, pela ajuda inestimável e amizade sincera todos esses anos.

Ao Professor Joaquim Valente, pela leitura criteriosa deste trabalho, pelo carinho e contribuições sempre brilhantes.

Aos amigos do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da UERJ, pelo apoio e incentivo ao longo desses anos de doutorado: Cláudia Braga, Evelyn Eisenstein, Cláudio Abuassi, Kátia Nogueira, Isabel Bouzas, Flávio Sztajnbok, Rejane Araújo de Souza, Eloísa Grossman, Regina Melo, Marília Vilhena, Selma Correa e Simone Pencak. É um orgulho, para mim, fazer parte dessa equipe.

A Ana Sílvia Gesteira, pela enorme ajuda na revisão deste trabalho, sempre com uma palavra carinhosa e pela disponibilidade sempre presente com competência inquestionável.

A todo o pessoal das maternidades Pro Matre e Carmela Dutra, que tão gentilmente me receberam, colocando seus ambulatórios à disposição para a coleta de dados – em especial, aos Drs Luiz Guilherme Pessoa da Silva, Ricardo José de Oliveira e Silva e Joelma Lira Jacob Barbosa.

A todos os funcionários do IMS, que sempre foram atenciosos, prestativos e competentes, o que faz a diferença em uma equipe de trabalho.

Uma pessoa inteligente resolve um problema, um sábio o previne.

*Albert Einstein*

## RESUMO

MENESES, Celise Regina Alves da Motta. *Fatores associados a transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em gestantes adolescentes*. 2008. 288 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o período da adolescência é aquele compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, a população de adolescentes é crescente e um em cada cinco indivíduos encontra-se nessa faixa etária. Anualmente, 60 em cada mil jovens se tornam mães, o que faz da gravidez na adolescência tema de interesse por parte de pesquisadores de todo o mundo. No município do Rio de Janeiro, observou-se o acompanhamento da tendência nacional de aumento de gravidez precoce, com maior variação positiva encontrada na faixa etária de 10 a 14 anos. O objetivo no Artigo I: Determinar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em uma população de adolescentes grávidas e avaliar sua associação com características da gravidez e fatores socioeconômicos, demográficos e de rede social de apoio. Artigo II: Determinar a prevalência de desejo de engravidar em uma população de gestantes adolescente, verificar possíveis associações com fatores socioeconômicos, demográficos e de rede social de apoio e avaliar o papel da idade como modificador de efeito dessas associações. Foram utilizados nos Artigos I e II o método de estudo seccional de base ambulatorial realizado com 232 adolescentes grávidas, em qualquer trimestre gestacional, regularmente atendidas nos serviços de pré-natal de dois hospitais públicos especializados do município do Rio de Janeiro, de maio a outubro de 2007. Foi utilizado questionário autopreenchível para a avaliação das características da gravidez, rede social de apoio, idade, renda, escolaridade, abandono escolar, situação conjugal, raça/cor e trabalho. As análises dos TMC foram conduzidas através do GHQ-12. Os resultados no Artigo I foram, a prevalência de TMC foi de 45,3%. O modelo final ajustado mostrou associação com TMC para as seguintes variáveis: renda familiar menor que três salários mínimos (RP = 2,32; IC 95% 1,15 - 4,67), não ter apoio familiar (RP = 2,18; IC 95% 1,69-2,81), não ter amigas para conversar (RP = 1,48; IC 95% 1,13-1,92) e não ter religião (RP = 1,72; IC 95% 1,25 - 2,36). No Artigo II, foram a prevalência de desejo de engravidar entre as gestantes adolescentes foi de 46,2%. No modelo final ajustado, as variáveis que apresentaram razões de prevalência (RP) estatisticamente significantes para associação com desejo de engravidar foram: ser casada ou viver em união estável (RP = 1,80; IC 95% 1,27-2,56), não ter amigas ou amigos com quem conversar (RP = 1,48; IC 95% 1,15-1,90). Adolescentes entre 12 e 16 anos e cursando o primeiro grau desejavam menos a gravidez (RP = 0,57; IC 95% 0,38- 0,88). Artigo I: Os resultados encontrados mostram que, frente à forte associação entre TMC e gravidez em adolescentes, temos a necessidade de implementação de políticas públicas que busquem minimizar os danos decorrentes das gestações em adolescentes, através da promoção de programas que incentivem a participação familiar no processo de aceitação da gravidez, bem como propiciando espaços para discussão, onde essas jovens possam ser ouvidas e orientadas. Artigo II: Os resultados deste estudo comprovam que a gravidez na adolescência não é necessariamente indesejada. Assim, fatores como viver em união estável e não ter amigas(os) para conversar aumentam o desejo de engravidar. Por outro lado, ter entre 12 e 16 anos e ainda



estar no primeiro grau diminui este desejo. Tais achados podem ajudar os profissionais de saúde que lidam com essa faixa etária a identificar possíveis situações de risco para a gravidez e assim direcionar sua orientação de forma precisa e adequada.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência. Transtornos mentais comuns.

## ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO) adolescence is the period between 10 and 19 years of age. Each year sixty in thousand girls become pregnant. Researches show that the city of Rio de Janeiro follows the country tendency of increasing the number of adolescent pregnancies; a worrying scenario in which the age of 10 to 14 years old presents the highest variation 7.1% per year. Paper I: To determine the prevalence of common mental disorders (CMD) and associations with socioeconomic and demographic factors and social support network in a population of pregnant adolescents. Paper II: Assess the prevalence of pregnancy willingness and possible associations with socioeconomic and demographic factors and social support network in a population of pregnant adolescents and verify if age should be an effect modifier in these associations. Papers I & II: Cross-sectional studies with 232 pregnant adolescents regularly attending two public maternity hospitals in Rio de Janeiro from May to October, 2007. Self-reported questionnaires were used to assess socioeconomic and demographic data as well as information about social support network. GHQ-12 was used to assess common mental disorders. Paper I: The prevalence of CMD was 45.3%. Final adjusted model showed that CMD was associated with low income (PR= 2.32; CI 95% 1.15-4.67), lack of familiar support (PR = 2.18; CI 95%1.69 -2.81), do not have friends (PR=1.48; CI 95% 1.13 -1.92) and having no religion (PR = 1.72; CI 95% 1.25-2.36). Paper II: The prevalence of pregnancy willingness was 46.2%. Final adjusted model showed that being married (PR = 1.80; CI 95% 1.27-2.56) and do not have friends (PR = 1.48; CI 95% 1.15 - 1.90) was associated with desire of being pregnant. Girls studying in the elementary grade and with 12 to 16 years of age showed less desire of being pregnant (PR = 0.57; IC 95% 0.38 – 0.88). Paper I: Results show due to the strong association found between CMD and adolescent pregnancy this condition could be very harmful to the mental health of these young mothers; government policies should manage this important issue; families and friends should have important rolls to help in these cases. Paper II: Pregnancy may not always be unwanted. Some factors, as being married and do not have friends may have influence in these cases. Professionals dealing with adolescents should be aware of these issues to identify risk situations that could be successfully managed.

Keywords: Pregnancy. Adolescence. Common mental disorders.

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO I

Tabela 1	Características socioeconômicas e demográficas e de rede social de apoio de uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n =232) .....	50
Tabela 2	Características da gravidez atual e gestações anteriores de uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n=232) .....	51
Tabela 3	Prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) segundo características socioeconômicas, demográficas e de rede social de apoio em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n-232) .....	52
Tabela 4	Prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) segundo características da gravidez atual e gestações anteriores em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n-232) .....	53
Tabela 5	Razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) da associação entre ter religião, não ter amigas ou amigos para conversar, não ter apoio da família e renda familiar e a presença de transtornos mentais comuns (TMC) em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n=232) .....	54

### ARTIGO II

Tabela 1	Prevalência de desejo de engravidar entre adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro, segundo fatores socioeconômicos, demográficos, presença de transtornos mentais comuns (TMC) e rede social de apoio (n=232) .....	70
Tabela 2	Prevalência de desejo de engravidar entre adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro, segundo características da gravidez (n=232) .....	71
Tabela 3	Razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) da associação entre escolaridade, situação conjugal e ter amigas ou amigos para conversar com desejo de engravidar em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n=232) .....	72
Tabela 4	Prevalência de desejo de engravidar, razões de prevalência	

brutas e ajustadas da associação entre escolaridade e desejo de engravidar, por idade, de uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n = 232) 73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEMFAM	– Bem-estar Familiar no Brasil
CI	– <i>Confidence Interval</i>
CMD	– <i>Common Mental Disorders</i>
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHS	– Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais
GHQ	– <i>General Health Questionnaire</i>
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	– Intervalo de Confiança
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
OR	– <i>Odds Ratio</i>
PR	– <i>Prevalence Ratio</i>
PROSAD	– Programa de Saúde do Adolescente
PSE	– <i>Present State Examination</i>
RP	– Razão de Prevalência
SINASC	– Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SRQ	– <i>Self Reported Questionnaire</i>
SUS	– Sistema Único de Saúde
TMC	– Transtornos Mentais Comuns
UERJ	– Universidade do Estado do Rio de Janeiro
WHO	– <i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	<b>Gravidez na adolescência</b> .....	17
1.2	<b>Transtornos mentais comuns</b> .....	23
1.2.1	<u>Os transtornos mentais comuns e a gravidez na adolescência</u> .....	25
1.2.2	<u>Avaliação dos transtornos mentais comuns</u> .....	27
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	29
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	30
3.1	<b>Objetivo geral</b> .....	30
3.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	30
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	31
4.1	<b>Delineamento do estudo</b> .....	31
4.1.1	<u>Critérios de inclusão</u> .....	31
4.1.2	<u>Critérios de exclusão</u> .....	32
4.2	<b>Trabalho de campo</b> .....	32
4.3	<b>Instrumentos</b> .....	33
4.3.1	<u>Avaliação das características sociodemográficas, econômicas, rede social de apoio e dados médicos</u> .....	33
4.3.2	<u>Avaliação dos transtornos mentais comuns</u> .....	34
4.4	<b>Estudo de confiabilidade do instrumento (GHQ 12)</b> .....	34
4.5	<b>Procedimentos e aspectos éticos</b> .....	35
4.6	<b>Análise estatística</b> .....	36
5	<b>ARTIGO I - TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE ADOLESCENTES GRÁVIDAS</b> .....	37

5.1	<b>Resumo</b> .....	37
5.2	<b>Abstract</b> .....	38
5.3	<b>Introdução</b> .....	39
5.4	<b>Metodologia</b> .....	42
5.4.1	<u>Desenho e população de estudo</u> .....	42
5.4.2	<u>Instrumentos</u> .....	43
5.4.3	<u>Análise de dados</u> .....	44
5.5	<b>Resultados</b> .....	45
5.6	<b>Discussão</b> .....	46
5.7	<b>Referências</b> .....	55
6	<b>ARTIGO II - GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: SEMPRE INDESEJADA?</b> .....	59
6.1	<b>Resumo</b> .....	59
6.2	<b>Abstract</b> .....	60
6.3	<b>Introdução</b> .....	61
6.4	<b>Metodologia</b> .....	64
6.4.1	<u>Desenho e população do estudo</u> .....	64
6.4.2	<u>Instrumento</u> .....	64
6.4.3	<u>Análise dos dados</u> .....	65
6.5	<b>Resultados</b> .....	66
6.6	<b>Discussão</b> .....	67
6.7	<b>Referências</b> .....	73
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	76
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
	<b>ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	86
	<b>ANEXO B – Instrumento para a obtenção de dados socioeconômicos,</b>	

demográficos e médicos .....	88
<b>ANEXO C – GHQ 12</b> .....	<b>92</b>



## APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi baseado na “Proposta para apresentação de Tese de Doutorado na área de Epidemiologia”, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, estabelecida a partir de 1998, que recomenda que a tese de doutorado inclua dois manuscritos que serão posteriormente enviados para publicação, ambos no formato e língua da revista pretendida. Sendo assim, o corpo desta inclui, pelo menos: uma introdução com revisão da literatura, justificativa, objetivos, metodologia geral, dois artigos e conclusões. Os resultados estão contidos nos artigos.

O período da adolescência é um momento muito especial da vida dos indivíduos, nele acontecem mudanças que, muitas vezes, são portadoras de angústias, incertezas e sofrimento. Por outro lado, é uma fase de descobertas, de experimentações, de busca de sua própria identidade perante seus pares e também perante si mesmo. O adolescente precisa se sentir parte de um todo, precisa ser mais um e, ao mesmo tempo, necessita se afirmar como indivíduo; é um período de dualidades. Há a necessidade de romper com os padrões estabelecidos pelos pais, de questionar posições e dogmas até então aceitos.

A gravidez, quando ocorre na adolescência, coloca a menina diante de mais um desafio; ela agora deve viver sua adolescência com todos aqueles questionamentos, incertezas, dores e prazeres, mas ainda cuidar de uma nova vida em formação. Multiplicam-se as dúvidas, as incertezas e, muitas vezes, até as alegrias, mas não sem um período duro de enfrentamento da realidade por que passam as jovens mães durante suas gestações.

Como estará a saúde mental dessas meninas-mães? Que outros fatores pessoais e/ou de seu ambiente social influenciam no desejo de engravidar e têm impacto em sua saúde mental? Assim, através deste estudo, pretendemos entender um pouco melhor essa realidade tão comentada da gravidez na adolescência.

Para nós, profissionais de saúde, trata-se de uma boa oportunidade de pensarmos ações preventivas sob uma nova ótica – a da saúde mental.

Considerando o relatado anteriormente, o objetivo principal deste trabalho é apresentar e estudar os fatores que possam estar relacionados à presença de

transtornos mentais comuns e com o desejo de engravidar em adolescentes grávidas atendidas em ambulatórios especializados no Estado do Rio de Janeiro.

Os resultados do estudo são apresentados sob a forma de dois artigos: 1) Transtornos Mentais Comuns entre adolescentes grávidas; e 2) Gravidez na adolescência – sempre indesejada?

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Gravidez na adolescência

A partir do ano de 1985, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Juventude, a adolescência despertou grande interesse no mundo quando iniciativas foram desencadeadas, visando ao levantamento das necessidades sociais dos jovens. Esse processo de institucionalização se refletiu em mudanças que vinham ocorrendo nas expectativas sociais diante dessa etapa da vida, no sentido de reservá-la prioritariamente aos estudos, com vistas a capacitar os adolescentes para o ingresso em melhores condições no mercado de trabalho (SABÓIA, 1998).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o período da adolescência como aquele compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, período que se considera como caracterizado por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais (WHO, 1986). Por outro lado, incorre-se freqüentemente em uma naturalização do processo de transição da infância à vida adulta e, ao mesmo tempo, reitera-se o caráter “imaturo” e “irresponsável” dos jovens (STERN; GARCIA, 1999), elegendo-se como temas prioritários o uso abusivo de drogas, os acidentes de trânsito, as violências, as doenças sexualmente transmissíveis e as gestações não-planejadas (BRASIL/MS, 1999). Contudo, a gravidez na adolescência não é um fenômeno recente; historicamente, as mulheres vêm tendo filhos nessa etapa e, mesmo em um contexto de intensa redução da fecundidade, não se constatou no Brasil um deslocamento correspondente da reprodução para faixas etárias mais elevadas, tal como ocorreu em países industrializados.

A adolescência é um período importante para a formação de valores e padrões de conduta; distinguindo-se por busca de independência, principalmente em relação aos pais, e atitudes rebeldes. O adolescente vai tomando consciência das dificuldades que terá de enfrentar para se desenvolver no futuro, mas ainda está sujeito ao amparo dos pais, em especial quanto ao aspecto econômico (HENRIQUES, 1993). Constitui uma etapa em que os jovens visam a alcançar independência socioeconômica, afastando-se progressivamente dos pais, na

tentativa de criar um modelo pessoal de comportamento. Ao mesmo tempo, passam por adaptação às mudanças fisiológicas e anatômicas, pelo estabelecimento de novas relações no seu meio social e pelo desenvolvimento de potenciais para atividades ocupacionais e de diversão (HENRIQUES, 1993; ALI *et al.*, 1997).

No Brasil, dados do Censo de 1991 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam para uma tendência à diminuição do número de filhos por mulher em idade reprodutiva, que era de 5, 8 em 1970, passou para 4, 8 em 1980, para 2, 9 em 1991 e 2, 3 em 2000 (IBGE, 2001). Estudo realizado por GAMA *et al.* (2001) indica que o município do Rio de Janeiro acompanhou, entre 1980 e 1995, a tendência ao aumento de gravidez precoce observada no país. Dado preocupante é que a faixa etária entre 10 e 14 anos, embora com menores taxas de fecundidade, foi a que apresentou a maior variação positiva (7, 1% ao ano).

A maioria das mulheres brasileiras vem tendo, em média, dois filhos, e parte significativa delas tem encerrado precocemente suas carreiras reprodutivas por meio de uma laqueadura tubária (BEMFAM/DHS, 1997). Nesse contexto demográfico, a gravidez na adolescência passa a ter grande visibilidade social, principalmente ao se exibirem os dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), onde se observa aumento relativo dos nascimentos de mães com menos de 20 anos.

Com o movimento de liberação sexual, intensificado a partir da década de 60, o início das relações sexuais se tornou cada vez mais precoce e, concomitantemente, pode-se observar aumento da frequência de gestações de adolescentes, fenômeno que vem sendo observado em diversos países. A taxa de fecundidade no Brasil em mulheres na faixa etária entre 15 e 19 anos, no período entre 1986 e 1991, chegou a ser 40% maior entre aquelas que apresentavam renda familiar até um salário mínimo, quando comparadas àquelas com renda familiar de dez salários mínimos (CAMARANO, 1998). A tecnologia no campo da contracepção e a assistência no âmbito da saúde reprodutiva e sexual têm avançado bastante ultimamente, todavia muitas adolescentes ainda engravidam sem terem planejado a gestação (MANDU, 2002).

As mudanças que vêm ocorrendo entre as adolescentes da América Latina, em especial aquelas referidas à sexualidade, levam a um alarmante aumento no índice de gravidez entre as jovens (LOPEZ, G. *et al.*, 1992). A prática sexual dos adolescentes tem aspectos peculiares decorrentes das próprias características

emocionais dos jovens. As relações sexuais, quando acontecem, são eventos espontâneos, não premeditados pela maioria dos adolescentes e as jovens acreditam que estão protegidas de uma eventual gravidez (FALCÃO, 1995). Ainda que se registrem gestações no grupo de 10 a 14 anos, a maior quantidade de informação disponível sobre o assunto se refere à etapa mais tardia. Este fato é de interesse porque a existência de riscos durante a gravidez se apresenta neste último grupo com maior facilidade, intensificando-se os transtornos emocionais e a negação da gravidez (MADDALENO, 1995; SILBER, 1995).

A abordagem do tema da gravidez na adolescência tem enfatizado o caráter de problema social do fenômeno, partindo do pressuposto de que nas adolescentes existiria *“incapacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar”* (CAMARANO, 1998). A gestação é encarada necessariamente como indesejável, com conseqüências biológicas, psicológicas e sociais negativas (BRANDÃO, 2003). A gravidez na adolescência é, pois, fenômeno psicossocial complexo. Na maioria das vezes pode ter efeito importante para as mães, por perderem a autonomia que achavam ter conseguido ao precisarem solicitar eventual ajuda aos pais ou a outros familiares. Embora exista hoje uma aceitação maior por parte das famílias, a jovem grávida ainda tem que enfrentar sérias rejeições por parte da sociedade, particularmente por parte de parentes e amigos (PAL *et al.* 1997). Estudos também têm sugerido que a ausência de diálogo com a família e a falta de informação aos adolescentes continuam a ser fatores condicionantes para a ocorrência da gestação (HENRIQUES, 1993).

Por outro lado, Cavasin (1994) ressalta que existem características pouco conhecidas em relação ao universo das mulheres menores de 20 anos de idade que contradizem o senso comum no que concerne aos desejos e comportamentos da adolescência. Uma delas diz respeito a nem sempre ser indesejada uma gestação nesta idade. Muitos sociólogos concordam que as mães adolescentes ficam orgulhosas de seu estado, por materializarem um dos sonhos mais importantes para a mulher: ser mãe (HENRIQUES, 1993). Tais observações estão motivando revisões sobre o conceito de gravidez indesejada, em particular no tocante a adolescentes mais velhas, que podem ter vida afetiva mais estável com um companheiro. Sendo assim, o conceito poderia estar associado ao período que compreende a adolescência, desde que se estabelecesse o significado da maternidade para as

meninas que começam a vivenciar a adolescência e para as que estão nos anos finais deste período (CAVASIN, 1994).

Muitas vezes a gravidez ocorre em vigência do uso de métodos anticoncepcionais. Entre os anos de 1986 e 1996, Pinto e Silva (1998) analisou 4.827 adolescentes grávidas: 11% delas referiram ser a gestação completamente não planejada, pois estavam usando regularmente método anticoncepcional. Por outro lado, 73% afirmaram não estar em uso de quaisquer métodos para evitar a gravidez e, destas, 11% desejavam ficar grávidas.

De acordo com Neinstein *et al.* (1991), o desejo de ter um bebê pode estar ligado a determinados fatores, como: provar a fertilidade, solidificar o relacionamento com o parceiro, ter alguém para amar e cuidar, mudar o *status* na família para adquirir independência, demonstrar uma atitude rebelde contra a família ou libertar-se de um ambiente familiar abusivo. Segundo Correa e Coates (1991), embora o desejo consciente ou inconsciente de engravidar seja um dos fatores que levam à gravidez na adolescência, ele pode ser influenciado por fatores externos e internos, e um deles é o tipo de relacionamento familiar entre pais e filhos, que propicia determinados comportamentos, conforme relataram Guijarro *et al.* (1999). Algumas pesquisas apontam que a maioria das adolescentes que engravidam são filhas de mães que também engravidaram precocemente, um fenômeno psicológico de repetição da história materna, podendo ser a gravidez uma tentativa de reconciliação entre mãe e filha (SCHILLER, 1994; ABDALLAH *et al.*, 1998).

Estudos recentes têm criticado o enfoque de risco que permeia a literatura sobre sexualidade e reprodução na adolescência, procurando, por outro lado, evidenciar a complexidade do fenômeno e os desafios colocados para sua adequada investigação (BRANDÃO, 2003; LE VAN, 1998; STERN; MEDINA, 2000).

O declínio das taxas de fecundidade desde a década de 70 parece caminhar contrariamente à crescente incidência de gestação na adolescência (CAMARANO, 1998), evento que é considerado em vários países como um sério problema de saúde pública, em virtude do impacto que pode trazer à saúde materno-fetal e ao bem-estar social e econômico de um país (KONIAK-GRIFFIN *et al.*, 2000; ORVOS *et al.*, 1999).

Por outro lado, Steinberg (1996) salienta que, embora o número de adolescentes grávidas tenha aumentado, a taxa de gravidez na adolescência permaneceu praticamente a mesma. Atualmente, apenas uma minoria das jovens está casada ou em união estável quando engravidada, ao contrário de antigamente, quando a gravidez nesta faixa etária costumava acontecer mais no contexto do casamento.

Segundo Cunningham *et al.* (1993), as adolescentes, principalmente aquelas menores de 18 anos, e seus bebês, estariam mais expostos a conseqüências negativas quando comparados às mães adultas e seus filhos. Outros trabalhos, entretanto, indicam que as adolescentes, no momento da gestação, atingem maturidade biológica e endócrina, bem como desempenho obstétrico, como as mulheres adultas (MATHIAS *et al.*, 1995). Demonstram ainda que a assistência pré-natal adequada exerce impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, chegando eventualmente a anular possíveis desvantagens típicas da idade.

Em estudo que avaliou o perfil sociodemográfico e psicossocial das adolescentes puérperas no Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001, Sabroza *et al.* (2004) observaram que as condições sociais das puérperas que pertenciam ao grupo etário mais precoce (12 a 16 anos) e que não possuíam união consensual tendiam a ser bem piores. No mesmo estudo, das adolescentes que haviam abandonado a escola, 26,9% delas o haviam feito por causa de gestações anteriores.

No Brasil, as trajetórias dos jovens de diferentes classes sociais têm características bastante distintas: enquanto que nos estratos sociais mais elevados ocorre uma permanência na casa dos pais por um período mais prolongado, o que favorece uma maior escolarização, nas classes mais pobres a juventude tende a ser mais breve, com a interrupção precoce dos estudos e inclusão no mercado de trabalho. As adolescentes das classes populares que engravidam já têm uma carreira escolar bastante irregular, e isso não é resultado de uma relação direta com a ocorrência da maternidade. Assim, a probabilidade de essas jovens saírem do estado de pobreza, com ou sem filhos, é uma perspectiva bastante remota, pois a repetição desse ciclo perverso de manutenção da baixa renda familiar costuma se perpetuar através das gerações, e desconsiderar, dessa forma, as possíveis potencialidades que essas jovens poderiam desenvolver (HEILBORN *et al.*, 2002).

Mesmo em países ricos, engravidar na adolescência reduz as chances de sucesso profissional, sendo a gravidez nessa faixa etária um fator facilitador para a permanência em situação de pobreza, freqüentemente levando à interrupção dos estudos da adolescente e reduzindo futuras oportunidades no mercado de trabalho (POPULATION..., 1992). A prevalência de gravidez não-planejada entre adolescentes sul-africanas tem-se mostrado bastante elevada – mais de 33% de todas as parturientes têm menos de 18 anos, fato que também guarda estreita relação com a classe social de onde vem a adolescente: quanto mais baixo o estrato social, maior é a prevalência (WESTERN CAPE..., 2001).

Em estudo desenvolvido na Argentina, Geldstein & Pantelides (1997) identificaram a relação existente entre o comportamento sexual de jovens adolescentes oriundas de diferentes classes sociais. Observaram que aquelas que eram oriundas dos estratos sociais mais baixos tendiam a ter comportamento sexual de risco, com prevalência maior de gestações não planejadas, como também de doenças sexualmente transmissíveis, ao contrário daquelas oriundas dos estratos sociais mais elevados, onde o maior e melhor acesso à educação propicia comportamentos que levam a uma maior proteção, tanto com relação à gravidez quanto às doenças de transmissão sexual.

Ainda no que se refere às implicações sobre as trajetórias escolares e profissionais das jovens, outros autores argumentam que grande proporção de gestações na adolescência acontece depois que elas já deixaram a escola, não podendo, portanto, ser consideradas como determinantes da pobreza, mas possivelmente por ela condicionadas (HOFFMANN, 1998; STERN; MEDINA, 2000). A precocidade do início das atividades sexuais aliada à desinformação sobre o uso adequado de métodos anticoncepcionais e à deficiência de programas de assistência ao adolescente são alguns dos fatores referidos como responsáveis pelo aumento da gravidez, abortamentos e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência. Também a idade da menarca, que vem se antecipando ao longo dos últimos anos, seria um fator de contribuição importante para a precocidade das gestações (TREFFERS *et al.*, 2001). Como salientado por Bee (1996), a irregularidade menstrual inicial, tanto da ovulação quanto das datas da menstruação, têm conseqüências práticas para as adolescentes sexualmente ativas. Essa irregularidade contribui para a difusão entre as meninas, sobretudo as mais jovens, da falsa idéia de que não podem engravidar porque ainda são jovens demais. Em



geral, adolescentes provenientes de famílias disfuncionais pobres, de pouca instrução, e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho, correm um risco maior de engravidar. Famílias com história de violência, abuso de drogas e doença crônica de um dos pais podem predispor as adolescentes a uma relação sexual prematura.

Além desses fatores, a gravidez na adolescência pode resultar da diminuição da capacidade de julgamento por uso de drogas, álcool ou outras substâncias entorpecentes. Diversos autores constataram altas porcentagens de repetição das gestações entre adolescentes (PINTO E SILVA, 1998; OMS, 1988; COARD *et al.*, 1998). As meninas que apresentam baixa auto-estima, baixo rendimento escolar e falta de aspirações profissionais também constituem grupo de risco (NEINSTEIN *et al.*, 1991).

## 1.2 Transtornos mentais comuns

Nas últimas décadas tem aumentado o número de estudos que avaliam transtornos mentais na população em geral. Dentre eles, os mais importantes foram conduzidos nos países ocidentais e demonstraram que 90% da morbidade psiquiátrica nessas populações compõem-se de distúrbios não-psicóticos, principalmente depressão e ansiedade, incluindo uma série de queixas inespecíficas e somáticas (BEBBINGTON *et al.*, 1981; COUTINHO, 1976; FINLAY-JONES *et al.*, 1977).

Existe consenso de que os transtornos mentais não-psicóticos representam importante fator de incapacitação e sofrimento e que, nos serviços primários de saúde, representam parcela significativa nos gastos (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Villano (1998) observou a presença desses distúrbios em cerca de um terço dos pacientes de um ambulatório geral universitário no Rio de Janeiro.

Coutinho (1995) avaliou as principais pesquisas realizadas em população geral nos últimos 30 anos, demonstrando que, em 13 estudos, as prevalências de distúrbios psiquiátricos menores variaram entre 7% e 26%, com uma média de 17%, sendo 12,5% no sexo masculino e 20% no sexo feminino.

Pinheiro *et al.* (2007) realizaram estudo transversal de base populacional, com o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais

comuns entre 960 adolescentes de uma cidade do Rio Grande do Sul (Pelotas). A prevalência de transtornos mentais comuns foi de 28, 8%, e fatores como a escolaridade materna, tabagismo e insatisfação com a própria imagem associaram-se de forma significativa à maior prevalência de TMC.

Facundes & Ludermir (2005) analisaram a prevalência de transtornos mentais comuns numa população de estudantes de graduação das áreas de Educação Física, Odontologia, Medicina, Enfermagem e Nutrição, em Pernambuco, e observaram uma prevalência geral de TMC de 34, 1%.

A maioria dos trabalhos desenvolvidos nessa área tem referido dificuldades que, em sua maioria, são geradas a partir de questões metodológicas e conceituais no que diz respeito à distinção entre quadros depressivos e de ansiedade, principalmente na população geral. Isto ocorre em função do modelo diagnóstico usado nesses estudos, que se baseia em categorias nosológicas, apresentando critérios nos quais os transtornos mentais não-psicóticos não se enquadram.

Do ponto de vista teórico, os transtornos mentais comuns como depressões e ansiedades costumam gerar grandes controvérsias (BOTEGA *et al.*, 1995). A natureza e classificação desses transtornos têm suscitado discussões sobre se seriam eles doenças ou tipos de reações; entidades independentes ou conceitos arbitrários; se sua classificação deveria ser feita quanto à sintomatologia, etiologia ou patogenia (KESSLER, 1995).

As medidas usadas para o diagnóstico de depressão e ansiedade possuem alta correlação e fraca validade de discriminação. Parecem existir características em comum entre as formas leves de depressão e ansiedade, o que não permite sua diferenciação. Tais questões vêm sendo estudadas em amostras clínicas e não-clínicas, sugerindo que ansiedade e depressão sejam componentes de um processo de estresse psicológico geral (ANDRADE, 1998).

Cerca de um terço dos pacientes acometidos por transtornos mentais comuns não é reconhecido e tratado como tal por seus médicos; cerca de metade dos pacientes diagnosticados como ansiosos também preenche os critérios para depressão (COUTINHO, 1995). A dificuldade de distinção entre quadros depressivos e quadros de ansiedade, aliada ao fato de os distúrbios não-psicóticos compartilharem vários sintomas, torna problemático o uso do modelo diagnóstico baseado em categorias nosológicas (COUTINHO, 1995; KENDALL, 1975; LEWIS, 1991). Neste sentido, vários estudos têm utilizado uma categoria diagnóstica mais ampla, referida como

transtornos mentais comuns (TMC). Tal categoria engloba os transtornos mentais não-psicóticos, com exceção do abuso / dependência de drogas e dos distúrbios de conduta (CHENG, 1988; MARI, 1987; COUTINHO, 1976).

### 1.2.1 Os transtornos mentais comuns e a gravidez na adolescência

A gravidez é a primeira causa de internação (66%) em moças com idade entre 10 e 19 anos na rede SUS. Aproximadamente um quarto do total de partos realizados é de adolescentes nessa mesma faixa etária; a segunda causa de internação na mesma população corresponde ao grupo de causas externas, entre as quais, a tentativa de suicídio (DATASUS, 1999). Alguns autores sugerem que a gravidez na adolescência se associa a um risco suicida elevado, tanto durante a gestação, quanto no pós-parto, paralelamente a uma maior incidência de depressão (VASQUEZ *et al.*, 1997).

Freitas & Botega (2002) realizaram estudo com 120 adolescentes grávidas, sendo 40 delas em cada um dos trimestres gestacionais, em um serviço público de pré-natal, para determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas, verificando possíveis associações com variáveis psicossociais. Observaram prevalências médias de 23, 3% para ansiedade, 20, 8% para depressão e 16, 7% para ideação suicida, que apresentou associação estatisticamente significativa com depressão e com o fato de a adolescente não ter companheiro. As prevalências de depressão, ansiedade e ideação suicida encontradas apresentaram-se aproximadamente iguais nos diferentes trimestres gestacionais. Nesse estudo, os autores observaram que quase a metade das adolescentes (45, 83%) queria engravidar, como também observaram Coates & Correa (1993) em estudo realizado em São Paulo, com 384 jovens grávidas.

Maskey (1991) avaliou adolescentes grávidas no Reino Unido, através da aplicação do GHQ em sua versão de 28 itens. Observou que 25% das gestantes apresentavam-se positivas para transtornos mentais comuns e que tal fato guardava estreita associação com a incerteza sobre como seria o desenrolar da gravidez e do parto. Schmidt *et al.* (2006) propuseram-se a investigar os sintomas depressivos apresentados por mães adolescentes. Realizaram estudo prospectivo com 623 jovens mães, de 18 anos ou menos, nos quatro anos iniciais do pós-parto. Observaram uma prevalência de 57% de sintomas depressivos moderados a

severos na amostra analisada, sendo que o maior percentual foi encontrado no primeiro ano após o parto, mais especificamente nos três primeiros meses.

Milan *et al.* (2004) examinaram os fatores associados a transtornos emocionais em adolescentes gestantes em uma comunidade pobre nos EUA. Os autores observaram que determinados fatores como apoio da família ou do pai da criança representaram importante papel no bem-estar emocional das jovens.

No Brasil, Cassorla (1985) realizou, em Campinas, um estudo clínico-epidemiológico do tipo caso-controle incluindo 50 casos de tentativa de suicídio entre jovens de 12 e 27 anos, observando que um terço destas havia engravidado. Sugere que a gravidez seria apenas um evento em uma carreira de vários outros eventos interligados que levariam uma jovem a tentar o suicídio. Essa possibilidade foi reforçada pelos achados de Wagner *et al.* (1995), em estudo caso-controle realizado em Washington (EUA), envolvendo 1.050 escolares com idade entre 12 e 18 anos. Os autores observaram que no grupo de jovens que haviam tentado o suicídio havia mais relatos de ausência de suporte emocional por parte da família e amigos, além de maior atividade sexual de risco, mais parceiros sexuais, maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis e gestações não planejadas, quando comparados ao grupo controle que reunia adolescentes com depressão e/ou ideação suicida, porém sem tentativa de suicídio e adolescentes não-deprimidos.

Segundo Vasquez & Piñeros (1997), a gravidez na adolescência associa-se a um risco suicida elevado, tanto durante a gestação, quanto no pós-parto, paralelamente a uma maior incidência de depressão e a uma percepção negativa da rede de apoio social. Viçosa (1993), em estudo de observação clínica por dez anos, com gestantes adolescentes, encontrou ansiedade mais elevada no primeiro trimestre, devido a preocupações em torno das relações com os pais, e, no terceiro trimestre, o surgimento mais freqüente de quadros depressivos. Por outro lado, Lederman *et al.* (1984), realizando estudo prospectivo de 32 primigestas, encontraram maiores níveis de ansiedade também no primeiro trimestre gestacional, com declínio no segundo e novamente um aumento com a proximidade do parto.

No Reino Unido, um estudo prospectivo avaliou 1.116 mulheres que deram à luz nos anos de 1994 e 1995. A coorte foi acompanhada por um período de cinco anos, verificando-se maiores taxas de problemas de saúde mental, tanto nas mães como nas crianças do grupo de mães adolescentes, em relação às mães mais velhas (MOFFITT, 2002).

Ao analisarem a associação entre gravidez precoce e as possíveis repercussões emocionais negativas para as adolescentes, segundo variáveis sociodemográficas e psicossociais, Sabroza *et al.* (2004) entrevistaram 1.228 jovens gestantes no Rio de Janeiro e concluíram que aquelas que não tinham apoio familiar e estavam fora da escola se sentiam muito mais desvalorizadas e com poucas expectativas em relação ao futuro, além de manifestarem grande sofrimento psíquico.

### 1.2.2 Avaliação dos transtornos mentais comuns

É importante utilizar instrumentos padronizados na avaliação de transtornos mentais comuns (TMC), e os principais instrumentos utilizados para sua detecção e estimativa na comunidade são o *General Health Questionnaire* (GHQ) (GOLDBERG; BLACKWELL, 1970) e o *Self Report Questionnaire* (SRQ) (HARDING *et al.*, 1980). Mari & Williams (1985) realizaram estudo em que compararam as versões de 12 itens do GHQ e 20 itens do SRQ em São Paulo, Brasil, e mostraram que ambos os questionários foram eficientes para identificar sintomas não-psicóticos na amostra analisada.

O GHQ (*General Health Questionnaire*) (GOLDBERG; BLACKWELL, 1972) é um instrumento de rastreamento para TMC já bem estabelecido e amplamente utilizado em pesquisas internacionais e nacionais nesta área (ARAYA *et al.*, 1992; MARI; WILLIAMS, 1985; STANFELD *et al.*, 1997; WEICH; LEWIS, 1998). Esse questionário autopreenchível foi validado na sua versão original (STANFELD; MARMOT, 1992) e na sua versão brasileira (MARI; WILLIAMS, 1985), tendo, em ambos os casos, o Clinical Interview Schedule (GOLDBERG; BLACKWELL, 1970) como padrão-ouro. Os coeficientes mais elevados de validade do GHQ foram apontados por Goldberg & Blackwell (1970), e foram de: sensibilidade igual a 96%, e especificidade igual a 88%, e diziam respeito à versão de 60 itens. Entretanto, existem situações em que as versões mais curtas são mais adequadas. Mari & Williams (1985) encontraram, em aplicação do referido questionário na versão brasileira, uma sensibilidade igual a 85%, e especificidade de 79%.

O ponto de corte utilizado para o questionário, de acordo com o método do *General Health Questionnaire* (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988; WEICH; LEWIS, 1998), considera cada item como ausente ou presente (0 ou 1). Aqueles que foram positivos para 3 itens do GHQ (em 12 itens) foram classificados como casos de TMC

(GOLDBERG; WILLIAMS, 1988). O período de referência mais utilizado para o GHQ são as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.

A maior parte dos estudos que investigaram transtornos mentais comuns utilizando o GHQ o fizeram em população adulta (LOPES *et al.*, 2003; MARI; WILLIAMS, 1985; ARAYA *et al.*, 1992; STANFELD *et al.*, 1997; WALL *et al.*, 1997; BOWLING *et al.*, 1997).

Com relação à utilização do GHQ em amostras de adolescentes, Peltzer *et al.* (1999) utilizaram esse instrumento para investigar a prevalência de TMC em uma amostra de 624 estudantes com idades variando de 17 a 24 anos, com média de 19, 3 anos, em uma área rural na África do Sul. Concluíram que 12, 6% dos indivíduos estudados apresentavam algum transtorno psicológico clinicamente significativo. Banks (1983), na Grã-Bretanha, determinou os coeficientes de validade das versões de 30, 28 e 12 itens do GHQ, por comparação com o *Present State Examination* (PSE) (WING, 1980) em uma amostra de 200 adolescentes de 17 anos. Todas as versões do GHQ apresentaram alto índice de correlação com o PSE, dando suporte para que se tratassem os escores do GHQ como variáveis contínuas, nesse tipo de população.

Winefield *et al.* (1989), na Austrália, utilizaram as versões de 12, 28 e 30 itens do GHQ em uma amostra de 1.013 adolescentes cuja média de idade era de 19, 6 anos. Os autores chegaram à conclusão de que a prevalência de casos encontrada, usando o método binário para os escores do GHQ, foi comparável com outros estudos sobre o tema.

Politi *et al.* (1994) investigaram a consistência interna do GHQ-12 em uma amostra homogênea que consistia de adolescentes de 18 anos, do sexo masculino, na Itália. O referido instrumento apresentou uma boa confiabilidade (alfa de Cronbach de 0.81).

Meneses (2002) realizou estudo visando a investigar a confiabilidade do GHQ-12 em uma amostra de adolescentes internados para tratamento hospitalar no Rio de Janeiro. A avaliação da confiabilidade teste-reteste foi feita através do coeficiente *kappa*, que mede níveis de concordância entre as respostas fornecidas pelos adolescentes nas duas ocasiões. A confiabilidade encontrada foi quase perfeita: ( $k = 0,84$ ; IC 95% 0,48 – 1,00). Os resultados encontrados nesse estudo sugerem que a utilização do GHQ-12 em população de adolescentes cronicamente doentes se mostrou adequada quanto à sua estabilidade.

## 2 JUSTIFICATIVA

Apesar de existir um grande número de publicações contemplando o tema “gravidez na adolescência”, em nosso levantamento bibliográfico não encontramos muitos estudos avaliando especificamente os fatores associados aos transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas brasileiras. Na literatura mundial, encontramos estudos que priorizam a avaliação de fatores emocionais e socioeconômicos relacionados à gravidez em adolescentes (FREITAS; BOTEGA, 2002; MILAN, 2004; VILLANUEVA, 2000; SCHMIDT *et al.*, 2006), principalmente estudos acerca de sintomas depressivos pós-parto, como também estudos científicos que avaliam fatores de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência (PINTO E SILVA, 1998; MARTÍN; JIMÉNEZ, 2001).

Alguns autores sugerem que nem sempre a gestação é indesejada na adolescência (CAVASIN, 1994; ROMERO *et al.*, 1991). De fato, observamos, na amostra analisada, que muitas jovens desejaram estar grávidas. Diante desta informação decidimos explorar os fatores que poderiam estar associados a isso.

Os serviços que atendem a adolescentes no Brasil têm-se multiplicado e a Medicina do Adolescente já é reconhecida como de grande importância no cenário médico mundial. Essa população merece, pois, atenção especial por parte das equipes de saúde que tratam dessas pacientes. A jovem grávida necessita de apoio em todas as fases da gravidez, e o presente estudo vai permitir maior conhecimento desse amplo universo. Poderemos, a partir dos resultados obtidos, traçar estratégias de atendimento e abordagem que venham a contribuir para um manejo mais adequado da saúde mental dessas jovens futuras mães.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Investigar fatores socioeconômicos, demográficos, da rede social de apoio, da história patológica pregressa em adolescentes grávidas, em qualquer idade gestacional, e sua associação com transtornos mentais comuns e com o desejo de engravidar.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns em uma população de adolescentes grávidas, em qualquer idade gestacional.

Estimar a prevalência de desejo de engravidar em uma população de adolescentes grávidas, em qualquer idade gestacional.

Estimar a prevalência de desejo de engravidar em uma população de adolescentes grávidas, em qualquer idade gestacional.

Investigar a associação entre fatores socioeconômicos e demográficos, como idade, raça / cor, nível educacional, situação conjugal, renda familiar e de rede social de apoio da gestante adolescente e a presença de transtornos mentais comuns.

Investigar a associação entre fatores da história patológica pregressa da adolescente, como idade gestacional, número de gestações anteriores, número de filhos e a presença de transtornos mentais comuns.

Investigar a associação entre fatores socioeconômicos e demográficos, como idade, raça / cor, nível educacional, situação conjugal, renda familiar e de rede social de apoio da gestante adolescente e o desejo de engravidar.

Investigar a associação entre alguns fatores da história patológica pregressa da adolescente, como idade gestacional, número de gestações anteriores, número de filhos e o desejo de engravidar.

Investigar o papel da idade como modificador de efeito na associação entre fatores socioeconômicos, demográficos e história patológica pregressa e desejo de engravidar.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Delineamento do estudo

Estudo de corte transversal de base ambulatorial, para investigação de fatores associados à ocorrência de transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em uma população de adolescentes grávidas atendidas em dois ambulatórios públicos de pré-natal no Rio de Janeiro.

#### **População - fonte e locais de estudo**

Adolescentes grávidas regularmente matriculadas e atendidas nos serviços de Pré-natal do Hospital Pro Matre e do Hospital Carmela Dutra, ambos localizados na cidade do Rio de Janeiro. São unidades de saúde de grande tradição no atendimento a gestantes no Rio de Janeiro.

O Hospital Maternidade Carmela Dutra se localiza no bairro de Lins de Vasconcellos e foi fundado em 1949. Hoje faz parte da rede municipal de saúde, oferecendo serviço de pré-natal a gestantes adolescentes e adultas, realizando mais de 10.000 consultas por ano.

O Hospital Maternidade Pro Matre localiza-se no centro da cidade e foi fundado em 1918. É hoje a maior maternidade do Estado do Rio de Janeiro e realiza 10% de todos os partos do estado.

#### **População de estudo e critérios de elegibilidade**

##### 4.1.1 Critérios de inclusão

Estar grávida, independentemente da idade gestacional, no momento da entrevista.

Ter entre 12 e 20 anos de idade, inclusive. Embora a OMS defina o período de adolescência como aquele compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, a faixa

etária escolhida foi aquela obedecida para atendimento na maioria dos serviços que atendem adolescentes no país.

Estar regularmente matriculada nos setores de Pré-Natal do Hospital Maternidade Pro Matre e do Hospital Maternidade Carmela Dutra.

#### 4.1.2 CrITÉrios de exclusão

Foram adotados alguns critérios de exclusão para que fosse evitada a perda de informação. Foram assim considerados aqueles que poderiam impedir a aplicação do questionário utilizado (GHQ-12), tais como lesões neurológicas severas e alguns quadros psiquiátricos agudos e crônicos que evidenciassem prejuízo cognitivo severo na linguagem e na comunicação.

Foram preenchidos 250 questionários, mas em 18 deles foram encontradas respostas mal-preenchidas ou faltantes. Ao final, 232 questionários foram considerados aptos para serem analisados.

#### 4.2 **Trabalho de campo**

A coleta dos dados teve início em maio de 2007 e terminou em outubro de 2007. Durante seis meses, os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, obedecendo aos dias de atendimento pré-natal nas unidades selecionadas, duas vezes por semana em cada uma delas. Na Maternidade Carmela Dutra, os questionários eram aplicados às terças e quintas-feiras, e na Maternidade Pro Matre, às quartas e sextas-feiras.

Inicialmente, era feita uma explanação sobre o estudo, aproveitando-se o tempo que as adolescentes estavam aguardando a consulta, com o objetivo de esclarecer à gestante adolescente e à sua família sobre a importância da pesquisa. Posteriormente, era solicitada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e a assinatura da adolescente ou de seu responsável, quando se tratava de menor de idade. Não houve recusas em participar entre todas as gestantes abordadas.

Terminada a coleta de dados, foi feita a entrada de informações, através do programa EPI-INFO V 6.0. Fez-se uma revisão cuidadosa dos questionários

preenchidos, visando à detecção de informações faltantes e realizada dupla entrada de dados, com o objetivo de garantir a qualidade da digitação.

### 4.3 Instrumentos

#### 4.3.1 Avaliação das características sociodemográficas, econômicas, rede social de apoio e dados médicos

As características sociodemográficas, econômicas e dados médicos específicos foram obtidos através de instrumento próprio elaborado pela autora, que foi devidamente preenchido pela pesquisadora, juntamente com as gestantes adolescentes (Anexo 2).

Os dados socioeconômicos e demográficos incluíram idade, sexo, escolaridade dos pais (categorizada como ensino fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo e universitário incompleto e universitário completo), escolaridade da adolescente (categorizada como ensino fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, universitário incompleto e universitário completo), se tem ou não alguma religião, se já tem filhos, quantas vezes ficou grávida, situação conjugal (se é casada ou vive em união, separada, solteira ou viúva), situação conjugal dos pais, raça ou cor, se ainda mantém contato com o pai do bebê, se é a primeira gravidez, se a gravidez foi desejada, se a mãe foi gestante adolescente e renda familiar (categorizada como 1 salário mínimo ou menos, entre 1 e 3 salários mínimos, entre 3 e 5 salários mínimos e mais que 5 salários mínimos). Tomou-se por base o salário mínimo de R\$ 350, 00 vigente à época da elaboração do questionário.

Nesse instrumento também há perguntas que contemplam a rede social de apoio da adolescente (se deixou a escola por conta da gravidez, se tem amigos ou amigas com quem contar em situações difíceis, se participa de algum grupo de atividades em igrejas, clubes, associações de moradores ou academias, se pode contar com o apoio da família em situações difíceis)

#### 4.3.2 Avaliação dos transtornos mentais comuns

As informações necessárias foram obtidas através da aplicação do *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (GOLDBERG; BLACKWELL, 1972), um questionário estruturado e autopreenchível. O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora.

O instrumento citado (GHQ 12) já está bem estabelecido e tem sido amplamente utilizado em pesquisas internacionais e nacionais, para rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores – depressão e ansiedade – em todas as faixas etárias, principalmente na população adulta (MARI; WILLIAMS, 1985; WEICH; LEWIS, 1998).

Foi escolhido por se tratar de um instrumento simples, com poucos itens e de fácil compreensão quanto à pergunta e respectivas opções de resposta. Contempla períodos de tensão, depressão, incapacidade de luta ou enfrentamento, insônia, falta de confiança e outros problemas psicológicos. O tipo de ponto de corte utilizado no estudo foi aquele que considerou cada item como presente ou ausente e, segundo o método do *General Health Questionnaire*, aqueles que foram positivos para 3 itens do GHQ (em 12 itens) foram considerados casos de TMC (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988). As respostas marcadas nas duas primeiras opções da pergunta foram consideradas negativas (ausentes), enquanto que aquelas que tiveram como resposta as duas últimas opções foram consideradas positivas (presentes). O período de referência do GHQ foram as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.

#### 4.4 **Estudo de confiabilidade do instrumento (GHQ 12)**

Foi realizado estudo de confiabilidade tipo teste-reteste com 40 adolescentes gestantes. O referido questionário foi aplicado duas vezes sendo a segunda uma semana após a primeira. A avaliação da confiabilidade teste-reteste foi feita através do coeficiente *kappa*, que mede níveis de concordância entre as respostas

fornecidas pelas adolescentes nas duas ocasiões, corrigindo a concordância esperada por acaso (FLEISS, 1981).

Utilizaram-se, para efeito de interpretação, os seguintes critérios, em que se propõem cinco categorias para as estimativas de confiabilidade, a partir dos valores encontrados para o *kappa*: quase perfeita (>0, 80); substancial (0, 61 a 0, 80); moderada (0, 41 a 0, 60); regular (0, 21 a 0, 40); fraca (0, 01 a 0, 20) e pobre (0, 00). A confiabilidade encontrada neste estudo de confiabilidade teste-reteste foi substancial, sendo o valor de *kappa* igual a 0, 68 ( $p= 0, 0001$ ).

#### 4.5 Procedimentos e aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da UERJ (CAAE – 0782.0.000.259-07), que considerou que sua condução obedecia às normas estabelecidas. O projeto também foi apresentado às diretorias médicas das maternidades envolvidas, quando foi solicitada e concedida permissão formal para as entrevistas.

A adesão ao preenchimento dos questionários foi voluntária, constando do consentimento informado esclarecimentos com relação à não-obrigatoriedade e à ausência de qualquer tipo de punição ou vantagem de ordem pessoal ou financeira pela decisão tomada. A assinatura do termo de consentimento (Anexo1) foi solicitada à adolescente ou seu responsável, após os esclarecimentos dados pela pesquisadora, a quem aceitou participar.

Os questionários foram distribuídos, com a folha de consentimento informado anexada. Nas informações contidas nos questionários, incluíram-se o nome e número de prontuários das adolescentes, mas o acesso a tais informações é de uso exclusivo da pesquisadora, na condição de necessidade de contato posterior e possível seguimento do estudo. Os dados foram analisados de forma agregada, garantindo-se que os nomes das participantes jamais serão divulgados ou farão parte de relatórios ou artigos científicos que venham a ser produzidos.

O estudo não envolveu riscos físicos, sociais ou legais às participantes.

#### 4.6 Análise estatística

Inicialmente, foram elaboradas e examinadas as distribuições de freqüências simples e relativas com intervalos de confiança de 95% (IC 95%) de cada uma das variáveis de estudo. Posteriormente, os transtornos mentais comuns foram tratados como variável dicotômica (presença ou ausência).

O tipo de ponto de corte utilizado no estudo foi aquele que considerou cada item como presente ou ausente, segundo método do *General Health Questionnaire*: aqueles que foram positivos para 3 itens do GHQ (em 12 itens) foram considerados casos de TMC (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988). As respostas marcadas nas duas primeiras opções da pergunta foram consideradas negativas (ausentes), enquanto que aquelas que tiveram como resposta as duas últimas opções foram consideradas positivas (presentes).

O período de referência do GHQ foram as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. Foram então realizadas análises bivariadas e multivariadas entre as variáveis de exposição, e desfechos foram avaliados através das Razões de Prevalência (RP). Nas análises bivariadas, os testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para avaliar a significância estatística entre as possíveis associações com nível de significância de 5%.

Em seguida foi utilizado o modelo de regressão log-binomial (BARROS; HIRAKATA, 2003), uma vez que este é capaz de estimar diretamente a razão de prevalência, ao contrário do modelo tradicional de regressão logística, habitualmente utilizado em estudos de prevalência, que estima a razão de chances – *odds ratio* (OR) – e superestima a RP quando a prevalência do desfecho (TMC) na população estudada é elevada (o que era o caso).

O modelo log-binomial foi ajustado com as variáveis de exposição. O nível de significância utilizado para selecionar aquelas variáveis que permaneceriam no modelo final foi o de 0,10, com o objetivo de não excluir potencial fator de confusão, para a indicação de associação estatisticamente significativa foi usado o nível 0,05. Para a entrada dos dados do questionário aplicado, utilizou-se o programa EPI-INFO versão 6.0; e para a análise dos dados, o programa STATA versão 8.0.

## 5 ARTIGO I – TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE ADOLESCENTES GRÁVIDAS

Common mental disorders among pregnant adolescents

### 5.1 Resumo

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial da Saúde, uma em cada cinco pessoas no mundo é adolescente e, anualmente, 60 em cada mil meninas se tornam mães. O município do Rio de Janeiro acompanhou a tendência ao aumento de gravidez precoce observada no país, e dado preocupante é que a faixa etária entre 10 e 14 anos, embora com menores taxas de fecundidade, foi a que apresentou maior variação positiva (7,1% ao ano). Aproximadamente um quarto do total de partos realizados na rede SUS é de adolescentes. Muitos estudos têm avaliado os determinantes da gravidez precoce, mas poucos têm avaliado seu impacto, principalmente com relação aos aspectos emocionais. **Objetivos:** Determinar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em uma população de adolescentes grávidas e avaliar sua associação com características da gravidez e fatores socioeconômicos, demográficos e de rede social de apoio. **Métodos:** Estudo seccional de base ambulatorial entre adolescentes grávidas regularmente atendidas nos serviços de pré-natal de dois hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, de maio a outubro de 2007. Foi utilizado questionário autopreenchível para avaliação das características da gravidez (trimestre gestacional, primeira gravidez e desejo de engravidar), rede social de apoio, idade, renda, escolaridade, abandono da escola, situação conjugal, raça e trabalho. Os TMC foram avaliados através do GHQ-12. Razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas foram calculadas através de modelos lineares generalizados (log-binomial). **Resultados:** A amostra foi de 232 gestantes entre 13 e 20 anos de idade, com idade média de 17,3 anos. A prevalência de TMC foi de 45,3%. O modelo final ajustado mostrou associação com TMC para as seguintes variáveis: renda familiar menor que três salários mínimos (RP = 2,32; IC 95% 1, 15-4, 67), não ter apoio familiar (RP = 2,18; IC 95% 1,69 - 2,81), não ter amigas para conversar (RP = 1,48; IC 95% 1, 13-1,92) e não ter religião (RP = 1, 72; IC 95% 1, 25-2, 36). **Conclusão:** Os resultados do estudo chamam a atenção para a necessidade de políticas públicas que busquem minimizar os danos decorrentes das

gestações indesejadas nessa faixa etária, promovendo programas que incentivem a participação familiar no processo de aceitação da gravidez, bem como propiciando espaços para discussão onde essas jovens possam ser ouvidas e orientadas.

Palavras-chave: gravidez na adolescência , transtornos mentais comuns

## 5.2 Abstract

**Introduction:** According to the World Health Organization (WHO) one in five people in the world is an adolescent. Sixty in thousand girls become pregnant each year. Recent researches show that the city of Rio de Janeiro follows the country tendency of increasing the number of adolescent pregnancies; a worrying scenario in which the age of 10 to 14 years old, presents the highest variation 7.1% per year. Pregnancy is the more common cause of hospitalization of women by the age of 10 to 19 years old on the Brazilian Public Health System (SUS). **Aims:** To determine the prevalence of common mental disorders (CMD) in a population of pregnant adolescents and to verify the possible association between the socioeconomic factors, demographics and the social support network. **Methods:** Cross-sectional study with pregnant adolescents regularly attending two public maternity hospitals in Rio de Janeiro from May to October, 2007. Pregnant teenagers completed questionnaires that measured common mental disorders (GHQ-12) and socioeconomic and demographic data. **Results:** 232 adolescents between 13 and 20 years of age completed the questionnaires. Prevalence of CMD was 45.3%. Final adjusted model showed association between CMD and low income (PR= 2.32; CI 95% 1.15-4.67), lack of familiar support (PR = 2.18; CI 95% 1.69 -2.81), do not have friends (PR= 1.48; CI 95% 1.13 -1.92) and having no religion (PR = 1.72; CI 95% 1.25-2.36). **Conclusion:** Results showed how important is to manage this important issue. Adolescent pregnancy must be very harmful, families and friends should have important rolls to help in these cases.

**Key words:** Pregnancy, adolescence, common mental disorders.



### 5.3 Introdução

A adolescência é um período muito importante para a formação de valores e padrões de conduta, distinguindo-se, muitas vezes, por atitudes de rebeldia e busca de independência. O adolescente vai-se conscientizando das dificuldades a serem enfrentadas para alcançar um pleno desenvolvimento no futuro, mas ainda está sujeito ao amparo dos pais, em especial quanto ao aspecto econômico (HENRIQUES, 1993). Constitui uma etapa em que os jovens pretendem alcançar independência socioeconômica, afastando-se de modo progressivo dos pais e da família, na tentativa de criar um modelo pessoal de comportamento e, ao mesmo tempo, passam por adaptação às mudanças fisiológicas e anatômicas, pelo estabelecimento de novas relações no seu meio social e pelo desenvolvimento de potenciais para atividades ocupacionais e de convívio social (HENRIQUES, 1993; ALI *et al.*, 1997).

Uma em cada cinco pessoas no mundo é adolescente, tendo entre 10 e 19 anos de idade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Anualmente, 60 em cada mil meninas se tornam mães, o que se traduz em um número expressivo de nascimentos por ano, ou seja, aproximadamente dezessete milhões de bebês (AGUIAR, 1994).

No Brasil, dados do Censo de 1991 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam para uma tendência à diminuição do número de filhos por mulher em idade reprodutiva, que era de 5, 8 em 1970, passou para 4, 8 em 1980, para 2, 9 em 1991 e 2, 3 em 2000 (IBGE, 2001). Entretanto, as estatísticas têm mostrado um aumento na gravidez precoce nas últimas décadas.

Estudo realizado por GAMA *et al.* (2001) indicou que o município do Rio de Janeiro acompanhou, entre 1980 e 1995, a tendência ao aumento de gravidez precoce observada no país. Dado preocupante é que a faixa etária entre 10 e 14 anos, embora com menores taxas de fecundidade, foi a que apresentou a maior variação positiva (7, 1% ao ano). Mesmo em um contexto de importante redução da fecundidade, não se constatou deslocamento correspondente da reprodução para faixas etárias mais elevadas, tal como ocorreu em outros países.

A maioria das mulheres brasileiras vem tendo, em média, dois filhos, e parte significativa delas tem encerrado precocemente suas carreiras reprodutivas por meio de uma laqueadura tubária (BEMFAM / DHS, 1997). Nesse contexto demográfico, a

gravidez na adolescência passa a ter grande visibilidade social, principalmente ao se exibirem os dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), nos quais se observa aumento relativo dos nascimentos de mães com menos de 20 anos de idade.

A prática sexual dos adolescentes tem aspectos peculiares, decorrentes das próprias características emocionais dos jovens. As relações sexuais, quando acontecem, são em sua maioria eventos espontâneos, e as jovens acreditam que estão protegidas de uma eventual gravidez (FALCÃO, 1995). A maior quantidade de informação disponível sobre o tema “gravidez na adolescência” refere-se às faixas etárias mais tardias, embora sejam também registradas gestações não-planejadas entre meninas de 10 a 14 anos. Este fato é de interesse porque a existência de riscos durante a gravidez se apresenta, no primeiro grupo, com maior facilidade, intensificando-se também os transtornos emocionais (MADDALENO, 1995; SILBER, 1995).

Existe consenso de que os transtornos mentais comuns (não-psicóticos) representam importante fator de incapacitação e sofrimento e que, nos serviços primários de saúde, representam uma parcela significativa nos gastos (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Nas últimas décadas tem aumentado o número de estudos que avaliam transtornos mentais na população em geral. Dentre eles, os mais importantes foram conduzidos nos países ocidentais e demonstraram que 90% da morbidade psiquiátrica nessas populações compõem-se de transtornos mentais comuns, principalmente depressão e ansiedade (BEBBINGTON *et al.*, 1981; COUTINHO, 1976; FINLAY-JONES *et al.*, 1977).

A gravidez é a primeira causa de internação (66%) em mulheres com idade entre 10 e 19 anos na rede SUS. Aproximadamente um quarto do total de partos realizados é de adolescentes nessa mesma faixa etária; a segunda causa de internação nesta mesma população corresponde ao grupo de causas externas, entre as quais, a tentativa de suicídio (DATASUS, 1999).

Na literatura internacional encontramos estudos que pretendem avaliar os fatores relacionados aos transtornos emocionais encontrados em adolescentes grávidas. Milan *et al.* (2004) examinaram os fatores associados a transtornos emocionais em adolescentes gestantes em uma comunidade pobre nos EUA e observaram que determinados fatores como apoio da família ou do pai da criança representaram importante papel no bem-estar emocional das jovens. Maskey (1991)

avaliou adolescentes grávidas no Reino Unido, através da aplicação do GHQ em sua versão de 28 itens, e observou que em torno de 25% das gestantes apresentavam transtornos mentais comuns e que o fato guardava estreita associação com a incerteza sobre como seria o desenrolar da gravidez e do parto. Schmidt *et al.* (2006) investigaram prospectivamente a ocorrência de sintomas depressivos entre 623 mães adolescentes nos quatro anos iniciais após o parto no estado do Texas, EUA. A prevalência de sintomas depressivos moderados a severos foi de 57%, sendo o maior percentual encontrado no primeiro ano após o parto, mais especificamente nos três primeiros meses.

Barnett *et al.* (1996) analisaram 125 jovens gestantes entre 12 e 18 anos em Baltimore, EUA e encontraram prevalência de 42% de transtornos depressivos. Observaram, ainda, que o apoio familiar e do pai da criança foi fator significativamente associado a menores índices de depressão, inclusive no pós-parto.

No Brasil, três estudos investigaram a associação de transtornos mentais e fatores socioeconômicos e demográficos em adolescentes grávidas. Freitas & Botega (2002) realizaram estudo para determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas, verificando possíveis associações com variáveis psicossociais, e observaram prevalências médias de 23,3% para ansiedade, 20,8% para depressão e 16,7% para ideação suicida que apresentou associação estatisticamente significativa com depressão e com a ausência de um companheiro. Essas prevalências se mantiveram aproximadamente iguais nos diferentes trimestres gestacionais.

Cassorla (1985) realizou, em Campinas, um estudo clínico-epidemiológico do tipo caso-controle incluindo 50 casos de tentativa de suicídio entre jovens do sexo feminino, entre 12 e 27 anos e observou que um terço destas havia engravidado. O autor sugere que a gravidez seria apenas um evento em uma carreira de vários outros eventos interligados que levariam uma jovem a tentar o suicídio. Mais recentemente, ao analisar problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas de 13 a 17 anos em São Paulo, Caputo & Bordin (2007) concluíram que foram mais freqüentes os sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes primigestas, em comparação com aquelas sexualmente ativas e que nunca haviam ficado grávidas.

É preciso compreender melhor como alguns fatores socioeconômicos e demográficos podem associar-se aos transtornos mentais comuns experimentados por essas jovens mães. Estariam essas adolescentes mais propensas à depressão e à ansiedade?

No Brasil, poucos estudos foram realizados com o objetivo de responder a tais questões. O presente estudo teve como objetivo determinar a prevalência de transtornos mentais comuns em uma população de adolescentes grávidas em qualquer trimestre gestacional, e verificar possíveis associações entre tais transtornos e alguns fatores socioeconômicos, demográficos, da gravidez e de rede social de apoio.

## **5.4 Metodologia**

### **5.4.1 Desenho e população de estudo**

Trata-se de estudo de corte transversal de base ambulatorial, do qual participaram 250 jovens gestantes regularmente atendidas, no período de maio a outubro de 2007, nos serviços de pré-natal de dois hospitais públicos do município do Rio de Janeiro: o Hospital Pro Matre e o Hospital Maternidade Carmela Dutra. O primeiro se localiza no centro da cidade, e o segundo, no bairro do Lins de Vasconcellos. Ambos são unidades de saúde de grande tradição no atendimento a gestantes no Rio de Janeiro.

O Hospital Maternidade Carmela Dutra faz parte da rede municipal de saúde e oferece serviço de pré-natal a gestantes adolescentes e adultas, realizando mais de 10.000 consultas por ano. O Hospital Maternidade Pro Matre foi fundado em 1918 e é hoje a maior maternidade do Estado do Rio de Janeiro, realizando 10% de todos os partos do estado.

Foram elegíveis para o estudo todas as gestantes adolescentes entre 12 e 20 anos, em qualquer trimestre gestacional, regularmente matriculadas nos hospitais relacionados e atendidas no período citado. Não houve recusas em participar, entre todas as gestantes abordadas.

Dos questionários respondidos, 18 apresentavam dados incorretos ou faltantes e foram, por conseguinte, excluídos do estudo. Assim, foram efetivamente

analisados 232 questionários, aplicados pela própria pesquisadora, obedecendo aos dias de atendimento de pré-natal nas unidades selecionadas, duas vezes por semana em cada uma delas. Todas as gestantes adolescentes eram abordadas e convidadas a participar. Na Maternidade Carmela Dutra, os questionários eram aplicados às terças e quintas-feiras, e na Maternidade Pro Matre, às quartas e sextas-feiras.

#### 5.4.2 Instrumentos

Para a coleta de informações foi utilizado um questionário autopreenchível, visando obter informações sobre as características socioeconômicas, demográficas e de rede social de apoio além dos dados específicos da gravidez (Anexo 2). Os dados socioeconômicos e demográficos incluíram idade, sexo, raça / cor, escolaridade, religião, situação conjugal da gestante, renda familiar e situação conjugal dos pais. Quanto à rede social de apoio, as variáveis contemplaram situações como, por exemplo, se deixou a escola por conta da gravidez, se tem amigos ou amigas com quem contar em situações difíceis, se participa de algum grupo de atividades em igrejas, clubes, associações de moradores ou academias, se pode contar com o apoio da família em situações difíceis e se ainda tem contato com o pai do bebê. Além disso, foram investigados fatores específicos da gravidez, como trimestre gestacional, se era ou não a primeira gravidez, se a gravidez foi desejada, se já tinha filhos e se a mãe da própria adolescente engravidou antes dos 20 anos de idade.

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram avaliados através do *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (GOLDBERG; BLACKWELL, 1972), um questionário estruturado e autopreenchível. Esta versão resumida foi validada para o português, mostrando uma sensibilidade de 91% e especificidade de 71% (MARI; WILLIAMS, 1985). O GHQ-12 já foi também utilizado em diferentes estudos com amostras de adolescentes (MENESES, 2002; KUSCHNIR; MENDONÇA, 2007; PELTZER, 1999; BANKS, 1983).

O tipo de ponto de corte utilizado neste estudo foi o que considerou cada item como presente ou ausente (0 ou 1), segundo o método do *General Health Questionnaire*. Aqueles que foram positivos para três itens do GHQ (em 12 itens) foram

considerados casos de TMC (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988). As respostas marcadas nas duas primeiras opções da pergunta foram consideradas negativas (ausentes), enquanto que aquelas que tiveram como resposta as duas últimas opções foram consideradas positivas (presentes). O período de referência do GHQ foram as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.

Foi realizado estudo de confiabilidade do tipo teste-reteste com 32 adolescentes gestantes. O referido questionário foi aplicado duas vezes, sendo a segunda uma semana após a primeira. A avaliação da confiabilidade teste-reteste foi feita através do coeficiente *kappa*, que mede níveis de concordância entre as respostas fornecidas pelas adolescentes nas duas ocasiões, corrigindo a concordância esperada por acaso.

A confiabilidade encontrada foi substancial, sendo o valor de *kappa* igual a 0,68 ( $p=0,0001$ ) (FLEISS, 1981).

#### 5.4.3 Análise dos dados

Inicialmente, foram elaboradas as distribuições de freqüências simples e relativas, com intervalos de confiança de 95% (IC 95%) de cada uma das variáveis de estudo. Os transtornos mentais comuns (TMC) foram tratados como variável dicotômica (presença ou ausência). Foram então realizadas análises bivariadas e multivariadas entre as variáveis de exposição e desfecho, através das Razões de Prevalência (RP). Nas análises bivariadas, os testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para avaliar a significância estatística entre as possíveis associações com nível de significância de 5%.

Em seguida foi utilizado o modelo de regressão log-binomial (BARROS; HIRAKATA, 2003), uma vez que este é capaz de estimar diretamente a razão de prevalência, ao contrário do modelo tradicional de regressão logística habitualmente utilizado em estudos de prevalência, que estima a razão de chances – *odds ratio* (OR) – e superestima a RP quando a prevalência do desfecho (TMC) na população estudada é elevada. O modelo log-binomial foi ajustado com as variáveis de exposição. O nível de significância utilizado para selecionar aquelas variáveis que permaneceriam no modelo final foi o de 0,10, com o objetivo de não excluir potencial

fator de confusão. Para a indicação de associação estatisticamente significativa, foi usado o nível 0,05. Após a seleção das variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com os TMC, chegamos ao modelo final, visando a um maior poder de explicação do desfecho mencionado.

## 5.5 Resultados

A amostra estudada totalizou 232 gestantes com idades de 13 a 20 anos (uma vez que não houve participante com 12 anos), predominando a faixa etária de 18 a 20 anos de idade (50,9%). A média de idade das adolescentes foi 17,4 anos. A prevalência de TMC entre as gestantes adolescentes foi de 45,3%. As principais estatísticas descritivas de características socioeconômicas e demográficas e de rede social de apoio encontram-se na tabela 1.

Destaca-se que 48,8% das gestantes adolescentes apresentavam ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto, sendo que 32,8% abandonaram a escola ao engravidar. Referiram não trabalhar 86,6% delas. A faixa de renda familiar de maior prevalência foi de 1 a 3 salários mínimos (46,1%) e apenas 6,9% tinham renda familiar acima de 5 salários mínimos mensais.

Observou-se que 94,0% referiram ter apoio da família na gravidez e 78,5% tinham amigas para conversar. A separação dos pais aconteceu na família de 62,3% das adolescentes. A união estável (ou casamento) foi referida por 65,5% delas, incluídas entre as 93,1% que têm contato com o pai do bebê. A prática de alguma religião foi referida por 88,8%.

Na tabela 2 são descritas características da gravidez atual e de gestações anteriores, sendo que em 72,4% tratava-se da primeira gravidez, com 80,6% referindo não ter filhos. A maior parte das adolescentes (44,5%) estava no terceiro trimestre, 39,0% no segundo trimestre e 16,5% no primeiro. A maioria das adolescentes (53,9%) referiu não desejar a gravidez e 64,1% referiram que a mãe engravidou adolescente.

Possuir renda familiar menor que três salários mínimos, não ter apoio familiar, não ter amigas para conversar e não ter religião foram fatores que se associaram de forma estatisticamente significativa com TMC (Tabela 3).

Com relação às características da gravidez atual e gestações anteriores, nenhuma variável mostrou associação estatisticamente significativa com TMC (Tabela 4). Na tabela 5 observamos que, após ajustes por idade, por número de filhos e por todas as variáveis do modelo, as adolescentes que referiram ter baixo apoio familiar e aquelas cuja renda era menor que três salários mínimos apresentaram prevalência de TMC cerca de duas vezes maior do que aquelas que referiram apoio da família e renda maior que três salários mínimos. Adolescentes que referiram ter alguma religião e que não tinham amigas com quem conversar apresentaram prevalências 72% e 48% mais elevadas de TMC, respectivamente.

## 5.6 Discussão

O presente estudo aponta prevalência de 45,3 % de TMC no grupo de adolescentes grávidas. Dados acerca da saúde mental das adolescentes grávidas são escassos na literatura científica. Não encontramos estudos no Brasil e na literatura mundial que tenham utilizado o instrumento GHQ-12 em amostras de adolescentes gestantes.

PINHEIRO *et al.* (2007) utilizaram o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) e encontraram prevalência de 28,8% de TMC entre adolescentes, no sul do Brasil. Caputo & Bordin (2007) referiram que ansiedade e depressão entre adolescentes grávidas são esperadas em decorrência de uma possível gravidez não prevista, aliada à natural imaturidade emocional de muitas adolescentes para lidar com a gravidez. A prevalência de transtornos mentais comuns encontrada no presente estudo foi maior do que a encontrada por Freitas & Botega (2002) em estudo realizado em São Paulo, com adolescentes grávidas, o qual as prevalências achadas foram de 23,3% para ansiedade e 20,8% para depressão. Entretanto, esse estudo utilizou o CIS-R, que é um instrumento mais específico e gera diagnósticos psiquiátricos, sendo esperada uma prevalência mais baixa desses transtornos do que a encontrada através de instrumentos de rastreamento, como o GHQ-12, utilizado em nosso estudo.

Alguns autores observaram que determinados fatores, como apoio da família ou do pai da criança, representaram importante papel no bem-estar emocional das



jovens gestantes e estão significativamente associados a menores níveis de transtornos mentais (MILAN *et al.*, 2004; SABROZA *et al.*, 2004).

No presente estudo, observamos que o apoio familiar e de amigos foi fator importante na associação com presença de TMC. As jovens gestantes que referiram não contar com o apoio da família apresentaram prevalência duas vezes mais elevada de transtornos mentais comuns e aquelas que referiram não ter amigas ou amigos para conversar apresentaram uma prevalência 48% mais elevada de TMC. Tais achados estão em conformidade com os de Barnett *et al.* (1996), nos quais o suporte emocional recebido pela gestante adolescente influenciou significativamente a prevalência de transtornos depressivos também no período pós-parto. Já Stevenson *et al.* (1999) e Logsdon *et al.* (2005) não observaram, em seus estudos, associação entre o apoio oferecido pelos amigos e menor prevalência de transtornos mentais e bem-estar.

Em relação à religiosidade, os achados do presente estudo, que demonstraram prevalência 72% mais elevada de TMC entre as gestantes que tinham algum tipo de religião, são semelhantes aos achados de Jesse *et al.* (2005), que analisaram fatores associados a sintomas de depressão entre 130 mulheres americanas de baixa-renda e observaram que a presença de religiosidade guardava estreita associação com sintomas mais graves de depressão. Há que se destacar que o referido estudo não foi realizado especificamente com gestantes adolescentes.

Podemos encontrar, na literatura, trabalhos que analisam a possível associação existente entre religiosidade e comportamentos sexuais de risco (JONES; DARROCH; SINGH, 2005), mas quando pesquisamos a associação entre TMC e religião, não encontramos estudos na literatura mundial e brasileira. No que diz respeito à renda familiar, a maior parte dos estudos encontrados na revisão da literatura avalia possíveis associações existentes entre renda familiar ou classe social e gravidez na adolescência (HEILBORN *et al.*, 2002; MITSUSHIRO *et al.* 2006).

Quando examinamos a literatura na busca de estudos que explorem a associação entre TMC e renda em gestantes adolescentes, não encontramos muitos trabalhos. Secco *et al.* (2007) estudaram fatores associados à maior vulnerabilidade das gestantes adolescentes à depressão e concluíram que a situação socioeconômica estava significativamente associada com sintomas depressivos no pós-parto.

Existem estudos, tanto na literatura mundial como na brasileira, que relacionam a renda familiar a uma maior prevalência de gravidez na adolescência (CAMARANO, 1998, CHALEM *et al.*, 2007). No Brasil, as trajetórias das jovens de diferentes classes sociais têm características bastante distintas, enquanto que nos estratos sociais mais elevados ocorre permanência na casa da família por um período mais prolongado, o que permite maior escolarização. Nas classes mais pobres, a juventude tende a ser mais breve, com a interrupção precoce dos estudos e inclusão prematura no mercado de trabalho.

Assim, a probabilidade de essas jovens saírem do estado de pobreza, com ou sem filhos, é uma perspectiva bastante remota, pois a repetição desse ciclo perverso de manutenção da baixa renda familiar costuma se perpetuar através das gerações e desconsiderar, dessa forma, as possíveis potencialidades que essas jovens poderiam desenvolver (HEILBORN *et al.*, 2002).

Mesmo em países ricos, engravidar na adolescência reduz as chances de sucesso profissional, sendo uma gravidez nessa faixa etária um fator facilitador para a permanência em situação de pobreza, freqüentemente levando à interrupção dos estudos da adolescente e reduzindo futuras oportunidades no mercado de trabalho (POPULATION..., 1992).

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas: Estudos seccionais limitam a avaliação do desfecho em um único episódio e, por isso, aumentam a possibilidade de causalidade reversa, ou seja, de que este mesmo desfecho seja a causa e não o resultado na associação com as variáveis explicativas. Neste estudo, as associações encontradas entre ter religião, não ter amigas para conversar e não ter apoio da família com TMC poderiam ser parcialmente explicadas como causalidade reversa, ou seja, adolescentes grávidas e com TMC poderiam ser mais propensas a buscar uma religião e teriam mais dificuldade de estabelecer amizades e de ter apoio da família. Estudos longitudinais que acompanhassem estas adolescentes durante toda a gravidez e que excluíssem na linha de base aquelas com TMC poderiam responder a esta questão de forma mais adequada. Nossos achados, entretanto, enfatizam a importância desta associação e geram hipóteses que podem ser testadas em estudos subseqüentes. No caso da associação entre renda familiar menor do que três salários mínimos e TMC, a direção esperada é a do estudo, já que, pela idade do grupo em estudo (adolescentes) não se espera que a

presença de TMC tenha influência na renda, pois a grande maioria delas é dependente dos pais ou companheiros.

Por último, as características da população de estudo (adolescentes grávidas atendidas em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro) somente permitem que os resultados obtidos sejam generalizados para populações de adolescentes gestantes atendidas em ambulatórios de hospitais públicos especializados.

Diante disso, concluímos que os achados do presente estudo, ainda que com as devidas limitações, apresentam um quadro ainda mais desalentador, pois, além da possível perpetuação na situação de pobreza, a jovem gestante que pertença a classes sociais menos favorecidas está mais propensa a desenvolver transtornos mentais, que em nada a auxiliarão na melhora de suas condições de vida e bem-estar.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas e de rede social de apoio de uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n= 232).

		n	%	IC 95%
<b>Raça/cor</b>	Preta	43	18,53	0,13-0,23
	Parda	100	43,10	0,36-0,49
	Amarela	15	6,47	0,32-0,96
	Branca	69	29,74	0,23-0,35
	Indígena	5	2,16	0,02-0,40
<b>Faixa etária</b>	12 a 14 anos	26	11,21	0,68-0,14
	15 a 17 anos	88	37,93	0,32-0,44
	18 a 20 anos	118	50,86	0,44-0,57
<b>Escolaridade</b>	Fund Incompleto	62	26,72	0,20-0,32
	Fund Completo	32	13,79	0,93-0,18
	Médio Incompleto	81	34,91	0,28-0,41
	Médio Completo	50	21,55	0,16-0,26
	Superior em curso	7	3,02	0,07-0,52
<b>Abandonou a escola quando engravidou</b>	Sim	76	32,76	0,26-0,38
	Não	156	67,24	0,61-0,73
<b>Trabalha</b>	Sim	31	13,36	0,89-0,17
	Não	201	86,64	0,82-0,91
<b>Estado civil</b>	Casada/união	152	65,52	0,59-0,71
	Solteira	66	28,45	0,22-0,34
	Separada	14	6,03	0,29-0,09
<b>Renda familiar</b>	Até 1 SM	89	38,36	0,32-0,44
	Mais 1 até 3 SM	107	46,12	0,39-0,52
	Mais 3 até 5 SM	20	8,62	0,04-0,12
	5 SM ou +	16	6,90	0,36-0,10
<b>Pais vivem</b>	Juntos	86	37,07	0,30-0,43
	Separados	146	62,93	0,56-0,69
<b>Tem apoio da família</b>	Sim	218	93,97	0,90-0,97
	Não	14	6,03	0,29-0,09
<b>Tem contato com o pai do bebê</b>	Sim	216	93,10	0,89-0,96
	Não	16	6,90	0,03-0,10
<b>Têm amigas (os) para conversar</b>	Sim	182	78,45	0,73-0,83
	Não	50	21,55	0,16-0,26
<b>Participa de grupos de atividades</b>	Sim	44	18,97	0,13-0,24
	Não	188	81,03	0,75-0,86
<b>Tem alguma religião</b>	Sim	206	88,79	0,84-0,92
	Não	26	11,21	0,07-0,15

Tabela 2 – Características da gravidez atual e gestações anteriores de uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n= 232).

	n	%	IC 95%
<b>Primeira gravidez</b>			
Sim	168	72,41	0,66 - 0,78
Não	64	27,59	0,21 - 0,33
<b>Trimestre gestacional</b>			
1º	38	16,45	0,11 - 0,21
2º	90	38,96	0,32 - 0,44
3º	103	44,59	0,38 - 0,51
<b>Número de filhos</b>			
0	187	80,60	0,75 - 0,85
1	32	13,79	0,09 - 0,18
2	11	4,74	0,01 - 0,07
3	2	0,86	0,00 - 0,02
<b>Desejou a gravidez</b>			
Sim	107	46,12	0,39 - 0,52
Não	125	53,88	0,47 - 0,60
<b>Mãe engravidou adolescente</b>			
Sim	150	64,66	0,58 - 0,70
Não	82	35,34	0,29 - 0,41

Tabela 3 – Prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) segundo características socioeconômicas, demográficas e de rede social de apoio em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n= 232).

Característica	TMC		p valor
	sim (%)	não (%)	
<b>Raça / cor</b>			
Preta / parda	65 (45,45)	78 (54,55)	0,58
Amarela / indígena	11 (55,00)	9 (45,00)	
Branca	29 (42,07)	40 (57,97)	
<b>Faixa etária</b>			
12 a 14 anos	12 (46,15)	14 (53,85)	0,88
15 a 17 anos	38 (43,18)	50 (56,82)	
18 a 20 anos	55 (46,61)	63 (53,39)	
<b>Escolaridade</b>			
Fund Incompleto	28 (45,16)	34 (54,84)	0,55
Fund Completo	15 (46,88)	17 (53,13)	
Médio Incompleto	33 (40,74)	48 (59,26)	
Médio Completo	27 (54,00)	23 (46,00)	
Superior em curso	2 (28,57)	5 (71,43)	
<b>Estado civil</b>			
Casada / união	69 (45,39)	83 (54,61)	0,98
Solteira	30 (45,45)	36 (54,55)	
Separada	6 (42,86)	8 (57,14)	
<b>Abandonou a escola quando engravidou</b>			
Sim	35 (46,05)	41 (53,95)	0,86
Não	70 (44,87)	86 (55,13)	
<b>Trabalha</b>			
Sim	4 (50,0)	4 (50,0)	0,74
Não	36 (43,9)	46(50,0)	
<b>Renda familiar</b>			
Menor que 3SM	97(49,49)	99(50,51)	0,00
Maior ou igual a 3SM	8(22,22)	28(77,78)	
<b>Pais vivem</b>			
Juntos	37 (43,02)	49 (56,98)	0,60
Separados	68 (46,58)	78 (53,42)	
<b>Tem apoio da família</b>			
Sim	92 (42,20)	126 (57,80)	0,00
Não	13 (92,86)	1 (7,14)	
<b>Tem contato com o pai do bebê</b>			
Sim	97 (44,91)	119 (55,09)	0,69
Não	8 (50,00)	8 (50,00)	
<b>Têm amigas (os) para conversar</b>			
Sim	75 (41,21)	107 (58,79)	0,01
Não	30 (60,00)	20 (40,00)	
<b>Participa de grupos de atividades</b>			
Sim	16 (36,36)	28 (63,64)	0,18
Não	89 (47,34)	99 (52,66)	
<b>Tem alguma religião</b>			
Sim	88 (42,72)	118 (57,28)	0,02
Não	17 (65,38)	9 (34,62)	

Tabela 4 – Prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) segundo características da gravidez atual e gestações anteriores em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n= 232).

Característica	TMC		p valor
	Sim (%)	Não (%)	
<b>Primeira gravidez</b>			
Sim	80 (47,62)	88 (52,38)	0,24
Não	25 (39,06)	39 (60,94)	
<b>Trimestre gestacional</b>			
1º	20 (52,63)	18 (47,37)	0,42
2º	42 (46,67)	48 (53,33)	
3º	42 (40,78)	62 (59,22)	
<b>Número de filhos</b>			
0	90 (48,13)	97 (51,87)	0,07
1	9 (28,13)	23 (71,88)	
2	4 (36,36)	7 (63,64)	
3	2 (100,00)	0 (0,00)	
<b>Desejou a gravidez</b>			
Sim	52 (48,60)	55 (51,40)	0,34
Não	53 (42,40)	72 (57,60)	
<b>Mãe engravidou adolescente</b>			
Sim	66 (44,00)	84 (56,00)	0,60
Não	39 (47,56)	43 (52,44)	

Tabela 5 – Razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%) da associação entre ter religião, não ter amigas para conversar, não ter apoio da família e renda familiar e a presença de transtornos mentais comuns e em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n= 232).

Variável independente	RP brutas	IC 95%	RP ajustadas *	IC 95%
<b>Ter religião</b>	1,53	1,11 – 2,11	1,72	1,25 - 2,36
<b>Não ter amigas (os) para conversar</b>	1,45	0,51 – 0,91	1,48	1,13 - 1,92
<b>Não ter apoio da família</b>	2,20	1,77 – 2,72	2,18	1,69 - 2,81
<b>Renda familiar</b>				
Maior ou igual a 3 SM	1		1	
Menor que 3 SM	2,22	1,18 – 4,17	2,32	1,15 - 4,67

\* Ajustadas por idade, número de filhos e todas as variáveis do modelo.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R.A.L.P. 1994. Gravidez na adolescência: *In* Corrêa M.D. Noções práticas de Obstetrícia. Belo Horizonte: Coopmed Editora; p.489 – 93.
- ALI, M. *et al.*, 1997. Factors Influencing Adolescent Birth Outcome. *Ethiopian Medical Journal*, 1:35-42
- BANKS, M. H., 1983. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychological Medicine*, 13:349-353.
- BARNET, B.; JOFFE, A.; DUGGAN, A.K.; WILSON, M.D.; REPKE, J.T. 1996. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 150(1):64-9
- BARROS, A.J.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med. Res. Methodol*. 2003. Oct 20; 3:21
- BEBBINGTON, P. E.; HURRY, J.; TENNANT, C.; STURT, E.; WING, J. K., 1981. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11:561-579.
- BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil)/DHS (Demography and Health Survey), 1997. *Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. 1996.
- BORDIN I.A.S. Aspectos Gerais de Psiquiatria Infantil. In: Laranjeira R, Dartiu L., Almeida O.P., editores. Manual de Psiquiatria. Rj Ed. Koogan S.A. 1996.p.250-264.
- CAPUTO, V. G., BORDIN, I.A. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41 (4): 573-81.
- CASSORLA, R.M.S. Jovens que tentam suicídio: relacionamento social, gravidez e abortamentos: um estudo comparativo com jovens normais e jovens com problemas mentais (III). *J Bras Psiquiatr* 1985; 34:151-6.
- CHALEM, E.; MITSUSHIRO, S.S. *et al.*, 2007. Teenage pregnancy: behavioral and socio-demographic profile of an urban Brazilian population. *Cad Saúde Pública* vol23 (1) 177 – 86.
- COUTINHO, E. S. F., 1995. *Fatores sociodemográficos e morbidade psiquiátrica menor: Homogeneidade e heterogeneidade de efeitos*. Tese de doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde, 1999. Disponível em [www.datasus.com.br](http://www.datasus.com.br)
- FALCÃO T.M.L.; 1995. Peculiaridades da sexualidade do adolescente. *Revista Pediátrica de Pernambuco*. Recife, 8 (2): 37-39.

FINLAY-JONES, R. A. & BURVILL, P. W., 1977. The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological Medicine*, 7:475-489.

FLEISS, J. L., 1981. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons.

FREITAS, G.V.S., BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira* jul/set 2002 48(3): 245-9.

GAMA, S. G. N. *et al.* The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight, Brazil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

GOLDBERG, D. P. & BLACKWELL, B., 1972. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph no.21. London: Oxford University Press.

GOLDBERG, D. P. & HUXLEY, P., 1992. *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model*. London: Routledge.

GOLDBERG, D. P. & WILLIAMS, P., 1988. *The users guide to General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.

HEILBORN, M. L.; SALEM, T.; KNAUTH, D. R.; AQUI-NO, E. M. L.; BOZON, M.; ROHDEN, F.; VICTORA, C.; McCALLUM, C. & BRANDÃO, E. R. 2002. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, 8:13-45.

HENRIQUES-MUELLER M.H. & YUNES J., 1993. Gênero, Mujer y Salud en las Américas. Adolescencia: Equivocaciones y Esperanzas. *Public*: 541- OPS, Wash.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo Demográfico, 1991. Rio de Janeiro.

JESSE, D.E.; WALCOTT-MCQUIGG, J.; MARIELLA, A.; SWANSON, M.S., 2005. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *J Midwifery Women's Health*. 50 (5):405 – 10.

JONES, R.K.; DARROCH, J.E.; SINGH, S. 2005. Religious differentials in the sexual and reproductive behaviors of young women in the United States. *J Adolesc Health* 36, 279-288.

KUSCHNIR M.C.; MENDONÇA G.A. Risk factors associated with arterial hypertension in adolescents *Pediatr (Rio J)*. 2007 Jul-Aug; 83(4):335-42

LOGSDON, M.C.; BIRKIMER, J.C.; SIMPSON, T.; LOONEY, S. 2005. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 34(1): 46-54.

MADDALENO MATILDE et al. (Org.), 1995. *La salud del adolescente y del joven*. Washington, D.C.: OPS.

MARI, J. J. & WILLIAMS, P., 1985. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ 12 and SRQ 20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15:651-659.

MASKEY, S. Teenage pregnancy: doubts, uncertainties and psychiatric disturbance. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1991 Dec; 84(12): 723-5.

MENESES, C.R.A.M. Confiabilidade do GHQ-12 em uma amostra de adolescentes internados em uma unidade hospitalar no Rio de Janeiro. In Tese de Mestrado (*Morbidade psiquiátrica menor entre adolescentes cronicamente doentes atendidos em um ambulatório especializado no Rio de Janeiro*) Instituto de Medicina Social – UERJ, 2002.

MILAN, S., ICKOVICS, J.R., KERSHAW, T., LEWIS, J., MEADE, C., ETHIER, K. Prevalence, course and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *J. Consult Clin Psychol*; 72(2):328-40, 2004.

PELTZER, K.; CHERIAN, V. I.; CHERIAN, L., 1999. Minor psychiatric morbidity in South African secondary school pupils. *Psychology Reports*, 85(2): 397-402.

PINHEIRO, K.A.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, L.L.; TERRES, N.G.; SILVA, R.A. Transtornos mentais comuns em adolescentes: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2007, vol.29, n. 3, ISSN 1516-4446

POPULATION AND REFERENCE BUREAU, DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS – publicação do ano de 1992.

SABROZA, A.R. *et al.* 2004. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*.20 (1):130-37.

SCHMIDT, R.M., WIEMANN, C.M. & RICKERT, V.I. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years *postpartum*. *J Adolesc Health* 38(6): 712-18, 2006.

SECCO, M.L.; PROFIT, S.; KENNEDY, E.; WALSH, A. 2007. Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 36 (1):47-54.

SILBER, Tomas J.; GIURGIOVICH, Alejandra y MUNIST, Mabel M., 1995. La salud del adolescente y del joven. El embarazo en la adolescencia. *Publicación Científica* 552. OPS.

STEVENSON, W.; MATON, K.I.; TETI, D.M. 1999. Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *J Adolesc.* 22(1):109-21.

WAGNER, B.M., COLE, R. E, SCHWARTZMAN P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25:358-72.

WEICH, S.; LEWIS, G., 1998. Poverty, unemployment and common mental disorders: A population based cohort study. *British Medical Journal*, 317:115-119.

WHO (World Health Organization), 1986. *Young People's Health – A Challenge for Society*. World Health Organization Technical Report Series 731.

## 6 ARTIGO II – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: SEMPRE INDESEJADA?

Pregnancy in adolescence: always unwanted?

### 61 Resumo

**Introdução:** Estudos conduzidos em diferentes partes do mundo revelam que vem ocorrendo aumento no número de gestações em adolescentes, mais especificamente no grupo mais jovem (10 a 14 anos). Apesar de, em sua maioria, as gestações nessa faixa etária serem encaradas como indesejadas alguns estudos sugerem que em determinadas situações e/ou ambientes sociais, a gestação nessa faixa etária é desejada pela adolescente. **Objetivos:** 1) Determinar a prevalência do desejo de engravidar em uma população de adolescentes grávidas, em qualquer trimestre gestacional, e verificar possíveis associações com fatores socioeconômicos, demográficos, da gravidez e de rede social de apoio. 2) Avaliar o papel da idade como modificador de efeito da associação entre tais fatores e desejo de engravidar. **Métodos:** Estudo de corte transversal de base ambulatorial com jovens gestantes regularmente atendidas nos serviços de pré-natal de dois hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. A amostra foi de 232 gestantes entre 13 e 20 anos de idade, e a média de idade foi de 17,3 anos. A coleta de informações foi feita através de um questionário autopreenchível para avaliação de características da gravidez, rede social de apoio e fatores socioeconômicos e demográficos. **Resultados:** A prevalência de desejo de engravidar entre as gestantes adolescentes foi de 46,2%. No modelo final ajustado, as variáveis que apresentaram razões de prevalência (RP) estatisticamente significantes para associação com desejo de engravidar foram: ser casada ou viver em união estável (RP = 1,80; IC 95% 1,27-2,56), não ter amigas ou amigos com quem conversar (RP = 1,48; IC 95% 1,15-1,90). Adolescentes entre 12 e 16 anos e cursando o primeiro grau desejam menos a gravidez (RP = 0,57; IC 95% 0,38-0,88). **Conclusão:** Os resultados do estudo comprovam que a gravidez na adolescência não é necessariamente indesejada. Assim, fatores como viver em união estável e não ter amigos para conversar aumentam o desejo de engravidar. Por outro lado, ter entre 12 e 16 anos e ainda estar no primeiro grau diminui este desejo. Tais achados podem ajudar os

profissionais de saúde que lidam com essa faixa etária a identificar possíveis situações de risco para a gravidez, e assim direcionar sua orientação de forma precisa e adequada.

**Palavras-chave:** Gravidez, adolescência, desejo de engravidar.

## 6.2 Abstract

**Introduction:** Studies conducted all over the world show that the rates of pregnancy in adolescence are increasing especially in the early adolescence (10 to 14 years of age). Although the majority of pregnancies in this period are not desired some studies suggest that an expressive number of them could be even wanted. **Aims:**1) Assess the prevalence of pregnancy willingness and possible associations with socioeconomic and demographic factors and social support network in a population of pregnant adolescents 2) Verify if age should be an effect modifier in these associations. **Methods:** Cross sectional study conducted with pregnant adolescents regularly attending two public maternity. A sample of 232 pregnant adolescents between 13 and 20 years of age (mean: 17.3) completed a self-reported questionnaire to access socioeconomic and demographic data. **Results:** Prevalence of pregnancy willingness was 46.2%. Final adjusted model showed that being married (PR = 1.80; CI 95% 1.27-2.56) and do not have friends (PR = 1.48; CI 95% 1.15 -1.90) showed association with desire of being pregnant. Girls studying in the elementary grade and with 12 to 16 years of age showed less desire of being pregnant (PR = 0.57; IC 95% 0.38-0.88). **Conclusion:** Pregnancy may not always be unwanted. Some factors, as being married and do not have friends may have influence in these cases. Professionals dealing with adolescents should be aware of these issues to identify risk situations that could be successfully managed.

**Key words:** Pregnancy, adolescence, pregnancy willingness.

### 6.3 Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é o período da vida compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade. A população brasileira conta com uma parcela significativa (21,7%) de adolescentes entre 10 e os 19 anos de idade: 11, 1% entre 10 e 14 anos e 10, 6% entre 15 e 19 anos. Os dados estatísticos revelam que vem ocorrendo aumento no número de gestações em adolescentes, mais especificamente no grupo mais jovem (10 a 14 anos).

Com o movimento de liberação sexual, intensificado a partir da década de 60, o início das relações sexuais se tornou cada vez mais precoce e, concomitantemente, pode-se observar um aumento da frequência de gestações de adolescentes, fenômeno que vem sendo notado em diversos países. A taxa de fecundidade no Brasil em mulheres na faixa etária entre 15 e 19 anos no período entre 1986 e 1991 chegou a ser 40% maior entre aquelas que apresentavam renda familiar até um salário mínimo, quando comparadas àquelas com renda familiar de dez salários mínimos (CAMARANO, 1998).

A tecnologia no campo da contracepção e a assistência no âmbito da saúde reprodutiva e sexual têm avançado bastante ultimamente, mas muitas adolescentes ainda engravidam sem terem planejado a gestação (MANDU, 2002). As mudanças que vêm ocorrendo entre as adolescentes da América Latina, em especial aquelas referidas à sexualidade, levam a um alarmante aumento no índice de gravidez entre as jovens (LOPEZ, G. *et al.*, 1992).

O Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (PROSAD) propõe um modelo de atenção integral à saúde dos adolescentes baseado em conceitos biológicos e de risco. Nele, a gravidez na adolescência é abordada como um problema importante de saúde pública, uma vez que interfere no papel social das jovens. Este assunto é bastante presente na literatura e muitos estudos sugerem que, em sua maioria, as gestações nessa faixa etária são necessariamente encaradas como indesejáveis e com conseqüências biológicas, psicológicas e sociais negativas (BRANDÃO, 2003; MONTEIRO *et al.*, 1994).

O período da adolescência é uma etapa em que os jovens pretendem alcançar independência socioeconômica e se afastam progressivamente da família, na tentativa de criar um modelo pessoal de comportamento. Ao mesmo tempo, passam por adaptação às mudanças fisiológicas e anatômicas, pelo estabelecimento de novas relações no seu meio social e pelo desenvolvimento de potenciais para atividades ocupacionais e de diversão (HENRIQUES, 1993; ALI *et al.*, 1997). Embora observemos, nos dias atuais, maior aceitação da gravidez por parte das famílias, a jovem ainda tem que enfrentar sérias rejeições por parte da sociedade, particularmente por parte de parentes e amigos (PAL *et al.* 1997).

Cavasin (1994) observa que há atitudes ainda pouco conhecidas acerca do universo das mulheres menores de 20 anos de idade que contradizem o senso comum no que concerne aos desejos e dilemas da adolescência. Como exemplo, cita o fato de nem sempre ser indesejada uma gestação nesta idade. Muitos sociólogos concordam que as mães adolescentes ficam orgulhosas de seu estado, por materializarem um dos sonhos mais importantes para a mulher: ser mãe (HENRIQUES, 1993). Tais assertivas têm provocado revisões sobre o conceito de gravidez indesejada, em particular no tocante a adolescentes mais velhas, entre 17 e 19 anos, que podem ter vida afetiva mais estável com um companheiro. Sendo assim, o conceito poderia estar associado ao período que compreende a adolescência, desde que se estabelecesse o significado da maternidade para as meninas que começam a vivenciar a adolescência e para as que estão nos anos finais deste período (CAVASIN, 1994).

Em estudo que envolveu 4.827 adolescentes grávidas, em Campinas, São Paulo, Pinto e Silva (1998) observou que 11% delas referiram ser a gestação completamente não planejada, posto que estavam usando regularmente método anticoncepcional. Por outro lado, 73% afirmaram não estar em uso de quaisquer métodos para evitar a gravidez e, destas, 11% desejavam ficar grávidas. Em um estudo observacional envolvendo adolescentes gestantes em Campinas, Belo & Pinto e Silva (2004) observaram que, da amostra estudada, 67, 3% não usavam quaisquer métodos anticoncepcionais antes de engravidar, e que o principal motivo isolado alegado para o não-uso foi o desejo de engravidar (24, 5%).



De acordo com Neinstein *et al.* (1991), o desejo de ter um bebê pode estar ligado a determinados fatores, como: provar a fertilidade, solidificar o relacionamento com o parceiro, ter alguém para amar e cuidar, mudar o *status* na família para adquirir independência, demonstrar uma atitude rebelde contra a família ou libertar-se de um ambiente familiar abusivo. Segundo Correa e Coates (1991), embora o desejo consciente ou inconsciente de engravidar seja um dos fatores que levam à gravidez na adolescência, ele pode ser influenciado por fatores externos e internos, e um deles é o tipo de relacionamento familiar entre pais e filhos, que propicia determinados comportamentos, conforme relataram Guijarro *et al.* (1999). Algumas pesquisas apontam que a maioria das adolescentes que engravidam são filhas de mães que também engravidaram precocemente, um fenômeno psicológico de repetição da história materna, podendo ser a gravidez uma tentativa de reconciliação entre mãe e filha (SCHILLER, 1994; ABDALLAH *et al.*, 1998).

Alguns fatores são apontados, em estudos sobre o tema, como associados ao desejo de engravidar, por parte das adolescentes. Entre eles destaca-se a situação conjugal na qual aquelas que são casadas ou vivem uma relação estável desejam mais a gravidez (SMITH *et al.*, 1984; MONTGOMERY, 2002; AUBRY *et al.*, 1988). Heavey *et al.* (2008) examinaram outras variáveis associadas ao desejo de engravidar entre adolescentes americanas de baixa renda e observaram que aquelas de origem hispânica desejaram muito mais a gravidez do que as afro-americanas e, da mesma forma, aquelas que se encontravam fora da escola também mostraram maior desejo pela gravidez.

Estudos recentes têm criticado o enfoque de risco que permeia a literatura sobre sexualidade e reprodução na adolescência, procurando, por outro lado, evidenciar a complexidade do fenômeno e os desafios colocados para sua adequada investigação (BRANDÃO, 2003; LE VAN, 1998; STERN; MEDINA, 2000).

O presente estudo teve como objetivo determinar a prevalência do desejo de engravidar em uma população de gestantes adolescentes, em qualquer trimestre gestacional, e verificar possíveis associações com alguns fatores socioeconômicos, demográficos, da gravidez e de rede social de apoio.

## 6.4 Metodologia

### 6.4.1 Desenho e população de estudo

Estudo de corte transversal de base ambulatorial. Participaram do estudo 250 jovens gestantes regularmente atendidas, no período de maio a outubro de 2007, nos serviços de pré-natal de dois hospitais públicos do município do Rio de Janeiro: O Hospital Pro Matre e o Hospital Maternidade Carmela Dutra, o primeiro localizado no centro da cidade, e o segundo, no bairro do Lins de Vasconcellos. Ambos são unidades de saúde de grande tradição no atendimento a gestantes no Rio de Janeiro.

O Hospital Maternidade Carmela Dutra foi fundado em 1949 e faz parte hoje da rede municipal de saúde, oferecendo serviço de pré-natal a gestantes adolescentes e adultas e realizando mais de 10.000 consultas por ano. O Hospital Maternidade Pro Matre foi fundado em 1918 e é hoje a maior maternidade do Estado do Rio de Janeiro, realizando 10% de todos os partos do estado.

Dos questionários respondidos, 18 apresentavam dados incorretos ou faltantes e foram, por conseguinte, também excluídos do estudo. Não houve recusas em participar entre todas as gestantes abordadas. Foram efetivamente analisados 232 questionários, aplicados pela própria pesquisadora e obedecendo aos dias de atendimento de pré-natal nas unidades selecionadas, duas vezes por semana em cada uma delas. Todas as gestantes adolescentes eram abordadas e convidadas a participar. Na Maternidade Carmela Dutra, os questionários eram aplicados às terças e quintas-feiras, e na Maternidade Pro Matre, às quartas e sextas-feiras.

### 6.4.2 Instrumentos

Para a coleta de informações foi utilizado um questionário autopreenchível, visando a obter informações sobre as características sociodemográficas, econômicas e de rede social de apoio, além dos dados específicos da gravidez (Anexo 2).

A pergunta que contempla a variável de desfecho deste estudo, ou seja, se a adolescente desejou ou não a gravidez, encontrava-se no questionário citado. Os dados socioeconômicos e demográficos incluíram idade, sexo, raça / cor (preta, parda, branca, amarela e indígena), escolaridade, religião, situação conjugal, renda familiar e situação conjugal dos pais. Quanto à rede social de apoio, as variáveis contemplaram situações como, por exemplo, se deixou a escola por conta da gravidez, se tem amigos ou amigas com quem contar em situações difíceis, se participa de algum grupo de atividades em igrejas, clubes, associações de moradores ou academias, (se pode contar com o apoio da família em situações difíceis e se ainda tem contato com o pai do bebê). Além disso, foram investigados fatores específicos da gravidez, como trimestre gestacional, se era ou não a primeira gravidez e se já tinha filhos.

#### 6.4.3 Análise dos dados

Inicialmente foram elaboradas as distribuições de freqüências simples e relativas, com intervalos de confiança de 95% (IC 95%) de cada uma das variáveis de estudo. A variável de desfecho – desejo de engravidar – foi tratada como variável dicotômica (sim ou não). Foram então realizadas análises bivariadas e multivariadas entre as variáveis de exposição e desfecho, através das Razões de Prevalência (RP). Nas análises bivariadas, os testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para avaliar a significância estatística entre as possíveis associações com nível de significância de 5%.

Em seguida foi utilizado o modelo de regressão log-binomial (BARROS; HIRAKATA, 2003), uma vez que este é capaz de estimar diretamente a razão de prevalência, ao contrário do modelo tradicional de regressão logística habitualmente utilizado em estudos de prevalência, que estima a razão de chances – *odds ratio* (OR) – e superestima a RP quando a prevalência do desfecho na população estudada é elevada.

O modelo log-binomial foi ajustado com as variáveis de exposição. O nível de significância utilizado para selecionar aquelas variáveis que permaneceriam no modelo final foi o de 0,10, com o objetivo de não excluir potencial fator de confusão. Para a indicação de associação estatisticamente significativa, foi usado o nível 0,05.

Após a seleção das variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável de desfecho (desejo de engravidar), chegamos ao modelo final, visando a maior poder de explicação do desfecho mencionado.

## 6.5 Resultados

A população de estudo foi de 232 gestantes adolescentes com idades entre 13 e 20 anos (não houve participantes com 12 anos), com média de idade de 17, 4 anos. A prevalência total de desejo de engravidar nesta população foi de 46, 2%.

A tabela 1 apresenta as prevalências de desejo de engravidar segundo as principais características socioeconômicas e demográficas da amostra, presença de transtornos mentais comuns (TMC) e rede social de apoio. É importante destacar que, com relação à raça / cor, a maior prevalência de desejo de engravidar (65%) ocorreu entre as adolescentes que se autodeclararam amarelas ou indígenas, seguidas das que se declararam pretas ou pardas (47, 6%) e brancas (37, 7%) ( $p = 0, 08$ ). As gestantes casadas ou em união estável desejaram muito mais a gravidez que as solteiras ou separadas, respectivamente, 54, 0% e 31, 2%, sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p = 0, 01$ ). Aquelas meninas que referiram não ter amigas ou amigos para conversar sobre seus problemas desejaram muito mais ficar grávidas do que as que afirmaram o contrário, 58, 0% e 42, 9%, respectivamente, diferença que teve significância estatística ( $p = 0, 05$ ).

Na tabela 2, podemos observar as prevalências de desejo de engravidar segundo as características da gravidez. Não houve diferenças estatisticamente significantes nas prevalências do desejo de engravidar segundo as características elencadas.

O modelo final ajustado (tabela 3) mostrou que ser casada ou viver em união e ter amigas ou amigos com quem conversar foram os fatores que se mantiveram associados de forma estatisticamente significativa com o desejo de engravidar. Gestantes casadas ou vivendo em união apresentavam 80% mais desejo de engravidar do que as solteiras ou separadas, e ter amigas ou amigos com quem conversar aumentava em 48% o desejo de engravidar.

Na tabela 4 observamos que, após estratificação por faixa etária (12 a 16 anos e 17 a 20 anos), as adolescentes que ainda cursavam o primeiro grau e que tinham entre 17 e 20 anos apresentavam prevalência bem maior de desejo de

estarem grávidas (61,11%) do que aquelas entre 12 e 16 anos (32,76%), mas esta associação é apenas marginalmente significativa ( $p= 0,06$ ).

Na análise multivariada, as razões de prevalência brutas e ajustadas por situação conjugal e por ter amigas ou amigos com quem conversar mostraram que as adolescentes entre 12 e 16 anos que cursavam o primeiro grau apresentavam uma redução em torno de 43% na prevalência de desejo de engravidar, diferença que foi estatisticamente significativa. O termo de interação entre faixa etária e escolaridade mostrou-se associado de forma estatisticamente significativa com o desejo de engravidar, mesmo após o ajuste por situação conjugal e ter amigas com quem conversar ( $p = 0,02$ ). Este achado fala a favor da idade como um modificador de efeito da associação entre escolaridade e desejo de engravidar.

## 6.6 Discussão

Este estudo mostrou uma prevalência importante de desejo de engravidar entre as adolescentes (46, 2%), corroborando estudos que observaram que a gravidez na adolescência não necessariamente é indesejada e muitas vezes materializa expectativas das jovens no sentido de obterem maior reconhecimento social (CAVASIN, 1994; HENRIQUES, 1993). Alguns estudos encontraram prevalências semelhantes de desejo de engravidar entre gestantes adolescentes, (ZABIN *et al.*, 1993; HEAVEY *et al.*, 2008).

Alguns autores observaram ser a situação conjugal da adolescente fator determinante na prevalência de desejo de engravidar, uma vez que aquelas que têm situação conjugal estável com um companheiro tendem a desejar mais a gravidez (SMITH *et al.*, 1984; MONTGOMERY, 2002; AUBRY *et al.*, 1988). De fato, em nosso estudo pudemos observar que as jovens que se declararam casadas ou vivendo em união estável mostraram uma prevalência bem maior de desejo de engravidar em relação às solteiras ou separadas, diferença estatisticamente significativa ( $p=0,01$ ). No presente estudo, o fato de a adolescente não ter amigas ou amigos com quem conversar foi associado significativamente ao desejo de estar grávida ( $p=0,05$ ). Na literatura encontramos alguns estudos que obtiveram resultados semelhantes, que podem ser relacionados ao reconhecimento social que a gravidez proporcionaria (DE CARVALHO, 2007; MONTGOMERY, 2002), de acordo com o que foi descrito acima.

HEAVEY *et al.* (2008) examinaram outras variáveis associadas ao desejo de engravidar entre adolescentes americanas de baixa renda e observaram que aquelas de origem hispânica desejaram muito mais a gravidez do que as afro-americanas e, da mesma forma, aquelas que se encontravam fora da escola também mostraram maior desejo de gravidez. No achados do presente estudo, pudemos constatar que aquelas jovens que se autodeclararam amarelas ou indígenas apresentaram prevalência mais elevada de desejo de engravidar, quando comparadas às brancas e negras ou pardas; entretanto, esta diferença foi apenas marginalmente significativa.

Com relação ao abandono escolar, encontramos resultados opostos aos descritos anteriormente, uma vez que observamos que as adolescentes que referiram não ter abandonado a escola desejaram mais a gravidez, quando comparadas àquelas que o fizeram; no entanto, essa diferença teve significância estatística apenas marginal. A escolaridade é fator freqüentemente associado ao desejo de engravidar entre jovens adolescentes (HEAVEY *et al.*, 2008; AUBRY *et al.*, 1988), no presente estudo chama a atenção o fato de que as jovens que se encontravam na faixa etária dos 17 aos 20 anos – portanto, a fase mais tardia da adolescência – apresentavam mais desejo de engravidar quando possuíam menor escolaridade. Da mesma forma, encontramos vários estudos que relacionam a pouca escolaridade à não-adoção de práticas preventivas, motivando, por conseguinte, maior vulnerabilidade à gravidez na adolescência (GUIMARÃES, 2001; SILBER *et al.*, 1995; XIMENES NETO *et al.*, 2007).

Podemos observar que, na literatura, tais constatações estão motivando revisões sobre o conceito de gravidez indesejada, em particular no tocante a jovens que se encontram na fase mais tardia da adolescência e que podem ter relacionamentos mais estáveis com um companheiro. Sendo assim, o conceito poderia estar associado ao período que compreende a adolescência, desde que se estabelecesse o significado da maternidade para as meninas que começam a vivenciar a adolescência e para as que estão nos anos finais deste período (CAVASIN, 1994).

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas: Estudos seccionais, ao limitarem a avaliação do desfecho em uma única vez, aumentam a possibilidade de causalidade reversa, ou seja, de que este seja a causa e não o resultado na associação com as variáveis explicativas. Em nosso estudo, entretanto, as variáveis que permaneceram no modelo final na associação com desejo de engravidar foram

escolaridade, estado civil e ter amigas para conversar, que, à exceção do estado civil, provavelmente, não sofreram influência do desenho seccional, já que não é esperado que a causalidade reversa, neste caso, possa explicar os resultados. Além disso, o fato de não haver associação entre trimestre gestacional e desejo de engravidar (prevalências semelhantes nos três trimestres gestacionais) fala a favor de que o desenho seccional, neste caso, em que o objetivo é avaliar associação entre características socioeconômicas e demográficas e da gravidez com o desejo de engravidar, seja adequado. O desenho longitudinal permitiria avaliar a mudança no desejo de engravidar ao longo da gestação, mas a não associação com trimestre gestacional fala a favor de que fatores anteriores à gravidez tenham um papel preponderante neste desejo.

Por último, as características da população de estudo (adolescentes grávidas atendidas em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro) somente permitem que os resultados obtidos sejam generalizados para populações de adolescentes gestantes atendidas em ambulatórios de hospitais públicos especializados.

Concluimos que as adolescentes que se tornam mães nem sempre o fazem sem assim o desejarem e, portanto, a equipe de saúde que lida com essa faixa etária deve estar pronta para entender e apoiar essas jovens, orientando-as da melhor forma possível para que vivam em plenitude etapa tão importante de suas vidas.

Tabela 1. Prevalência\* de desejo de engravidar entre adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro, segundo fatores socioeconômicos, demográficos, presença de transtornos mentais comuns e rede social de apoio (n = 232).

Característica	Desejo de engravidar		p valor
	Sim (%)	Não(%)	
<b>Raça/cor</b>			
Preta/parda	68(47,6)	75(52,5)	0,08
Amarela	13(65,0)	7(35)	
Branca	26(37,7)	43(62,32)	
<b>Faixa etária</b>			
12 a 16 anos	36(40,0)	54(60,0)	0,14
17 a 20 anos	71(50,0)	71(50,0)	
<b>Escolaridade</b>			
Primeiro grau	41(43,6)	53(56,4)	0,53
Segundo grau	66(47,8)	72(52,2)	
<b>Estado civil</b>			
Casada/união	82(54,0)	70(46,0)	0,01
Solteira/separada	25(31,2)	55(68,8)	
<b>Abandonou a escola quando engravidou</b>			
Sim	29(38,2)	47(61,8)	0,09
Não	78(50,0)	78(50,0)	
<b>Trabalha</b>			
Sim	11(35,5)	20(64,5)	0,20
Não	96(47,8)	105(52,2)	
<b>Renda familiar</b>			
Menor que 3 SM	16(44,4)	20(55,6)	0,82
Maior ou igual 3 SM	91(46,4)	105(53,6)	
<b>Pais vivem</b>			
Juntos	37(43,0)	49(56,7)	0,46
Separados	70(48,0)	76(52,0)	
<b>Tem apoio de família</b>			
Sim	100(45,9)	118(54,1)	0,76
Não	7(50,0)	7(50,0)	
<b>Tem amigas (os) para conversar</b>			
Sim	78(42,9)	104(57,1)	0,05
Não	29(58,0)	21(42,0)	
<b>Participa de grupos de atividades</b>			
Sim	16(36,4)	28(63,6)	0,14
Não	91(48,4)	97(51,6)	
<b>Tem alguma religião</b>			
Sim	96(46,6)	110(53,4)	0,67
Não	11(42,3)	15(57,7)	
<b>TMC</b>			
Sim	52(49,5)	53(50,5)	0,34
Não	55(43,3)	72(56,7)	

\* A prevalência total de desejo de engravidar na amostra foi igual a 46,2%.



Tabela 2. Prevalência de desejo de engravidar entre adolescentes grávidas, segundo características da gravidez em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n = 232).

Característica	Desejo de engravidar		p valor
	Sim(%)	Não(%)	
<b>Primeira gravidez</b>			
Sim	76(45,2)	92(54,8)	0,66
Não	31(48,4)	33(51,6)	
<b>Trimestre gestacional</b>			
1º	18(47,4)	20(52,6)	0,66
2º	38(42,2)	52(57,8)	
3º	50(48,5)	53(51,5)	
<b>Número de filhos</b>			
0	88(47,1)	99(52,9)	0,52
1	15(46,9)	17(53,1)	
2 ou mais	4(30,8)	9(62,2)	
<b>Mãe engravidou adolescente</b>			
Sim	74(49,3)	76(50,6)	0,18
Não	33(40,2)	49(59,7)	

Tabela 3. Razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas\* e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%) da associação entre escolaridade, estado civil e ter amigas(os) para conversar com desejo de engravidar em uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n = 232).

Variável independente	RP brutas	IC 95%	RP ajustadas	IC 95%
<b>Escolaridade</b>				
Primeiro grau	1		1	
Segundo grau	0,91	0,68 – 1,21	0,90	0,69 – 1,18
<b>Estado civil</b>				
Solteira/separada	1		1	
Casada/vivendo em união	1,73	1,21 – 2,47	1,80	1,27 – 2,56
<b>Ter amigas (os) com quem conversar</b>				
Sim	1		1	
Não	1,35	1,02 – 1,80	1,48	1,15 – 1,90

\* ajustadas por todas as variáveis do modelo e por raça / cor e abandono escolar por causa da gravidez.

Tabela 4. Prevalência de desejo de engravidar, razões de prevalência brutas e ajustadas\* da associação entre escolaridade e desejo de engravidar, por idade, de uma população de adolescentes grávidas de duas instituições públicas do Rio de Janeiro (n = 232)

Variável independente	RP brutas	IC 95%	RP ajustadas	IC 95%
<b>Escolaridade</b>				
Primeiro grau	1		1	
Segundo grau	0,91	0,68 – 1,21	0,90	0,69 – 1,18
<b>Estado civil</b>				
Solteira/separada	1		1	
Casada/vivendo em união	1,73	1,21 – 2,47	1,80	1,27 – 2,56
<b>Ter amigas (os) com quem conversar</b>				
Sim	1		1	
Não	1,35	1,02 – 1,80	1,48	1,15 – 1,90

\* ajustadas por todas as variáveis do modelo e por raça / cor e abandono escolar por causa da gravidez.

## 6.7 Referências

ABDALLAH, V. O. S. *et al.* 1998. *Pediatria Moderna*; 34(9): 561-70.

ALI, M. *et al.*, 1997. Factors Influencing Adolescent Birth Outcome. *Ethiopian Medical Journal*, 1:35-42.

AUBRY, C.; SCHWEITZER, M.; DESCHAMPS, J. P. 1988. The wish for a baby and pregnancy in adolescence. *Arch Fr Pediatr.* 45 (10): 845-9.

BELO, M. A. V.; PINTO E SILVA, J. L. 2004. Conhecimento, atitudes e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública* 38 (4): 479-487.

- BRANDÃO, E. R., 2003. *Individualização e Vínculo Familiar em Camadas Médias: Um Olhar Através da Gravidez na Adolescência* de Doutorado: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROSAD. 1993. Normas de atenção á saúde integral do adolescente. Brasília – DF.
- CAMARANO, A. A., 1998. Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: Seminário Gravidez na Adolescência, *Anais*, pp. 35-46.
- CAVASIN, S., 1994. Gravidez na adolescência: o que considerar? *Boletim Transa Legal para Educadores*, n. 2 - Ano I. *Enfoque Fem*: 3 (4):17-19.
- CORREA, M. M., COATES V., 1991. Implicações sociais e o papel do pai. In: *Maakaron, M.F. Souza, R.P. Cruz A.R. Tratado de Adolescência: Cultura Médica*, pp 408-15.
- DE CARVALHO, J.E. 2007. How can a child be a mother? Discourse on teenage pregnancy in a Brazilian favela. *Cult Health Sex* 9 (2):109-20.
- FALCÃO T. M. L.; 1995. Peculiaridades da sexualidade do adolescente. *Revista Pediátrica de Pernambuco*. Recife, 8 (2): 37-39.
- GUIJARRO, S. *et al.*, 1999. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health*; 25(2):166-72.
- GUIMARÃES, E. B. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito M. I., SILVA, L. E. V. . *Adolescência: prevenção e riscos*. São Paulo (SP):Atheneu 2001. pp291-8.
- HEAVEY, E. J.; MOYSICH, K. B.; HYLAND, A.; DRUSCHEL, C. M.;SILL, M. W. Differences in pregnancy desire among female adolescents at a state-funded family planning clinic, 2008. *J Midwifery Womens Health* 53(2):130-7.
- HENRIQUES-MUELLER M. H. & YUNES J., 1993. Gênero, Mujer y Salud en las Américas. *Adolescencia: Equivocaciones y Esperanzas*. *Public*: 541- OPS, Wash.
- LE VAN, C., 1998. *Les Grossesses à l'Adolescence*. Normes Sociales, Realités Vecues. Paris: L'Harmattan.
- LOPEZ A., F. V. *et al.*, 1989. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 23:473-7.
- MANDU, E. N. T., 2002 Trajetória assistencial no âmbito da Saúde reprodutiva e sexual: *Revista Latino-americana de Enfermagem* maio-junho; 10(3): 358-71.
- MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; REIS, A. F. F. 1994. Risk factors in teenage pregnancy. *Int J Obstet Gynecol* 46 suppl 1:88.

MONTGOMERY, K. S., 2002. Planned adolescent pregnancy: what they wanted. *J Pediatr Health Care* 16 (6): 282-9.

NEINSTEIN, L. S., RABINOVITCH, S. & SCHNEIR, A., 1991. Teenage pregnancy. In: *Adolescent Health Care: A Practical Guide* pp 561-573. Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

PAL, A.; GUPTA, K. B.; RANDHAWA, I., 1997. Adolescent Pregnancy: A High Risk Group. *Journal of the Indian Medical Association*, 5:127-8.

PINTO E SILVA, J. L. Pregnancy during adolescence: Wanted vs. Unwanted. *Int J Gynecol Obstetr* 63(1) S151-S156, 1998.

POPULATION AND REFERENCE BUREAU, DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS – publicação do ano de 1992.

SCHILLER, R., 1994. Gravidez na Adolescência: uma questão de hereditariedade. *Pediatria Moderna*; 30(6):984-6.

SILBER, T. J.; GIURGIOVICH, A.; MUNIST, M. M., 1995. La salud del adolescente y del joven. El embarazo en la adolescencia. *Publicación Científica* 552. OPS.

SMITH, P.; WEINMAN, M.; NENNEY, S. W. 1984. Desired pregnancy in adolescence. *Psychol Rep* 54(1): 227-31.

STERN, C. & MEDINA, G., 2000. Adolescência y salud en México. In: *Cultura, Adolescência e Saúde: Argentina, Brasil e México* (M. C. Oliveira, org. ) pp. 98-160, Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina.

XIMENES NETO, F. R. G.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. C. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev. bras enferm* vol 60(3) Brasília maio / junho 2007.

WESTERN CAPE DEPARTMENT OF EDUCATION – publicação do ano de 2001.

WHO (World Health Organization), 1986. *Young People's Health – A Challenge for Society*. World Health Organization Technical Report Series 731.

ZABIN, L. S.; ASTONE, N. M.; EMERSON, M. R. Do adolescents want babies? The relationship between attitudes and behavior. 1993. *J Res Adolesc* 3(1):67-86.

## 7 CONCLUSÃO

A adolescência tem-se tornado tema freqüente nas pesquisas científicas no Brasil e no mundo. Entretanto, ainda existem questões que devem ser mais bem exploradas, para que os adolescentes possam viver em plenitude essa fase tão importante de suas vidas.

A gravidez na adolescência é questão de interesse por parte da população, da classe médica e também dos gestores de saúde em nosso país, mas há que se dedicar maior atenção à saúde mental dessas jovens que tão precocemente e, muitas vezes, sem assim o desejarem, são alçadas à condição de mães sem estarem preparadas para tal.

No presente estudo, pudemos observar uma prevalência bastante significativa de transtornos mentais comuns entre as gestantes adolescentes analisadas, o que nos faz pensar no fato de como essas meninas estão sendo recebidas e orientadas nos diversos centros de saúde a que recorrem. Também é importante analisar e tentar interferir positivamente nas redes sociais de apoio que têm essas jovens, pois ficou claro para nós que essas meninas que engravidam adolescentes necessitam sobremaneira de apoio por parte da família e de amigos, para que consigam vencer essa etapa conturbada de suas vidas sem maiores prejuízos emocionais.

Chamou-nos a atenção, neste estudo, a associação entre transtornos mentais comuns e religião, o que nos leva a considerar que aquilo que muitas vezes pode ser considerado como suporte emocional possa, em outras situações, ser fator de agravo à saúde mental. A associação robusta com renda familiar novamente nos faz concluir que o ideal seria termos condições de viver em um país onde houvesse melhor distribuição de renda. Pensamos que este estudo é mais uma ferramenta de que dispomos para enfrentar mudanças que seriam de fato muito bem-vindas.

Na medida em que o trabalho estava sendo desenvolvido, também nos chamou a atenção o percentual significativo de jovens que afirmaram ter desejado engravidar – isso porque a gravidez na adolescência é, na maioria das vezes, descrita na literatura como evento indesejado para as jovens. Já existem estudos chamando a atenção para esse fato, e nossos achados corroboram a hipótese de que talvez sejam necessárias diferentes abordagens de acordo com a idade das

jovens que engravidam, uma vez que, para aquelas que se encontram na fase mais tardia da adolescência, a gravidez pode ser até evento muito desejado.

Baseados nos achados deste estudo, podemos mais uma vez destacar a importância de uma equipe multidisciplinar no atendimento não só às jovens gestantes, como aos adolescentes de uma forma geral.

A principal limitação do presente estudo diz respeito à natureza seccional do desenho, quando as observações são realizadas em uma única oportunidade. Cabe ressaltar que a amostra utilizada diz respeito a adolescentes grávidas atendidas em dois ambulatórios públicos especializados que atendem à população de classes menos favorecidas, o que limita as possibilidades de os achados serem generalizados para a população em geral e, portanto, a validade externa do estudo. No entanto, nossos achados são consistentes com aqueles encontrados na literatura, e isso vem reforçar a necessidade e importância de que se realizem estudos longitudinais que avaliem a saúde mental das adolescentes grávidas.

## REFERÊNCIAS

- ABDALLAH, V. O. S. et al. 1998. *Pediatria Moderna*; 34(9): 561-70.
- AGUIAR, R. A. L. P. 1994. Gravidez na adolescência: Corrêa M. D. Noções práticas de Obstetrícia. Belo Horizonte: Coopmed Editora; p. 489 – 93.
- ALI, M. et al., 1997. Factors Influencing Adolescent Birth Outcome. *Ethiopian Medical Journal*, 1:35-42
- ANDRADE, L. A. S. G. & GORESTEIN, C., 1998. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), novembro-dezembro. Edição especial – parte II
- ARAYA, R.; WYNN, R.; LEWIS, G., 1992. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27:168-173.
- AUQUIER, P., SIMEONI, M.C. & MENDIZABAL, H., 1997. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée a la santé. *Revue prevenir* 33:77-86
- BANKS, M. H., 1983. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychological Medicine*, 13:349-353.
- BARNET, B.; JOFFE, A.; DUGGAN, A. K.; WILSON, M. D.; REPKE, J. T. 1996. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 150(1):64-9
- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. 2003. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med. Res. Methodol*. Oct 20; 3:21
- BEBBINGTON, P. E.; HURRY, J.; TENNANT, C.; STURT, E.; WING, J. K., 1981. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*. 11:561-579.
- BELO, M. A. V.; PINTO E SILVA, J. L. 2004. Conhecimento, atitudes e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública* 38 (4): 479-487.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil)/DHS (Demography and Health Survey), 1997. *Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. 1996.
- BORDIN I. A. S. 1996. Aspectos Gerais de Psiquiatria Infantil. In: Laranjeira R, Dartiu L., Almeida O. P., editores. Manual de Psiquiatria. Rj Ed. Koogan S. A. p. 250-264.
- BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA JR. 1995. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29 (5):355-363.



- BRANDÃO, E. R., 2003. *Individualização e Vínculo Familiar em Camadas Médias: Um Olhar Através da Gravidez na Adolescência* de Doutorado: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. 1999. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde 1999. Disponível em [www.datasus.com.br](http://www.datasus.com.br)
- CAMARANO, A. A., 1998. Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: Seminário Gravidez na Adolescência, *Anais*, pp. 35-46.
- CAPUTO, V. G., BORDIN, I. A. 2007. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. *Rev. Saúde Pública*; 41 (4): 573-81.
- CASSORLA, R. M. S. 1985. Jovens que tentam suicídio: relacionamento social, gravidez e abortamentos: um estudo comparativo com jovens normais e jovens com problemas mentais (III). *J Bras Psiquiatr*, 34:151-6.
- CAVASIN, Sylvia, 1994. Gravidez na adolescência: o que considerar? *Boletim Transa Legal para Educadores*, n. 2 - Ano I. *Enfoque Fem*: 3 (4):17-19.
- CHALEM, E.; MITSUSHIRO, S. S. *et al.*, 2007. Teenage pregnancy: behavioral and socio-demographic profile of an urban Brazilian population. *Cad Saúde Pública* vol23 (1) 177 – 86.
- COARD S. *et al.*, 1998. Predictors of repeat pregnancy in urban adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*; 22(2): 173.
- COATES, V., CORREA, M. M. 1993. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais V Congresso de Adolescência. Belo Horizonte; p. 581-2.
- CORREA, M. M., COATES V., 1991. Implicações sociais e o papel do pai. In: *Maakaron, M. F. Souza, R. P. Cruz A. R. Tratado de Adolescência: Cultura Médica*, pp 408-15.
- COUTINHO, D. M., 1976. *Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal: um estudo do Maciel*. Dissertação de mestrado em Medicina, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- COUTINHO, E. S. F., 1995. *Fatores sociodemográficos e morbidade psiquiátrica menor: Homogeneidade e heterogeneidade de efeitos*. Tese de doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- DE CARVALHO, J.E. 2007. How can a child be a mother? Discourse on teenage pregnancy in a Brazilian favela. *Cult Health Sex* 9 (2):109-20.
- FACUNDES, V.L.; LUDERMIR, A.B. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatr*.2005 Sep; 27(3): 194-200.Epub 2005 Oct 4.
- FALCÃO T.M.L.; 1995. Peculiaridades da sexualidade do adolescente. *Revista Pediátrica de Pernambuco*. Recife, 8 (2): 37-39.

FINLAY-JONES, R. A. & BURVILL, P. W., 1977. The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological Medicine*, 7:475-489.

FLEISS, J. L., 1981. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons.

FREITAS, G. V. S., BOTEAGA, N. J. Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira* jul/set 2002 48(3): 245-9.

GAMA, S. G. N. *et al.* The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight, Brazil. *Rev. Saúde Pública.*, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

GELDSTEIN, R. N.; PANTELIDES, E. A., 1997. Double subordination, double risk: Class, gender and sexuality in adolescent women in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 9:121-131.

GOLD, M. R., SIEGEL, J. E., RUSSEL, L. B., WEINSTEIN, M. 1996. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York: Oxford University Press.

GOLDBERG, D. P. & BLACKWELL, B., 1970. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, ii: 439-443.

GOLDBERG, D. P. & BLACKWELL, B., 1972. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph no. 21. London: Oxford University Press.

GOLDBERG, D. P. & HUXLEY, P., 1992. *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model*. London: Routledge.

GOLDBERG, D. P. & WILLIAMS, P., 1988. *The users guide to General Health Questionnaire*. Windsor: Nfer-Nelson.

GUIJARRO, S. *et al.*, 1999 . Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health*; 25(2):166-72.

GUIMARÃES, E. B. 2001. Gravidez na adolescência: fatores de risco. In: Saito M. I., SILVA, L. E. V. . *Adolescência: prevenção e riscos*. São Paulo (SP):Atheneu 2001. pp291-8.

HARDING, T. W, DE ARANGO, M. V., BALTAZAR, J., CLIMENT, C. E, IBRAHIM, H. H, LADRIDO-IGNACIO, L., MURTHY, R. S, WIG, N. N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis . *Psychol Med*. 1980 May;10(2):231-41.

HEAVEY, E. J.;MOYSICH, K. B.; HYLAND, A.; DRUSCHEL, C. M.;SILL, M. W. 208. Differences in pregnancy desire among female adolescents at a state-funded family planning clinic. *J Midwifery Womens Health* 53(2):130-7.

HEILBORN, M. L.; SALEM, T.; KNAUTH, D. R.; AQUI-NO, E. M. L.; BOZON, M.; ROHDEN, F.; VICTORA, C.; McCALLUM, C. & BRANDÃO, E. R., 2002. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, 8:13-45.

HENRIQUES-MUELLER M. H. & YUNES J., 1993. Gênero, Mujer y Salud en las Américas. Adolescencia: Equivocaciones y Esperanzas. *Public*: 541- OPS, Wash.

HOFFMANN, S. D., 1998. Teenage childbearing is not so bad after all. . . or is it? A review of the new literature. *Family Planning Perspectives*, 30:236-243.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1991. *Censo Demográfico*, 1991. Rio de Janeiro.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA & FJP – FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2000. Definição e Metodologia de Cálculo dos Indicadores e Índices de Desenvolvimento Humano e Condições de Vida.

JESSE, D. E.; WALCOTT-MCQUIGG, J.; MARIELLA, A.; SWANSON, M. S., 2005. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *J Midwifery Women's Health*. 50 (5):405 – 10.

JONES, R. K.; DARROCH, J. E.; SINGH, S. 2005. Religious differentials in the sexual and reproductive behaviors of young women in the United States. *J Adolesc Health* 36, 279-288.

KESSLER, R. C., 1995. Epidemiology of psychiatric co morbidity. In: *Textbook in Psychiatric* (Tsuang, M. T.; Thhen, M.; Zahner, G. E. P., eds. ), pp. 179-198. Wiley-liss.

KENDALL, R., 1975. *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

KONIAK-GRIFFIN, D., WALKER, D. S., de TRAVERSAY, J. 1996. Predictors of depression symptoms in pregnant adolescents. *J Perinatol*, 16(1): 69-76.

KONIAK-GRIFFIN, D. *et al.*, 2000. A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: out-comes from pregnancy through 6 weeks postpartum. *Nurs Res*; 49:130-8.

KUSCHNIR M. C.; MENDONÇA G. A. 2007. Risk factors associated with arterial hypertension in adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. Jul-Aug; 83(4):335-42

LEDERMAN, R.P. 1984. Anxiety and conflict in pregnancy: relationship to maternal health status. *Annu Rev Nurs Res*.; 2:27-61

LE VAN, C., 1998. Les Grossesses à l'Adolescence. Normes Sociales, Realités Vecues. Paris: L'Harmattan.

- LESH, E. & KRUGER, L. M., 2005. Mothers, daughters and sexual agency in one low-income South African community. *Social Science and Medicine*, 61:1072-1082.
- LEWIS, G., 1991. Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26:265-272.
- LOGSDON, M. C.; BIRKIMER, J. C.; SIMPSON, T.; LOONEY, S. 2005. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 34(1): 46-54.
- LOPES, C. S, FAERSTEIN, E., CHOR, D. 2003. Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. *Cad Saude Publica*. Nov-Dec; 19(6): 1713-20.
- LOPEZ A., F. V. et al., 1989. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 23:473-7.
- LOPEZ G., YUNES J., SOLÍS J. A., OMRAN A., 1992. *Salud Reproductiva en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS.
- MADDALENO MATILDE et al. (Org. ). 1995. *La salud del adolescente y del joven*. Washington, d. C. : OPS.
- MANDU, E. N. T., 2002 Trajetória assistencial no âmbito da Saúde reprodutiva e sexual: *Revista Latino-americana de Enfermagem* maio-junho; 10(3): 358-71.
- MARI, J. J., 1987. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Social Psychiatry*, 22:129-138.
- MARI, J. J. & WILLIAMS, P., 1985. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ 12 and SRQ 20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15:651-659.
- MARTÍN, A. R., JIMÉNEZ, M. A. R. 2001. Epidemiological assessment of the influence of social-family factors in adolescent pregnancy. *Eur J Epidemiol* 17: 653-659.
- MASKEY, S. 1991. Teenage pregnancy: doubts, uncertainties and psychiatric disturbance. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Dec; 84(12):723-5.
- MATON, K. I; TETI D. M.; CORNS K. M.; VIEIRA-BAKER, C. C; LAVINE J. R.; GOUZE K. R.; KEATING D. P. 1996. Cultural specificity of support sources, correlates and contexts: three studies of African-American and Caucasian youth. *Am J Community Psychol*. Aug; 24(4): 551-87.
- MENESES, C. R. A. M. 2002. Confiabilidade do GHQ-12 em uma amostra de adolescentes internados em uma unidade hospitalar no Rio de Janeiro. In Tese de Mestrado (*Morbidade psiquiátrica menor entre adolescentes cronicamente doentes*

atendidos em um ambulatório especializado no Rio de Janeiro) Instituto de Medicina Social – UERJ.

MILAN, S., ICKOVICS, J. R., KERSHAW, T., LEWIS, J., MEADE, C., ETHIER, K. 2004. Prevalence, course and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *J. Consult Clin Psychol*; 72(2):328-40.

MITSUHIRO, S; CHALEM, E.; BARROS, M. M. *et al.* 2006. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v. 28, no. 2 [citado 2008-03-19], pp. 122-125.

MOFFITT, T. E. 2002. E-Risk Study Team. Teen-aged mothers in contemporary Britain. *J Child Psychol Psychiatry*, 43(6):727-42.

MONTEIRO, D. L. M.; CUNHA, A. A.; REIS, A. F. F. 1994. Risk factors in teenage pregnancy. *Int J Obstet Gynecol* 46 suppl 1:88.  
MS (Ministério da Saúde), 1999. Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira: Construindo uma Agenda Nacional.

NEINSTEIN, L. S., RABINOVITCH, S. & SCHNEIR, A., 1991. Teenage pregnancy. In: *Adolescent Health Care: A Practical Guide* pp 561-573. Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

ORVOS, H. *et al.*, 1999. Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? *J Perinat Med*; 27:199-203.

PAL, A.; GUPTA, K. B.; RANDHAWA, I., 1997. Adolescent Pregnancy: A High Risk Group. *Journal of the Indian Medical Association*, 5:127-8.

PELTZER, K.; CHERIAN, V. I.; CHERIAN, L., 1999. Minor psychiatric morbidity in South African secondary school pupils. *Psychology Reports*, 85(2): 397-402.

PINHEIRO, K. A.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, L. L.; TERRES, N. G.; SILVA, R. A. 2007. Transtornos mentais comuns em adolescentes: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 29, n. 3, ISSN 1516-4446

PINTO E SILVA, J. L. 1998. Pregnancy during adolescence: Wanted vs. Unwanted. *Int J Gynecol Obstetr* 63(1) S151-S156.

POLITI, P. L.; PICCINELLI, M.; WILKINGSON, G., 1994. Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90:432-437.

PROSAD – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1993. Normas de atenção á saúde integral do adolescente. Brasília – DF.

SABÓIA, A. L., 1998. Situação educacional dos jovens. In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas* (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, org. ), pp. 499-518.

SABROZA, A. R., 2004. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil–1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública* (1): 112-20.

SABROZA, A. R. *et al.* 2004. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* (1): 130-37.

SCHILLER, R. 1994. Gravidez na Adolescência: uma questão de hereditariedade. *Pediatria Moderna*; 30(6):984-6.

SCHMIDT, R. M., WIEMANN, C. M. & RICKERT, V. I. 2006. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years *postpartum*. *J Adolesc Health* 38(6): 712-18.

SHANOK, A. F.; MILLER, L. 2007. Depression and treatment with inner city pregnant and parenting teens. *Arch Womens Ment Health* 10(5):199-210.

SILBER, T. J.; GIURGIOVICH, A. MUNIST, M. M., 1995. La salud del adolescente y del joven. El embarazo en la adolescencia. *Publicación Científica* 552. OPS.

SMITH, P.; WEINMAN, M.; NENNEY, S. W. 1984. Desired pregnancy in adolescence. *Psychol Rep* 54(1): 227-31.

STANFELD, S. A. & MARMOT, M. G., 1992. Social class and minor psychiatric morbidity. A validated screening survey using the General Health Questionnaire in British civil servants. *Psychological Medicine*, 22:739 -749.

STANFELD, S. A.; RAEL, E. G., SHIPLEY, M. *et al.*, 1997. Social support and psychiatric sickness absence: A prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*, 27:35-48.

STEINBERG, L. D., 1996. *Adolescence*. New York: Alfred A. Knopf.

STERN, C. & MEDINA, G., 2000. Adolescência y salud en México. In: *Cultura, Adolescência e Saúde: Argentina, Brasil e México* (M. C. Oliveira, org. ) pp. 98-160, Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina.

STEVENSON, W.; MATON, K. I.; TETI, D. M. 1999. Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *J Adolesc.* 22(1):109-21.

VASQUEZ, R. & PIÑEROS, S. In *Psicopatologia en madres adolescentes*. *Pediatria* (Bogotá), 1997; (32) 229-38.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P., 1989. *Epidemiologia da desigualdade*. Um estudo longitudinal de 6. 000 crianças brasileiras. 2. ed. . São Paulo: Hucitec.

VIÇOSA, G. 1993. Atendimento em grupo a gestantes adolescentes e seus companheiros: uma experiência de 10 anos. *Rev Psiquiatr*, 15:65-9.

VILLANO, L. A. B. 1998. *Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: O ambulatório de clínica geral*. Tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

VILLANUEVA, L. A., PÉREZ-FAJARDO, M. M., FERNANDO IGLESIAS, L. 2000. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. *Gynecol Obstet Mex*; 68: 143-8 2000.

XIMENES NETO, F. R. G.;DIAS, M. S. A.;ROCHA, J.;CUNHA, I. C. K. O. C. 2007. Gravidez na adolescência:motivos e percepções de adolescentes. *Rev. bras enferm* vol 60(3) Brasília maio / junho 2007.

WAGNER, B. M., COLE, R. E, SCHWARTZMAN P. 1995. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide Life Threat Behav*; 25:358-72.

WEICH, S.; LEWIS, G., 1998. Poverty, unemployment and common mental disorders: A population based cohort study. *British Medical Journal*, 317:115-119.

WHO (World Health Organization), 1986. *Young People's Health – A Challenge for Society*. World Health Organization Technical Report Series 731.

ZABIN, L. S.; ASTONE, N. M.; EMERSON, M. R. 1993. Do adolescents want babies? The relationship between attitudes and behavior. *J Res Adolesc* 3(1):67-86.

**ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulado “Transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas” desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada pela Dra. Celise Meneses, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 2587-6570 .

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de questionários a serem preenchidos. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável (quando se tratar de menor de 18 anos)

\_\_\_\_\_

**ANEXO B** – Instrumento para a obtenção de dados socioeconômicos, demográficos e médicos

1) Número do prontuário: \_\_\_\_\_ tempo de gravidez \_\_\_\_\_ meses

2) Idade \_\_\_\_\_

3) Data de nascimento: \_\_\_\_\_

4) O IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) usa os termos **preta, parda, amarela, branca e indígena** para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, **como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?**

( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) branca ( ) indígena

5) Qual a sua escolaridade?

( ) ensino fundamental incompleto

( ) ensino fundamental completo

( ) ensino médio incompleto

( ) ensino médio completo

( ) universitário incompleto

( ) universitário completo

6) Qual a escolaridade de seus pais?

Pai

( ) ensino fundamental incompleto

( ) ensino fundamental completo

( ) ensino médio incompleto

( ) ensino médio completo

( ) universitário incompleto

Mãe

( ) ensino fundamental incompleto

( ) ensino fundamental completo

( ) ensino médio incompleto

( ) ensino médio completo

( ) universitário incompleto

universitário completo

não sabe

universitário completo

não sabe

7) Você tem alguma religião?

Sim

Não

8) É a sua primeira gravidez?

sim

não

9) Você desejou esta gravidez?

sim

não

10) Quantas vezes você já ficou grávida? (não conte com esta gravidez)

\_\_\_\_\_ vezes.

11) Quantos filhos você tem hoje? (não conte com esta gravidez)

\_\_\_\_\_ filhos

12) Atualmente você é:

casada ou vive em união

separada

solteira (nunca viveu em união)

viúva

13) **Se você respondeu que é casada ou vive em união**, essa pessoa é o pai do filho que você espera?

sim       não

14) Se você respondeu que é solteira, separada ou que seu companheiro atual **NÃO** é o pai do bebê que espera, você ainda mantém contato com o pai de seu bebê?

sim       não

15) Você abandonou a escola por causa da gravidez?

sim       não

16) Você tem amigas ou amigos com quem conversar sobre seus problemas?

sim       não

17) Você acha que sua família a apóia em situações difíceis?

sim       não

18) Você participa de grupos de atividades (canto, dança, esportes, outros) na igreja, clube, associações de moradores ou academias ?

sim       não

19) Seus pais são:

casados ou vivem juntos       separados

20) Sua mãe ficou grávida antes dos 20 anos?

sim       não

21) No mês passado, a renda familiar, somando todos os rendimentos das pessoas que contribuem nas despesas da casa, foi de aproximadamente:

- 1 salário mínimo ou menos ( 350 reais ou menos )
- entre 1 e 3 salários mínimos ( entre 350 e 1050 reais)
- entre 3 e 5 salários mínimos ( entre 1050 e 1750 )
- mais que 5 salários mínimos ( mais de 1750 reais)

22) Você trabalha?                     sim                     não

23) Com carteira assinada?    sim                     não

**ANEXO C – GHQ 12**

16) Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado. **Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você tem..**

**a) Perdido muito o sono por preocupação?**

- 1) de jeito nenhum
- 2) não mais que de costume
- 3) um pouco mais que de costume
- 4) muito mais que de costume

**b) Se sentido constantemente nervosa ou tensa?**

- 1) de jeito nenhum
- 2) não mais que de costume
- 3) um pouco mais que de costume
- 4) muito mais que de costume

**c) Sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?**

- 1) mais que de costume
- 2) o mesmo de sempre
- 3) menos que de costume
- 4) muito menos que de costume

**d) Sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?**

- 1) mais que de costume

- 2) o mesmo de sempre
- 3) menos que de costume
- 4) muito menos que de costume

**e) Sido capaz de enfrentar seus problemas?**

- 1) mais que de costume
- 2) o mesmo de sempre
- 3) menos que de costume
- 4) muito menos que de costume

**f) Se sentido capaz de tomar decisões?**

- 1) mais que de costume
- 2) o mesmo de sempre
- 3) menos que de costume
- 4) muito menos que de costume

**g) Sentido que está difícil de superar suas dificuldades?**

- 1) de jeito nenhum
- 2) não mais que de costume
- 3) um pouco mais que de costume
- 4) muito mais que de costume

**h) Se sentido feliz de um modo geral?**

- 1) mais que de costume
- 2) o mesmo de sempre

- 3) menos que de costume
- 4) muito menos que de costume

**i) Tido satisfação nas suas atividade do seu dia-a-dia?**

- 1) mais que de costume
- 2) o mesmo de sempre
- 3) menos que de costume
- 4) muito menos que de costume

**j) Se sentido triste e deprimida?**

- 1) de jeito nenhum
- 2) não mais que de costume
- 3) um pouco mais que de costume
- 4) muito mais que de costume

**k) Perdido a confiança em você mesma?**

- 1) de jeito nenhum
- 2) não mais que de costume
- 3) um pouco mais que de costume
- 4) muito mais que de costume

**l) Se achado uma pessoa sem valor?**

- 1) de jeito nenhum
- 2) não mais que de costume
- 3) um pouco mais que de costume



4) muito mais que de costume

MUITO OBRIGADA POR SUA AJUDA!