

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**TRANSTORNOS MENTAIS EM UMA AMOSTRA DE
GESTANTES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO
SUL DO BRASIL**

Michele Scortegagna de Almeida

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Nunes

Porto Alegre, abril de 2010.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**TRANSTORNOS MENTAIS EM UMA AMOSTRA DE
GESTANTES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO
SUL DO BRASIL.**

Michele Scortegagna de Almeida

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Angélica Nunes

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2010

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Olga Garcia Falceto

Prof. Dr. Sotero S. Mengue

Dra. Andrea Poyastro Pinheiro

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana Maria e Iedo, por me apoiarem na realização do mestrado, e por estarem ao meu lado em todos os momentos importantes da minha vida.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Romulo, pela alegria que compartilhamos sempre que temos momentos em família.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Angélica Nunes, pela ajuda e paciência necessárias à realização dessa dissertação.

Em especial, à Profa. Dra. Suzi Camey, por sua disponibilidade e habilidade em ensinar.

Aos colegas da turma do mestrado por dividirem angústias e alegrias nesses dois anos de convívio, especialmente às colegas Flávia Bulegon Pilecco e Marilyn Agranonik pela ajuda nas questões estatísticas e logísticas.

A todos os professores e funcionários do programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pela receptividade, disponibilidade e competência, o que tornou agradável a realização do mestrado.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE TABELAS	9
1. APRESENTAÇÃO	10
2. INTRODUÇÃO	11
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3.1 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS	13
Estudos de base populacional.....	13
Estudos realizados em Serviços de Atenção Básica.....	14
Transtornos Mentais e Variáveis Sociodemográficas	16
3.2 TRANSTORNOS MENTAIS NA GRAVIDEZ	19
Epidemiologia dos Transtornos Mentais na Gravidez	19
Fatores de risco para transtornos mentais na gravidez	23
Agravos à saúde associados aos TMC na gestação.....	24
3.3 AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA - PRIME-MD	27
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	30
4. OBJETIVO.....	32
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
6. ARTIGO.....	38
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
8. ANEXOS	57
ANEXO I PROJETO DE PESQUISA	58
ANEXO II - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA	66
ANEXO III – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	67

ABREVIATURAS E SIGLAS

ALSPAC - Avon Longitudinal Study of Parents and Children

BPN – Baixo Peso ao Nascer

BHPS - British Household Panel Survey

CIDI - Composite International Diagnostic Interview

DSM-III-R – Manual de Diagnóstico e Estatística de Saúde Mental

ICPE - International Consortium in Psychiatric Epidemiology

LAMIC – Low And Middle Income Countries

NESARC - National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRIME –MD - The primary care evaluation of mental disorders

SUS – Sistema Único de Saúde

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TMC – Transtorno Mental Comum

RESUMO

Objetivo: Medir a prevalência de prováveis diagnósticos psiquiátricos durante a gravidez e os fatores sociodemográficos associados em mulheres gestantes atendidas na rede básica de saúde no sul do Brasil.

Método: Estudo transversal, em uma amostra de 712 gestantes entre a 16^a e 36^a semana de gestação, realizado em 18 Unidades Básicas de Saúde em Porto Alegre e Bento Gonçalves. Foram aplicados questionário sociodemográfico e instrumento para Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD). Na análise dos dados, foi utilizada Regressão de Poisson com variância robusta para o estudo de associação e determinação das Razões de Prevalência bruta e ajustada.

Resultados: A prevalência de provável transtorno mental ocorreu em 41,7% das gestantes. O diagnóstico mais prevalente foi o transtorno depressivo maior (21,6%), seguido pelo transtorno de ansiedade generalizada (19,8%), transtorno do pânico (9,3%), transtorno depressivo maior em remissão parcial (9,0%), distímia (8,4%), e bulimia nervosa (0,6%). Após realizar a análise multivariada, os seguintes fatores mantiveram significância: não trabalhar nem estudar RP 1,25 (IC 95% 1,04-1,51), não morar com o companheiro RP 1,24 (IC 95% 1,01-1,52), e ter dois ou mais filhos RP 1,21 (IC 95% 1,01 – 1,46).

Conclusão: Evidenciou-se que as gestantes da amostra atendidas na atenção primária à saúde apresentaram alta prevalência de provável transtorno mental. Abordagens para diagnóstico e tratamento deverão ser implementadas no período do pré-natal.

Palavras chaves: saúde mental, gravidez, atenção primária, fatores sociodemográficos, estudo transversal.

ABSTRACT

Objective: Measure the prevalence of probable psychiatric diagnoses during pregnancy and sociodemographic factors associated in pregnant women in primary care in southern Brazil.

Methods: Cross-sectional study in a sample of 712 pregnant women between 16 and 36 weeks of gestation, conducted in 18 Basic Health Units in Porto Alegre and Bento Gonçalves. The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) and sociodemographic questionnaire was used for evaluating the probable psychiatric diagnoses. In the data analysis, Poisson regression was applied with robust variance for the association study and determination of crude and adjusted prevalence ratios.

Results: The prevalence of probable mental disorder occurred in 41.7% of pregnant women. The most prevalent diagnosis was Major Depressive Disorder (21.6%), followed by Generalized Anxiety Disorder (19.8%), Panic Disorder (9.3%), Major Depressive Disorder in partial remission (9.0%), Dysthymia (8.4%) and Bulimia Nervosa (0.6%). After performing a multivariate analysis the following factors remained significant: neither working nor studying PR 1.25 (95% CI 1.04 to 1.51), not living with partner PR 1.24 (95% CI 1.01 to 1.52), and having two or more children PR 1.21 (95% CI 1.01 to 1.46).

Conclusion: This study revealed that pregnant women in the sample treated in primary care had a high prevalence of probable mental disorder. Approaches to diagnosis and treatment should be implemented during the prenatal period.

Key words: mental health, pregnancy, primary care, sociodemographic factors, cross-sectional study.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e planejamento da gravidez em gestantes com e sem provável transtorno mental pelo PRIME-MD atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil, Porto Alegre, 2007. n=712 52

Tabela 2 - Prevalência de provável diagnóstico psiquiátrico e número de transtornos psiquiátricos pelo PRIME-MD em gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil, Porto Alegre, 2007. n=712 53

Tabela 3 – Associação entre características sociodemográficas e planejamento da gravidez e provável diagnóstico psiquiátrico pelo PRIME-MD das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil, Porto Alegre, 2007. n=712 54

Tabela 4 - Prevalências corrigidas e seus intervalos de confiança de provável diagnóstico psiquiátrico pelo PRIME-MD das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil, Porto Alegre, 2007. n=712 55

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Transtornos Mentais em uma Amostra de Gestantes da Rede de Atenção Básica de Saúde no Sul do Brasil”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre. É parte do projeto ECCAGe - “Medida do Padrão de Consumo Alimentar, Prevalência de Transtornos Mentais e Violência em uma amostra de Gestantes”, arroladas entre junho de 2006 a abril de 2007, em dez Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre e em oito Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno-Infantil de Bento Gonçalves no Rio Grande do Sul.

O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivo.

A revisão da literatura tem como foco a epidemiologia dos transtornos mentais e sua associação com fatores sociodemográficos, com ênfase em mulheres grávidas e as conseqüências de transtornos mentais na gravidez. . Além de uma descrição do instrumento utilizado para medir transtorno mental (PRIME-MD) e os métodos utilizados na análise dos dados.

2. Artigo.

3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estima que, aproximadamente, 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental no mundo, e que uma em cada quatro pessoas será afetada por uma doença psiquiátrica em algum estágio de suas vidas (World Health Organization & Dept.of Mental Health and Substance Dependence, 2002).

Os prejuízos gerados pela doença mental atingem vários aspectos da vida do indivíduo. Além do sofrimento psíquico e somático, eles são isolados socialmente, ocorre discriminação, interrupção nas atividades acadêmicas e laborais. É freqüente sua associação com uso abusivo de álcool e drogas, suicídios, homicídios, auto e hetero-agressões, impacto negativo na qualidade de vida e aumento da mortalidade. Além disso, há a chamada sobrecarga indefinida (*undefined burden*) dos transtornos mentais, ou seja, os custos econômicos decorrentes desses para as famílias, comunidades e países.

As mulheres apresentam uma maior prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) (Linzer *et al.*, 1996), que, conforme definição de Goldberg, abrange os transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão (Goldberg & Huxley, 1992).

A gravidez é um período de mudanças fisiológicas, hormonais e psicológicas. Os transtornos mentais são freqüentes na gravidez (Evans *et al.*, 2001; Lee *et al.*, 2007) e são importantes preditores de depressão pós-parto (Grant *et al.*, 2008; Heron *et al.*, 2004; Lee *et al.*, 2007; Wissart *et al.*, 2005) e de desfechos obstétricos adversos (Alder *et al.*, 2007; Dayan *et al.*, 2002; Ferri *et al.*, 2007; Rahman *et al.*, 2007).

Estudos recentes de base populacional indicam que as grávidas e puérperas não apresentam mais transtornos mentais que as mulheres em idade fértil (van Bussel *et al.*, 2006; Vesga-Lopez *et al.*, 2008), porém, conhecer os transtornos mentais na gravidez poderá colaborar para o planejamento adequado de políticas de saúde que visem à identificação de grupos de maior risco em atenção primária para o desenvolvimento de intervenções nesse período. Uma vez que a assistência à saúde da mulher é voltada para o período reprodutivo esse seria um momento oportuno

para intervenções que beneficiariam não apenas a mulher grávida mas sua família e a sociedade como um todo.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Estudos de base populacional

O Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology – ICPE) obteve resultados de estudos populacionais transversais de sete países, na América do Norte (Canadá e Estados Unidos), na América Latina (Brasil e México) e na Europa (Alemanha, Holanda e Turquia). A prevalência de transtorno mental durante a vida, medida pelo CIDI (Composite International Diagnostic Interview), varia nos diferentes países: Estados Unidos 48,6%, Holanda 40,9%, Alemanha 38,4%, Canadá 37,5%, Brasil 36,3%, México 20,2% e Turquia 12,2%. O autor ressalta que, apesar das variações entre os países, os transtornos de ansiedade, transtornos de humor e transtornos por uso de substância respondem cada um por aproximadamente um terço da prevalência total de transtornos mentais nos diferentes países. Evidencia-se uma diferença com relação ao sexo entre essas três categorias, pois homens têm mais frequentemente transtorno relacionado ao uso de substância, enquanto mulheres têm transtornos de humor e ansiedade.

As estimativas de cronicidade também são altas, com especial enfoque para os transtornos de ansiedade que apresentaram a maior estimativa de cronicidade, nos sete países pesquisados. Outro fato ressaltado é a presença de comorbidade, ou seja, quando duas ou mais doenças estão presentes, em alguns países, como nos Estados Unidos, 56,3% das pessoas com transtorno psiquiátrico tinham duas ou mais patologias concomitantes. Os transtornos mentais apresentam diferentes idades de início, sendo que a mediana para os transtornos de ansiedade é aos 15 anos, enquanto que para o uso de substância aos 21 anos, e os transtornos de humor aos 26 anos (WHO, 2000).

Os estudos com amostra probabilística de base populacional ainda são raros no Brasil, porém os existentes confirmam altas prevalências de transtornos mentais. O único estudo multicêntrico, realizado em três capitais brasileiras em 1991, resultou em prevalências estimadas de transtornos mentais ao longo da vida de 50,5% em

Brasília, 42,5% em Porto Alegre e 31% em São Paulo. Já, a presença de patologia psiquiátrica no último ano é de 34% em Brasília e Porto Alegre, 19% em São Paulo (Almeida-Filho *et al.*, 1997).

Alguns estudos referem-se à presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) que são considerados os transtornos de ansiedade, de depressão e somatoformes. Esta expressão, criada por Goldberg e Huxley em 1992, caracteriza-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Frequentemente encontrados na comunidade, esses transtornos representam um alto custo social e econômico, pois, incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda de serviços de saúde (Goldberg & Huxley, 1992).

Dois estudos populacionais realizados em Pelotas, em 1994 e 1999-2000, avaliaram a prevalência de transtornos psiquiátricos menores, hoje chamados de transtornos mentais comuns e encontraram, respectivamente, prevalências no último ano de 22,7% e 28,5% (Dias-da-Costa *et al.*, 2002; Lima *et al.*, 1996).

Estudo populacional que arrolou todos os adultos de uma comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco (n = 483) encontrou uma prevalência de 36% de suspeita de TMC, outro semelhante, realizado em Olinda, encontrou 35% (Costa & Ludermir, 2005; Ludermir & Melo Filho, 2002). Posteriormente, estimou-se em 25% a prevalência de TMC em dois distritos da cidade de São Paulo (Maragno *et al.*, 2006).

Esses cinco estudos utilizaram o SRQ-20 (Self Reporting Questionnaire), um instrumento de rastreio de suspeita de TMC, recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção primária à saúde.

Estudos realizados em Serviços de Atenção Básica

Estudos realizados na atenção básica no Brasil revelam prevalências em torno de 50%, ou seja, superiores aos estudos probabilísticos (Busnello *et al.*, 1983; Gonçalves & Kapczinski, 2008; Mari, 1987). Estudo conduzido por Mari (1987), em três clínicas de atendimento médico primário em São Paulo, encontrou prevalências de transtornos mentais comuns, variando de 47% a 56%, (Mari, 1987),

já Busnello (1983) relatou prevalência de 55% num ambulatório de atendimento primário na cidade de Porto Alegre (Busnello *et al.*, 1983).

Utilizando o método considerado como padrão-ouro, a entrevista psiquiátrica estruturada, Gonçalves encontrou prevalência de transtorno psiquiátrico de 51,1% entre os pacientes que buscaram atendimento numa unidade de atenção básica em saúde de Santa Cruz do Sul. Os três diagnósticos mais comuns nessa amostra foram o transtorno depressivo maior (17,6%), transtorno de ansiedade generalizada (11,5%) e distímia (11,3%)(Gonçalves & Kapczinski, 2008).

O primeiro estudo realizado com o PRIME-MD, em mil americanos atendidos em ambulatório de atenção básica, mostra uma prevalência de 39% de transtornos mentais, 26% de diagnósticos específicos, segundo o DSM-III-R. O transtorno depressivo maior (12%) foi o mais prevalente, seguido da distímia e do transtorno multissomatoforme (8% cada), do transtorno de ansiedade generalizada (7%), transtorno depressivo maior em remissão parcial (6%) e transtorno do pânico (4%). Entre as pessoas com algum transtorno, 56% apresentavam comorbidade, ou seja, mais de um transtorno, incluindo aí os considerados como diagnósticos clínicos e subclínicos ou prováveis pelo PRIME-MD (Spitzer *et al.*, 1994). Artigo posterior descreveu as prevalências segundo o sexo, devido à maior prevalência encontrada no sexo feminino. Entre as mulheres, 43% de prevalência de transtorno mental, sendo o transtorno depressivo maior o mais prevalente com 15%, seguido do transtorno multissomatoforme e distímia com 11% cada, 9% de transtorno de ansiedade generalizada e 5% de transtorno do pânico (Linzer *et al.*, 1996).

Spitzer utilizou uma versão auto aplicada do instrumento, o PRIME-MD PHQ em três mil mulheres atendidas em sete ambulatórios de ginecologia e obstetrícia. Nessa versão auto-aplicada, é excluído o módulo somatoforme por necessitar de julgamento clínico para confirmação diagnóstica. Relata 10% de diagnósticos clínicos, segundo o DSM-IV, sendo o transtorno depressivo maior o mais prevalente com 6% (Spitzer *et al.*, 2000).

Um estudo realizado na atenção básica da Bélgica, com o PRIME-MD, encontrou prevalência de 42,5% de algum transtorno psiquiátrico, sendo as patologias mais prevalentes o transtorno depressivo maior (13,9%), transtorno multissomatoforme (12,7%), distímia (12,6%) e transtorno de ansiedade generalizada

(10,3%), a presença de comorbidade foi encontrada em 21,2% da amostra. Como os dados mostraram clara diferença entre homens e mulheres, esse mostrou separadamente as prevalências encontradas para ambos. As mulheres apresentaram uma prevalência de 43,8% de transtorno psiquiátrico: 16,1% de transtorno depressivo maior, 15% de distímia, 12,7% de transtorno de ansiedade generalizada, 7,2% de transtorno depressivo maior em remissão parcial, 3,8% de transtorno do pânico e 0,7% de bulimia (Ansseau *et al.*, 2004).

Transtornos Mentais e Variáveis Sociodemográficas

A epidemiologia define, como fatores de risco, variáveis sociais ou biológicas que, quando presentes, aumentam a probabilidade de ocorrência de uma dada doença. Nesse sentido, a literatura tem apontado algumas características que se associam ao risco aumentado de transtorno mental.

Na maioria dos estudos, a maior prevalência de transtornos mentais ocorre entre as mulheres (Ansseau *et al.*, 2004;Costa & Ludermir, 2005;Coutinho *et al.*, 1999;Dias-da-Costa *et al.*, 2002;Lima *et al.*, 1996;Linzer *et al.*, 1996;Maragno *et al.*, 2006;Mari, 1987;WHO, 2000). Linzer e colaboradores avaliaram as diferenças entre homens e mulheres e a frequência de transtornos mentais na atenção básica e relataram que mulheres apresentam uma prevalência de 43% de ter, pelo menos um, transtorno mental versus 33% nos homens (OR= 1,6), com destaque para os transtornos de humor (31% das mulheres versus 19% dos homens, OR= 1,9), de ansiedade (22% versus 13%, OR= 1,9) e somatoformes (18% versus 9%, OR=2,2), exceção para o provável transtorno relacionado ao uso de álcool (2% versus 10%, OR= 0,2). A comorbidade psiquiátrica também foi superior entre as mulheres, sendo que 26% delas tinham, pelo menos, dois transtornos psiquiátricos contra 15% dos homens, OR= 2,0. Para esse autor, grande parte da diferença encontrada nos indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde entre homens e mulheres é explicada pela maior prevalência de transtornos mentais na população feminina. Em geral, as mulheres apresentam escores significativamente mais baixos para indicadores de qualidade de vida, comparados aos escores obtidos pelos homens (Linzer *et al.*, 1996).

Revisão conduzida por Afifi (2007) mostra que as mulheres tem mais probabilidade de experimentar ansiedade que os homens, sendo que a prevalência é superior nas mulheres para o transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada, a fobia social e o transtorno de estresse pós-traumático, e é semelhante somente para o transtorno obsessivo-compulsivo. Os transtornos alimentares têm maior prevalência entre as mulheres (Afifi, 2007). Os transtornos depressivos leves e moderados são duas a três vezes mais comuns nas mulheres que em homens, e aquelas apresentam mais frequentemente transtorno depressivo em comorbidade com transtorno de ansiedade (Weissman *et al.*, 1993). A única exceção fica com relação ao abuso ou dependência de álcool, que se evidencia superior nos homens (Almeida-Filho *et al.*, 1997).

Os distúrbios mentais têm sido amplamente associados ao nível socioeconômico, variáveis como escolaridade, ocupação e renda, sejam elas tomadas isoladamente ou combinadas em algum índice de classe social. A escolaridade, frequentemente, é associada aos transtornos mentais, e parece exercer uma relação inversa, ou seja, quanto menor a escolaridade, maior a prevalência de transtornos mentais (Costa & Ludermir, 2005; Lima *et al.*, 1996; Ludermir & Melo Filho, 2002; Maragno *et al.*, 2006; WHO, 2000). Revisão da literatura sobre a relação entre TMC e pobreza, em estudos de base populacional realizados em países do LAMIC, indica, como associação mais consistente com os transtornos mentais, o baixo nível de escolaridade (Patel & Kleinman, 2003). A baixa renda também aparece associada a maiores prevalências de transtornos mentais (Costa & Ludermir, 2005; Dias-da-Costa *et al.*, 2002; Lima *et al.*, 1996; Ludermir & Melo Filho, 2002; Maragno *et al.*, 2006; Mari, 1987; WHO, 2000), porém parece ter uma relação não tão consistente, uma vez que essa perde significância quando ajustada para outras variáveis socioeconômicas, enquanto que a escolaridade, diminuição recente de renda e condições precárias de habitação mantêm significância apesar desse ajuste (Araya *et al.*, 2003).

Em relação à idade e risco de transtornos mentais, os dados são conflitantes. Desde estudos que revelam a uma relação inversa entre idade e prevalência de TMC (WHO, 2000) até os relatos de que, com o aumento da idade, aumenta a prevalência de transtornos (Dias-da-Costa *et al.*, 2002; Lima *et al.*, 1996), porém essa linearidade

não é unanimidade. Costa (2005) descreve na sua amostra um maior risco entre os quarenta e 59 anos (Costa & Ludermir, 2005), e Maragno (2006) dos 45 aos 54 anos (Maragno *et al.*, 2006).

O fato de ser viúvo aparece associado à maior prevalência de transtornos mentais (Costa & Ludermir, 2005; Lima *et al.*, 1996), enquanto que ser casado é fator protetor (Maragno *et al.*, 2006), porém o estado civil apresenta dados conflitantes, quando avaliado conforme o sexo e a escolaridade (Coutinho *et al.*, 1999; WHO, 2000).

3.2 TRANSTORNOS MENTAIS NA GRAVIDEZ

Epidemiologia dos Transtornos Mentais na Gravidez

Historicamente, a saúde mental da mulher grávida foi negligenciada, possivelmente influenciada por dois fatores. Um deles é a crença popular da gravidez ser um período de total bem estar para as mulheres. Outro, é a ênfase inicial dada aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto imediato que, por gerarem mais internações psiquiátricas, acabaram sendo foco de preocupação inicial (Kendell *et al.*, 1976).

Atualmente, os dados epidemiológicos apontam para prevalências de transtornos mentais comuns semelhantes na gravidez e no puerpério (Gavin *et al.*, 2005; Grant *et al.*, 2008; van Bussel *et al.*, 2006) e, quando evidenciam diferenças, estas são na direção de maiores prevalências no período da gravidez do que no período pós-parto (Evans *et al.*, 2001; Heron *et al.*, 2004; Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006; Rich-Edwards *et al.*, 2006; Wissart *et al.*, 2005).

Johan van Bussel e colaboradores, utilizando dados do British Household Panel Survey (BHPS) uma amostra de base populacional, avaliaram 324 mulheres antes, durante e após a gravidez, quanto à presença de transtornos mentais comuns e 324 controles pareados também em três pontos no tempo. Estes encontraram 21,3% de prováveis casos de TMC nos 12 a nove meses que antecederam a gravidez, 24,7% com um a quatro meses de gravidez e 23,5% de três a seis meses após o parto, e não evidenciaram diferença significativa entre os grupos, tanto para prevalência de transtorno mental em cada ponto, como na incidência de transtornos mentais na transição entre as fases (van Bussel *et al.*, 2006).

Estudo usando os dados do ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) encontrou prevalências de provável transtorno depressivo numa coorte de aproximadamente nove mil mulheres, que variaram de 11,8% na 18ª semana de gravidez, 13,5% na 32ª semana de gravidez, 9,1% na 8ª semana pós-parto e 8,1% 8 meses após o parto (Evans *et al.*, 2001). Outro estudo, usando esses mesmos dados, revela que não houve padrões diferentes de sintomas ansiosos e depressivos no pré e pós-parto e que ambos os sintomas diminuem na transição entre a gravidez e o

período pós-parto. Ressaltando que tanto depressão como ansiedade na gravidez são fatores de risco para depressão pós-parto (Heron *et al.*, 2004).

Dados de Boston exibem 9% prevalência de depressão na gravidez e encontram associação com a situação conjugal – não casada e ou não morando com parceiro - e a gravidez indesejada, além de história de depressão anterior. A prevalência de depressão no pós-parto foi de 8%. Os autores questionam sua baixa prevalência de sintomas depressivos e creditam a uma amostra homogênea e de alto nível socioeconômico (Rich-Edwards *et al.*, 2006).

Atualmente, existe uma tendência de estudar transtornos mentais em diferentes trimestres da gravidez, já que parece haver prevalências diferentes para cada trimestre da gestação.

Um estudo realizado na China encontrou uma tendência de curva em U para ansiedade e depressão nos diferentes trimestres da gestação. Com um pico no primeiro trimestre, 36,3% e 22,1% para casos prováveis de ansiedade e depressão, respectivamente, seguido de uma queda no segundo trimestre, 32,3% e 18,9%, e novo aumento no terceiro trimestre, 35,8% e 21,6%. Essa curva também se mantém para representar a presença de comorbidade entre ansiedade e depressão nos diferentes trimestres, sendo 14,2%, 12,6% e 16,9% no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente. Esse estudo também reafirma a importância da ansiedade e da depressão durante a gravidez como fatores preditores de depressão pós-parto, principalmente a ansiedade no final da gravidez e a depressão no seu início. A gravidez não desejada aparece como fator de risco para depressão, apenas no primeiro trimestre da gestação (Lee *et al.*, 2007).

Dados de uma revisão sistemática, conduzida por Bennett e colaboradores, indicam prevalências de depressão de 7,4% (IC95%: 2,2 – 12,6) no primeiro trimestre, de 12,8% (IC95%: 10,7 – 14,8) no segundo trimestre e de 12,0% (IC95%: 7,4 – 16,7) no terceiro trimestre. Para mulheres de nível socioeconômico baixo, os valores para segundo e terceiro trimestres são de 47% e 39%, respectivamente, quando obtêm dados através de questionários auto-aplicados e 28% e 25% quando determinado por entrevista clínica estruturada. Embora o autor saliente o pequeno número de estudos para esse grupo, afirma que os dados disponíveis evidenciam que

as mulheres de nível socioeconômico baixo são mais suscetíveis de experimentar transtornos depressivos (Bennett *et al.*, 2004).

Outra revisão sistemática exhibe prevalências ponto nos diferentes trimestres de gestação, utilizando dados de pesquisas conduzidas somente em países desenvolvidos e que utilizaram a entrevista clínica como instrumento diagnóstico para depressão (maior e menor), evidenciando prevalência ponto de 11% no primeiro trimestre e 8,5% no segundo e terceiro trimestres de gestação (Gavin *et al.*, 2005).

Marchesi utilizou o PRIME-MD para avaliar depressão durante a gestação, realizando medidas repetidas em 154 gestantes italianas e evidenciou 12,3% de transtorno depressivo maior, estando esse associado à presença de conflitos com o marido ou companheiro e episódio depressivo anterior (Marchesi *et al.*, 2009).

Utilizando essa mesma ferramenta numa amostra de 1556 mulheres no segundo trimestre de gestação, encontra uma prevalência de 14,1% de transtornos psiquiátricos, incluindo os transtornos de humor, de ansiedade e alimentares (Andersson *et al.*, 2003).

Os estudos sobre transtornos psiquiátricos na gravidez no Brasil ainda são escassos, uma grande parte investiga somente transtorno depressivo ou sintomas depressivos nesse período. Um dos primeiros estudos sobre depressão na gravidez e pós-parto em mulheres de baixa renda foi realizado no Rio de Janeiro por Da Silva. Apesar de um número limitado de gestantes, 33, encontrou uma alta prevalência de depressão na gravidez, 37,9%, e conseguiu relacionar como fatores de risco a falta de apoio do parceiro e o fato de ser negra (Da-Silva *et al.*, 1998).

Um estudo semelhante, com amostra maior (230 gestantes no 3º trimestre de gestação), encontrou 19,1% de transtorno depressivo maior e houve associação com situação conjugal, baixo nível educacional, perda de relacionamentos íntimos, dificuldades financeiras e violência (Lovisi *et al.*, 2005).

Estudo de Faisal-Cury e colaboradores, realizado numa amostra de gestantes de uma clínica privada (média e baixa renda), na qual foram selecionadas para participar do estudo somente grávidas que não tinham história prévia ou atual de depressão, tratamento psiquiátrico, abuso de álcool ou drogas e sem complicações clínicas ou obstétricas. Aponta uma prevalência de depressão antenatal de 19,6%, e estado de ansiedade de 59,5% e traços de 45,3% e destaca a escolaridade e estado

civil como fatores associados aos transtornos mentais na gestação. Além de associar uma maior renda materna, como protetor de ansiedade, tanto traços como estado, e o fato de não ser branca estar associado a traços de ansiedade. Há ainda uma associação entre depressão e menor renda do casal e história de abortos prévios (Faisal-Cury & Rossi, 2007).

O mesmo autor avaliou mulheres grávidas de baixa renda e encontrou uma prevalência de transtorno mental comum em 20,2% da amostra, com uma alta comorbidade entre sintomas depressivos e ansiosos (69%). Houve uma associação positiva entre transtornos mentais e álcool ou fumo na gestação, idade avançada (30-44 anos), aglomeração, desempregadas, baixo suporte social, complicações durante a gravidez, primeira gravidez jovem e história psiquiátrica prévia (Faisal-Cury *et al.*, 2009).

A relação entre problemas com álcool (uso nocivo ou dependência) e suspeita de transtorno psiquiátrico na gravidez também foi encontrada numa amostra de 450 gestantes atendidas no sistema público de saúde de Ribeirão Preto, amostra essa que estimou em 38,2% a suspeita de transtorno psiquiátrico (Pinheiro *et al.*, 2005).

Um estudo realizado com adolescentes grávidas encontrou 24,3% de transtornos mentais comuns e uma associação entre esses e baixa escolaridade, fumo, alto uso de álcool, condições físicas pré-existent e violência (Ferri *et al.*, 2007).

Estudos conduzidos em outros países do LAMIC revelam prevalências elevadas de sintomas depressivos entre as grávidas, com variações grandes, devido aos diferentes instrumentos de rastreio. Na Jamaica, a prevalência relatada foi de 56% (sendo 24,7% de sintomas de moderados a graves), já, no Paquistão, 25% e na Tailândia 20,5% (Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006; Rahman *et al.*, 2007; Wissart *et al.*, 2005).

Outra questão em evidência, atualmente, é o fato de existir ou não maior prevalência de transtornos mentais no período perinatal em comparação com mulheres em idade fértil. Estudos mais recentes sobre transtornos mentais na gravidez e no pós-parto, que apresentam grupo controle de mulheres em idade fértil, não encontraram diferença significativa de prevalência de transtornos mentais comuns entre esses grupos, contrariando a idéia inicial de que mulheres grávidas e

pós-parto apresentariam maiores prevalências de transtornos mentais comuns (van Bussel *et al.*, 2006; Vesga-Lopez *et al.*, 2008).

Utilizando dados do 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), uma amostra representativa da população adulta dos Estados Unidos, avaliou 14895 mulheres em idade fértil (18 - 50 anos): 453 grávidas, 994 pós-parto e 13025 não-grávidas e não pós-parto, e concluiu que a gravidez, por si, não está associada ao aumento no risco dos transtornos mentais mais prevalentes, embora o risco para transtorno depressivo maior possa estar aumentado no período pós-parto (Vesga-Lopez *et al.*, 2008).

Fatores de risco para transtornos mentais na gravidez

Quando se avaliam os fatores de risco específicos para transtornos psiquiátricos na gravidez, alguns estão em destaque. Ryan resume os possíveis fatores de risco para depressão na gravidez, conforme quadro abaixo (Ryan *et al.*, 2005):

Quadro 1. Resumo dos fatores de risco para depressão na gravidez

BIOLÓGICOS <ul style="list-style-type: none">• História prévia de transtorno de humor ou ansiedade• História prévia de depressão pós-parto• História de transtorno disfórico pré-menstrual• História familiar de doença psiquiátrica
PSICOSSOCIAIS <ul style="list-style-type: none">• História de abuso da infância• Jovens• Gravidez não planejada• Ambivalência ou sentimentos negativos sobre a gravidez• Mães solteiras• Grande número de filhos• Limitado suporte social• Violência doméstica ou conflito conjugal• Baixos níveis de escolaridade e desemprego• Abuso de substância e tabagismo

Adaptado de Ryan e colaboradores 2005.

Apesar desse resumo, os estudos partem de várias hipóteses de possíveis fatores associados, iniciando do pressuposto de que alguns fatores de risco seriam os mesmos dos transtornos psiquiátricos fora da gravidez e outros específicos desse período.

Estudo realizado no Canadá, comparando grávidas de baixo e alto nível socioeconômico, encontrou prevalência de sintomas depressivos de 47% e 20% nos diferentes grupos, respectivamente, e quando avaliada somente sintomas depressivos moderados ou severos, indicou 17,3% e 2,2%, respectivamente entre os grupos, sugerindo que as mulheres de nível socioeconômico mais baixo estão em maior risco de sintomas depressivos (Seguin *et al.*, 1995).

Revisão sistemática, conduzida por Lancaster e colaboradores (2010), destaca os seguintes potenciais fatores de risco para depressão na gravidez: ansiedade materna, eventos de vida negativos, história prévia de depressão, falta de suporte social, violência doméstica, gravidez não desejada, ausência ou pobre qualidade de relacionamentos íntimos, baixa renda e baixa escolaridade (Lancaster *et al.*, 2010).

Agravos à saúde associados aos TMC na gestação

Apesar de prevalências, durante a gravidez, semelhantes às encontradas em mulheres em idade fértil, é relevante o fato de os transtornos mentais na gravidez serem importantes preditores de depressão pós-parto (Grant *et al.*, 2008; Heron *et al.*, 2004; Lee *et al.*, 2007; Wissart *et al.*, 2005), e ansiedade pós-parto (Grant *et al.*, 2008). Além disso, transtornos mentais na gravidez podem acarretar desfechos obstétricos adversos, tais como parto prematuro, baixo peso ao nascer (BPN) e pré-eclampsia (Dayan *et al.*, 2002; Ferri *et al.*, 2007; Rahman *et al.*, 2007) embora os dados ainda sejam conflitantes (Alder *et al.*, 2007; Araujo *et al.*, 2007; Evans *et al.*, 2007).

Em revisão sistemática, J. Alder e colaboradores compilam os seus achados da seguinte forma (Alder *et al.*, 2007):

- Evidencia-se uma associação entre sintomas ansiosos e depressivos e maiores queixas físicas na gravidez, mais dias de incapacidade e um número maior de visitas ao médico.

- Quanto à pré-eclampsia, os dados são obscuros, alguns estudos demonstram associação significativa, enquanto outros não.
- Em relação ao trabalho de parto prematuro, há dados conflitantes, porém os dados do estudo conduzido por Dayan são mais consistentes.

Dayan, J e colaboradores encontraram uma relação entre início de trabalho de parto prematuro espontâneo entre mulheres deprimidas e ansiosas, porém essas associações são encontradas somente quando interações são avaliadas conjuntamente. Mulheres deprimidas e com baixo IMC tem OR 6,9 (1,8 – 26,2) para o desfecho medido e mulheres com maiores índices de ansiedade traços e história de parto prematuro OR 4,8 (1,1 – 20,4) para início de trabalho de parto prematuro espontâneo (Dayan *et al.*, 2002).

- Quanto ao tipo de parto, os dados são contraditórios: dois não evidenciam e dois evidenciam diferenças significativas. Entre os que demonstram diferenças, um revela aumento nas cesarianas ou parto vaginal instrumentado entre mulheres com altos escores para depressão e outro relata aumento de cesariana eletiva entre as gestantes com ansiedade e ou depressão pré-natal.
- O medo do parto é mais comum entre mulheres com algum diagnóstico psiquiátrico do que nas sem qualquer patologia.
- O baixo peso ao nascer e a idade gestacional foram avaliados em dez estudos. Estes mostraram resultados diversos, porém há uma associação consistente entre BPN e prematuridade e sintomas depressivos e ansiosos entre as mulheres de nível socioeconômico mais baixo.

Essa associação pode ser reforçada por um estudo conduzido no Paquistão com mulheres com e sem diagnóstico de transtorno depressivo maior que encontrou um risco relativo de apresentar baixo peso ao nascer (BPN) entre os filhos de mães deprimidas de 1,9 (IC 95%: 1,3 – 2,9), mesmo com ajuste para os possíveis fatores confundidores (Rahman *et al.*, 2007). Os dados de Orr e colaboradores, conduzido em 1399 mulheres afro-americanas, com baixos níveis socioeconômicos, indicam que a prematuridade foi independentemente prevista entre gestantes com altas pontuações para sintomas depressivos (OR 1,96 IC 95% 1,04 – 3,72) (Orr *et al.*, 2002).

Já em uma amostra britânica, através de breve relatório, Evans, avaliou 10967 mulheres que tiveram filho a termo, relatou que aquelas com pontuação elevada de sintomas depressivos, durante a gravidez, estavam mais propensas a ter um bebê com BPN, mas após ajuste para fatores de confundimento, essa associação perde significância (Evans *et al.*, 2007). Assim como Andersson, que não encontrou associação entre esses desfechos neonatais entre as 1465 mulheres suecas com e sem transtorno psiquiátrico, medido pelo PRIME-MD (Andersson *et al.*, 2004).

Outra questão importante é a influência dos transtornos ansiosos e depressivos durante a gestação no desenvolvimento infantil. Recente revisão conduzida por Brand e Brennan (2009) enfatiza, que apesar das várias diferenças metodológicas e do assunto ainda necessitar de evidências no sentido de apoiar relações causais, existe uma associação entre ansiedade, estresse e depressão na gestação e piores desempenhos cognitivos, alterações no desenvolvimento psicológico e psicopatologia desde a infância até a adolescência (Brand & Brennan, 2009).

3.3 AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA - PRIME-MD

O instrumento PRIME-MD - Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (The primary care evaluation of mental disorders) (Spitzer *et al.*, 1994) foi desenvolvido nos Estados Unidos para facilitar o diagnóstico de transtornos mentais por médicos da atenção básica, e foi traduzido e validado para o português brasileiro por Fraguás Júnior e colaboradores (Fraguas, Jr. *et al.*, 2006). O PRIME-MD, originalmente, avalia os quatro grupos de transtornos mentais mais comuns encontrados na população em geral e nos serviços de atenção básica: de humor, de ansiedade, somatoformes e álcool, e também os transtornos alimentares, utilizando critérios diagnósticos do DSM-III-R (American Psychiatric Association *et al.*, 1987).

O instrumento é dividido em duas partes: o Questionário do Paciente (QP) e o Guia de Avaliação Clínica (GAC). O QP é constituído de uma página auto preenchida pelo paciente, com 27 questões, sendo vinte e seis sim/não sobre sinais e sintomas presentes no último mês e uma acerca da saúde global do paciente, com cinco possíveis respostas. As 26 questões são organizadas em cinco módulos, ou seja, dois itens para o módulo de humor, três itens para o módulo de ansiedade, um item para o módulo alimentar, quatro itens para o módulo álcool e 16 itens para o somatoforme. Quando um dos itens é respondido como sim, o GAC do respectivo módulo é aplicado, exceto para o módulo somatoforme que necessita de três ou mais respostas afirmativas para ser aplicado. O GAC é usado para obter informações adicionais para cada diagnóstico. Ao utilizar o GAC, o médico determina a presença ou ausência de 18 transtornos mentais, nove diagnósticos específicos, seis diagnósticos considerados subclínicos ou provável e três diagnósticos de exclusão que necessitam confirmação.

Diagnósticos específicos segundo DRSM-III-R:

- Transtorno Depressivo Maior
- Transtorno Depressivo Maior em remissão parcial ou recorrente
- Distímia
- Transtorno do Pânico
- Transtorno de Ansiedade Generalizada
- Bulimia Nervosa
- Transtorno de Somatização
- Transtorno Doloroso
- Hipocondria

Diagnósticos considerados subclínicos ou provável segundo DSM-III-R

- Transtorno de Ansiedade SOE (sem outra especificação)
- Transtorno Alimentar SOE (sem outra especificação)
- Transtorno de Somatização SOE (sem outra especificação)
- Transtorno Depressivo Menor
- Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
- Provável Abuso ou Dependência de Álcool

Diagnósticos de Exclusão

- Transtorno Bipolar
- Transtorno Depressivo devido à doença física, medicação ou droga
- Transtorno de Ansiedade devido à doença física, medicação ou droga

Optou-se pela exclusão do módulo de transtorno somatoformes, em virtude da frequência elevada de queixas físicas em gestantes, o que confundiria o diagnóstico, além da necessidade de confirmação clínica. Desse modo, o QP era constituído de 12 questões, 10 sim/não, uma questão que mede a intensidade do sintoma e uma questão que avalia saúde global.

Os seis diagnósticos clínicos possíveis na amostra, devido à exclusão do módulo somatoforme são:

Transtorno Depressivo Maior

Transtorno Depressivo Maior em remissão parcial

Distímia

Transtorno do Pânico

Transtorno de Ansiedade Generalizada

Bulimia Nervosa

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A amostra foi calculada para estimar a prevalência de alguns desfechos, e levou-se em consideração nível de confiança de 90% e erro máximo admitido de 2,5%. O cálculo de tamanho de amostra para o estudo da saúde mental foi realizado, estimando-se uma prevalência de transtornos mentais comuns na gestação de 14%, totalizando 514 gestantes, acrescentando-se 15% para perdas e recusas, a amostra final foi de 591 mulheres, número inferior ao total de gestantes incluídas no projeto ECCAGe, pois entre os diversos desfechos estudados, optou-se pelo que exigia maior tamanho de amostra.

Foram estimadas as prevalências dos prováveis diagnósticos de transtorno psiquiátrico. Para as variáveis contínuas, foram calculados a média e o desvio padrão. Foi realizado o estudo de associação entre provável diagnóstico de transtorno psiquiátrico e as variáveis sociodemográficas e gravidez planejada através da regressão de Poisson com variância robusta (Barros & Hirakata, 2003;Vigo, 2006) No modelo multivariável, foram incluídas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,2$ na regressão simples, sendo mantidas no modelo final somente as com significância menor que 5%. A partir da regressão de Poisson com variância robusta foram estimadas as razões de prevalência brutas e ajustadas.

As prevalências corrigidas dos diagnósticos obtidos pelo PRIME-MD, bem como seus intervalos de confiança, foram obtidas através do pacote epiR (Mark Stevenson *et al.*, 2009) do programa R (R version 2.9.2.) (R Development Core Team, 2009), que ajusta a prevalência, levando em conta a sensibilidade e especificidade do instrumento, tornando-a mais próxima da real (Rogan & Gladen, 1978). Foram utilizadas a sensibilidade e especificidade para cada diagnóstico provenientes dos dados de Spitzer, uma vez que os dados disponíveis em português contemplam somente o transtorno depressivo maior. Utilizaram-se as seguintes sensibilidades e especificidades para ajuste: transtorno depressivo maior (sensibilidade=57% e especificidade 98%), transtorno depressivo maior em remissão (sensibilidade=26% e especificidade 96%), distímia (sensibilidade=51% e especificidade 99%), transtorno do pânico (sensibilidade=57% e especificidade 99%), transtorno de ansiedade

generalizada (sensibilidade=57% e especificidade 97%) e bulimia nervosa (sensibilidade=73% e especificidade 99%). Tabela 4 apresenta as prevalências corrigidas e intervalos de confiança.

Optou-se por não utilizar as prevalências corrigidas no artigo, uma vez que a especificidade e sensibilidade disponíveis para a correção foram calculadas a partir da aplicação por clínicos gerais e, nesta amostra, o instrumento foi aplicado por entrevistadoras treinadas.

4. OBJETIVO

Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo é estimar a prevalência de transtornos mentais na gestação, utilizando um instrumento voltado aos cuidados primários e que fornece seis categorias de prováveis diagnósticos baseado no DSM-III-R em uma amostra de grávidas de duas cidades do sul do país, e analisar a sua distribuição segundo variáveis sociodemográficas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Med J*, **48**, 385-391.
2. Alder, J, Fink, N, Bitzer, J, Hosli, I & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*, **20**, 189-209.
3. Almeida-Filho, N, Mari, JJ, Coutinho, E, Franca, JF, Fernandes, J, Andreoli, SB & Busnello, ED. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*, **171**, 524-529.
4. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association & Work Group to Revise DSM-III. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R*. American Psychiatric Association: Washington, DC.
5. Andersson, L, Sundstrom-Poromaa, I, Bixo, M, Wulff, M, Bondestam, K & aStrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, **189**, 148-154.
6. Andersson, L, Sundstrom-Poromaa, I, Wulff, M, aStrom, M & Bixo, M. (2004). Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol*, **159**, 872-881.
7. Anseau, M, Dierick, M, Buntinx, F, Cnockaert, P, De, SJ, Van Den Haute, M & Vander, MD. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*, **78**, 49-55.
8. Araujo, DM, Pereira, NL & Kac, G. (2007). [Anxiety during pregnancy, prematurity, and low birth weight: a systematic literature review]. *Cad Saude Publica*, **23**, 747-756.
9. Araya, R, Lewis, G, Rojas, G & Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health*, **57**, 501-505.
10. Barros, AJ & Hirakata, VN. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*, **3**, 21.

11. Bennett, HA, Einarson, A, Taddio, A, Koren, G & Einarson, TR. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, **103**, 698-709.
12. Brand, SR & Brennan, PA. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin Obstet Gynecol*, **52**, 441-455.
13. Busnello, ED, Lima, B, Gomes, R & Bertolote, JM. (1983). [Identification and management of chronic mental disorders patients in a primary care unit in Porto Alegre, Brazil] . *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **32**, 359-363.
14. Costa, AG & Ludermir, AB. (2005). [Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil]. *Cad Saude Publica*, **21**, 73-79.
15. Coutinho, ES, de Almeida, FN, Mari, JJ & Rodrigues, LC. (1999). Gender and minor psychiatric morbidity: results of a case-control study in a developing country. *Int J Psychiatry Med*, **29**, 197-208.
16. Da-Silva, VA, Moraes-Santos, AR, Carvalho, MS, Martins, ML & Teixeira, NA. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*, **31**, 799-804.
17. Dayan, J, Creveuil, C, Herlicoviez, M, Herbel, C, Baranger, E, Savoye, C & Thouin, A. (2002). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol*, **155**, 293-301.
18. Dias-da-Costa, JS, Menezes, A, Olinto, MT, Gigante, DP, Macedo, S & Fuchs, SC. (2002). Prevalence of minor psychiatric disorders in the City of Pelotas, RS. *Rev Brasileira de Epidemiologia*, **5**.
19. Evans, J, Heron, J, Francomb, H, Oke, S & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, **323**, 257-260.
20. Evans, J, Heron, J, Patel, RR & Wiles, N. (2007). Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *Br J Psychiatry*, **191**, 84-85.
21. Faisal-Cury, A, Menezes, P, Araya, R & Zugaib, M. (2009). Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil : Depression and Anxiety during Pregnancy. *Arch Womens Ment Health*.
22. Faisal-Cury, A & Rossi, MP. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*, **10**, 25-32.
23. Ferri, CP, Mitsuhiro, SS, Barros, MC, Chalem, E, Guinsburg, R, Patel, V, Prince, M & Laranjeira, R. (2007). The impact of maternal experience of

violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*, **7**, 209.

24. Fraguas, R, Jr., Henriques, SG, Jr., De Lucia, MS, Iosifescu, DV, Schwartz, FH, Menezes, PR, Gattaz, WF & Martins, MA. (2006). The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*, **91**, 11-17.
25. Gavin, NI, Gaynes, BN, Lohr, KN, Meltzer-Brody, S, Gartlehner, G & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, **106**, 1071-1083.
26. Goldberg, D & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. Tavistock: London.
27. Gonçalves, DM & Kapczinski, F. (2008). [Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil]. *Cad Saude Publica*, **24**, 2043-2053.
28. Grant, KA, McMahon, C & Austin, MP. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord*, **108**, 101-111.
29. Heron, J, O'Connor, TG, Evans, J, Golding, J & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, **80**, 65-73.
30. Kendell, RE, Wainwright, S, Hailey, A & Shannon, B. (1976). The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med*, **6**, 297-302.
31. Lancaster, CA, Gold, KJ, Flynn, HA, Yoo, H, Marcus, SM & Davis, MM. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, **202**, 5-14.
32. Lee, AM, Lam, SK, Sze Mun Lau, SM, Chong, CS, Chui, HW & Fong, DY. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, **110**, 1102-1112.
33. Lima, MS, Beria, JU, Tomasi, E, Conceicao, AT & Mari, JJ. (1996). Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*, **26**, 211-222.
34. Limlomwongse, N & Liabsuetrakul, T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*, **9**, 131-138.
35. Linzer, M, Spitzer, R, Kroenke, K, Williams, JB, Hahn, S, Brody, D & deGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med*, **101**, 526-533.

36. Lovisi, GM, Lopez, JR, Coutinho, ES & Patel, V. (2005). Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med*, **35**, 1485-1492.
37. Ludermir, AB & Melo Filho, DA. (2002). [Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders]. *Rev Saude Publica*, **36**, 213-221.
38. Maragno, L, Goldbaum, M, Gianini, RJ, Novaes, HM & Cesar, CL. (2006). [Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*, **22**, 1639-1648.
39. Marchesi, C, Bertoni, S & Maggini, C. (2009). Major and minor depression in pregnancy. *Obstet Gynecol*, **113**, 1292-1298.
40. Mari, JJ. (1987). Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry*, **22**, 129-138.
41. Mark Stevenson, Telmo Nunes, Javier Sanchez & Ron Thornton. (2009). epiR: Functions for analysing epidemiological data. R package version 0.9-17.
42. Orr, ST, James, SA & Blackmore, PC. (2002). Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol*, **156**, 797-802.
43. Patel, V & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*, **81**, 609-615.
44. Pinheiro, SN, Laprega, MR & Furtado, EF. (2005). [Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service]. *Rev Saude Publica*, **39**, 593-598.
45. R Development Core Team. (2009). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing: Vienna, Austria.
46. Rahman, A, Bunn, J, Lovel, H & Creed, F. (2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand*, **115**, 481-486.
47. Rich-Edwards, JW, Kleinman, K, Abrams, A, Harlow, BL, McLaughlin, TJ, Joffe, H & Gillman, MW. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*, **60**, 221-227.
48. Rogan, WJ & Gladen, B. (1978). Estimating prevalence from the results of a screening test. *Am J Epidemiol*, **107**, 71-76.

49. Ryan, D, Milis, L & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*, **51**, 1087-1093.
50. Seguin, L, Potvin, L, St-Denis, M & Loiselle, J. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol*, **85**, 583-589.
51. Spitzer, RL, Williams, JB, Kroenke, K, Hornyak, R & McMurray, J. (2000). Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol*, **183**, 759-769.
52. Spitzer, RL, Williams, JB, Kroenke, K, Linzer, M, deGruy, FV, III, Hahn, SR, Brody, D & Johnson, JG. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, **272**, 1749-1756.
53. van Bussel, JC, Spitz, B & Demyttenaere, K. (2006). Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth*, **33**, 297-302.
54. Vesga-Lopez, O, Blanco, C, Keyes, K, Olfson, M, Grant, BF & Hasin, DS. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, **65**, 805-815.
55. Vigo, A. (2006). [Modeling common outcomes: bias and precision]. *Cad Saude Publica*, **22**, 2496-2497.
56. Weissman, MM, Bland, R, Joyce, PR, Newman, S, Wells, JE & Wittchen, HU. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord*, **29**, 77-84.
57. WHO. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*, **78**, 413-426.
58. Wissart, J, Parshad, O & Kulkarni, S. (2005). Prevalence of pre- and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy Childbirth*, **5**, 15.
59. World Health Organization & Dept.of Mental Health and Substance Dependence. (2002). *Prevention and promotion in mental health*. World Health Organization: Geneva.

6. ARTIGO

TRANSTORNOS MENTAIS EM UMA AMOSTRA DE GESTANTES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL

MENTAL DISORDERS IN A SAMPLE OF PREGNANT WOMEN ATTENDING PRIMARY CARE IN SOUTHERN BRAZIL

Autores:

Michele Scortegagna de Almeida - Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS¹

Maria Angélica Antunes Nunes¹

Andressa Giacomello ¹

Caroline Buss¹

Cristiane Melere¹

Juliana F. Hoffmann¹

Michele Drehmer¹

Patricia Manzolli¹

Rafael Marques Soares¹

Silvia Ozcariz¹

Suzi Camey²

Maria Inês Schmidt¹

¹ Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFRGS

² Instituto de Matemática, Departamento de Estatística - UFRGS

Financiamento: CNPQ –Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX)

email addresses: maanunes@terra.com.br; mscortegagn@globo.com;

Endereço para correspondência: Maria Angélica Antunes Nunes

Rua Corrêa Lima, 742 - Porto Alegre - RS - Brasil - CEP 90850-250

Fone: 55 51 32334508

A ser enviado ao Cadernos de Saúde Pública

RESUMO

Com o objetivo de determinar a prevalência de prováveis diagnósticos psiquiátricos, através do PRIME-MD, durante a gravidez e os fatores sociodemográficos associados foram avaliadas 712 gestantes entre a 16^o e 36^o semana de gestação, atendidas em 18 Unidades Básicas de Saúde em Porto Alegre e Bento Gonçalves. Encontramos prevalência de provável transtorno mental em 41,7% das gestantes. O diagnóstico mais prevalente foi o Transtorno Depressivo Maior (21,6%), seguido pelo Transtorno de Ansiedade Generalizada (19,8%). Após realizar a análise multivariada os fatores que mantêm significância são: não trabalhar nem estudar RP 1,25 (IC 95% 1,04-1,51), não morar com o companheiro RP 1,24 (IC 95% 1,01-1,52), e ter dois ou mais filhos RP 1,21 (IC 95% 1,01 – 1,46). Evidenciou-se que as gestantes da rede básica de saúde possuem alta prevalência de provável transtorno mental tornando-se importante a abordagem dessas patologias na atenção básica, uma vez que o contato com os serviços de saúde é freqüente nesse período de cuidados de pré-natais.

Palavras chaves: *saúde mental, gravidez, atenção primária, fatores sociodemográficos, estudo transversal.*

ABSTRACT

Aiming to determine the prevalence of probable psychiatric diagnosis by PRIME-MD, during pregnancy and sociodemographic factors associated, 712 pregnant women between 16 and 36 weeks of pregnancy were evaluated, seen in 18 Basic Health Units in Porto Alegre and Bento Gonçalves. A prevalence of probable mental disorder was found in 41.7% of pregnant women. The most prevalent diagnosis was Major Depressive Disorder (21.6%), followed by Generalized Anxiety Disorder (19.8%). After performing a multivariate analysis the factors that hold significance are neither working nor studying PR 1.25 (95% CI 1.04 to 1.51), not living with spouse PR 1.24 (95% CI 1.01 to 1.52), and having two or more children PR 1.21 (95% CI 1.01 to 1.46). It was evident that the women's basic health services have a high prevalence of probable mental disorder making it important to approach these disorders in primary care, since contact with health services is frequent in this period of prenatal care.

Key words: *mental health, pregnancy, primary care, sociodemographic factors, cross-sectional study.*

Introdução

A Organização Mundial de Saúde estima que, aproximadamente, 450 milhões de pessoas sofram de algum transtorno mental no mundo, e que uma em cada quatro pessoas será afetada por uma doença psiquiátrica em algum estágio de sua vida¹. Acredita-se, ainda, que esse número venha sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países de média e baixa renda (LAMIC – low- and middle-income countries), devido a uma associação consistente com o baixo nível socioeconômico².

As mulheres apresentam maiores prevalência de transtornos mentais em vários estudos realizados³⁻⁸. Linzer e colaboradores avaliaram as diferenças entre homens e mulheres quanto à frequência de transtornos mentais em cuidados primários, encontrando que mulheres apresentam uma prevalência de 43% de ter pelo menos um transtorno mental versus 33% nos homens. Com destaque para os transtornos de humor, de ansiedade e somatoformes, ficando a exceção por conta do provável transtorno relacionado ao uso de álcool. Além da comorbidade psiquiátrica também ser superior nas mulheres, 26% destas tinham pelo menos dois transtornos psiquiátricos contra 15% dos homens⁶.

Apesar de a gravidez ser um período de mudanças fisiológicas, hormonais e psicológicas, historicamente a saúde mental da mulher grávida foi negligenciada, possivelmente influenciada por dois fatores. Um deles é a crença popular da gravidez ser um período de total bem estar para as mulheres. Outro é a ênfase inicial dada aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto imediato que, por gerarem mais internações psiquiátricas, acabaram sendo foco de preocupação inicial⁹. Atualmente, os dados epidemiológicos apontam para prevalências de transtornos mentais comuns semelhantes na gravidez e no puerpério¹⁰⁻¹² e, quando evidenciam diferenças, essas são na direção de maiores prevalências no período da gravidez do que no período pós-parto¹³⁻¹⁷.

Logo há uma clara necessidade de um melhor conhecimento sobre a saúde mental da mulher durante a gravidez. Uma vez que é relevante o fato de os transtornos mentais na gravidez serem importantes preditores de depressão pós-

parto^{11;14;17;18} e ansiedade pós-parto¹¹, de desfechos obstétricos adversos¹⁹⁻²³ e influenciarem o desenvolvimento infantil, tendo reflexos até a adolescência²⁴.

Estudos sobre a prevalência de transtornos mentais em grávidas e sua associação com fatores socioeconômicos ainda são escassos no Brasil,²⁵⁻²⁷ uma vez que grande parte avalia apenas os transtornos depressivos²⁸⁻³⁰. O objetivo do presente estudo é estimar a prevalência de transtornos mentais na gestação, utilizando um instrumento voltado aos cuidados primários que fornece seis prováveis categorias diagnósticas baseadas no DSM-III-R³¹, em uma amostra de grávidas de duas cidades do sul do país, e analisar a sua distribuição segundo variáveis sociodemográficas.

Metodologia

O projeto “Medida do Padrão de Consumo Alimentar, Prevalência de Transtornos Mentais e Violência em uma amostra de Gestantes” (ECCAGe), é um estudo de coorte. Na sua linha de base, fonte dos dados para este estudo, arrolou entre junho de 2006 e abril de 2007, 780 gestantes entre a 16^a e a 36^a semana de gestação, atendidas em 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo dez unidades localizadas na cidade de Porto Alegre e oito em Bento Gonçalves, ambas no Rio Grande do Sul. As gestantes foram selecionadas de forma consecutiva, durante o horário de atendimento, na sala de espera das UBS, antes da consulta pré-natal, sendo a entrevista realizada em um único contato com as gestantes.

Instrumentos

- **Questionário sobre dados sociodemográficos**

Foi aplicado questionário abordando as variáveis sociodemográficas e coletado dados referentes a saúde da gestante, seus hábitos durante a gestação e planejamento da atual gestação. Utilizamos como medidas de interesse a idade, escolaridade, atividade remunerada, renda familiar, situação conjugal, número de habitantes na residência, paridade e gravidez planejada. Como a literatura associa a maior prevalência de transtornos mentais a presença de doença crônica, consumo de álcool e tabaco na gestação e IMC^{20;26;30} utilizou-se esses dados disponíveis como possíveis fatores de confusão.

- **PRIME-MD**

Para avaliar a presença de sintomas psiquiátricos, foi utilizado o instrumento para Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (The primary care evaluation of mental disorders) - PRIME-MD³². É utilizado como instrumento de rastreamento para presença de transtornos mentais em pacientes na atenção primária à saúde. Ele foi traduzido e validado para o português brasileiro por Fráguas Junior³³. O PRIME-MD, originalmente, avalia os quatro grupos de transtornos mentais mais comuns encontrados na atenção primária: os de humor, de ansiedade, somatoformes e álcool e, também, os transtornos alimentares, utilizando critérios diagnósticos do DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)³¹. Optou-se pela exclusão do módulo de transtorno somatoformes em virtude da frequência elevada de queixas físicas em gestantes, o que confundiria o diagnóstico, além da necessidade de confirmação clínica. Neste estudo, o PRIME-MD foi aplicado por entrevistadoras treinadas, mas não habilitadas para a realização de diagnósticos psiquiátricos.

O instrumento é dividido em duas partes: o Questionário do Paciente (QP) e o Guia de Avaliação Clínica (GAC). O QP é constituído de uma página auto-preenchida pela paciente com 12 questões (10 sim/não), uma questão que mede a intensidade do sintoma e uma questão que avalia saúde global. As primeiras dez questões são organizadas em módulos, cobrindo os diagnósticos e, no caso de resposta afirmativa, o Guia de Avaliação Clínica é usado para obter informações adicionais para cada diagnóstico. A partir dos dados coletados, fica possível identificar seis categorias diagnósticas, específicas do DSM III-R³¹: transtorno depressivo maior, transtorno depressivo maior em remissão parcial, distímia, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada e bulimia nervosa. Optou-se por analisar somente os diagnósticos que exigem todos os critérios em relação ao DSM III-R, deixando de fora os subclínicos ou prováveis, já que, nesse caso, apenas alguns critérios diagnósticos são contemplados.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (número: 2006561) e todas as participantes assinaram consentimento informado.

Análise estatística

Foram estimadas as prevalências dos prováveis diagnósticos de transtorno psiquiátrico. Para as variáveis contínuas, foram calculados a média e o desvio padrão. Foi realizado o estudo de associação entre provável diagnóstico de transtorno psiquiátrico e as variáveis sociodemográficas e gravidez planejada através da regressão de Poisson com variância robusta^{34;35}. No modelo multivariável, foram incluídas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,2$ na regressão simples, sendo mantidas, no modelo final, somente as com significância menor que 5%, controlando para possíveis fatores de confusão disponíveis. A partir da regressão de Poisson com variância robusta, foram estimadas as razões de prevalência brutas e ajustadas. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS v16.0.

Resultados

Ao final do trabalho de campo foram arroladas 780 gestantes, sendo que 68 (8,7%) foram classificadas como perdas e recusas, restando 712 para análise. A idade média foi 24,6 anos (variando de 13 a 42), 63,2% tinham menos de nove anos de estudo formal, 69,8% tinham renda familiar inferior a três salários mínimos e 59% não estudavam nem trabalhavam fora de casa. Quinhentas e sessenta e três (79,1%) moram com companheiro e 62,6% das gestantes não planejou a gravidez. Quanto ao número de pessoas na residência, 32% moravam com cinco ou mais pessoas e 27,7% tinham dois ou mais filhos (tabela 1). Outro aspecto importante é que a maioria das gestantes (72,1%) foi entrevistada no segundo trimestre de gestação.

Duzentos e noventa e sete gestantes preenchiam critérios para ao menos um provável diagnóstico pelo PRIME-MD, resultando em 41,7% da amostra. O diagnóstico mais prevalente foi o transtorno depressivo maior (21,6%), seguido pelo transtorno de ansiedade generalizada (19,8%), transtorno do pânico (9,3%), transtorno depressivo maior em remissão parcial (9,0%), distímia (8,4%) e bulimia nervosa (0,6%). O número de diagnósticos também é relatado na tabela 2. Dentre as 297 gestantes com provável diagnóstico de transtorno psiquiátrico, 42,4% apresentavam comorbidade, ou seja, dois ou mais diagnósticos psiquiátricos concomitantes.

Na análise simples, escolaridade, situação conjugal, ocupação e número de filhos aparecem como variáveis associadas a provável transtorno mental pelo PRIME-MD, conforme tabela 3. Após realizar a análise multivariada, os fatores que mantêm significância são: não trabalhar nem estudar RP 1,25 (IC 95% 1,04-1,51), não morar com o companheiro RP 1,24 (IC 95% 1,01-1,52), e ter dois ou mais filhos RP 1,21 (IC 95% 1,01 – 1,46), mesmo após ajuste para diabete, hipertensão, tabagismo, provável abuso ou dependência de álcool e IMC.

Discussão

Este estudo descreve a prevalência e fatores sociodemográficos associados a provável transtorno mental em grávidas no segundo e terceiro trimestres, numa amostra de gestantes atendidas nos serviços de atenção básica de saúde do sul do Brasil. Difere de outros estudos brasileiros, ao utilizar um instrumento (PRIME-MD) que rastreia possíveis diagnósticos, segundo o DSM-III-R e não apenas sintomas depressivos ou ansiosos. O principal achado é que 41,7% da amostra tinham provável diagnóstico de um transtorno psiquiátrico, cifra elevada que encontra respaldo na literatura, quando se refere a populações de baixo nível socioeconômico^{17;36}. O fato de a gestante não trabalhar nem estudar, não morar com o companheiro e já ter dois ou mais filhos esteve associado a maior risco de apresentar um provável diagnóstico de transtorno mental.

Uma revisão sistemática de estudos com gestantes no 2º e 3º trimestres, oriundas apenas de países ricos, encontrou prevalência para transtorno depressivo de 8,5%, para ambos os trimestres, através de entrevista clínica estruturada¹⁰. Outra revisão sistemática de resultados obtidos de amostra de gestantes com baixo nível socioeconômico encontrou 28% e 25%, para segundo e terceiro trimestres respectivamente³⁷.

Os instrumentos utilizados para medir sintomas depressivos e as amostras selecionadas variaram muito nos diferentes estudos, o que dificulta a comparação entre os resultados. A prevalência estimada de transtorno depressivo maior foi de 21,6% e de 9% para o transtorno depressivo maior em remissão parcial, totalizando 30,6%, resultado superior àqueles provenientes de outros países do LAMIC, que varia de 20,5% a 24,7%^{15;17;22} e das grávidas brasileiras (12,9% a 20,8%)^{25;29;30}.

A prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada foi alta (19,8%) sendo que estudos anteriores, realizados com o PRIME-MD em mulheres atendidas em ambulatórios de cuidados primários, reportam prevalências de 9% e 12,3%^{4;6}. A possível inclusão do transtorno de ajustamento com sintomas ansiosos nessa categoria diagnóstica poderia estar contribuindo para a prevalência elevada, já que a gravidez é reconhecida como um desencadeante do transtorno³⁸. Deve ser salientado que o ponto crucial para o diagnóstico de TAG é a presença de ansiedade e preocupações excessivas na maior parte dos dias, por no mínimo seis meses, associado a sintomas como inquietação ou sensação de estar muito sensível emocionalmente, fadigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular ou perturbação do sono.

Os achados de 9,3% de transtorno do pânico e 8,4% de distímia estão um pouco acima e um pouco abaixo, respectivamente, aos dados encontrados na literatura^{4;6;39}. A prevalência de 0,6% de bulimia nervosa é superior a encontrada em gestantes norueguesas (0,2%) porém semelhante a prevalência de 0,7% encontrada antes da gravidez nessas mesmas gestantes e entre mulheres não grávidas atendidas na atenção primária^{4;40}.

Considerando que a maioria dos estudos brasileiros objetiva medir a frequência de sintomas ansiosos e depressivos, é de salientar a alta prevalência de outros prováveis diagnósticos que necessitam abordagens distintas das preconizadas para os sintomas ansiosos e depressivos.

O estudo apresenta algumas limitações, uma delas é o próprio delineamento que impossibilita definir relação causal, uma vez que exposição e desfecho são medidos simultaneamente. É plausível supor que algumas variáveis consideradas desfechos sejam de fato precedidas por aquelas consideradas exposições.

No presente estudo, a situação conjugal da gestante (não morar com o companheiro) esteve associada à maior prevalência de transtornos psiquiátricos (RP 1,24), resultado semelhante ao obtido em estudos brasileiros^{25;29} e internacionais^{11;16;41}. Em recente revisão de literatura conduzida por Lancaster (2010) o fato de não morar com o companheiro é fator de risco para depressão na gravidez, e esse ainda ressalta como o fator de risco mais consistente a falta de suporte social do companheiro⁴². É possível supor que não residir com o companheiro seja vivenciado

como falta de apoio social, predispondo transtorno mental, assim como não morar com companheiro pode ser uma conseqüência da presença de transtorno psiquiátrico.

Quanto à paridade, ter dois ou mais filhos, mostrou associação (RP de 1,21) com transtornos mentais. Não houve diferença significativa de prevalência de transtorno mental entre as mulheres que não tinham filhos e aquelas que já tinham um filho, aparecendo a associação apenas após o segundo filho. Há a hipótese de que preocupações decorrentes das exigências sociais, emocionais e psicológicas de cuidar de um bebê e outras crianças ao mesmo tempo, com pouco suporte social no seu entorno, poderia constituir fator de estresse importante. Grant (1999) demonstrou que as mulheres que tinham mais de um filho apresentavam mais sintomas ansiosos e depressivos pós-parto¹¹. Estudo em amostra de mulheres encontrou associação entre o fato de ter três ou mais filhos e a maior prevalência de transtornos mentais comuns⁴³.

No presente estudo, gestantes que não trabalhavam nem estudavam tinham 25% (RP = 1,25) mais provável diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Esse resultado é corroborado por estudos anteriores, Marchesi (2009) mostrou que donas de casa tinham um maior risco de apresentar depressão menor, assim como Pereira (2009) indicou uma associação entre transtorno depressivos em gestantes e a presença de trabalho informal ou casual, e Faisal-Cury (2009) encontra essa mesma associação entre as grávidas desempregadas^{26;30;44}.

Não houve associação entre baixa escolaridade e maior prevalência de transtornos mentais, conforme relatado na literatura^{2;3;5;7;45;46}. Esse fato pode ter sido decorrente da homogeneidade da amostra, uma vez que as gestantes apresentavam poucos anos de escolaridade: 35% ensino básico completo, 21% ensino médio completo sendo que dessas apenas 15 gestantes (2,1%) tinham mais de onze anos de escolaridade, o que corresponde a mais que o ensino médio completo. Estudo realizado no Canadá que encontrou grande diferença de prevalência de sintomas depressivos em grávidas de baixo e alto nível socioeconômico, 47% e 20%, respectivamente, utiliza como um dos critérios para baixo nível socioeconômico ter menos de doze anos de escolaridade³⁶.

Outra limitação do presente estudo é que o PRIME-MD não pode ser utilizado como instrumento diagnóstico, por ter sido aplicado por entrevistadoras treinadas e não por clínicos.

Além disso, os resultados não podem ser generalizados para toda população brasileira, mas parecem representar adequadamente as gestantes que realizam seu pré-natal em serviços públicos de saúde no sul do país, uma vez que a amostra é proveniente de 18 unidades de cuidados básicos de duas cidades. Em adição, a amostra é similar à população de mulheres gestantes que buscam assistência pré-natal no SUS (Sistema Único de Saúde)⁴⁷.

O presente estudo mostrou a magnitude do problema, uma vez que a prevalência de provável transtorno mental foi maior do que a esperada e os serviços pré-natais tem como desafio diagnosticar e tratar essa demanda. Infelizmente acredita-se que grande parte dessas pacientes não são diagnosticadas e por isso não são tratadas, os dados disponíveis estimam que 77% das pacientes com algum diagnóstico psiquiátrico atendidas em ambulatórios de ginecologia e obstetrícia dos Estados Unidos não são diagnosticadas pelos seus médicos e conseqüentemente não são tratadas⁴⁸.

A presença da mulher no período da gravidez na rede de atenção básica propicia esse contato com o serviço, já que é possível que não haja uma busca ativa da gestante por atendimento devido a seus sintomas psiquiátricos, e torna crucial aproveitar essa oportunidade para diagnosticar e tratar as gestantes o que possivelmente se refletiria em melhor qualidade de vida para a mesma, gerando benefícios para seus filhos e para a sociedade como um todo.

Referências

1. World Health Organization, Dept.of Mental Health and Substance Dependence. *Prevention and promotion in mental health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ* 2003;81:609-615.
3. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* 2000;78:413-426.

4. Anseau M, Dierick M, Buntinkx F et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004;78:49-55.
5. Costa AG, Ludermir AB. [Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2005;21:73-79.
6. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K et al. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996;101:526-533.
7. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. [Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2006;22:1639-1648.
8. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry* 1987;22:129-138.
9. Kendell RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1976;6:297-302.
10. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071-1083.
11. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord* 2008;108:101-111.
12. van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* 2006;33:297-302.
13. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-260.
14. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004;80:65-73.
15. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health* 2006;9:131-138.
16. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:221-227.

17. Wissart J, Parshad O, Kulkarni S. Prevalence of pre- and postpartum depression in Jamaican women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2005;5:15.
18. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007;110:1102-1112.
19. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155:293-301.
20. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MC et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health* 2007;7:209.
21. Orr ST, James SA, Blackmore PC. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002;156:797-802.
22. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:481-486.
23. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20:189-209.
24. Brand SR, Brennan PA. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:441-455.
25. Faisal-Cury A, Rossi MP. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health* 2007;10:25-32.
26. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil : Depression and Anxiety during Pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2009.
27. Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. [Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service]. *Rev Saude Publica* 2005;39:593-598.
28. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998;31:799-804.
29. Lovisi GM, Lopez JR, Coutinho ES, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med* 2005;35:1485-1492.

30. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009;25:2725-2736.
31. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, Work Group to Revise DSM-III. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R*. 3rd ed., rev ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
32. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
33. Fraguas R, Jr., Henriques SG, Jr., De Lucia MS et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord* 2006;91:11-17.
34. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21.
35. Vigo A. [Modeling common outcomes: bias and precision]. *Cad Saude Publica* 2006;22:2496-2497.
36. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;85:583-589.
37. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103:698-709.
38. Ebert MH. *Current diagnosis & treatment psychiatry*. 2nd ed ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2008.
39. Gonçalves DM, Kapczinski F. [Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2008;24:2043-2053.
40. Bulik CM, Von HA, Hamer R et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med* 2007;37:1109-1118.
41. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:805-815.
42. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:5-14.

43. Coutinho ES, de Almeida FN, Mari JJ, Rodrigues LC. Gender and minor psychiatric morbidity: results of a case-control study in a developing country. *Int J Psychiatry Med* 1999;29:197-208.
44. Marchesi C, Bertoni S, Maggini C. Major and minor depression in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;113:1292-1298.
45. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceicao AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:211-222.
46. Ludermir AB, Melo Filho DA. [Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders]. *Rev Saude Publica* 2002;36:213-221.
47. Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto AL, Nucci LB. [Correlates of smoking in pregnant women in six Brazilian cities]. *Rev Saude Publica* 2004;38:261-267.
48. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:759-769.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e planejamento da gravidez em gestantes com e sem provável transtorno mental pelo PRIME-MD atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil, Porto Alegre, 2007. n=712

	Sem Transtorno Mental (n=415) n (%)	Com Transtorno mental (n=297) n (%)	Total (n=712) n (%)
Idade			
<= 19 anos	114 (27,5)	67 (22,6)	181(25,4)
20 a 29 anos	201(48,4)	163 (54,9)	364(51,1)
> 30 anos	100 (24,1)	67 (22,6)	167(23,5)
Escolaridade			
0 -4 anos	49 (11,8)	49 (16,5)	98 (13,8)
5 -8 anos	201 (48,4)	151 (50,8)	352 (49,4)
9+ anos	165(39,8)	97 (32,7)	262(36,8)
Renda Familiar			
<= 1	68 (16,4)	59 (19,9)	127 (17,8)
1,01 – 3,00	218 (52,5)	152 (51,2)	370 (52,0)
>= 3,01	129(31,1)	86 (29,0)	215(30,2)
Ocupação			
Trabalha e/ou estuda	187 (45,1)	105 (35,4)	292 (41,0)
Não trabalha nem estuda	218 (54,9)	192 (64,6)	420 (59,0)
Nº de pessoas na casa			
1 -2	104 (25,1)	67 (22,6)	171 (24,0)
3 -4	187 (45,1)	126 (42,4)	313 (44,0)
>=5	124 (29,9)	104 (35,0)	228 (32,0)
Situação Conjugal			
Mora com companheiro	337 (81,2)	226 (76,1)	563 (79,1)
Não mora com companheiro	78 (18,8)	71 (23,9)	149 (20,9)
Nº de filhos			
0 - 1	316(76,1)	199 (67,0)	515 (72,3)
>=2	99 (23,9)	98 (33,0)	197 (27,7)
Gravidez planejada			
Sim	158 (38,1)	108 (36,4)	266 (37,4)
Não	257 (61,9)	189 (63,6)	446(62,6)

Tabela 2 - Prevalência de provável diagnóstico psiquiátrico e número de transtornos psiquiátricos pelo PRIME-MD em gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil, Porto Alegre, 2007. n=712

	<i>n</i>	%
Transtorno Depressivo Maior	154	21,6
Transtorno Depressivo Maior em remissão parcial	64	9,0
Distímia	60	8,4
Transtorno do Pânico	66	9,3
Transtorno de Ansiedade Generalizada	141	19,8
Bulimia Nervosa	4	0,6
Número de transtornos mentais		
0	415	58,3
1	171	24,0
2	74	10,4
3 ou mais	52	7,3

Tabela 3 – Associação entre características sociodemográficas e planejamento da gravidez e provável diagnóstico psiquiátrico pelo PRIME-MD das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil, Porto Alegre, 2007. n=712

	RP Bruta		RP Ajustada*	
	RP (IC95%)	p	RP (IC95%)	p
Idade				
<= 19 anos	0,92 (0,71-1,20)	0,55		
20 a 29 anos	1,12 (0,90- 1,39)	0,32		
> 30 anos	1,00			
Escolaridade				
0 -4 anos	1,35 (1,05 – 1,74)	0,02		
5 -8 anos	1,16 (0,95 – 1,41)	0,15		
9+ anos	1,00			
Renda Familiar				
<= 1	1,16 (0,91 - 1,49)	0,24		
1,01 – 3,00	1,03 (0,84-1,26)	0,80		
>= 3,01	1,00			
Ocupação				
Trabalha e/ou estuda	1,00		1,00	
Não trabalha nem estuda	1,27 (1,06 - 1,53)	0,01	1,25 (1,04-1,51)	0,02
Nº de pessoas na casa				
1 -2	1,00			
3 -4	1,03 (0,82 - 1,29)	0,82		
>=5	1,16 (0,92 - 1,47)	0,20		
Situação Conjugal				
Mora com companheiro	1,00		1,00	
Não mora com companheiro	1,19 (0,98 - 1,44)	0,09	1,24 (1,01-1,52)	0,04
Nº de filhos				
0 - 1	1,00		1,00	
>=2	1,29 (1,08 - 1,54)	0,01	1,21 (1,01 – 1,46)	0,04
Gravidez planejada				
Sim	1,00			
Não	1,04 (0,87 - 1,25)	0,64		

* corrigido para fumo na gravidez, provável abuso ou dependência de álcool, IMC, diabete e HAS.

Tabela 4 - Prevalências corrigidas e seus intervalos de confiança de provável diagnóstico psiquiátrico pelo PRIME-MD das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no Sul do Brasil, Porto Alegre, 2007. n=712

	% (n)	Prevalência corrigida	IC 95%
Qualquer diagnóstico psiquiátrico	41,7 (297)	41,8	41,7 – 42,0
Transtorno Depressivo Maior	21,6 (154)	35,7	35,5 – 35,9
T. Depressivo Maior em remissão parcial	9,0 (64)	22,7	22,4 – 23,0
Distímia	8,4 (60)	9,4	9,3 – 9,6
Transtorno do Pânico	9,3 (66)	9,3	9,2 – 9,4
Transtorno de Ansiedade Generalizada	19,8 (141)	31,1	30,9 – 31,3
Bulimia Nervosa	0,6 (4)	0,61	0,58 – 0,63

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante um melhor conhecimento sobre a prevalência de transtornos mentais na gravidez e seus fatores associados para ajudar o profissional de saúde no rastreamento dessa população em risco. Avaliar outros diagnósticos, que não somente os sintomas depressivos ou ansiosos, propicia a oportunidade de abordar de maneira mais adequada os diferentes transtornos. Já que somente a partir de um diagnóstico correto pode-se decidir sobre a terapêutica mais adequada.

Estratégias que possam prevenir ou minimizar a ocorrência de transtornos mentais requerem uma abordagem interdisciplinar capaz de promover acréscimo em nível educacional de modo que possibilite as mulheres à escolha de melhores empregos e melhores condições de trabalho. Também é necessário estimular a implementação de programas de planejamento familiar que possam reduzir a prevalência de fatores estressores como maior número de filhos e ausência de suporte social para cuidar dos filhos.

Uma vez que o período da gravidez e do pós-parto propiciam um maior contato das mulheres com os serviços de saúde, seja em função do pré-natal ou do acompanhamento pediátrico do recém nascido, proporcionam uma oportunidade de abordar e tratar os transtornos mentais desse período. O que pode ser importante tanto para a mãe como para o bem-estar da criança e família.

8. ANEXOS

- a Projeto de Pesquisa
- b Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- c. Questionários de Pesquisa

ANEXO I – PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

DEFESA DE PROJETO

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM
UMA AMOSTRA DE GESTANTES**

Mestranda: Michele Scortegagna de Almeida

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Antunes Nunes

Porto Alegre
Junho de 2009

INTRODUÇÃO

Existe uma alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população geral, sendo que apenas uma pequena parte é identificada e tratada com aumento do sofrimento individual e, implicações socioeconômicas significativas, pois tais sintomas constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem demanda nos serviços de saúde. Os transtornos neuropsiquiátricos são responsáveis por um terço dos anos vividos com incapacidade no mundo (McQuaid *et al.*, 1999; World Health Organization & Dept. of Mental Health and Substance Dependence, 2002).

Estudos sobre TMC no Brasil mostram altas prevalências. Embora as taxas variem enormemente conforme o instrumento utilizado para o diagnóstico:

- ✓ 50% pacientes que procuraram os serviços primários de saúde apresentavam distúrbios não psicóticos, São Paulo e Porto Alegre (Busnello *et al.*, 1983; Mari, 1987);
- ✓ 22,7% Transtornos Psiquiátricos Menores em Pelotas (Lima *et al.*, 1996);
- ✓ 35% TMC em um estudo populacional no Recife (Ludermir & Melo Filho, 2002);
- ✓ 36% TMC na Zona da Mata de Pernambuco (Costa & Ludermir, 2005);
- ✓ 51,1% Diagnóstico psiquiátrico de TMC em pacientes atendidos pelo PSF em Santa Cruz do Sul (Goncalves & Kapczinski, 2008);

As mulheres apresentam prevalências maiores de TMC. Linzer e colaboradores avaliaram as diferenças de gênero e a frequência de transtornos mentais na atenção básica e relatou que mulheres apresentam uma prevalência de 43% de ter pelo menos um transtorno mental versus 33% nos homens (OR= 1,6), com destaque para os transtornos de humor (31% das mulheres versus 19% dos homens, OR= 1,9), de ansiedade (22% versus 13%, OR= 1,9) e somatoformes (18% versus 9%, OR=2,2), exceção para o provável transtorno relacionado ao uso de álcool (2% versus 10%, OR= 0,2). A comorbidade psiquiátrica também foi superior no sexo feminino sendo que 26% delas tinham pelo menos dois transtornos psiquiátricos contra 15% dos homens, OR= 2,0 (Linzer *et al.*, 1996). A depressão é a principal causa de ônus da doença para mulheres de 15 a 44 anos, tanto em países desenvolvidos, quanto nos em

desenvolvimento (World Health Organization & Dept.of Mental Health and Substance Dependence, 2002).

A gestação é um período crítico para o aparecimento de transtornos mentais com conseqüências maternas e para o bebê. Os TMC na gravidez são importantes preditores de depressão pós-parto (Heron *et al.*, 2004) e, podem afetar os desfechos obstétricos, embora os resultados sejam contraditórios (Araujo *et al.*, 2007).

Existem poucos estudos de prevalência de transtornos mentais na gestação com pacientes brasileiras.

- ✓ 38,2% provável transtorno psiquiátrico em 450 gestantes de Ribeirão Preto (QMPA) (Pinheiro *et al.*, 2005);
- ✓ 19,1% Depressão em 230 gestantes de uma maternidade carioca (CIDI) (Lovisi *et al.*, 2005);
- ✓ 27,6% TMC entre 930 gestantes adolescentes de São Paulo (CIDI) (Ferri *et al.*, 2007);
- ✓ 20,2% TMC entre 831 gestantes de São Paulo (CIS- R) (Faisal-Cury *et al.*, 2009).

JUSTIFICATIVA

- ✓ Estudos são escassos.
- ✓ Importância de obter dados de prevalências de TMC em gestantes brasileiras.
- ✓ Identificar fatores associados.
- ✓ Elaboração de condutas e diretrizes para a abordagem e tratamento.

OBJETIVO GERAL

Medir a prevalência de Transtornos Mentais Comuns na gestação e sua associação com variáveis sociodemográficas.

MÉTODO

Delineamento

O projeto Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes (ECCAGe), é um estudo de coorte. Os dados de sua linha de base proverão informações para esse estudo. O projeto arrolou entre junho de 2006 e abril de 2007, 780 gestantes entre a 16^a e a 36^a semana de gestação, atendidas em 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo dez unidades localizadas na cidade de Porto Alegre e oito em Bento Gonçalves, ambas no Rio Grande do Sul. As gestantes foram selecionadas de forma consecutiva, durante o horário de atendimento, na sala de espera das UBS antes da consulta pré-natal, sendo a entrevista realizada em um único contato com as gestantes.

Amostra

A amostra foi calculada para estimar a prevalência de alguns desfechos e levou-se em consideração nível de confiança de 90% e erro máximo admitido de 2,5%. O cálculo de tamanho de amostra para o estudo da saúde mental foi realizado estimando-se uma prevalência de transtornos mentais comuns na gestação de 14%, totalizando 514 gestantes; acrescentando-se 15% para perdas e recusas, a amostra final foi de 591 mulheres, número inferior ao total de gestantes incluídas no projeto ECCAGe, pois entre os diversos desfechos estudados, optou-se pelo que exigia maior tamanho de amostra.

Ao final do trabalho de campo foram arroladas 780 gestantes, sendo que 68 (8,7%) foram classificadas como perdas e recusas, restando 712 para análise, o que aumentou o nível de confiança para 94,54%.

Instrumentos

- Questionário sobre dados sócio-demográficos

Foi aplicado questionário pré-testado abordando as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, atividade remunerada, renda familiar, estado civil, número de habitantes na residência; história obstétrica: número de gestações, paridade, gravidez planejada e, ainda, consumo de tabaco, álcool e drogas na

gravidez. Para as mulheres que moravam com companheiro foi investigada a idade, a atividade remunerada e consumo de álcool do companheiro.

- PRIME-MD

Para avaliar a presença de sintomas psiquiátricos foi utilizado o instrumento para Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (The primary care evaluation of mental disorders) - PRIME-MD (Spitzer *et al.*, 1994), traduzido e validado para o português brasileiro (Fraguas, Jr. *et al.*, 2006). Originalmente, o PRIME-MD abrange os diagnósticos de transtornos de humor, de ansiedade, alimentares, somatoformes e provável abuso ou dependência de álcool, a partir dos critérios do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). O módulo somatoforme foi excluído devido ao fato de ser considerado inapropriado para investigação durante a gestação. Neste estudo, o PRIME-MD foi considerado um instrumento de rastreamento de sintomas, por ter sido aplicado por entrevistadoras treinadas (acadêmicas ou profissionais das áreas de nutrição, enfermagem e psicologia), mas não habilitadas para a realização de diagnósticos. A escolha do instrumento ocorreu devido à fácil aplicação e à indicação para o uso na atenção primária.

O instrumento é dividido em duas partes: o Questionário do Paciente (QP) e o Guia de Avaliação Clínica (GAC). O QP é constituído de uma página auto preenchida pela paciente com 12 questões, sendo dez sim/não, uma medindo a intensidade dos problemas e outra acerca de saúde global. As primeiras dez questões são organizadas em módulos cobrindo os diagnósticos e, no caso de resposta afirmativa, o Guia de Avaliação Clínica é usado para obter informações adicionais para cada diagnóstico. A partir de nossos dados fica possível identificar 10 categorias diagnósticas, cinco correspondentes a diagnósticos específicos do DSM-IV: transtorno depressivo maior, distímia, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada e bulimia nervosa. E cinco categorias adicionais que são consideradas limítrofes ou diagnósticos subclínicos (subthreshold diagnoses) que são: transtorno de ansiedade sem outra especificação (SOE), transtorno depressivo menor, transtorno da compulsão alimentar periódica, provável abuso ou dependência de álcool e provável transtorno de humor bipolar.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e todas as participantes assinaram consentimento informado.

Análise estatística

Os questionários foram desenvolvidos no software Teleform v10.0 e a verificação das inconsistências foi realizada no aplicativo Verifier do pacote Teleform. O controle de qualidade ocorreu em 10% da amostra, selecionada de forma aleatória, e realizado através de contato telefônico. A análise estatística foi realizada com os programas SPSS v13.0 e Stata v9.

Foram estimadas as prevalências simples, a média e o desvio padrão para variáveis contínuas. Foi realizado o estudo de associação entre os desfechos e as variáveis independentes, através da Regressão de Poisson com variância robusta. Utilizar o Modelo Hierarquizado ou construção do modelo multivariável, selecionando as variáveis que na análise bruta apresentarem p-valor menor que 0,20. Estas foram incluídas e excluídas do modelo multivariável até permanecerem somente aquelas que tiveram um p-valor menor do que 0,05.

Corrigir as prevalências pelo R, que leva em conta especificidade e sensibilidade do instrumento.

CRONOGRAMA

	03/09	04/09	05/09	06/09	07/09	08/09	09/09	10/09	11/09
Cumprimento dos créditos do PPG EPI									
Revisão da literatura									
Elaboração do projeto									
Apresentação do projeto									
Análise dos dados									
Redação da dissertação									
Redação do artigo científico									
Defesa da dissertação									

REFERÊNCIAS:

1. Araujo, DM, Pereira, NL & Kac, G. (2007). [Anxiety during pregnancy, prematurity, and low birth weight: a systematic literature review]. *Cad Saude Publica*, **23**, 747-756.
2. Busnello, ED, Lima, B, Gomes, R & Bertolote, JM. (1983). [Identification and management of chronic mental disorders patients in a primary care unit in Porto Alegre, Brazil] . *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **32**, 359-363.
3. Costa, AG & Ludermir, AB. (2005). [Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil]. *Cad Saude Publica*, **21**, 73-79.
4. Faisal-Cury, A, Menezes, P, Araya, R & Zugaib, M. (2009). Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil : Depression and Anxiety during Pregnancy. *Arch Womens Ment Health*.
5. Ferri, CP, Mitsuhiro, SS, Barros, MC, Chalem, E, Guinsburg, R, Patel, V, Prince, M & Laranjeira, R. (2007). The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*, **7**, 209.

6. Fraguas, R, Jr., Henriques, SG, Jr., De Lucia, MS, Iosifescu, DV, Schwartz, FH, Menezes, PR, Gattaz, WF & Martins, MA. (2006). The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*, **91**, 11-17.
7. Goncalves, DM & Kapczinski, F. (2008). [Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil]. *Cad Saude Publica*, **24**, 2043-2053.
8. Heron, J, O'Connor, TG, Evans, J, Golding, J & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*, **80**, 65-73.
9. Lima, MS, Beria, JU, Tomasi, E, Conceicao, AT & Mari, JJ. (1996). Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*, **26**, 211-222.
10. Linzer, M, Spitzer, R, Kroenke, K, Williams, JB, Hahn, S, Brody, D & deGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med*, **101**, 526-533.
11. Lovisi, GM, Lopez, JR, Coutinho, ES & Patel, V. (2005). Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med*, **35**, 1485-1492.
12. Ludermir, AB & Melo Filho, DA. (2002). [Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders]. *Rev Saude Publica*, **36**, 213-221.
13. Mari, JJ. (1987). Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry*, **22**, 129-138.
14. McQuaid, JR, Stein, MB, Laffaye, C & McCahill, ME. (1999). Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord*, **55**, 1-10.
15. Pinheiro, SN, Laprega, MR & Furtado, EF. (2005). [Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service]. *Rev Saude Publica*, **39**, 593-598.
16. Spitzer, RL, Williams, JB, Kroenke, K, Linzer, M, deGruy, FV, III, Hahn, SR, Brody, D & Johnson, JG. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, **272**, 1749-1756.
17. World Health Organization & Dept.of Mental Health and Substance Dependence. (2002). *Prevention and promotion in mental health*. World Health Organization: Geneva.

ANEXO II - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro-repesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006561

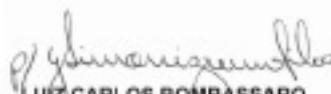
Título : Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes.

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>EGNE</u>
MARIA ANGÉLICA ANTUNES NUNES	PESQ RESPONSÁVEL		
ANDRESSA GIACOMELLO	PESQUISADOR	andressa@italnet.com.br	
BRUCE BARTHOLOW DUNCAN	PESQUISADOR	bbduncan@orion.ufrgs.br	33165620
MARIA INES SCHMIDT	PESQUISADOR	bbduncan@vortex.ufrgs.br	33165591
RAFAEL MARQUES SOARES	PESQUISADOR	rmaoares@brturbo.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 6 ,
ata nº 72 , de 22/6/2006 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo
com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quinta-feira, 6 de julho de 2006


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO III – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Nº do Quest

--	--	--	--

Pesquisa: ECCAGe
**MEDIDA DO PADRÃO DE CONSUMO ALIMENTAR, PREVALÊNCIA DE
TRANSTORNOS MENTAIS E VIOLÊNCIA EM UMA AMOSTRA DE GESTANTES**

Questionário de Pesquisa

Entrevistador	Cod	Data
Cidade		
<input type="checkbox"/> Porto Alegre <input type="checkbox"/> Bento Gonçalves	UBS	
Nome do Paciente <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Número da Identidade <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

Gostariamos de preencher um cadastro com seu endereço, caso seja necessário entrar em contato com você novamente.

1) Onde você mora?

Rua/Av:

Nº:	Complemento	Bairro
Cidade		CEP:
Telefone	Celular	

2) Qual o Nome da sua mãe?

Nome

Qual o endereço dela?		
Rua/Av:		
Nº:	Complemento	Bairro
Cidade		CEP:
Telefone	Celular	

3) O nome completo de outro parente ou amiga(o) sua? Alguém que, no caso de você se mudar, possa nos dar informações e notícias suas?

Nome2

Grau de Parentesco

Qual o endereço dele(a)?

Rua/Av:

N°:

Complemento

Bairro

Cidade

CEP

Telefone

Celular

4) Qual a data de seu nascimento? / /

5) Você é...(ler as alternativas)?

Casada Mora com companheiro Solteira Viuva Separada/divorciada

6) Você mora com o companheiro? Sim Não **PULAR PARA A Q.12**

7) Seu companheiro é o pai do bebe? Sim Não NSA

8) Qual a idade do companheiro? (999 = IGN, 888 = NSA)

9) O seu companheiro...(ler as alternativas)

Estuda

Trabalha

NSA

Estuda e trabalha

IGN

Não estuda nem trabalha

10) O seu companheiro costuma tomar bebida de álcool?

Sim Não **PULAR PARA Q12** NSA IGN

SE SIM, Quantas vezes? (ler as alternativas)

Uma vez por mês Uma vez por semana Todos os finais de semana Todos os dias

IGN

NSA

11) Das vezes que ele bebe, quantas vezes ele fica alterado?

Nenhuma Às vezes Sempre IGN NSA

Vamos conversar um pouco sobre a sua alimentação

Nº do Quest
| | | |

- 21) Onde você realiza a maior parte das refeições? (ler as alternativas)
 Na sua casa Na casa de parente No trabalho Restaurantes Outro
- 22) Nas refeições você costuma estar sozinha ou acompanhada?
 Sozinha Acompanhada - de quem? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
- 23) Durante um dia quantas refeições (incluindo lanches) você faz? | | | |
- 24) Você tem o hábito de beliscar alimentos? Sim Não
- 25) Você já recebeu orientação de como se alimentar? Sim Não **PULAR PARA A Q.27** IGN
SE SIM, ela ocorreu: antes de engravidar
 durante a gestação
 antes de engravidar e durante a gestação
 NSA

- 26) Qual o objetivo da orientação alimentar? (ler as alternativas)
 diminuição do peso NSA
 aumento de peso IGN
 outros | | | | |

Agora gostaria de saber algumas informações sobre sua gravidez

- 27) Quantos meses você está de gravidez? | |
- 28) Essa gravidez foi planejada? Sim Não
- 29) Você já ficou grávida antes? Sim Não **PULAR PARA A Q.32**
- 30) Quantas vezes já ficou grávida, incluindo esta gestação? | | (88 NSA)
- 31) Quantos filhos você tem? | | (88 NSA)
- 32) Você está esperando gêmeos? Sim Não IGN
- 33) Alguma vez o médico lhe disse que você tinha pressão alta (hipertensão arterial)?
 Sim Não
SE SIM, ler as alternativas antes da gestação nesta gestação NSA IGN
- 34) Alguma vez o médico lhe disse que você tinha açúcar no sangue (diabetes)?
 Sim Não
SE SIM, ler as alternativas antes da gestação nesta gestação NSA IGN

Nº do Quest

--	--	--	--

AGORA VAMOS MEDIR SUA ALTURA E PESO

42) Peso atual: , Kg

43) altura: cm

**AGORA GOSTARIA DE VER SEU CARTÃO DE GESTANTE PARA COPIAR
ALGUNS DADOS**

44) Data da primeira consulta de pré-natal. / / (01/01/1980 IGN)

45) Data da última menstruação. / / (01/01/1980 IGN)

46) Idade gestacional pela última menstruação

47) Data da Ecografia. / / (01/01/1980 IGN)

48) Idade gestacional pela Ecografía (99 IGN)

49) Data provável de parto. / / (01/01/1980 IGN)

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Nº do Quest

Gostaríamos que você respondesse com que frequência tem comido alguns alimentos, agora que está grávida, e também a quantidade de alimento que como a cada vez.

Primeiro pergunte: Com que frequência você tem comido "nome do alimento"?

Caso ela refira consumir o alimento, perguntar: Quantas "ler a medida caseira"?

A cada 4 ou 5 alimentos lembrar a gestante que o questionário se refere alimentação durante a gestação.

Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3 x/dia	1 x/dia	5 a 6 x/sem	2 a 4 x/sem	1 x/sem	1 a 3 x/mês	Nunca/ Quase nunca
Arroz Branco	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Arroz Integral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Feijão	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> concha méd	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Macarrão	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Escumadeira cheia / pegador	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Macarrão Integral	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Escumadeira cheia / pegador	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Farinha de Mandioca	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> colher sopa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pão cacetinho ou fatiado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> francês/ 2 fatias pão for	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pão integral / centeio	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pão caseiro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Biscoito doce	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Bolos/cucas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fatias	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Biscoito Salgado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polenta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Batata Frita ou chips	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> porção peq	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Batata cozida	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Mandioca aipim	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Milho verde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 espiga 4 col sopa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pipoca	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> xícara	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Lentilha/ Ervilha/Grão de Bico	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> colher sopa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Alface	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> folha	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Couve	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Repolho	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Laranja/ Bergamota	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Banana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

N° do Quest

Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3 x/dia	1 x/dia	5 a 6 x/sem	2 a 4 x/sem	1 x/sem	1 a 3 x/mês	Nunca/ Quase nunca
Mamão/Papaia	<input type="text"/> , <input type="text"/> fat/1/2 papaia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Maçã	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Melancia/ Melão	<input type="text"/> , <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Abacaxi	<input type="text"/> , <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Abacate	<input type="text"/> , <input type="text"/> 1/2 unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Manga	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Limão	Só a frequência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Maracujá	Só a frequência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Uva	<input type="text"/> , <input type="text"/> cacho médio	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Goiaba	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pêra	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Chicórea	<input type="text"/> , <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Tomate	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Chuchu	<input type="text"/> , <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Abóbora	<input type="text"/> , <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Abobrinha	<input type="text"/> , <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pepino	<input type="text"/> , <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Vagem	<input type="text"/> , <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cebola	Só a frequência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Alho	Só a frequência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pimentão	Só a frequência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cenoura	<input type="text"/> , <input type="text"/> col sopa ch	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Beterraba	<input type="text"/> , <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Couve Flor	<input type="text"/> , <input type="text"/> ramo ou flor	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Ovos	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidades	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Leite Integral	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Leite Semidesnatado	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Leite Desnatado	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Iogurte Normal	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Iogurte Light	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidade	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Queijo	<input type="text"/> , <input type="text"/> fatia média	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Requeijão	Só a frequência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Manteiga	Só a frequência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Margarina	Só a frequência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Visceras: fígado, coração bucho	<input type="text"/> , <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Alimento	Quantidade consumida por vez	Mais de 3x/dia	2 a 3 x/dia	1 x/dia	5 a 6 x/sem	2 a 4 x/sem	1 x/sem	1 a 3 x/mês	Nunca/ Quase nunca
Carne de boi s/osso	<input type="text"/> , <input type="text"/> 1 bife médio = 4 col sopa moída ou 2 pedaços	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Carne de boi c/osso/mocotó/rabo	<input type="text"/> , <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Carne porco	<input type="text"/> , <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Frango	<input type="text"/> , <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Salsicha/lingüiça	<input type="text"/> , <input type="text"/> unid ou gomo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Peixe fresco	<input type="text"/> , <input type="text"/> filé ou posta	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Peixe enlatado (atum,sardinha)	<input type="text"/> , <input type="text"/> latas	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Hambúrguer	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidades	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pizza	<input type="text"/> , <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Camarão	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidades	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Bacon/toucinho	<input type="text"/> , <input type="text"/> fatia	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Maionese	<input type="text"/> , <input type="text"/> colher chá	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
salgados: Kibe,pastel	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidades	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Salgadinhos	<input type="text"/> , <input type="text"/> pacote	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Sorvete	<input type="text"/> , <input type="text"/> unidades	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Açúcar	<input type="text"/> , <input type="text"/> col/sobremesa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Caramelo, bala	Só a freqüência	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Chocolate pó/ Nescau	<input type="text"/> , <input type="text"/> col/sobremesa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Chocolatebarra/ bombom	<input type="text"/> , <input type="text"/> 1 peq. ou 2 bombons	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Pudim	<input type="text"/> , <input type="text"/> pedaço	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Doce de leite/ Geléia	<input type="text"/> , <input type="text"/> col/sobremesa	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Refrigerante Normal	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Refrigerante Light	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Café	<input type="text"/> , <input type="text"/> xícara	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Suco Natural	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Suco Artificial	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Vinho	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cerveja	<input type="text"/> , <input type="text"/> copo	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Outras Bebidas alcoólicas	<input type="text"/> , <input type="text"/> dose	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0,79 <input type="checkbox"/>	0,43 <input type="checkbox"/>	0,14 <input type="checkbox"/>	0,07 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Nº do Quest

--	--	--	--

(Questionário para investigação de Transtornos do Comportamento Alimentar)

Instruções

As questões que seguem dizem respeito aos 28 dias antes de sua gravidez

Nos últimos 28 dias antes de sua gravidez, quantos dias.	Nenhum	1 -5 dias	6 -12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos dias
---	--------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------

1 Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer?

0 1 2 3 4 5 6

2 Desejou não ter barriga?

0 1 2 3 4 5 6

3 Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?

0 1 2 3 4 5 6

4 Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda?

0 1 2 3 4 5 6

5 Sentiu-se gorda?

0 1 2 3 4 5 6

6 Teve um grande desejo de perder peso?

0 1 2 3 4 5 6

Nº do Quest

7 Nos 28 dias antes de sua gravidez, houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam como uma quantidade de comida maior que alguém comeria na mesma situação?

Não **PULAR PARA Q.10**
 Sim

8 Quantas vezes teve esse episódio nestes 28 dias antes da gravidez? (888 NSA)

9 Quantos desses episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle? (888 NSA)

10 Nos 28 dias antes de sua gravidez provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal?

Não **PULAR PARA Q.12**
 Sim

11 Quantas vezes nestes 28 dias antes da gravidez? (888 NSA)

12 Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal?

Não **PULAR PARA Q.14**
 Sim

13 Quantas vezes nestes 28 dias antes da gravidez? (888 NSA)

14 Tomou diuréticos (remédios para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?

Não **(PULAR PARA Q.16)**
 Sim

15 Quantas vezes nestes 28 dias antes da gravidez? (888 NSA)

Nº do Quest

--	--	--	--

<u>EXPLIQUE O INTERVALO DE 0 A 6</u> Nos últimos 28 dias, antes de sua gravidez	N A D A		U M P O U C O		M O D E R A D A M E N T E		M U I T O
16 Seu peso modificou a forma como pensa sobre si?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17 Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
18 Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez por semana durante as quatro semanas seguintes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
19 Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
20 Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21 Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
22 Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

--	--	--	--

(Questionário para investigação de Transtornos do Comportamento Alimentar)

InstruçõesAs questões que seguem dizem respeito **APENAS** às últimas quatro semanas (28 dias).

Nos últimos 28 dias quantos dias	Nenhum	1 -5	6 -12	13-15	16-22	23-27	Todos
		dias	dias	dias	dias	dias	dias
1 Tentou diminuir a quantidade de comida para mudar seu peso e forma corporal?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2 Passou longos períodos de tempo (8 horas ou mais) sem comer para mudar seu peso e forma corporal?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3 Tentou evitar comer alimentos preferidos para mudar seu peso e forma corporal?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4 Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5 Desejou experimentar a sensação de ter o estômago vazio?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6 Pensou sobre comida ou quantidade de calorias a ponto de atrapalhar em sua capacidade de se concentrar em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7 Teve medo de perder o controle sobre o quanto você comia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8 Teve episódios de ingestão alimentar compulsiva, ou seja, comer grandes quantidades de comida, num curto período de tempo, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9 Comeu em segredo (não contar as vezes que comeu grande quantidade de comida, rapidamente, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10 Desejou não ter barriga?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11 Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Nº do Quest

Nos últimos 28 dias quantos dias

Nenhum 1-5 dias 6-12 dias 13-15 dias 16-22 dias 23-27 dias Todos dias

12 Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda?

0 1 2 3 4 5 6

13 Sentiu-se gorda?

0 1 2 3 4 5 6

14 Teve um grande desejo de perder peso?

0 1 2 3 4 5 6

NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS) (ler as alternativas)

0-Nenhuma vez 4-Muitas vezes

15 Quantas vezes se sentiu culpada depois de comer, por causa do efeito que isso teria no peso e forma corporal (não conte as situações de ingestão alimentar compulsiva)

1-Raramente 5-Quase sempre

2-Às vezes 6-Sempre

3- Metade dos dias

16 Nas últimas quatro semanas (28 dias), houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam como uma quantidade de comida maior que alguém comeria na mesma situação?

Não **PULAR PARA Q.19**

Sim

17 Quantas vezes teve esse episódio nas últimas quatro semanas? (888 NSA)

18 Quantos desses episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle? (888 NSA)

19 Houve outras situações em que sentiu não ter controle e comeu muito, mas não comeu grande quantidade dadas as circunstâncias?

Não **PULAR PARA Q.21**

Sim

20 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? (888 NSA)

21 Nas últimas quatro semanas provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal?

Não **PULAR PARA Q.23**

Sim

22 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? (888 NSA)

23 Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal?

Não **PULAR PARA Q.25**

Sim

24 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? (888 NSA)

25 Tomou diuréticos (remédios para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?

Não **PULAR PARA Q.27**

Sim

26 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? (888 NSA)

27 Fez exercício físico excessivo como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?

Não **PULAR PARA Q.29**

Sim

28 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? (888 NSA)

Nº do Quest

--	--	--	--

EXPLIQUE O INTERVALO DE 0 A 6 NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS)	N A D A		U M P O U C O		M O D E R A D A M E N T E		M U I T O
29 Seu peso modificou a forma como pensa sobre si?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
30 Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
31 Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez por semana durante as quatro semanas seguintes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
32 Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
33 Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
34 Até que ponto esteve preocupada com o fato de as outras pessoas a verem comer?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
35 Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
36 Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Questionário do Paciente

Nº do Quest

Instruções: Este questionário ajudará na compreensão dos problemas que você pode ter. Pode ser necessário perguntar-lhe mais sobre alguns desses itens. Por favor, esteja certo de assinalar um X exatamente no quadrado para cada item.

No último mês você tem se incomodado muito com:	Durante o mês passado
<p>1. Sua alimentação esta fora do controle? A</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>6. Você teve uma crise de ansiedade ?(subitamente sentiu medo ou pânico) C</p> <p align="right"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>2. Pouco interesse ou prazer para fazer as coisas? B</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. Sentir-se "para-baixo" deprimida, ou sem esperança?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>7. Você pensou que deveria diminuir o quanto você bebe de álcool? D</p> <p align="right"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8. Alguém se queixou de você beber? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>9. Você se sentiu culpado ou aborrecido pôr causa da bebida?</p> <p align="right"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>10. Houve algum dia em que você bebeu 5 ou mais doses de cerveja, vinho ou destilados?</p> <p align="right"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>4. Nervosismo, sentir-se ansiosa ou inquieta? C</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>5. Preocupar-se com muitas coisas diferentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>11. Os problemas acima trouxeram dificuldades para você trabalhar, fazer suas tarefas em casa ou sair para passear?</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Nunca </p> <p>12. Em geral, você diria que sua saúde é:</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Razoável</p> <p><input type="checkbox"/> Muito Boa <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p><input type="checkbox"/> Boa</p>

MÓDULO A

Nº do Quest

--	--	--	--

Caso a entrevistada preencha algum critério de acordo com o módulo, a entrevistadora fará a leitura das questões do módulo adequado e, para cada pergunta, você deve assinalar a resposta com um X exatamente no quadrado para cada item.

01. Você come freqüentemente, num período de 2 horas, o que a maioria das pessoas consideraria como uma grande quantidade de comida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Saída
02. Quando você come dessa maneira, sente geralmente que não consegue controlar o quê ou o quanto você esta comendo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Saída
03. Em média, isso aconteceu 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Saída
04. Você costuma provocar vômitos ou tomar mais que o dobro da dose recomendada de laxantes para evitar ganhar peso depois que come dessa maneira?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não PULAR PARA Q.06
05. Em média, isso aconteceu 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
06. Você costuma jejuar - não comer nada durante pelo menos 24 horas - ou se exercitar por mais de uma hora especificamente para evitar ganhar peso depois de comer dessa maneira?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Saída
07. Em média, isso aconteceu 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Módulo B

Caso a entrevistada preencha algum critério de acordo com o módulo, a entrevistadora fará a leitura das questões do módulo adequado e, para cada pergunta, você deve assinalar a resposta com um X exatamente no quadrado para cada item.

Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas quase todos os dias?

08. Dificuldade para começar a dormir, continuar dormindo ou dormindo demais? Sim Não

09. Sentir-se cansado ou tendo pouca energia? Sim Não

10. Pouco apetite ou comendo demais? Sim Não

11. Pouco interesse ou prazer para fazer as coisas? Sim Não

12. Sentindo-se "para-baixo", deprimido ou sem esperança? Sim Não

13. Sentindo-se mal em relação a você mesmo ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado a família "para-baixo"? Sim Não

14. Dificuldade em se concentrar em coisas, tais como ler um jornal ou assistir televisão? Sim Não

15. Estar mais inquieto, irrequieto ou movimentando-se além do usual?
Se não: E o oposto -movimentando-se ou falando tão lentamente que as outras pessoas poderiam ter notado? Sim Não

16. Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? Sim Não

Nº do Quest

--	--	--	--

CONTINUAÇÃO DO MÓDULO B

<p>17.a) Houve uma época em você era, ou muito mais "para baixo" ou deprimido (a), ou ainda tinha menos interesse ou prazer em fazer as coisas? b) Naquela época, você teve muitos dos problemas que eu acabei de lhe perguntar, como dificuldade para adormecer, para se concentrar, sentindo-se cansado, pouco apetite, pouco interesse pelas coisas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><u>PULAR PARA Q.18</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>18. Durante os dois últimos anos, você freqüentemente tem se sentido "para baixo", deprimido, teve pouco interesse ou prazer para fazer as coisas? <u>Considere Sim apenas se também for Sim para:</u> Foi assim mais da metade dos dias os últimos 2 anos?</p> <p>19. Nos últimos 2 anos, isso tem freqüentemente dificultado você a fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou conviver com outras pessoas.</p>	<p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p><u>PULAR PARA Q.20</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>20. Alguma vez um médico lhe disse que você tinha um transtorno maniaco-depressivo, um transtorno do humor ou era bipolar, ou lhe prescreveu Lítio? <u>Se Sim:</u> Quando foi?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

□

MÓDULO C

Nº do Quest

--	--	--	--

Caso a entrevistada preencha algum critério de acordo com o módulo, a entrevistadora fará a leitura das questões do módulo adequado e, para cada pergunta, você deve assinalar a resposta com um X exatamente no quadrado para cada item.

Se a questão Q.6 do questionário do paciente (crise de ansiedade) está assinalada NÃO, PULAR PARA Q.35

21. Você respondeu que teve uma crise de ansiedade esse mês. Isso já aconteceu antes? Sim Não

22. A crise acontece às vezes de repente sem que você espere?
Se não está claro: Em situações onde você não espera estar nervoso ou desconfortável? Sim Não

23. Você tem se preocupado muito em ter uma outra crise ou que algo está errado com você? Sim Não

Pense em sua última crise realmente intensa.

Vá para Q.35 assim que você checkou 4 sintomas que ocorreram durante a última pior crise do paciente

24. Você sentiu falta de ar? Sim Não

25. Seu coração acelerou, deu pulo ou palpitação? Sim Não

26. Você teve dor ou pressão no peito? Sim Não

27. Você suou? Sim Não

28. Você sentiu como se estivesse sufocando Sim Não

29. Você teve ondas de calor e calafrios? Sim Não

30. Você teve náusea, desconforto no estômago ou a sensação de que teria diarreia? Sim Não

31. Você sentiu vertigem, desequilíbrio ou sensação que ia desmaiar? Sim Não

32. Você teve formigamento ou dormência em partes do corpo? Sim Não

33. Você teve tremores ou abalos? Sim Não

34. Você teve medo de morrer Sim Não

--	--	--	--

CONTINUAÇÃO DO MÓDULO C

35. Você tem se sentido nervosa, ansiosa ou inquieta na maioria dos dias no último mês?

sim não Saída

Durante o último mês você se sentiu freqüentemente incomodado por algum desses problemas?

36. Sentiu-se tão inquieto que é difícil ficar parado? Sim Não

37. Cansando-se facilmente? Sim Não

38. Músculos com tensão, com dor ou doloridos? Sim Não

39. Dificuldade para adormecer ou continuar dormindo? Sim Não

40. Dificuldade para se concentrar nas coisas, tais como ler um livro ou assistir TV? Sim Não

41. Ficar incomodado ou irritado facilmente? Sim Não

42. Há 3 ou mais questões assinalados de Q.36 a Q.41?

Sim Não Saída

43. No último mês esses problemas a dificultaram para trabalhar, tomar conta da casa ou conviver com outras pessoas?

Sim Não Saída

44. Nos últimos 6 meses você tem estado muito preocupado com diversas coisas? Considere como Sim apenas se Sim para: Isso aconteceu durante mais da metade dos dias nos últimos 6 meses?

Sim Não Saída

45. Quando você está preocupado desse jeito você descobre que não consegue parar?

Sim Não Saída

MÓDULO D

Nº do Quest

--	--	--	--

Caso a entrevistada preencha algum critério de acordo com o módulo, a entrevistadora fará a leitura das questões do módulo adequado e, para cada pergunta, você deve assinalar a resposta com um X exatamente no quadrado para cada item.

**AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL.
O PERÍODO REFERE-SE AOS ÚLTIMOS 6 MESES.**

Seção B

46. Alguma vez um médico lhe sugeriu parar de beber por causa de um problema com a sua saúde?

Sim Não

47. Você continuou a beber nos últimos 6 meses depois do médico ter lhe sugerido parar de beber?

Sim Não

Alguma das situações seguintes aconteceu com você mais de uma vez nos últimos 6 meses?

48. Você bebia, ficava alto pelo álcool ou de ressaca enquanto trabalhava, ia à escola ou realizava alguma atividade que necessitasse responsabilidade?

Sim Não

49. Você acabou perdendo ou chegando atrasado no trabalho, na escola ou em outras responsabilidades porque você estava bebendo ou de ressaca?

Sim Não

50. Você teve problemas em se relacionar com outras pessoas enquanto estava bebendo?

Sim Não

51. Você dirigiu um carro depois de ter ingerido várias doses ou depois de ter bebido muito?

Sim Não

SABE-SE QUE MUITAS MULHERES SÃO MALTRATADAS E AGREDIDAS POR PESSOAS PRÓXIMAS OU ESTRANHAS. GOSTARÍAMOS DE SABER SE ALGUMAS DESSAS SITUAÇÕES OCORREM OU JÁ OCORRERAM COM VOCÊ.

1. Você acha que é ou foi, quase sempre, humilhada, rebaixada, ofendida com palavras desagradáveis ou irônicas?

Sim Não SE NÃO, PULAR PARA PERGUNTA 2

a) Quando isso aconteceu que idade você tinha?

0-9 anos de idade 10-19 anos de idade mais de 20 anos de idade

b) Isso aconteceu durante esta gravidez?

Sim Não

c) Quem a humilha ou humilhou?

Companheiro (namorado, marido, noivo)

Outro membro da família

Amigo

Estranho

d) Você solicitou algum tipo de ajuda?

Não Sim Se "SIM" de quem?

Familiar Justiça Serviço de Saúde Outro

2. Alguma vez alguém já lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

Sim Não SE NÃO, PULAR PARA PERGUNTA 3

a) Quando isso aconteceu que idade você tinha?

0-9 anos de idade 10-19 anos de idade mais de 20 anos de idade

b) Isto aconteceu durante esta gravidez?

Sim Não

c) Quem a agrediu?

Companheiro (namorado, marido, noivo)

Outro membro da família

Amigo

Estranho

d) Quantas vezes isso aconteceu?

Uma vez Algumas vezes Muitas vezes

e) Você solicitou algum tipo de ajuda?

Não Sim Se "SIM" de quem?

Familiar Justiça Serviço de Saúde Outro

--	--	--	--

3. Alguma vez você já foi atacada com faca, revólver ou outro tipo de arma?

Sim Não **SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 4**

a) Quando isso aconteceu que idade você tinha?

0-9 anos de idade 10-19 anos de idade mais de 20 anos de idade

b) Isso aconteceu durante esta gravidez?

Sim Não

c) Quem a atacou?

Companheiro (namorado, marido, noivo)

Outro membro da família

Amigo

Estranho

d) Quantas vezes isso aconteceu?

Uma vez Algumas vezes Muitas vezes

e) Você solicitou algum tipo de ajuda?

Não Sim Se "SIM" de quem?

Familiar Justiça Serviço de Saúde Outro

4. Você já foi forçada a fazer algum tipo de sexo com alguém, por se sentir ameaçada fisicamente ou temer ser seriamente machucada?

Sim Não **SE NÃO, PARE DE RESPONDER**

a) Quando isso aconteceu que idade você tinha?

0-9 anos de idade 10-19 anos de idade mais de 20 anos de idade

b) Isso aconteceu durante esta gravidez?

Sim Não

c) Quem a forçou?

Companheiro (namorado, marido, noivo)

Outro membro da família

Amigo

Estranho

d) Quantas vezes isso aconteceu?

Uma vez Algumas vezes Muitas vezes

e) Você solicitou algum tipo de ajuda?

Não Sim Se "SIM" de quem?

Familiar Justiça Serviço de Saúde Outro

**CASO VOCE NECESSITE AUXÍLIO ESPECÍFICO USE O TELEFONE INFORMADO
NO PAPEL QUE FICARÁ COM VOCE**