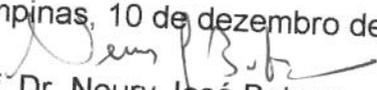


GISLEINE VAZ SCAVACINI DE FREITAS

200206613

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área de Ciências Biomédicas, da aluna **Gisleine Vaz S. de Freitas**.

Campinas, 10 de dezembro de 2001.


Prof. Dr. Neury José Botega
Orientador

***PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E
IDEAÇÃO SUICIDA NUMA POPULAÇÃO DE
ADOLESCENTES GRÁVIDAS***

CAMPINAS

2001

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

GISLEINE VAZ SCAVACINI DE FREITAS

***PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E
IDEAÇÃO SUICIDA NUMA POPULAÇÃO DE
ADOLESCENTES GRÁVIDAS***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de Ciências Biomédicas*

Orientador: *PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA*

CAMPINAS

2001

UNIDADE BC
N.º CHAMADA:
UNICAMP
F884p
V. 47563
T. 837102
PROC. 837102
C D
PREÇO R\$ 11,00
DATA 06-02-02
N.º CPD

CM00163083-9

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

F884p

Freitas, Gisleine Vaz Scavacini de

Prevalência de ansiedade, depressão e ideação suicida numa população de adolescentes grávidas / Gisleine Vaz Scavacini de Freitas. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Neury José Botega

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Adolescência. 2. Gravidez. 3. Depressão. I. Neury José Botega. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1. Prof. Dr. Gerson Antonio Vanson
 2. Prof. Dr. Roosevelt José S. Cassola
 3. Prof. Dr. Neury José Botega
-

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Ciências Biomédicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/12/2001

DEDICATÓRIA

Ao Segirson, meu companheiro de alma.

Aos nossos filhos Gabriela, Vítor e Isabela, pela paciência, compreensão e apoio através de conversas, noites sem dormir, desenhos, mãozinhas carinhosas e muitos dias sem sair de casa

À minha mãe psicóloga nata que, com sua sabedoria, me ajudou a ser a mulher que sou.

Às adolescentes grávidas, que permitiram minha intromissão em suas vidas e que deram um novo colorido à minha própria,

A Deus

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Neury José Botega (Prof Livre-Docente do Departamento de Psicologia e Psiquiatria Médica – FCM UNICAMP), meu orientador, a quem muito devo, pela oportunidade de ser sua aluna, por ter acreditado no meu potencial, pela paciência com que se dedicou e, principalmente, por ter iluminado esta tese com sua inteligência, sensibilidade e experiência;

A todos os professores da Pós-Graduação em Saúde Mental, que ampliaram meu conhecimento e me deram a oportunidade de sua convivência fértil em idéias;

À Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, na pessoa do então secretário Dr. Carlos Cavalcante e do Dr. Guilbert da Nóbrega (chefe do Programa de Assistência à Saúde da Mulher), que acreditaram na necessidade deste trabalho, abriram as portas, deram sala e mesa, e deixaram que eu coletasse livremente os dados para esta tese com as adolescentes grávidas;

À enfermeira-chefe Márcia, à assistente-social Vera, às atendentes Cecília e às auxiliares de enfermagem Simona, Vanda, Bete e Betinha, aos médicos - obstetras do Paism, Dr. José Henrique Freitas, Dr. Ronaldo M. Silva, Dra. Cláudia, Dra. Cláudia Gilbertone, Dra. Silvana Cohen, pela ajuda, amizade, companheirismo, cafés e almoços, sem os quais não teria conseguido coletar os dados;

Às grandes amigas, Luciene Cantarelli e Rosemary Seguin, pelas viagens-terapia, onde muitos “insights” devo a vocês;

À grande amiga Yara Rizzo, pela oportunidade que me deu no CACAD, onde tudo começou, e também pelo seu carinho e sorriso sempre aberto para mim.

Agradeço também à solidariedade e ajuda com os questionários do Dr. Claudemir Rapeli;

OUVIR ADOLESCENTES

*Ora (dirás) ouvir adolescentes! Certo
Perdeste o senso! E eu te direi, no entanto,
Que para ouvi-los há que chegar bem perto
E nunca assumir ar de espanto...
Não é preciso “na dele” entrar, no entanto,
Basta a mente e o coração Ter aberto
Para escutar seu mui aflito canto
Na dura busca de um futuro incerto.
Dirás agora: Treloucado amigo!
Que conversas com eles? Que sentido
Tem o que dizem, quando estão contigo,
E eu te direi: se é inveja o que sentes
Por vê-los gozar o que hajas perdido,
Não és capaz de ouvir adolescentes...*

Paródia do soneto “Ouvir Estrelas” de Olavo Bilac, feita por Luiz Carlos Osório

Atitude!

*Certo, dou-te os “is”, agora quem se encarregará de colocar os pingos será você, ao
enfrentar um temporal para ir à luta, e, conseqüentemente, a chuva...*

Tereza Estaque

	<i>Pág</i>
RESUMO	<i>xxiii</i>
1. INTRODUÇÃO	27
1.1. Gravidez na adolescência: discussão de alguns aspectos.....	30
1.2. Comportamento suicida: definição e discussão de alguns aspectos.....	33
1.3. Gravidez na adolescência e comportamento suicida.....	40
2. OBJETIVOS	47
3. MÉTODO	51
3.1. Delineamento do estudo.....	53
3.2. Local e sujeitos.....	53
3.2.1. Critérios de inclusão.....	53
3.2.2. Critérios de exclusão.....	54
3.3. Instrumentos.....	54
3.3.1. Questionário para orientar a anamnese.....	54
3.3.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	54
3.3.3. Escala de Ideação suicida de Beck.....	55
3.3.4. Entrevista Clínica Estruturada – edição revisada (CIS-R).....	55

3.3.5. Escala de Gravidade dos Sintomas.....	56
3.3.6 Escala de Apoio Social.....	56
3.4. Definição de ‘casos’ de depressão e de ansiedade.....	57
3.5. Definição de outras variáveis estudadas.....	58
3.6. Procedimento.....	59
3.7. Estudo piloto.....	59
3.8. Análise dos dados.....	60
3.9. Aspectos éticos.....	60
4. RESULTADOS.....	61
4.1. Características sociodemográficas.....	63
4.2. Morbidade psiquiátrica: ansiedade e depressão.....	65
4.3. Ideação suicida: prevalência e associações.....	68
4.4. Impressões clínicas.....	72
5. DISCUSSÃO.....	75
6. CONCLUSÕES.....	87
7. SUMMARY.....	91
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
9. ANEXOS.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS

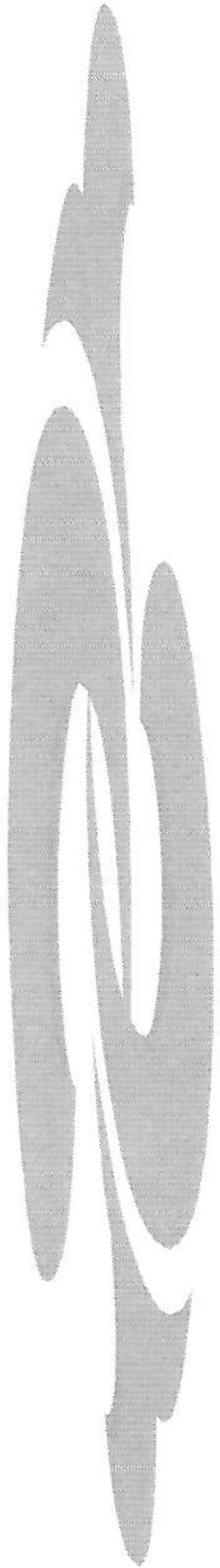
BSI	Beck Suicide Ideation
CIS-R	Clinical Interview Schedule - Revised
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág</i>
TABELA A: Pontuação da escala de apoio social.....	57
TABELA B : Variáveis.....	58
TABELA 1: Características sociodemográficas de 120 adolescentes grávidas.	63
TABELA 2: Aspectos gestacionais.....	65
TABELA 3: Prevalências de ansiedade e de depressão nos trimestres gestacionais.....	66
TABELA 4: Prevalência de ideação suicida nos trimestres gestacionais.....	68
TABELA 5: História de tentativa de suicídio em 120 adolescentes grávidas....	68
TABELA 6: Frequência de sintomas (pontuação ≥ 2 nas seções da CIS-R) entre grávidas apresentando ideação suicida e sem ideação suicida.....	69
TABELA 7: Associações entre ideação suicida e diversas variáveis.....	70
TABELA 8: Magnitude do apoio social.....	71
TABELA 9: Apoio social: associações (n=120)	71

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>Pág</i>
GRÁFICO 1: Porcentagem de casos com sintomas (pontuação ≥ 2) nas seções da CIS-R das adolescentes grávidas.....	67



RESUMO

A gravidez apresenta-se como a 1ª causa de internações em moças com idade entre 10 e 19 anos na rede SUS. Os estudos epidemiológicos feitos nesta população em nosso meio têm-se ocupado de aspectos demográficos, socio-econômicos e médicos das adolescentes, sem levar em consideração sua saúde mental.

Este estudo teve como objetivos determinar a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas, nos três trimestres da gestação; verificar possíveis associações entre ideação com depressão, ansiedade, histórias de abuso sexual, de agressão física e de tentativa de suicídio anterior, intenção de engravidar, período gestacional, situação conjugal e apoio social; comparar casos e não - casos de depressão, de ansiedade e de ideação suicida, traçando o perfil sintomatológico das adolescentes.

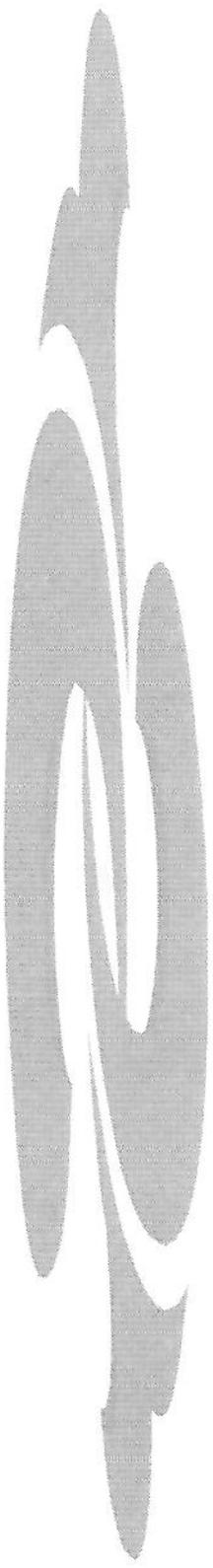
Trata - se de um inquérito populacional do tipo transversal, incluindo avaliação clínica, realizado em adolescentes que se encontravam em diferentes períodos gestacionais. A amostra foi composta por 120 adolescentes grávidas (40 de cada trimestre gestacional), com idades variando entre 14 e 18 anos, atendidas em serviço de pré-natal da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba.

Uma entrevista foi realizada, seguindo um questionário com seções sobre dados sociodemográficos, história gestacional, história pessoal e familiar. Quadros psicológicos de ansiedade e de depressão foram avaliados através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e também pela Entrevista Clínica Estruturada-edição revisada (CIS-R). A ideação suicida foi avaliada através da utilização da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). A análise estatística utilizou os testes do Qui-quadrado, de Fisher e o teste U de Mann – Whitney, sendo considerado apenas os valores de $p < 0,05$.

Do total dos sujeitos, foram encontrados: 28 (23,3%) casos de ansiedade e 25 (20,8%) casos de depressão. Desses, 12(10%) tinham ansiedade e depressão. Ideação suicida ocorreu em 20 (16,7%) sujeitos. Não foram encontradas diferenças nas prevalências de depressão, ansiedade e ideação suicida nos trimestres gestacionais. Tentativa de suicídio anterior à gravidez foi relatada por 16 (13%) adolescentes. A gravidade da ideação suicida teve associação significativa com a presença de depressão ($p=0,001$), com estado civil solteira sem namorado ($p=0,01$) e baixo apoio social ($p=0,001$). Foram encontrados 60

(50%) casos de morbidade psiquiátrica não-psicótica derivada da aplicação da CIS-R. Os casos de ideação suicida apresentaram alta frequência dos seguintes sintomas: falta de concentração, ansiedade, depressão, preocupações, obsessões, idéias depressivas, fadiga e preocupações com o funcionamento do corpo.

Conclusão: O grupo de adolescentes grávidas apresentou-se heterogêneo quanto à saúde mental. As idéias depressivas foram o sintoma comum para os casos de depressão, de ansiedade de ideação suicida e de tentativa de suicídio anterior. Os profissionais de saúde que trabalham com essa população devem estar atentos para identificar a presença de idéias depressivas, a fim de discriminar os casos que necessitam de especial acompanhamento na área de saúde mental.



1. INTRODUÇÃO

...não podemos desprezar que gravidez e tentativa de suicídio (em moças) são consequências do mesmo processo...

Roosevelt Cassorla (1985)

A gravidez é a primeira causa de internação de moças, com idade entre 10 e 19 anos na rede SUS, totalizando 66%. A segunda causa de internação, desta mesma população, são lesões e envenenamento(6%) (DATASUS, 1999). Os estudos epidemiológicos feitos nesta população, em nosso meio, visaram a aspectos demográficos, sociais, econômicos e médicos das adolescentes, sem levar em consideração sua saúde mental.

Em 1993, o percentual dos partos em adolescentes de 10 a 19 anos, realizado na rede SUS, foi de 22%. Em 1996, essa porcentagem aumentou para 26%, sendo a estimativa para 1997 de um milhão de gestantes nesta faixa, com 700.000 nascidos vivos e 300.000 abortos (DATASUS, 1999).

Em 1995, foram registradas 15.800 mortes, por causas externas, de adolescentes de 10 a 19 anos, no Brasil. Em 1996, esse número subiu para 16.265. A primeira causa de mortalidade na adolescência são as causas externas, isto é, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios (DATASUS, 1999).

Estima-se que os coeficientes de tentativa de suicídio sejam pelo menos oito a dez vezes superiores aos de suicídio com êxito, e que preponderam entre os jovens do sexo feminino (CASSORLA, 1987; DIEKSTRA,1993; BOTEGA, 1995a). Um estudo realizado em Campinas – SP revelou taxa de 150 tentativas de suicídio para cada 100.000 habitantes, com 75% dessas, tendo ocorrido em menores de 27 anos, principalmente do sexo feminino. (CASSORLA, 1985). Em 921 casos de intoxicação, que foram internados na enfermaria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, no período de 1971 a 1992, 559 (79%) foram por tentativa de suicídio (VIEIRA,1994)

A gravidez na adolescência, assim como os comportamentos suicidas, são assuntos complexos, que apresentam várias possibilidades de leitura dentro da sociedade e com um aspecto polêmico, pois esbarram em questões morais, sociais, educacionais, médicas, econômicas, etc. São temas do desejo, do instinto de vida e do instinto de morte, em que a neutralidade e a objetividade se esbarram na subjetividade de cada um.

Mesmo sabendo do ‘perigo’ de ser tendencioso, da complexidade dos temas e das ‘variáveis rebeldes’ (CASSORLA, 1981), destacam-se as produções científicas dos distintos temas, dando um panorama dos aspectos epidemiológicos, etiológicos, definições, aspectos psiquiátricos, psicológicos e sociais. Ao final, far-se-á um comentário sobre as pesquisas, em que os dois temas interagem.

1.1. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DISCUSSÃO DE ALGUNS ASPECTOS

Várias pesquisas têm sido realizadas sobre esse assunto desde a década de 30 e 40. A princípio, o tema estava associado ao bionaturalismo e à noção de risco. Na década de 50, nos EUA, esse tema era tratado através da temática obstétrica - pediátrica, coletiva e preventiva. Nas décadas de 50-60, o tema apresentou uma dimensão mais abrangente. A partir dos anos 70 surgem as primeiras propostas de temática comunitária. Nos anos 80, estratégias de Saúde Pública para detectar grupos mais vulneráveis da sociedade para prevenir a gravidez são os temas principais. No entanto, o discurso científico não leva em conta o desejo da adolescente querer ou não a gravidez, proporcionando a esta, de maneira autoritária, métodos para não engravidar. (REIS, 1993).

Apesar dos estudos e tentativas de ‘prevenir’ a gravidez na adolescência, ela acontece desde a Antiguidade. Casais famosos como Psychè e Eros, Romeu e Julieta eram adolescentes, Maria, mãe de Jesus, também ficou grávida ainda adolescente.

Para a lei canônica e também para o Decreto de 1890, a idade nupcial era de 12 anos para as mulheres e de 14 para os homens. Mas, de acordo com o atual Código Civil Brasileiro (art 183, inciso XII, cap. II dos impedimentos – Lei Federal no 3071, de 1916) não podem se casar as mulheres menores de 16 anos e homens menores de 18 anos (PAULA, 1992).

Os padrões culturais de uma época podem considerar a gravidez na adolescência um acontecimento habitual, 'relativizado' (HEILBORN, 1999). Atualmente, ela tem sido considerada como um sério problema médico-social. Poderíamos pensar que esse seria um problema apenas de países pobres, mas este é um fenômeno universal. Nos Estados Unidos, onde também há muitos trabalhos e pesquisas para minimizar o 'problema', a gravidez na adolescência tem sido considerada de primeira grandeza pelos órgãos de saúde pública (PINTO E SILVA, 2001).

Os fatores etiológicos ligados à gravidez precoce são complexos, multicausais e nem sempre são fáceis de serem elucidados.

Historicamente, a idade média da menarca das adolescentes vem apresentando uma tendência de queda, encontrando-se, atualmente, na faixa de 12 anos. Ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual, cada vez mais jovens. Em estudos brasileiros como de D'ORO (1992) em São Carlos e da Fundação Pathfinder (1989)¹ em 5 capitais brasileiras, o intercurso tem acontecido em média entre 15,3 e 16,9 anos respectivamente.

BURROWS *et al.* (1994), em estudo com 3.000 adolescentes no Chile, evidenciaram a importância da família na gravidez precoce. Para estes autores, a estabilidade familiar, a idade do primeiro parto da mãe, a escolaridade dos pais, a permissividade e a religiosidade familiar fazem parte da metade das variáveis selecionadas na tabela de risco para gravidez precoce. CHARPIE-DUBRIT (1991) inclui nesta lista a relação tensa com os pais, principalmente com o pai, e doença prolongada ou morte na família. O estudo de AGUIRRE (1995), com 40 adolescentes grávidas de 12 a 16 anos em São Paulo, encontrou condições familiares conflitantes como pai ausente, distante ou violento e mãe ambivalente.

¹ APUD DOMINGUES, 1999.

As adolescentes grávidas abandonam a escola devido à gravidez, mas muitas abandonaram o curso mesmo antes desta, tendo a 6ª série como limítrofe para o abandono (DOMINGUES JR, 1999).

O pensamento mágico, próprio do desenvolvimento emocional do adolescente, assim como o desejo de engravidar, o medo de ser estéril, a agressão aos pais e o projeto de vida das adolescentes, também têm sido relacionados como fatores etiológicos da gravidez precoce (DOMINGUES JR, 1998).

A falta de acesso a métodos contraceptivos, a dificuldade no manuseio desses métodos e a deficiência dos serviços de saúde igualmente têm sido levados em consideração como fatores etiológicos da gravidez na adolescência. Esses temas têm sido os principais objetivos dos trabalhos preventivos que visam reduzir, com informações, os índices de gravidez em jovens (DOMINGUES JR, 1999).

A gravidez na adolescência tem sido referida como um problema social, relacionado aos danos que podem ocorrer com a adolescente e seu bebê. As pesquisas sobre as adolescentes grávidas falam das diversas dimensões do ‘problema’ (OLIVEIRA, 1998). Mas, se a gravidez não é patologia para ser prevenida (MEDRADO & LIRA, 1999) onde reside o problema, na idade ou nas condições sociais? Nas conseqüências da gravidez para a adolescente, para seu bebê, para o *status* da família? Ou na dificuldade de entender o desejo das adolescentes que não o expressam através de palavras?

As adolescentes apresentam desempenho obstétrico comparável a mulheres de 20 a 29 anos e a idade ginecológica não se associa a nenhuma complicação da gravidez, de parto ou a intercorrências neonatais, se acompanhadas devidamente nos pré-natais. São as condições sociais desfavoráveis que influenciam as complicações gestacionais das adolescentes (PINTO E SILVA 1982; MOTTA, 1993).

Todavia, são as conseqüências psicossociais, mais do que as médicas, que parecem relevantes (PINTO E SILVA, 2001). A gravidez desempenha um importante papel na determinação das futuras oportunidades da adolescente, ela afeta a escolaridade, o trabalho melhor qualificado, e a habilidade em cuidar do bebê, caso haja muitas tensões sociais.

Mas, como separar adolescente, mulher e maternidade?

‘Para algumas moças a gravidez faz parte de seus projetos de vida, não sendo nem irresponsável, nem acidental, ... um modo de resistência encontrado pela adolescente para contrapor-se à autoridade do adulto ... compensar a imagem do adolescente imaturo e dependente através da função materna socialmente valorizada’ (PAULA, 1992)

Algumas adolescentes têm receio de serem estéreis, e manifestam o desejo de engravidar, de ser mãe, o que as leva a não utilizar corretamente os métodos contraceptivos, apenas para testar sua fertilidade (DOMINGUES JR., 1998).

A adolescência é um momento de intensas transformações biológicas e psicossociais. A família e os valores socioculturais são importantes para auxiliar o adolescente a lidar com todas estas transformações (ABERASTURY & KNOBEL, 1989).

Para lidar com conflitos desta fase, o adolescente, muitas vezes, utiliza-se de atuações ou “acting-out”, que são expressões não-verbais de um conflito inconsciente (MARCELLI & BRACONNIER, 1989). Essa tendência facilita a execução de atos auto-agressivos, como também a maior atividade sexual, mais namoros e parceiros sexuais, culminando muitas vezes em gravidez indesejada em jovens (CASSORLA, 1985).

1.2. COMPORTAMENTO SUICIDA: DEFINIÇÕES E DISCUSSÃO DE ALGUNS ASPECTOS

Segundo a OMS, 1968 a gama de comportamentos suicidas é ampla, mas poderíamos concebê-los caminhando num crescendo, a partir de pensamentos suicidas, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente, suicídio completo ou com êxito.

Para evitar enganos em estudos multicêntricos sobre a epidemiologia das tentativas de suicídio, a Organização Mundial de Saúde propôs uma definição, baseada nos códigos da Décima Classificação Internacional de Doenças:

Ato com resultados não fatais no qual um indivíduo intencionalmente inicia um comportamento não habitual, sem a intervenção de outros, causando autolesão ou ingerindo excesso de medicamentos(em relação à dosagem prescrita ou aceita como normal), com a finalidade de provocar mudanças, em decorrência das conseqüências físicas ocorridas ou esperadas (WHO,1992).

As tentativas de suicídio estão associadas ao gênero feminino, diferente do suicídio associado ao gênero masculino. Em geral, os suicidas sofrem de desordens psiquiátricas, planejam o ato suicida, usam métodos mais perigosos. Nas tentativas de suicídio, os indivíduos agem impulsivamente, não impedem a descoberta e usam métodos menos perigosos e raramente apresentam doenças mentais (RAPELI, 1997).

Mas neste assunto ‘cachorro que ladra, morde’ (BOTEGA,1996), pois sabemos que muitos suicídios (30 a 60%) são o último ato numa série de tentativas. Cerca de 10 a 14% das tentativas de suicídio, morrem por suicídio, ou seja, risco de suicídio 100 vezes maior do que a população normal (BRENT & KOLKO, 1990).

Desde DURKHEIM (1982), os fatores etiológicos têm sido estudados. Para este autor, a perspectiva sociológica era de suma importância para se compreender o fenômeno do suicídio. Durkheim entendia que o grau de integração do indivíduo ao grupo no qual vive seria o fator determinante do suicídio. O estado da sociedade poderia influenciar o indivíduo e pressioná-lo a se matar. Portanto, as taxas de suicídio na sociedade se alterariam, quando as características da sociedade se alterassem.

De lá para cá, muitos estudos foram feitos, mas ainda somos incapazes de prognosticar suicídio (LITMAN, 1996).

Para BLUMENTHAL & KUPFER (1986)², os comportamentos suicidas são influenciados pelo ambiente psicossocial (eventos de vida, fatores ambientais, doenças físicas e suporte interpessoal), pela variabilidade biológica (níveis de serotonina), pelas doenças psiquiátricas (transtornos depressivos, alcoolismo e esquizofrenia), pela história familiar de suicídio e pela transmissão genética.

² apud Werth,Jr, J.L. – Rational Suicide? Washington, Taylor & Francis, 1996.

Dentre os determinantes psicológicos e psiquiátricos, a psicanálise, com sua psicologia dinâmica, tem trazido importantes contribuições acerca do suicídio desde o fim do século XIX, através do pensamento de FREUD e MELANIE KLEIN.

FREUD apresenta suas idéias sobre o suicídio em 3 momentos.

No primeiro, em 'A Psicopatologia da Vida Cotidiana' (1901), refere-se a uma autodestruição semi-intencional, onde mesmo a intenção consciente de cometer o suicídio escolhe sua época, seus meios e sua oportunidade.

No segundo momento, em 'Luto e Melancolia' (1917), FREUD diz que o indivíduo melancólico se identifica com o objeto perdido, e que, ao se sentir rejeitado pelo objeto de amor, não consegue investir sua libido em outro. Tenta então punir o objeto amado em razão da ambivalência da situação (amor-ódio). Devido sua identificação com o objeto odiado (amado), a necessidade de destruir aparece nos comportamentos auto-agressivos do melancólico.

Em 1920, no 'Além do Princípio do Prazer', FREUD traz o conceito de instinto de morte. Seriam as pulsões do ego que exerceriam pressão no sentido de morte, e as pulsões sexuais exerceriam pressão no sentido de prolongar a vida.

Para KLEIN (1934) o objetivo do instinto de morte contra o objeto introjetado também teria a função de unificar-se ao objeto amado, destruindo a parte do ego identificada com os maus objetos, salvando dessa maneira os objetos bons.

CASSORLA (1984) ressalta que o suicida não quer morrer, na verdade ele não sabe o que é a morte, ele quer apenas cessar o sofrimento.

KOVACS (1992) salienta que o conceito da morte apresenta um desenvolvimento próprio em cada fase do indivíduo. O adolescente apresenta cognição para compreender as características da morte, como a irreversibilidade, universalidade e pode dar respostas lógicas formais, como também pode discutir e levantar hipóteses sobre o tema. No entanto, emocionalmente, parece estar muito distante da morte.

Para ERIKSON (1976), a tarefa do adolescente é a aquisição da identidade. Sendo assim, o adolescente deve romper limites e desafiar o mundo, abandonar as atividades e objetos infantis, separar-se do lar materno e iniciar-se nas atividades dos adultos. Em sociedades primitivas, isso acontece através de ritos de iniciação. Em nossa sociedade, a entrada para o mundo adulto, confirmando a identidade da pessoa e de seu lugar nesta sociedade está cada vez mais diluído. Muitas vezes o adolescente precisa pular esta fase, saindo da infância, entrando logo para a fase adulta, como as adolescentes grávidas (KOVACS, 1992), ou então nunca entram na fase adulta, continuando irresponsáveis e sendo subsidiados pelos pais (LEVISKY, 1998)

Para JUNG (1983), como o adolescente está construindo o mundo, não há lugar para a morte. Ele personifica em parte o herói, portanto é imortal. Para adquirir sua identidade, o adolescente testa e acaba extrapolando seus limites, vivendo situações de risco, resultando em morte. Mas ele acredita que a morte só ocorre com o outro, e porque este outro, provavelmente, foi incompetente (KOVACS, 1992).

Em sua busca pela vida, o adolescente procura facilitadores dessa vivência, vida com intensidade e colorido, usando muitas vezes as drogas. A morte pode ocorrer nestes casos por descuido, exagero da dose, acidente ou assassinato (KOVACS, 1992).

Uma outra característica do adolescente à procura da vida é que ele ama intensamente e caso não seja correspondido busca outras alternativas para obter uma qualidade de relação e realização amorosa. Muitas vezes, estas alternativas, com características impulsivas, podem ocorrer através de tentativas de suicídio para obter o objeto amado (KOVACS, 1992) e também através de relações sexuais sem preservativos.

CASSORLA (1984), ao estudar jovens com tentativas de suicídio, salienta os conflitos familiares (separações, alcoolismo, envolvimento com a polícia e justiça, perda dos pais precoce) como preponderantes no impedimento da função parental. Levando assim a desenvolver jovens com menor capacidade de suportar frustrações, pois apresentaram maior susceptibilidade a rejeições.

Sendo assim, o suicídio trata-se de um processo que pode ter tido seu início na infância, embora sejam referidos apenas os motivos desencadeantes (KOVACS, 1992).

Muitos elementos compõem os comportamentos suicidas. O'CARROLL *et al.* (1996) propõem uma nomenclatura para o suicídio e para os pensamentos e comportamentos autodestrutivos. Conforme os autores, eles podem apresentar risco imediato ou risco remoto. Podem ser relatados idéias suicidas (qualquer pensamento que relata o desejo de comportamento suicida) ou comportamentos suicidas como tentativas de suicídio (passivo, ativo, acidental, com ferimentos ou sem ferimentos).

Quando estamos desesperançados ou desanimados podemos apresentar idéias ou até desejos de morte, mas até o suicídio há um longo trajeto com variáveis rebeldes que devemos considerar (KOVACS,1992).

LITMAN (1996) também nos fala que a qualquer momento a intenção suicida, a partir da ideação suicida, pode ocupar a mente de milhões de pessoas.

Na literatura, a depressão, assim como a desesperança, têm sido apontadas como preditoras de comportamento suicida (BECK *et al.*, 1993). KAPLAN & SADOCK & GREBB (1997) salientam que, quando idéias suicidas estão presentes em casos de depressão, devemos tomar cuidado com o suicídio. E, que a co - morbidade com os transtornos de ansiedade tendem a agravar os sintomas depressivos, aumentando também o risco de suicídio.

Cunha encontrou em 129 pacientes com tentativa de suicídio prévia, internados em hospital psiquiátrico, que a depressão se mostrou mais preditora de ideação suicida do que a desesperança, contrariando estudos que mostram ser a desesperança mais preditora de um eventual suicídio e de ideação suicida do que a depressão (BECK *et al.*, 1985). Este estudo foi feito em pacientes hospitalizados com intensidade de depressão em nível moderado e grave, podendo este fato ter influenciado nos dados. BECK *et al* (1993) ressalta que “as relações entre depressão, desesperança e ideação suicida podem ser diferentes em pacientes diagnosticados com depressão clínica, em comparação com os que não o são”.

BECK *et al.*(1997) salienta que os desejos suicidas em pacientes deprimidos devem ser avaliados quanto ao grau de intencionalidade suicida. Para tanto, não se deve ter receio de perguntar sobre idéias suicidas e que o paciente deve ser encorajado a falar sobre essas idéias para ser obter informações para a intervenção terapêutica e que esta atitude oferece ao paciente algum grau de alívio.

Para BECK *et al.*(1997), o grau de intenção suicida de uma pessoa deve ser considerado como um ponto num *continuum*, em que, num extremo, encontra-se a intenção absoluta de se matar e no outro está uma intenção absoluta de continuar vivendo. Neste *continuum*, pode-se ter muitas formas de intenção, desde um jogo com a morte (ex. roleta russa), como também, a mulher que tenta se matar com dose pouco letal de calmantes para que o destino traga o seu amor a tempo de salvá-la, ou então o paciente que apresenta um angústia impensável, onde a idéia de suicídio representa um alívio para a sua situação presente.

As razões mais comumente relatadas pelos pacientes para suas tentativas de suicídio recente ou desejos suicidas podem ser categorizadas, conforme BECK *et al.*(1997), em dois motivos que podem estar combinados. Seriam eles, desistir e escapar da vida e buscar um ponto final e/ou, jogando com a morte, produzir alguma mudança interpessoal. Para este autor, quando o motivo é principalmente manipulativo, a tentativa de suicídio é menos séria do que quando a meta principal é escapar da vida.

Pacientes que apresentavam altos escores de desesperança e depressão, tenderam a relatar escape da vida e término, como as razões para sua tentativa de suicídio. Para BECK *et al.* (1997), a desesperança está no cerne dos desejos suicidas e se, caso após uma avaliação clínica e psicométrica, aparecer um alto nível de desesperança e desejos suicidas associados deve-se lidar com esses problemas imediatamente.

Outra característica dos pacientes propensos a suicídio é a tríade cognitiva: uma visão negativa exagerada do mundo externo, de si próprio e do seu futuro (BECK *et al.*, 1997).

Os estudos epidemiológicos apontam para altas taxas de prevalência de distúrbios psiquiátricos, notadamente depressão, na população jovem. Na idade escolar, essa prevalência é de 10% e na adolescência 18,7% (SMITH *et al.*,1990). No entanto, devido às próprias características da adolescência, marcada por momentos de crise, muitas vezes o adolescente manifesta sentimentos de isolamento, tristeza, ansiedade, hostilidade, rebeldia e baixa auto-estima (ESCRIVÁ, 1992; NICHOLI, 1989). Essas manifestações não devem ser confundidas com quadro depressivo pois são transitórias.

A presença de distúrbio psiquiátrico pode favorecer o desenvolvimento de ideação e comportamento suicida, principalmente em jovens (SPIRITO *et al.*, 1989).

“Adolescentes deprimidos têm um risco até dez vezes maior de tentarem suicídio que os não deprimidos” (KOVACS *et al.*,1993). “Os fatores Ideação e Comportamento Suicida são aproximadamente 4 vezes mais comuns entre pacientes que apresentam problemas psiquiátricos em relação à população geral”, segundo BRENT, 1989.

Este mesmo autor assinala que a “gravidade da ideação suicida tem sido correlacionada com a gravidade de sintomas depressivos, desesperança” e, quando presente, deve-se ter cuidado com o Suicídio e a Tentativa de Suicídio.

REY GEX *et al.*(1998) encontraram numa população de jovens (n= 9268), na Suíça, prevalência de ideação suicida em 26%, sendo que 15% reportaram planos e 3% já haviam tentado o suicídio. Em estudo realizado por SERFATY *et al* (1995), as idéias suicidas apareceram em 75% dos casos de depressão grave (4,5%), em Buenos Aires, com 553 jovens de 18 anos.

GHAZIUDDIN *et al.*(2000) em recente estudo com adolescentes internados por tentativa de suicídio (n=66) em Michigan, encontraram que a ansiedade tinha uma habilidade independente de predizer o suicídio e que, em adolescentes, assim como em adultos, também está correlacionada com a depressão e idéias suicidas.

SOLDERA (2001) encontrou, em 589 estudantes do 2º grau de escolas públicas de Campinas, que 2,9% freqüentemente apresentavam idéias ou vontade de acabar com a própria vida. Este estudo piloto serviu de dados para a pesquisa de doutorado e utilizou o

questionário do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, com algumas modificações, onde não consta a pergunta sobre idéias suicidas. Este questionário de autopreenchimento, foi aplicado em sala de aula, coletivamente, sem a presença do professor e mantendo o anonimato.

Em recente estudo epidemiológico sobre comportamentos de saúde entre jovens estudantes na rede estadual (n=993) e na rede particular (n=815) da área metropolitana de São Paulo, encontraram tentativa de suicídio em 8,6% (3,9% moços e 12,7% moças) da rede estadual e 5,5% (2,6% moços e 8,3% moças) da rede particular. Porém o presente estudo utilizou-se de um instrumento não validado para nossa população (Centers for Disease Control), fez uma pergunta sobre tentativa de suicídio nos últimos 12 meses e não perguntou sobre aborto e gravidez anterior (CARLINI-COTRIN, B; GAZAL-CARVALHO; GOUVEIA, 2001).

O único estudo epidemiológico multicêntrico em nosso país, sobre a prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes e adultos jovens, (SOARES, 1994) encontrou, numa amostra de 5.011 sujeitos, que a sintomatologia depressiva estava nitidamente associada com indivíduos do gênero feminino, solteiras e que moravam em residências com até 4 pessoas. Entre adolescentes (15 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos), os sintomas mais freqüentemente encontrados foram: falta de apetite (6 a 14 %); insônia (6 a 11%); desânimo(11 a 13%) e irritabilidade (7 a 15%). A ideação suicida aparece com uma freqüência de 3 a 4% entre os adolescentes de 15 a 19 anos. Porém, é preciso enfatizar que este estudo foi realizado com informantes-chave, que forneciam dados sobre si e sobre os outros membros da família, e não diretamente com os adolescentes.

1.3. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E COMPORTAMENTO SUICIDA

Vários estudos demonstram associação entre tentativa de suicídio e gravidez na adolescência.

CASSORLA (1981), ao realizar em Campinas um estudo clínico-epidemiológico do tipo caso-controle, incluindo 50 casos de tentativa de suicídio em jovens entre 12 e 27 anos, encontrou que 1/3 destas jovens haviam estado grávidas e sugere que em nosso meio deva existir um comportamento 'endêmico' em relação a de tentativa de

suicídio em moças que engravidaram solteiras. Além disso a tentativa de suicídio pode ocorrer, também, tempos após a gravidez. Para este autor, 'a gravidez seria apenas um evento de uma carreira de vários outros eventos que levaria uma jovem tentar suicídio'.

VALLENILLO (1984) também estabeleceu relação entre de tentativa de suicídio, gravidez e aborto, reconhecendo que a tentativa de suicídio é resultante de um processo no qual estão envolvidos aspectos tanto de ordem individual como de ordem socioculturais.

Estes achados foram confirmados por WAGNER & COLE & SCHWARTZMAN (1995) em estudo de caso-controle com 3 grupos de escolares, com idade entre 12 e 18 anos, (n=1050), nos quais: um grupo havia tentado suicídio; outro tinha altos níveis de depressão e ideação suicida, e o último grupo sem as características dos dois primeiros. Encontrou, no grupo de jovens com tentativa de suicídio, maior atividade sexual, mais namoros, mais parceiros sexuais e gravidez.

LESTER & BECK (1988) identificaram fatores associados com as tentativas de suicídio na gravidez. Como temas característicos puderam encontrar a perda em potencial do amor, o desejo de aborto e a perda de crianças anteriores a gravidez.

Para muitos autores, a ansiedade seria um sintoma comum a toda gravidez (SOIFER, 1980; MALDONADO, 1997; LEDERMAN, 1984).

VIÇOSA (1993), observando 2000 adolescentes grávidas durante 10 anos, relata que a ansiedade é bastante elevada no primeiro trimestre, devido a preocupações em torno das relações com os pais e que, no terceiro trimestre um quadro depressivo pode aparecer.

SOIFER (1980), e MALDONADO (1997) também sugeriram haver diferenças ao longo dos trimestres gestacionais com relação a presença de sintomas ansiosos e depressivos em grávidas, mas foram publicações baseadas em observações clínicas, sem um delineamento epidemiológico.

LEDERMAN (1984), realizando um estudo prospectivo de 32 primigestas, encontrou altos níveis de ansiedade também no primeiro trimestre gestacional, com declínio no segundo e novamente um aumento no último trimestre, em razão da proximidade do parto. POND & KEMP (1992) ao comparar primigestas acima de 21 anos (n=58) com adolescentes grávidas (n=35) da Georgia, chegaram à conclusão de que a presença da ansiedade não varia conforme a idade dos sujeitos, mas seu estudo não apresenta a prevalência desse sintoma na população estudada.

Alguns autores encontraram correlação entre depressão, adolescência e gravidez:

BARNET *et al.* (1996), em Baltimore, fizeram um estudo prospectivo da incidência e curso do sintoma depressivo em adolescentes grávidas e seu pós-parto. Encontraram, em 125 participantes, 42% com sintoma depressivo significativo no terceiro trimestre de gestação, e no 2.º e 3.º mês pós-parto, 36% e 32%, respectivamente, apresentaram escores que indicavam depressão. Relatos de conflito com o pai da criança foram altamente associados com o aumento do sintoma depressivo. Estes autores concluem que sintomas depressivos são comuns em adolescentes grávidas e em seu pós-parto.

HORWITZ *et al.* (1996), em outro estudo prospectivo do tipo coorte, em que 150 adolescentes grávidas de New Haven foram acompanhadas, e 20 anos mais tarde comparadas com mulheres que não estiveram grávidas na adolescência, encontraram prevalência de depressão maior de 10,7%, nas primeiras, contra 4,9% nas segundas.

Contrariamente à maioria das publicações, dois estudos do tipo caso-controle, realizados no Texas (USA), com adolescentes grávidas e não grávidas trazem dados que contrariam as afirmações acima sobre gravidez na adolescência e depressão.

WIEMANN *et al.* (1996) ao realizarem importante estudo comparando adolescentes grávidas (n=185) com adolescentes não grávidas (126) encontraram que as grávidas exibiram baixas taxas de psicopatologia, inclusive com relação aos sintomas de depressão, de ansiedade e também com relação a problemas sociais. Neste estudo, as adolescentes grávidas apresentaram mais comportamentos delinquentes e agressivos. As

variáveis relacionadas com os sintomas de depressão e ansiedade entre todos os 2 grupos estavam associadas com o abuso físico, o abuso sexual, o uso de álcool, drogas e cigarro, ter mais de 3 parceiros e também ter mãe com idade, na primeira gestação, menores de 18 anos. As adolescentes grávidas com depressão apresentaram problemas no relacionamento com o pai do bebê. Neste estudo não foram levantados dados sobre as adolescentes grávidas antes da gravidez, como por exemplo, se haviam tentado suicídio.

No segundo estudo de caso-controle, WAGNER *et al.* (1998), concluíram que a gravidez pode proteger adolescentes pessimistas contra a depressão. No entanto, após o nascimento de seus bebês, esse 'caráter protetor' deixaria de existir. Para voltar novamente o bem-estar perdido, essas jovens engravidariam novamente, tentando explicar, desta maneira, a alta incidência da segunda gravidez nestas adolescentes, o que ocorreu em 50% dos casos, após 6 meses do nascimento do primeiro filho. Neste trabalho bastante complexo, metodologicamente, foram feitos 3 estudos ao todo. Os 2 primeiros, do tipo caso-controle, contou com 122 adolescentes grávidas e 96 adolescentes não grávidas no primeiro estudo, 43 adolescentes grávidas e 49 adolescentes não grávidas no segundo estudo (reaplicação). No terceiro estudo, das 165 adolescentes grávidas, apenas 63 responderam os questionários mandados por carta. Faltou neste estudo dados sobre tentativa de suicídio anterior, abusos físicos e sexuais, uso de álcool, drogas e fumo.

Para KAPLAN *et al.* (1997), mães adolescentes apresentam um risco aumentado de suicídio, principalmente, quando solteiras e sem apoio social. VÁSQUEZ & PIÑEROS (1997) também considera que a gravidez na adolescência apresenta um risco suicida elevado durante a gravidez e no período pós-parto e que existe uma maior incidência de depressão e uma percepção negativa das redes de apoio social. Para este autor, as adolescentes grávidas constituem um grupo heterogêneo e mostram uma maior vulnerabilidade para a depressão. No entanto, o referido trabalho é uma conclusão de revisões de artigos entre 1988 e 1995.

KONIAK-GRIFFIN; WALKER; TRAVERSAY (1996), através de um estudo descritivo com 62 grávidas adolescentes de Los Angeles, encontraram alta frequência de sintomas depressivos, e, assim como BARNET *et al.* (1996), afirmaram que 'o apoio social é uma variável significativa, influenciando a depressão'. Essa carência também condiciona

maior risco de tentativa de suicídio, pois quando se compara jovens com tentativa de suicídio e grupo-controle, encontram-se diferenças significativas entre suas famílias. No grupo das tentativas de suicídio, há maior incidência de morte e separação dos pais, relacionamento conjugal e familiar ruins, ausência paterna, alcoolismo, especialmente do pai, mudanças constantes, maior incidência de comportamentos suicidas e ainda um maior envolvimento dos familiares com a polícia, justiça e a incidência de doenças crônicas (CASSORLA, 1981; MIOTO, 1994).

Dados parecidos foram encontrados, comparando-se grupo de adolescentes grávidas com adolescentes não grávidas, ou com mulheres adultas em sua primeira gestação, principalmente com relação à ocorrência de perda e separação familiar. Houve também a presença de um dos progenitores dominantes, em geral a mãe; o pai descrito como violento e/ou alcoólatra, ou ainda total ou parcialmente ausente (LANDY *et al.* 1983; AGUIRRE, 1995).

Alguns autores têm achado indícios de que as adolescentes sofrem de abusos físicos, o que também parece se associar à depressão e de tentativa de suicídio.

PARKER (1994) encontrou que 21% das adolescentes e 14% das adultas reportaram violência durante a gravidez. Confirmando este primeiro autor, COVINGTON *et al.* (1997), utilizando um protocolo sistematizado com perguntas diretas sobre agressão física em 117 adolescentes grávidas, encontraram 16,2% que reportaram violência durante a gravidez. Destas, 68% foram agredidos pelo companheiro, 14% por um dos pais, 9% por um irmão, 9% por amigo ou conhecido.

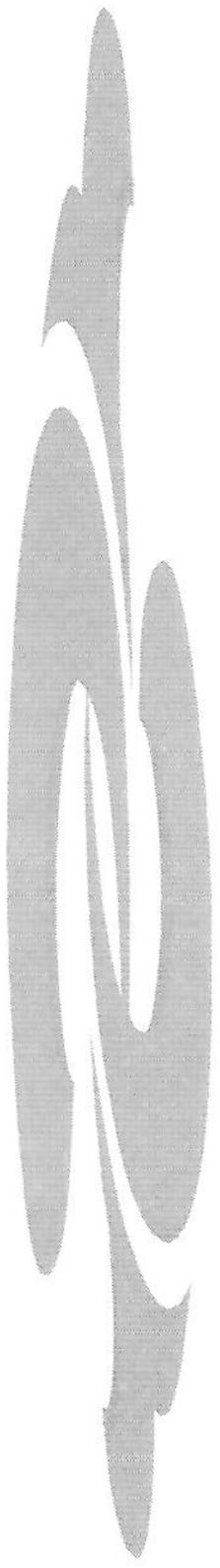
BAYATPOUR; WELLS; HOLFORD (1992) através de um estudo de coorte com 352 adolescentes grávidas da Califórnia, encontraram que, em 80 sujeitos, os quais haviam sofrido abuso físico ou sexual, 40 admitiram ter idéias ou ações suicidas. Estes achados foram confirmados por FARBER; HERBERT; REVIERE (1996) em Atlanta, que encontraram em grávidas com evolução psiquiátrica e que tinham sofrido abuso físico e/ou sexual, evidências de idéias suicidas durante a gravidez.

Mais uma vez, KONIAK –GRIFFIN & LESSER (1996), num segundo estudo em Los Angeles, do tipo caso-controle com 58 adolescentes grávidas e 93 mães jovens encontraram em 50% dos sujeitos, história de maus tratos na infância e que, perto de 10% tinham tentado suicídio nos últimos 12 meses. Os sujeitos com história de abuso apresentaram probabilidade 7 vezes maior de tentar suicídio do que os sujeitos sem história de abuso. Apontam para a necessidade de identificar as vítimas de violência durante o pré-natal, avaliar a ideação suicida e história de tentativa, além de encaminhar para o tratamento psicológico. LESSER (1998), confirmando o autor acima, em estudo descritivo com 95 adolescentes grávidas provenientes de uma comunidade semi-rural no sul da Califórnia, encontrou que 60 reportaram história de abuso físico e/ou sexual. Estes sujeitos tinham maior probabilidade de tentar suicídio ($t=2.53, p=.01$) e de sofrer sintomatologia depressiva crônica no primeiro ano pós- parto($t=2.53, p=.01$).

Gênero feminino, gravidez, depressão, agressão física, abuso sexual, freqüentemente andam juntos e podem levar a um comportamento auto-destrutivo. Os estudos apontam para a necessidade de se levantar a prevalência de ideação suicida, depressão, abuso sexual e violência em adolescentes grávidas.

Em razão de a adolescência ser um momento de transição, é reconhecida a importância de se agir preventivamente, pois, em momentos de crise, o indivíduo encontra-se mais suscetível a mudanças. Um outro momento bastante significativo de transição e muito importante para intervenções de prevenção é a gravidez (CAPLAN, 1961; MALDONATO, 1997).

Há necessidade de se conhecer melhor como as variáveis acima se associam nesse contingente populacional. Os resultados poderão auxiliar programas de prevenção da depressão e de tentativas de suicídio.



2. OBJETIVOS

- Determinar a prevalência de: depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas, nos três trimestres da gestação e seus principais sintomas clínicos.
- Verificar possíveis associações entre ideação suicida e: depressão, ansiedade, história de abuso sexual, de agressão física, de tentativa de suicídio anterior, intenção de engravidar, período gestacional, situação conjugal e apoio social.

3. MÉTODO

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um inquérito do tipo transversal, incluindo avaliação clínica, realizado em adolescentes que se encontravam em diferentes períodos gestacionais.

3.2. LOCAL E SUJEITOS

Este estudo foi realizado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM 2) de Piracicaba, uma cidade com 350 mil habitantes do Estado de São Paulo. Este programa atende, pelo SUS, todas as grávidas adolescentes do município, que procurem atendimento pré-natal.

A fim de se evitar viés de amostragem, foram sorteados, previamente, todos os dias (e períodos) da semana em que o pesquisador compareceria ao serviço para as entrevistas. Nesses dias, todas as adolescentes presentes eram abordadas. Essa escala de dias e períodos não era do conhecimento do pessoal que agendava consultas.

Durante o período da coleta (28/09/1999 a 18/02/2000) foram registradas 329 novas adolescentes grávidas no Paism 2. Foram abordadas, seguindo a estratégia anteriormente descrita, 149 adolescentes. Destas, 121 foram elegíveis. Uma adolescente estava com dor e não quis participar da entrevista. Não houve outra recusa de participação, nem desistência durante a entrevista. A amostra final constituiu-se de 120 adolescentes (40 do 1º trimestre gestacional, 40 do 2º trimestre gestacional e 40 do 3º trimestre gestacional).

3.2.1. Critérios de inclusão:

- idade entre 14 anos e 18 anos, no dia da entrevista
- alfabetizadas no mínimo até a 5.ª série
- em condições de comunicação/compreensão

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

3.2.2. Critérios de exclusão:

- adolescentes que já haviam tido filhos (aceitaram-se casos em que houve gestação que resultou de aborto).

3.3. INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

3.3.1. Questionário para orientar a anamnese (Anexo 1), baseado no Questionário de Tentativa de Suicídio (QTS). Este último vem sendo utilizado no Hospital das Clínicas da UNICAMP (RAPELI, 1997), e foi derivado do European Parasuicide Standardized Interview Schedule – EPSIS (KECKHOF & WHO, 1989). O questionário por nós elaborado, contém as seguintes seções:

- (a) identificação: dados sociodemográficos, constituição familiar e referências para futuros contatos.
- (b) história da gestação: dados sobre menarca, abortos, mês gestacional.
- (c) Família: dados sobre a relação da adolescente com seus pais, irmãos e companheiro. Incluem-se itens sobre criação, abuso sexual e físico, além da qualidade dos sentimentos em relação aos familiares.
- (d) Rede de apoio social: dados sobre atividades sociais do indivíduo no últimos mês e as pessoas de seu relacionamento que servem como apoio, bem como religiosidade.

3.3.2. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), instrumento de autopreenchimento, que contém 14 questões de tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão. Foi desenvolvida para ser aplicada a “pacientes de serviços não - psiquiátricos de um hospital geral” (ZIGMOND & SNAITH, 1983). Em nosso meio foi validada entre pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica (BOTEGA *et al.*, 1995b) bem como entre pacientes epiléticos ambulatoriais e controles normais (BOTEGA *et al.*, 1998). Avalia ansiedade (pontuação de 0 a 21) e depressão (pontuação de 0 a 21) sem recorrer a itens contendo sintomas vegetativos (anexo 2)

3.3.3. Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) instrumento de auto-preenchimento, contendo 21 afirmações (BECK & STEER, 1993). Em nosso meio foi validada por CUNHA, WERLANG, FIN (1997) entre pacientes internados por tentativa de suicídio. Os 5 primeiros itens da BSI servem de triagem para ideação suicida. Uma resposta afirmativa à questão 4 ou 5, conduz à aplicação do restante da escala (itens 6 a 19). A gravidade da ideação suicida é calculada somando os pontos dos primeiros 19 itens (os itens 20 e 21 não são incluídos na pontuação final). A pontuação total da BSI pode variar de 0 a 38 pontos. Pontuações crescentes associam-se a aumentos no risco de suicídio. Neste estudo, adotou-se a seguinte definição: Presença de ideação suicida: resposta afirmativa às questões 4 ou 5 da BSI

3.3.4. Entrevista Clínica Estruturada-edição revisada (CIS-R), que avalia transtornos psiquiátricos não-psicóticos (“minor psychiatric disorders”). Em sua versão revisada, o principal objetivo é prescindir da avaliação de um ‘expert’ (LEWIS *et al.*, 1992). Consta de 14 seções: sintomas somáticos, fadiga, concentração, alterações no sono, irritabilidade, preocupações com o funcionamento corporal, depressão, idéias depressivas, preocupações, ansiedade, fobias, pânico, compulsões e obsessões. Em cada seção, duas questões introdutórias verificam a ocorrência de sintomas durante a última semana. Em caso afirmativo, a frequência, a intensidade, a persistência e o grau de incômodo ocasionado pelo sintoma passam a ser avaliados. Pontuação total maior ou igual a 12 nas 14 seções acima podem ser consideradas ‘casos’. (LEWIS & PELOSI, 1990). A CIS-R foi utilizada em nosso país por BOTEGA *et al.* (1994) em pacientes internados em uma enfermaria geral de adultos (Anexo 4: exemplo das seções ansiedade, depressão e idéias depressivas).

3.3.5. Escala de Gravidade dos Sintomas - A gravidade dos sintomas de ansiedade e de depressão foi avaliada pelo entrevistador, através de duas escalas semelhantes, uma para ansiedade, outra para depressão, com gradação de 0 a 4:

- (0) Ausência de ansiedade [depressão]
- (1) Ansiedade [depressão] ‘subclínica’ leve
- (2) Ansiedade [depressão] leve, clinicamente significativa
- (3) Ansiedade [depressão] moderada
- (4) Ansiedade [depressão] grave

3.3.6. Escala de Apoio Social - Foram selecionadas as questões 1; 2; 3; 4; 7 e 8 (Anexo 1) da seção sobre Apoio Social do “QTS” para formar o que aqui se denomina de ‘Escala de Apoio Social’ (E.A.S.). A forma como os itens foram pontuados encontra-se na tabela A ‘Apoio Social’ . A pontuação resultante da soma dos itens variou de 0 a 6 pontos. Neste estudo, após observação das frequências de respostas, adotaram-se as seguintes definições:

‘Presença de apoio social’: pontuação ≥ 4 .

Magnitude do apoio social: pequeno (0 a 2 pontos); médio(3 a 4 pontos); grande (4 a 6 pontos).

TABELA A – Pontuação dos itens que compuseram a escala de apoio social

Perguntas	Pontuações
Apoio da família	Resposta afirmativa =1
É importante para alguém	Resposta afirmativa =1
Tem amigos	Resposta afirmativa =1
Apoio recebido do companheiro	não se aplica =0 não pode contar=0 sim, um pouco =0 Sim, muito =1
Considera-se religiosa	Resposta afirmativa =1
Facilidade para fazer amizades	Muito fácil =1 Fácil =1 Mais ou menos =0 Difícil =0 Muito difícil =0

3.4. DEFINIÇÃO DE ‘CASOS’ DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE

A determinação de ‘casos’ de ansiedade e de ‘casos’ de depressão deu-se sempre que os três critérios seguintes fossem preenchidos: (a) pontuação igual ou superior a dois na seção “ansiedade da CIS-R (no caso de depressão, pontuação igual ou superior a quatro nas seções depressão” + “idéias depressivas”); (b) pontuação igual ou superior a 2 na Escala de Gravidade dos Sintomas para ansiedade/depressão; e (c) pontuação igual ou superior a 8 na HAD, nas sub-escalas de ansiedade/depressão. Este ponto de corte da HAD foi baseado em estudos de validação realizados em nosso meio (BOTEGA *et al.*, 1995b; BOTEGA *et al.*, 1998).

3.5. DEFINIÇÃO DE OUTRAS VARIÁVEIS ESTUDADAS

A tabela B mostra como foram definidas outras variáveis utilizadas neste estudo.

TABELA B- Variáveis

Variável	Alternativas de Respostas	Definições
Cor	Branca Parda Negra Amarela	
Estado civil	Solteira Solteira c/ namorado Amasiada Casada	Sem namorado Não mora junto com companheiro Mora com companheiro há 1 mês ou mais Com registro em cartório
Repetência Escolar	Sim Não	
Época em que os fatos ocorreram: (Morte dos pais/irmãos, Suicídio na família, Separação pais)	Infância Adolescência Último ano Antes de nascer	0 até 11 anos e 11 meses 12 até 18 anos
Período gestacional	Primeiro trimestre Segundo trimestre Terceiro trimestre	
Gravidez anterior	Sim Não	com avaliação médica/exame positivo
Aborto anterior	Sim Não	Aborto (provocado ou espontâneo)
Menarca	Numeral	idade na primeira vez em que menstruou
Primeira relação sexual	Numeral	idade na primeira vez que manteve relação sexual com penetração
Intenção de engravidar	Sim Não	Queria ficar grávida
Tentativa de aborto	Sim Não	ato de ingerir ou fazer algo para provocar aborto deliberadamente
Idade da mãe, quando engravidou	Numeral	idade da mãe do sujeito em sua primeira gestação
Abuso físico	Sim Não	Questão 13 da sessão família ou Questão 7 da sessão companheiro
Abuso sexual	Sim Não	Questão 14 da sessão família ou Questão 10 da sessão companheiro
Tentativa de suicídio anterior	Sim Não	Questão número 20 da BSI

3.6. PROCEDIMENTO

As adolescentes eram abordadas na sala de espera antes da consulta com o médico, e eram questionados sobre a idade, escolaridade e se tinham filhos. Após isso, era feito o convite para participarem da pesquisa. As que consentiam, assinavam o termo de consentimento. Quando os pais ou responsáveis não estavam presentes, as autorizações eram entregues para a paciente levar ao responsável para assinar e eram entregues na próxima consulta obstétrica.

Ao final da entrevista semi-estruturada, foram entregues as escalas de autopreenchimento (HAD e BDI). Depois disso, era aplicada a CIS-R. Ao término da avaliação (duração média de 70 minutos, variando de 45 a 110 minutos), todas foram convidadas a participar do grupo de gestantes coordenado pela pesquisadora.

3.7. ESTUDO PILOTO

Antes de começar a coleta dos dados do estudo principal, fez-se um estudo-piloto com 6 sujeitos, objetivando treinar a pesquisadora e promover eventuais mudanças no protocolo.

O tempo das entrevistas variou de 45 minutos a 1 hora e 15 minutos. A entrevista mais demorada foi uma, em que a paciente chorou ao relatar suas preocupações, durante a aplicação da CIS-R.

Uma das adolescentes grávidas não compreendeu o enunciado da BSI, em que deveria escolher uma das afirmações, respondeu como se fosse uma pergunta e 2 respostas.

No item sobre o companheiro, houve a necessidade de perguntar sobre idade e ocupação do mesmo, já que não havia estas perguntas no protocolo.

A primeira parte da entrevista (dados sociodemográficos e clínicos) foi bastante rápida e sem complicações. O momento mais tenso aconteceu durante a aplicação da BSI. Mas foi na CIS-R que, mais frequentemente, foram relatados fatos e sentimentos, e momentos de intensa emoção afloraram.

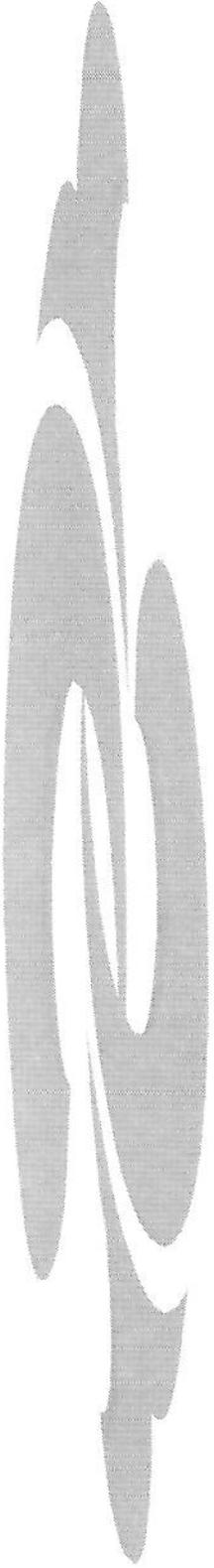
3.8. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística, os dados foram codificados e inseridos no banco de dados Epi -Info, versão 6,04b (1997). Esse banco de dados foi transportado para o programa SAS, versão 6,12 (1989 - 1996), onde foram feitos os testes de associações.

Os indivíduos foram divididos em grupos, de acordo com o período gestacional, os quais foram comparados. Associações entre ideação suicida, períodos gestacional, depressão, ansiedade, tentativa de suicídio anterior, intenção de engravidar, abuso físico, abuso sexual, situação conjugal e apoio social também foram avaliados. Para tanto, foram utilizados testes não-paramétricos, como o teste U de Mann Whitney (CONOVER, 1971; SIEGEL & SIDNEY, 1975) e testes de associações como o Qui-quadrado e o teste exato de Fisher (FLEISS, 1981).

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Anexo 5). Foi assinado um consentimento formal pela adolescente e por seu responsável, após informação sobre a pesquisa. O anonimato das adolescentes foi garantido, além de ser enfatizado que a qualquer momento poderiam dar a entrevista por encerrada, e que este fato não acarretaria prejuízo ao seu atendimento no serviço. Ao final das entrevistas, no caso da constatação de transtorno mental grave e/ou risco para tentativa de suicídio, era feito um encaminhamento para o Serviço de Saúde Mental para Adolescentes do Município.



4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

As principais características sociodemográficas encontram-se na tabela 1

TABELA 1: Características sociodemográficos de 120 adolescentes grávidas

Variáveis	N	%
Cor		
Branca	54	45
Parda	44	36,7
Negra	22	18,3
Idade		
15 anos	29	24,2
16 anos	36	30
17 anos	30	25
18 anos	25	20,8
Média 16,4 anos (dp=1,1)		
Mediana = 16 anos		
Situação conjugal		
Casada	15	12,5
Amasiada *	51	42,5
Solteira com namorado	35	29,2
Solteira sem namorado	19	15,8
Escolaridade		
5a série	29	24,2
6a série	14	11,7
7a série	16	13,3
8a série	21	17,5
1o colegial	22	18,3
2o colegial	11	9,2
3o colegial	7	5,8
Frequêntam escola atualmente	33	25,8
Tipo de residência		
Alvenaria	111	92,5
Madeira, pavimentada	8	6,7
Barraco	1	0,8
Propriedade da moradia		
Própria	72	60
Alugada	18	15
Emprestada	30	25

* mora com companheiro há mais de 1 mês

Apenas um terço das adolescentes havia terminado o primeiro grau escolar. As adolescentes tinham em média 3 irmãos (mínima=1 e máxima =11). A ordem de nascimento, tomando-se por base a prole materna, teve como mediana=2 (mínima=1 e máxima=9).

Quanto à perda de um dos pais por falecimento, tivemos 16 casos (13,3%), sendo 13 casos de perda de pai e 3 casos de perda de mãe. Nove genitores morreram durante a infância (até 10 anos e 11 meses) das participantes e cinco genitores morreram durante a adolescência(12 a 18 anos). Dois genitores haviam morrido no último ano em relação à época deste estudo.

A separação dos pais aconteceu na família de 50% das adolescentes. Quanto à idade destes na época da separação de seus pais, tivemos que 64,4% (n=38) ocorreram antes dos 11 anos, 25,4% (n=16) depois dos 12 anos. Em 10,2% (n=6) das adolescentes, os pais nunca moraram juntos.

A internação psiquiátrica ocorreu na família de 27 (22,5%) adolescentes. O abuso de álcool, drogas ou remédios, há mais de um ano na família, foi relatado por 90 (75%) de nossas participantes. O suicídio na família ocorreu em 17 (14,20%) entre todas as 120 adolescentes.

Do total das adolescentes grávidas, dois terços moravam com o companheiro. A média de idade do pai do bebê das adolescentes grávidas foi de 21,5 anos (dp=4,8) e mediana de 20,5 anos (mínima=15 e máxima=50). Destes, 97 (81,5%) estavam trabalhando. O tempo, em média, do relacionamento das adolescentes com os pais de seus bebês era de 18,5 meses (dp=14,6), e mediana de 14 meses (mínima=1 mês e máxima=84 meses).

O abuso físico foi relatado por 50 (41,6%) adolescentes, sendo, na grande maioria, os pais os agressores (7 avós, 8 irmãos, 14 mães, 21 pais). Já o abuso sexual foi relatado por 19 (15,8%) adolescentes. O agressor nesses casos foram: 9 pessoas da família (3 padrastos, 3 pais, 2 tios e 1 avô), 5 pessoas conhecidas e 5 eram desconhecidas.

Alguns aspectos gestacionais, das adolescentes avaliadas, encontram-se na tabela 2. A idade na menarca teve como média=12,2 anos (dp=1,3) e a idade na primeira relação sexual teve média=14,6 anos (dp=1,6). Na época da coleta de dados 14 (11,7%) adolescentes fumavam, 4 (3,3%) relataram não ter parado de ingerir bebida alcoólica e 2 (1,7 %) estavam usando maconha.

A idade da mãe das adolescentes em sua primeira gestação teve como média=18,8 anos (dp=3,1) e mediana de 19 anos (mínima=12 e máxima=28 anos).

TABELA 2 :Aspectos gestacionais

Variáveis	N	%
Gravidez anterior com natimorto	6	5
História de aborto anterior*	10	8,3
Queria a gravidez atual	55	45,8
Tentativa de aborto na gravidez atual	9	7,5

*Não se diferenciam aborto espontâneo de provocado

4.2. MORBIDADE PSIQUIÁTRICA: ANSIEDADE E DEPRESSÃO

As prevalências de ansiedade e de depressão, nos trimestres gestacionais, encontram-se na Tabela 3. Ressalta-se que os critérios de avaliação de casos de ansiedade/depressão, basearam-se em uma variável composta (vide em Método: definição de casos de ansiedade/ depressão).

Não foram encontradas diferenças estatísticas entre os 3 grupos formados pelos trimestres gestacionais, para ansiedade e depressão. Em termos globais, foram encontrados 28 (23,3%) casos de ansiedade e 25 (20,8%) casos de depressão. Doze adolescentes (10%) tinham ansiedade e depressão concomitante.

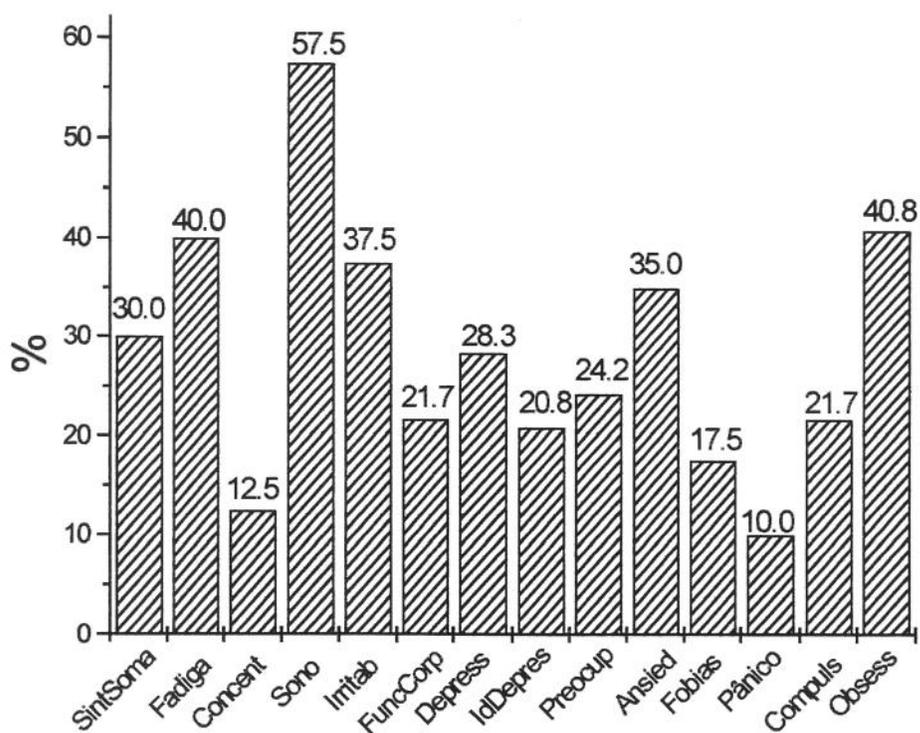
TABELA 3: Prevalências de ansiedade e depressão nos trimestres gestacionais

Variáveis	Primeiro trimestre		Segundo trimestre		Terceiro trimestre		Total	
	N=40	(%)	N=40	(%)	N=40	(%)	N=120	(%)
Depressão	11	(27,5)	7	(17,5)	7	(17,5)	25	(20,8)
Ansiedade	9	(22,5)	6	(15)	13	(32,5)	28	(23,3)

Das 9 adolescentes que tentaram o aborto na gravidez atual, 4 (44%) apresentaram depressão.

De acordo com as informações derivadas da aplicação da CIS-R, foram encontrados 60 (50%) casos de morbidade psiquiátrica não psicótica (“minor psychiatric disorders”).

O Gráfico 1 apresenta a frequência dos sintomas (pontuação ≥ 2 nas respectivas seções da CIS-R).



Significado das abreviações:

SintSoma = Sintomas Somáticos

Concent =Concentração

Irritab =Irritabilidade

Depress= Depressão

Obsess= Obsessões

FuncCorp = preocupações com o funcionamento do corpo

Preocup= preocupações

Ansied= ansiedade

Compuls= compulsões

IdDepres = Idéias Depressivas

GRAFICO 1- Porcentagem de casos com sintomas (pontuação ≥ 2) nas seções da CIS-R das adolescentes grávidas

4.3. IDEACÃO SUICIDA: PREVALÊNCIA E ASSOCIAÇÕES

A prevalência de ideação suicida nos 3 grupos, formados pelos trimestres gestacionais, encontra-se na tabela 4.

Não foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos. A ideação suicida foi encontrada em 20(16,7%) adolescentes grávidas.

TABELA 4: Prevalência de ideação suicida nos trimestres gestacionais

Variáveis	Primeiro trimestre		Segundo trimestre		Terceiro trimestre		Total	
	N=40	(%)	N=40	(%)	N=40	(%)	N=120	(%)
Ideação suicida	8	(20)	6	(15)	6	(15)	20	(16,7)

Das 20 adolescentes com ideação suicida, 8 (40%) apresentavam ansiedade e depressão, 5 (25%) apresentavam só depressão, 2 (10%) apresentavam só ansiedade. Desses casos, 5 (25%) já haviam tentado suicídio anteriormente. Apenas 5 (25%) dessas 20 adolescentes não foram considerados ‘casos’ de ansiedade e nem de depressão.

Foi relatada tentativa de suicídio anterior por 16 (13,3%) das 120 adolescentes que participaram do estudo (tabela 5). Destas, duas aconteceram durante a gestação, uma “porque o pai do bebê não quis assumir a gravidez”, e outra porque “ficou com medo de contar para os pais” que também ficara grávida solteira, como as irmãs. Os relatos das histórias das tentativas de suicídio encontram-se no Anexo 6.

TABELA 5: História de tentativa de suicídio em 120 adolescentes grávidas

Variável	N	%
Tentativa de Suicídio(TS) Anterior	16	13,3
Mediana (min=1 e max=4)		
Idade à época da primeira TS		
13 anos	3	20
14 anos	4	26,7
15 anos	5	33,3
16 anos	3	20

Das adolescentes grávidas com tentativa de suicídio anterior, 7 (43,7%) não apresentavam ansiedade e depressão. Houve 5 (31,3%) que apresentavam ansiedade, 2 (12,5%) que apresentavam depressão e 2(12,5%) que apresentavam tanto ansiedade como depressão.

A tabela 6 apresenta a porcentagem de casos com pontuação ≥ 2 nas seções da CIS-R entre grávidas com ideação suicida e sem ideação suicida e também os valores de p, do teste U de Mann-Whitney.

TABELA 6 – Frequência de sintomas (pontuação > 2 nas seções da CIS-R) entre grávidas com ideação suicida (n=20) e sem ideação suicida (n=100).

Sessões Cis-r	Casos sem N	Ideação suicida n=100 (%)	Casos com N	ideação suicida n=20 (%)	Valor de “p” (teste U de Mann- Whitney)
Sintomas somáticos	28	28%	8	40%	0,1840
Fadiga	35	35%	13	65%	0,0076
Falta de concentração	6	6%	9	45%	0,0001
Sono	55	55%	14	70%	0,4301
Irritabilidade	35	35%	10	50%	0,1570
Preocupação com o funcionamento corporal	16	16%	10	50%	0,0022
Depressão	21	21%	13	65%	0,0001
Ideias depressivas	9	9%	16	80%	0,0001
Preocupações	21	21%	8	40%	0,0049
Ansiedade	30	30%	12	60%	0,0020
Fobias	19	19%	2	10%	0,0854
Pânico	7	7%	5	25%	0,0797
Compulsões	20	20%	6	30%	0,0564
Obsessões	35	35%	14	70%	0,0002

Os resultados dos testes de associação entre ideação suicida com as demais variáveis encontram-se na tabela 7.

Pode-se observar que os ‘casos’ de ansiedade, de depressão, assim como estado civil solteira e baixo apoio social apresentaram associações estatisticamente significativas com ideação suicida.

TABELA 7 : Associações entre ideação suicida e diversas variáveis

Variáveis	Com Ideação suicida		Sem Ideação suicida	
	N	%	N	%
Com Depressão	13	10,8	12	10
Sem Depressão	7	5,8	88	73,3
<i>P=0,001 (Fisher)</i>				
Com Ansiedade	10	8,3	18	15
Sem ansiedade	10	8,3	82	68,3
<i>P=0,006 (Fisher)</i>				
Estado civil solteira	9	7,5	10	8,3
Solteira c/ namorado	6	5	29	24,2
Amasiada	5	4,2	46	38,3
Casada	0	0	15	12,5
<i>P=0,001 (Fisher)</i>				
Apoio Social:	7	5,8	12	10
Pequeno	11	9,2	52	43,3
Médio	2	1,7	36	30
Grande				
<i>P=0,010(Qui-quadrado)</i>				
Com TS anterior	5	4,1	11	9,2
Sem TS anterior	15	12,5	89	74,2
<i>P=0,1 (Fisher)</i>				
Com Intenção de engravidar	6	5	49	40,8
Sem intenção de engravidar	14	11,6	51	42,5
<i>P=0,1 (Qui-Quadrado)</i>				
1º trimestre gestacional	8	6,7	32	26,7
2º trimestre gestacional	6	5	34	28,3
3º trimestre gestacional	6	5	34	28,3
<i>p=0,7 (Qui-quadrado)</i>				
Sofreu abuso físico	10	8,3	40	33,3
Não sofreu abuso físico	10	8,3	60	50
<i>P=0,4 (Qui-quadrado)</i>				
Sofreu abuso sexual	4	3,3	15	12,5
Não sofreu abuso sexual	16	13,3	85	70,8
<i>P=0,5 (Fisher)</i>				
Tentativa de aborto na gravidez atual	3	33	6	66

A magnitude do apoio social encontra-se na tabela 8. Os critérios de avaliação dessa variável encontram-se no capítulo Metodologia.

TABELA 8: Magnitude do apoio social

Variável	N	%
Magnitude do apoio social		
Pequeno	19	15,8
Médio	63	52,5
Grande	38	31,7

Na tabela 9 encontram-se os resultados dos testes de associação entre apoio social e a demais variáveis.

TABELA 9: Apoio Social: associações n=120

Variáveis	Apoio social pequeno		Apoio social médio		Apoio social grande	
	N	%	N	%	N	%
Com depressão	10	8,3	14	11,7	1	0,8
Sem depressão	9	7,5	49	40,8	37	30,8
<i>P=0,001 (Qui-Quadrado)</i>						
Com ansiedade	4	3,3	18	15	6	5
Sem ansiedade	15	12,5	45	37,5	32	26,7
<i>P=0,3</i>						
Estado civil Solteira	7	36,8	11	58	1	5,2
Solteira com namorado	7	20	20	57	8	22,8
Amasiada	5	9,8	24	47	22	43
Casada	0	0	8	53,3	7	46,7
<i>P=0,004 (Fisher)</i>						
Com TS anterior	5	4,2	10	8,3	1	0,8
Sem TS anterior	14	11,7	53	44,2	37	30,8
<i>P=0,03</i>						
Com intenção de engravidar	5	4,2	28	23,3	22	18,3
Sem intenção de engravidar	14	11,7	35	29	16	13,3
<i>P=0,07 (Qui-quadrado)</i>						
1º trimestre gestacional	7	5,8	18	15	15	12,5
2º trimestre gestacional	4	3,3	23	19,2	13	10,8
3º trimestre gestacional	8	6,7	22	18,3	10	8,3
<i>p=0,5 (Qui-quadrado)</i>						
Sofreu abuso físico	12	10	25	20,8	12	10,8
Não sofreu abuso físico	7	5,8	38	31,6	25	20,8
<i>P=0,1 (Qui-quadrado)</i>						
Sofreu abuso sexual	6	5	10	8,3	3	2,5
Não sofreu abuso sexual	13	10,8	53	44	35	29
<i>P=0,07 (Qui-quadrado)</i>						

4.4. IMPRESSÕES CLÍNICAS

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram de aplicação fácil, rápida e bem aceitos pelas adolescentes, proporcionando uma conversa encadeada que servia também, como se observou, para aliviar tensões.

A entrevista clínica foi muito além de uma coleta de dados padronizados para esta pesquisa. Ao serem abordadas, as adolescentes gostavam de poder sair da sala de espera e conversar. Algumas diziam “Estou precisando mesmo conversar”. As adolescentes ‘se soltavam’ à medida que as perguntas eram feitas. Não havia resistências ao falar. Em geral, costumavam responder mais do que o perguntado. Muitas choraram durante as entrevistas, mas saíam visivelmente aliviadas.

Durante a BSI, havia reações diversas: as que não obtiveram pontuação costumavam dizer “Credo, eu não penso nisso, eu quero viver”, uma espécie de sentimento de repúdio perante as afirmações da escala. Já as que tinham pontuação alta, respondiam, tentando não mostrar sentimento.

Dois dos sujeitos reclamaram das perguntas durante a CIS-R, uma inclusive ameaçou parar a entrevista se tivesse muito mais perguntas. No entanto foi nesta parte da coleta, que relatos mais emocionados, preocupações, detalhes da história de vida e do momento atual apareciam mais freqüentemente, dando sentido para muitos sintomas.

As adolescentes grávidas apresentaram-se como um grupo heterogêneo. Havia adolescentes que estavam felizes com sua condição, dizendo que tinham feito de tudo para estarem grávidas, e que o companheiro estava cuidando bem delas. Outras mostravam-se culpadas com a gravidez neste período, pois isso poderia interromper seus planos futuros. Afirmavam que desejariam estar grávidas em outro momento, mas já que tinha acontecido, dava para ‘tocar’ a vida. Em outro extremo, havia adolescentes apáticas com a situação, tanto fazia estar grávida ou não. Estavam sozinhas, sem ajuda da família. A única esperança era “vamos ver como as coisas vão ficar, quando meu filho nascer”.

Houve muitas histórias dramáticas nas quais a gravidez aparecia como a única esperança diante de uma vida de muita violência e desespero. Isso poderia explicar o fato de poucas adolescentes terem tentado o aborto?

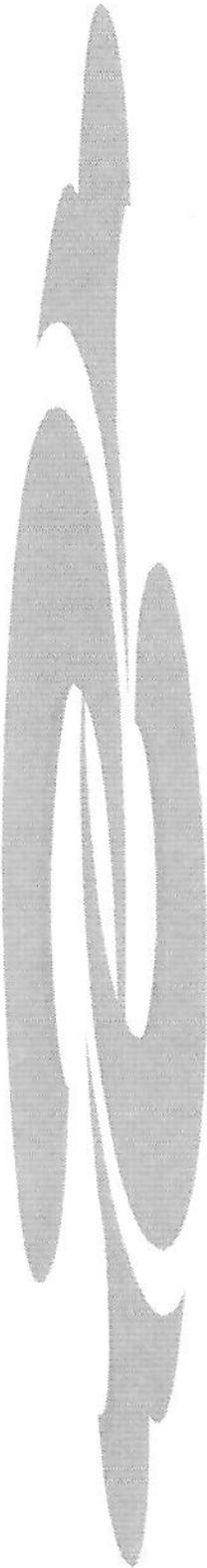
As histórias das adolescentes que haviam tentado suicídio no passado encontram-se no anexo 8. As tentativas de suicídio aconteceram em momentos que estavam frágeis, sem apoio, ou durante situações de muita violência. Foram atos de desespero, tentativas de testar se o ‘destino’ restituiria a vida. Como o relato de uma delas, que, após apanhar muito do companheiro e encontrar 2 copos de água sanitária, resolveu tomar apenas 1, porque, se não morresse deveria lavar roupa no dia seguinte com aquele que sobraria.

A entrevista serviu para as adolescentes relatarem a própria história de vida. Falando e ouvindo a própria fala, pensavam e percebiam um significado para seus sentimentos. O roteiro e a seqüência das perguntas da entrevista, serviu para que as adolescentes tivessem um panorama de suas vidas, de seus acontecimentos significativos e da repetição de um mesmo padrão de histórias dentro da família. Algumas adolescentes, ao perceberem isso comentavam: “estou repetindo a história de minha mãe”, “arranjei um homem parecido com meu pai”. Além dos “insights”, dividiam sentimentos, e preocupações, ou seja, aquilo que estava contido no peito e no pensamento. Muitas adolescentes agradeciam e diziam que “foi bom desabafar”, “obrigada”, “gostei” e saíam da conversa –encontro- pesquisa aliviadas.

Apenas 11 adolescentes, em resposta ao convite realizado, compareceram ao grupo coordenado pela pesquisadora, provavelmente pelo fato de o dia do grupo não coincidir com as consultas do pré-natal. Além disso, a maioria dos sujeitos não tinha condições financeiras para pagar o transporte. Porém, nos dias de suas consultas, os pacientes puderam participar dos grupos de orientação, que começaram 1 mês após o início da pesquisa, com a enfermagem e com as estagiárias de psicologia da Unimep. Em alguns casos, como a pesquisadora encontrava-se sempre no local, algumas adolescentes e mesmo seus familiares costumavam pedir para conversar individualmente.

A todos os sujeitos com tentativa de suicídio anterior, ou que respondiam afirmativamente no BSI, ou com mais de 8 pontos nas subescalas do HAD juntamente com mais de 4 pontos na sessão idéias depressivas da CIS-R, era explicada a necessidade de serem acompanhados no Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente (CACAD). Todas aceitavam o encaminhamento e a quebra do sigilo, quando a pesquisadora sugeria a necessidade de comunicar esse fato ao obstetra.

Foram encaminhadas para o CACAD 32 adolescentes, (27%) (13 do grupo 1; 11 do grupo 2; e 8 do grupo 3) através de cartas de interconsultas, redigidas pela pesquisadora, com o consentimento dos sujeitos e assinada pelo médico responsável. No entanto, verificamos que apenas 8 (25%) adolescentes compareceram ao CACAD. Soubemos que uma delas teve crise psicótica durante a gestação e foi internada em hospital psiquiátrico, após o nascimento de seu bebê.



5. DISCUSSÃO

Este estudo procurou ampliar a visão sobre a gravidez na adolescência. Tanto quanto se pode apurar, é, em nosso meio, o primeiro a informar as freqüências de ansiedade, depressão e ideação suicida em adolescentes grávidas, nos três trimestres gestacionais.

Estes achados não apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos dos três trimestres gestacionais quanto às prevalências de depressão, de ansiedade e de ideação suicida (médias iguais a 20,8%; 23,3% e 16,7% respectivamente).

As adolescentes grávidas com ideação suicida eram, em sua grande maioria, solteiras e apresentaram sintomas de depressão e ansiedade. Outra característica importante destas adolescentes foi a de contarem com pouco apoio social.

Devem - se considerar algumas limitações metodológicas deste estudo. A falta de um grupo – controle, com adolescentes não – grávidas, impediu- nos de saber a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida nessa população, a fim de poder compará-la à de grávidas.

Outro fato que restringe a generalização de nossos achados é que a população estudada pertencia a um único estrato social. Embora não se tenha diagnósticos formais de depressão e de ansiedade, acreditamos que nossa variável foi suficientemente exigente para detectar casos merecedores de atenção específica. Abuso sexual, abuso físico e intenção de engravidar foram variáveis apuradas por meio de poucas questões, ainda que houvesse um clima de confiança entre entrevistadas e pesquisadora. Futuros estudos deveriam se aprofundar nesses tópicos. Devemos lembrar, igualmente, que este não foi um estudo longitudinal, e que, quando se comparam os trimestres gestacionais, não se comparam adolescentes ao longo do tempo, e sim grupos distintos.

Além do mais, esta foi a primeira vez que os instrumentos como a CIS-R, HAD e BSI foram utilizados numa população de adolescentes grávidas em nosso meio. Mesmo assim, esses instrumentos pareceram adequados aos objetivos propostos e foram compreendidos pelas adolescentes. Apesar de se tratar de uma coleta de dados estruturada, os instrumentos permitiram aos sujeitos e ao entrevistador um bom vínculo, que proporcionou o surgimento de dados importantes e mesmo a elaboração de uma história clínica.

Levando em consideração as restrições acima, e a dificuldade de se compararem estudos que não se assemelham metodologicamente, pode - se mesmo assim, fazer algumas ponderações.

Com relação à idade das adolescentes grávidas, mota - se que a faixa etária entre 14 e 15 anos apresentou o mesmo número de jovens que as faixas etárias mais velhas. Esse dado parece corresponder ao aumento de gravidezes em adolescentes cada vez mais novas, reportado na literatura e nos relatórios do DATASUS (1999) nestes últimos anos. A idade da menarca das adolescentes, neste estudo, apresentou-se igual a de outros estudos, como o de SCHOR (1995) e MAIA FILHO(1993). Apenas a idade da primeira relação sexual (média=14,2 anos) aconteceu um ano antes do que os dados de outros estudos (D'ORO, 1992; MAIA FILHO, 1993), podendo assim explicar o aumento de gravidezes em jovens cada vez mais novas.

Quase a metade das adolescentes grávidas deste estudo (45,83%) queriam ficar grávidas, assim como 47,1% das 384 adolescentes grávidas de COATES & CORREA(1993), estudo realizado na Santa Casa de São Paulo. DOMINGUES JR (1998) encontrou que as adolescentes que desejavam ter o filho e estavam casadas ou em união consensual, demonstravam estar felizes, cumprindo o seu papel social.

Para muitos autores, a ansiedade seria um sintoma comum à toda gravidez (SOIFER, 1980; MALDONADO, 1997; LEDERMAN, 1984). Não se encontrou, neste trabalho, ansiedade em todas as adolescentes grávidas. Mas ao compararmos a prevalência de ansiedade encontrada em nossa população (23,3%) com a população geral, percebemos que está acima dos 3 a 8% da prevalência anual do transtorno de ansiedade generalizada, relatado por KAPLAN *et al.*(1997), e também dos 8 a 18% de prevalência global de ansiedade e fobias encontrada por ALMEIDA FILHO *et al.* (1992) no estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica, em áreas urbanas brasileiras (n=6.470). Essas comparações, no entanto, são limitadas pelas diferenças metodológicas entre os estudos.

A prevalência de depressão, assim como de ansiedade, não apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos dos três trimestres gestacionais. Estes dados são discordantes com a experiência de 10 anos de VIÇOSA (1993), observando 2000

adolescentes grávidas. Para esta autora, a ansiedade é bastante elevada no primeiro trimestre, em razão das preocupações em torno das relações com os pais e que, no terceiro trimestre, um quadro depressivo pode aparecer. SOIFER (1980), e MALDONADO (1997) sugeriram haver diferenças ao longo dos trimestres gestacionais com relação à presença de sintomas depressivos e ansiosos em grávidas, mas também foram publicações baseadas em observações clínicas, sem um delineamento epidemiológico. LEDERMAN (1984), realizando um estudo prospectivo de 32 primigestas, encontrou altos níveis de ansiedade também no primeiro trimestre gestacional, com declínio no segundo e novamente um aumento no último trimestre por causa da proximidade do parto. POND & KEMP (1992) ao comparar primigestas acima de 21 anos (n=58) com adolescentes grávidas (n=35) da Georgia, chegaram à conclusão de que a presença da ansiedade não varia conforme a idade dos sujeitos.

No entanto, ainda que nossos testes estatísticos não tenham mostrado diferenças significantes, percebemos que, com relação à ansiedade, o segundo trimestre apresentou menos casos do que o 1º e o 3º trimestre. O 1º trimestre apresentou 1/3 a mais de casos de ansiedade do que o 2º trimestre. A discrepância de nossos dados com o de outros autores pode ter ocorrido em virtude da nossa amostra ser pequena, necessitando de um número maior para aparecer esta diferença nos testes estatísticos ou então porque VIÇOSA (1993) não utilizou em seu estudo testes estatísticos e a amostra de LEDERMAN (1984) ser pequena.

Comparando - se as prevalências de depressão em adolescentes grávidas, com estudos realizados em adolescentes em geral, nossos achados estão acima dos 4,7% encontrado por KASHANI *et al.* (1987) (n=150, 14 a 16 anos), acima dos 5% relatado por KAPLAN *et al.* (1997) e acima dos 4,5% encontrado por SERFATY *et al.* (1995), em 553 jovens de 18 anos, para depressão maior. Nesse último estudo, os autores encontraram para depressão moderada uma frequência de 26,64%. BARBOSA *et al.* (1996), utilizando o CDI (Children Depression Inventory) em 807 crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, no interior da Paraíba, encontraram que 22% de toda a amostra apresentou clinicamente sintomas significativos de depressão.

A prevalência de um quadro depressivo nas adolescentes grávidas (20,8%) deste estudo está abaixo dos 42% encontrado por BARNET *et al.* (1996) e acima dos 10,7% encontrado no estudo longitudinal de HORWITZ *et al.* (1996) para depressão maior, em adolescentes grávidas. Provavelmente essas discrepâncias ocorram devido à diferença nos instrumentos, padronizações para se definir um caso e delineamentos de pesquisa utilizados.

A mesma discrepância relatada acima acontece ao se comparar a prevalência da ideação suicida neste e em com outros trabalhos. Neste estudo, a prevalência da ideação suicida (16,7%) parece estar acima da encontrada por SOARES (1994), numa população de jovens brasileiros entre 15 e 19 anos (4%), e também da prevalência encontrada por SOLDERA (2001) numa população de jovens escolares em Campinas (2,9%). Nos dois estudos citados apenas uma pergunta sobre a ideação suicida era feita.

Os dados deste estudo estão próximos aos de GONZALEZ-FORTEZA *et al.* (1998) que utilizou uma escala de ideação suicida com 4 itens, em 1.712 mulheres adolescentes da Cidade do México, encontrando uma prevalência de 11,8%. Mas, nossos dados estão abaixo do encontrado por REY GEX *et al.* (1998) numa população de jovens (n= 9268) na Suíça, onde a prevalência de ideação e de planos suicidas foram, respectivamente de 26% e de 15%. Novamente, os instrumentos utilizados nesses estudos não foram os mesmos, a população não era de adolescentes grávidas, e as definições de ideação suicida foram diferentes, ficando difícil comparar os achados.

Nossos dados estão parecidos com o estudo realizado por KONIAK-GRIFFIN & LESSER (1996). Eles encontraram entre as adolescentes grávidas e pais adolescentes, que 18% haviam considerado o suicídio e 15% já o haviam planejado. Mesmo acontecendo com a prevalência de tentativa de suicídio anterior, as taxas encontradas em nosso estudo, 13,3%, estão próximas das encontradas pelo mesmo autor, que foram de 10% em seu grupo de adolescentes grávidas e pais adolescentes. Neste estudo, as tentativas de suicídio aconteceram em sua grande maioria antes da gravidez, apenas 2 aconteceram no primeiro trimestre de gestação.

As idéias depressivas foram o único sintoma que esteve associado aos casos de ansiedade, de depressão, de ideação suicida e de tentativa de suicídio anterior. Este dado revela a importância de se avaliar, entre adolescentes grávidas, a presença de idéias suicidas.

As associações encontradas entre depressão e ideação suicida coincide com o encontrado por BRENT (1989); FELJÓ *et al.*(1996); KOVACS *et al.*(1993), RAPELI (1997); LARSSON & IVARSSON (1998) ; REY GEX *et al.* (1998) e relatado por KAPLAN *et al.* (1997) e CHABROL (1990). Também se encontra associação significativa entre ideação suicida e ansiedade. Esse achado remete ao trabalho de GHAZIUDDIN *et al.* (2000), no qual se sugere que a ansiedade teria uma habilidade independente de predizer o suicídio e que em adolescentes, assim como em adultos, também está correlacionada com a depressão e idéias suicidas.

As associações aqui encontradas entre depressão, ideação suicida e falta de apoio social, corroboram o que outros autores já haviam assinalado. (BARNET *et al.*, 1996; HORWITZ *et al.*,1996; MAZZA & REYNOLDS, 1998; WIEMANN *et al.*, 1996; REY GEX *et al.*, 1998; DA-SILVA *et al.*, 1998; LEADERACH *et al.*, 1999). Para KAPLAN *et al.* (1997), mães adolescentes apresentam um risco aumentado de suicídio principalmente quando solteiras e sem apoio social.

VÁSQUEZ & PIÑEROS (1997) também considera que adolescentes grávidas apresentam um risco suicida elevado, durante a gestação e no período pós-parto, e que existe uma maior incidência de depressão e uma percepção negativa das redes de apoio. Para este autor, as adolescentes grávidas constituem um grupo heterogêneo e mostram uma maior vulnerabilidade para a depressão. Com base em nossos dados, pode-se concordar com este autor somente para o grupo de grávidas com depressão, ideação suicida e falta de apoio social, mas não para todo o grupo de adolescentes grávidas.

Vale lembrar o trabalho de WAGNER *et al.* (1998) onde estes encontraram que os sintomas de depressão melhorariam com a gravidez, em jovens adolescentes, ficando para nós a pergunta se esse não seria o motivo de se ter encontrado mais tentativa de suicídio antes da gravidez e desses sujeitos terem relatado que, neste momento da vida (gravidez), estariam se sentindo melhor do que antes, apesar de apresentarem idéias depressivas sem serem casos de depressão.

Ainda com relação à prevalência de tentativa de suicídio anterior, esta apresentou-se bastante alta se comparar com os achados de REY GEX *et al.* (1998) que encontraram 3% de tentativa de suicídio em jovens entre 15 a 20 anos. Neste estudo, não se pode saber quantas eram as jovens que já haviam estado grávidas. Aliás, esse é um dado que poucos estudos sobre tentativa de suicídio levantam, mesmo sendo unânimes em que a grande maioria dessa população é composta por mulheres. Apenas os estudos de CASSORLA (1981) e WAGNER *et al.* (1995) levantaram este dado, encontrando associação.

Embora WIEMANN *et al.* (1996) tenha encontrado baixos níveis de psicopatologia em adolescentes grávidas, as que apresentavam problemas psiquiátricos associavam-se o uso de drogas, falta de relacionamento com o pai do bebê, abusos físicos e sexuais e tendo mães com idade na primeira gestação menores de 18 anos. Metade da nossa população estudada relatou ter sofrido abusos (físico=41% e sexual=15,8%), taxa parecida com os 50% (físico=33% e sexual=38%) encontrada por KONIAK-GRIFFIN *et al.* (1996). No entanto, os abusos, neste estudo, não tiveram a mesma associação estatística encontrada em relação aos comportamentos suicidas que outros autores encontraram (BAYATPOUR *et al.*, 1992).

Para LEVISKY (1998), a sociedade contemporânea é profundamente contraditória e tem favorecido a liberação de impulsos agressivos e sexuais de maneira direta e nem sempre sublimada. Além do mais não oferece educação necessária para que o indivíduo possa aprender a se defender do que lhe é bom e do que lhe é mau. Para este autor, quando prevalece a pulsão de morte, predominam as ansiedades persecutórias, com a estagnação e enfraquecimento do desenvolvimento egóico, favorecendo atuações liberadoras, ações de descarga e não de pensamento, expressando a supremacia dos processos primários sobre os secundários. Para ele, a possibilidade de uma vida criativa, construtiva, está na dependência do predomínio da pulsão de vida.

Para AYRES, CALAZANS, FRANÇA JR.(1998) a exclusão dos processos comunicacionais, exclusão dos espaços institucionais, exclusão da cidadania plena seria um potente determinante de vulnerabilidade dos adolescentes aos danos decorrentes do uso de drogas, exposição à aids e à gravidez precoce. “Eles estariam se arriscando com o

necessário, o necessário restrito a poucas alternativas possíveis”. Como diz este autor “...quando só se pode escolher entre ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a grande maioria de nós escolheria”?

Que significados positivos, afirmativos da vontade de viver, estão igualmente associados à arriscada maneira de viver de muitos jovens que têm relação sexual sem preservativo, que se arriscam a ter AIDS, arriscam - se a ficar grávidas, arriscam - se morrer? ‘São jovens que não têm nada, mas estão atrás de um substrato essencial que lhes permita viver’ (AYRES, CALAZANS, FRANÇA JR., 1998). É notório perceber que 2/3 de nossas adolescentes não estavam estudando e nem trabalhando no momento da gravidez. Para muitas das nossas adolescentes sua vida não era importante para alguém. Algumas diziam que sua vida era importante para o futuro bebê. Uma das adolescentes que havia tentado suicídio 4 vezes e sofrido abuso sexuaes do pai, descreveu essa exclusão ou ‘falta’ de um significado para vida de uma forma bastante clara. Dizia ela:

“...antes da gravidez eu tinha um buraco em mim, não sabia para onde ir, andava sem rumo, na bagunça. Agora estou cheia, o buraco foi preenchido, e sei que preciso cuidar de meu filho. Fiquei forte, parei com a bagunça, tenho para onde ir, meu filho precisa de mim.”

Seria esta uma tentativa de formar uma rede de apoio interna, já que a sociedade não ajuda neste sentido?

Para DANZIATO (1999), o exercício da sexualidade de modo impulsivo e incoseqüente pode ser compreendido como “acting-out”, ou seja, na impossibilidade de dizer, de simbolizar, o indivíduo age, conseguindo assim ser reconhecido através do filho que vem a surgir. Para LEVINSKY (1998), após esse agir por ‘descarga’, não usando devidamente a capacidade para pensar criativamente, surge o conflito interno e a dor, decorrentes de sentimentos de culpa e da possibilidade de uma reconstrução reparadora. Muitas adolescentes entrevistadas estavam preocupadas com a perda da liberdade, com a necessidade de agora serem mais responsáveis, pois tinham um filho para cuidar. É interessante a observação pessoal do nome dos bebês de nossas adolescentes, nomes de anjo, de profetas, de filhos de profetas, de famosos cantores, ou seja de vencedores na ‘vida’.

CASSORLA (1985) refere-se a uma 'carreira' que a jovem passaria até chegar a situação da tentativa de suicídio e coloca a gravidez (na adolescência) como um desses momentos da 'carreira'. Como diz esse autor "...gravidez em moças e tentativa de suicídio fazem parte de um mesmo processo...". Poucos são os trabalhos sobre tentativa de suicídio, mesmo sabendo que 2/3 acontecem no gênero feminino, que indagam sobre a idade na 1ª gravidez. Por sua vez, são poucos os estudos sobre adolescentes grávidas que perguntaram sobre ideação suicida e tentativa de suicídio e, dentre estes, nenhum em nosso meio. Nossos dados reforçam a idéia de que tentativa de suicídio e gravidez precoce possam estar associados.

As associações encontradas abrem novas perspectivas de linha de pesquisa na área de saúde mental, e amplia a compreensão desta população. Várias perguntas não podem ser respondidas em razão do desenho deste estudo. Sugere-se, futuramente, uma pesquisa longitudinal, que inclua um grupo-controle, para poder comparar as prevalências de depressão, ansiedade, ideação suicida e apoio social entre adolescentes grávidas e adolescentes não-grávidas. Não se sabe, também, como se comporta esta população ao longo dos anos, necessitando de estudos longitudinais com as adolescentes grávidas com risco para tentativa de suicídio e adolescentes grávidas sem risco, para se compreender como se comporta esta população e seus filhos, o quanto serão ou não, afetados pela saúde mental destas mães. Como diz CASSORLA (1981), "estamos lidando com variáveis rebeldes" ficando difícil saber, também, o quanto as questões sociais, culturais, econômicas, inclusive a falta de oportunidades que esta população tem, poderia estar afetando seu projeto de vida.

Mesmo não sabendo a prevalência da depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes em nosso meio, sabe-se que quem os apresenta, notadamente quando houve tentativa de suicídio anteriormente, faz parte de um grupo de risco para tentativas de suicídio. O suicídio, a depressão e o alcoolismo são, no campo da saúde mental, as principais preocupações da OMS para esta década, e, conseqüentemente, os grupos de risco deverão ser mais bem discriminados e tratados dentro da prevenção primária.

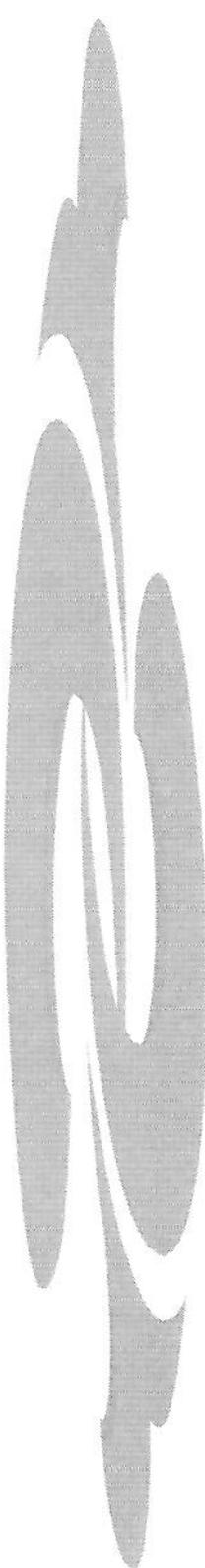
Este estudo não teve como objetivo a rede de apoio social, mesmo assim a utilização de algumas perguntas sobre este assunto nos traz a necessidade de se levar em conta este tema em futuras pesquisas. Sabe-se que estados depressivos pioram as relações sociais, podendo levar a um enfraquecimento do apoio social. Poderia a gravidez reconstruir a rede de apoio social, inscrevendo a adolescente na sociedade, dando um rumo para ela seguir? Seria a gravidez na adolescência uma outra forma de pedir ajuda, assim como a tentativa de suicídio? Não se tem respostas para essas indagações.

Uma pesquisa epidemiológica como esta pode ser interessante se puder ajudar os profissionais de saúde que atendem adolescentes grávidas. Sendo solidários com sua dor, passando-lhes informações preciosas, poderão ser o apoio social, o “holding” (WINNICOTT, 1964), para que essas adolescentes possam se transformar em “mães suficientemente boas” para seus bebês. O trabalho desses profissionais da saúde não deveria terminar com o nascimento dos bebês, mas que continuasse no puerpério, até um ano após o nascimento, dando subsídios para amenizar as dificuldades psicossociais que essa população enfrentará.

Percebeu-se o quanto era importante para elas falar e comentar sobre suas preocupações e idéias suicidas. Sem dúvida alguma, essa conversa liberava o pensamento dessas adolescentes. O momento de crise da gravidez na adolescência é, realmente, uma excelente oportunidade de se agir, preventivamente, com relação à ansiedade, depressão e tentativa de suicídio futura.

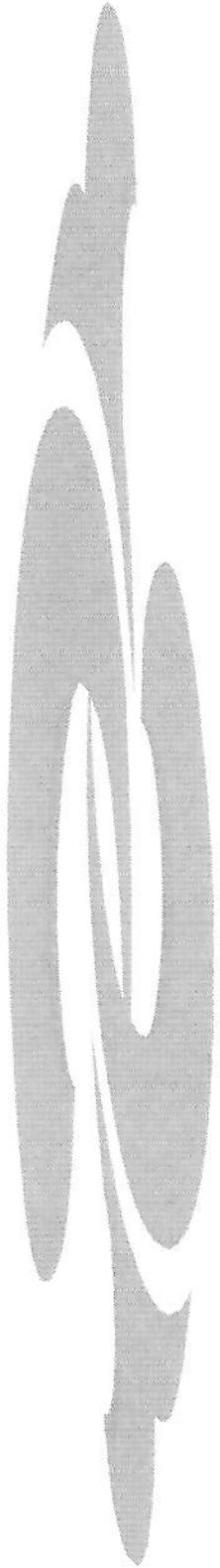
A população deste estudo, segundo nossa impressão clínica, apresentou-se heterogênea, com subgrupos de características próprias e sintomas específicos que necessitam ser mais bem discriminados, estudados e tratados dentro da prevenção primária.

Mais do que triar grupos de risco para tentativa de suicídio, o que esta população necessita é ser ouvida por alguém com a capacidade de dar a elas um espaço, onde possam expressar sentimentos e pensamentos sem serem julgadas, tornando-se, através desse processo, sujeitos de sua própria história.



6. CONCLUSÕES

- As prevalências de depressão, ansiedade e ideação suicida apresentaram-se aproximadamente iguais, nos três trimestres gestacionais da população de adolescentes grávidas estudada, em média 20,8%, 23,3% e 16,7%, respectivamente.
- A ideação suicida associou-se, estatisticamente, com a presença de depressão, ansiedade, baixo apoio social e estado civil solteira.
- Depressão, ansiedade e ideação suicida na gravidez de adolescentes não devem ser entendidas como causa ou efeito dessa situação. Podem se tratar de manifestações do mesmo processo, da mesma carreira de acontecimentos psicossociais, que levariam, inclusive, a tentativas de suicídio. A gravidez na adolescência é um momento especial, devendo ser incorporadas ao pré-natal as ações de prevenção em saúde mental.



7. SUMMARY

Pregnancy is the main reason for the hospitalization, under the national health system (SUS), of 10 to 19 year old girls. The epidemiological studies conducted on this adolescent population have focused on demographic, socioeconomic and medical aspects, without taking into consideration the mental health factor.

The purpose of this study was to: determine the prevalence of depression, anxiety and suicidal tendencies among pregnant adolescents during the three gestational trimesters; verify the relationship between ideation and depression, anxiety, sexual abuse reports, physical aggression, previous suicidal attempts, premeditated pregnancy, gestational period, conjugal situation, social support; trace the symptomatological profile of these adolescents by comparing cases of depression, anxiety and suicidal tendencies with non- cases.

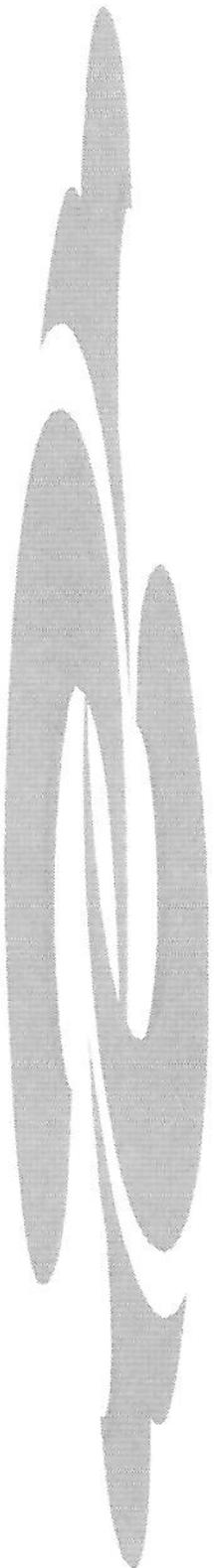
It was transverse study, which included a clinical assessment, of adolescents in different gestational phases. The sample consisted of 120 pregnant adolescents (40 individuals in each gestational trimester), who were between 14 to 18 years old and were attended at the Municipal Health Unit in Piracicaba.

The participants were interviewed in accordance with the questionnaire set up on sociodemographic data, gestational history, personal and family history. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and the Clinical Interview Schedule - Revised (CIS-R) were used to assess psychological symptoms of anxiety and depression. Beck's Suicide Ideation Scale (BSI) was used to evaluate suicidal ideation. The statistical analysis was conducted using the Chi-square test, the Fisher test and the Mann-Whitney U test and the significance value was $p < 0.05$.

There were 28 cases of anxiety (23,3%) and 25 cases of depression (20,8%) and of these 12 cases were of both anxiety and depression. There were 20 cases of ideation suicide (16,7%). During the gestational trimesters, there was no difference in the prevalence of depression, anxiety and ideation suicide. Previous suicidal attempts were made by 16 adolescents (13%). There was a significant relationship between the seriousness of ideation suicide and depression ($p = 0.001$), single individuals without boyfriends ($p = 0.01$), and very little social support ($p = 0.001$).

The CIS-R was applied and 60 cases (50%) of non-psychotic psychiatric morbidity cases were detected. Cases of ideation suicide presented a high frequency of the following symptoms: lack of concentration, anxiety, depression, preoccupations, obsessions, depressive ideas, tiredness, and worries concerning body functions.

Conclusion: The group of pregnant adolescents showed heterogeneous results regarding mental health. The most common symptom of depression, anxiety, ideation suicide and previous suicide attempts was depressive ideas. The health professionals working with pregnant adolescents should observe them carefully, in order to detect the presence of depressive ideas so that they can immediately receive a special follow up in the mental health area.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. - **Adolescência Normal**. 8 ed. Porto Alegre. Edit. Artes Médicas, 1989. 92p.
- AGUIRRE,AMB – **Aspectos psicodinâmicos de adolescentes grávidas**. Ribeirão Preto, 1995. (Tese- Doutorado – Univeridade de São Paulo)
- ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BUNELLO, E.D.A. – Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APAL 14 (3):93- 104,1992.**
- AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; FRANÇA JR, I. – Vulnerabilidade do adolescentes ao HIV/Aids. In: VIEIRA, M.V.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (org). **Seminário Gravidez na adolescência**. Associação Saúde da Família, Rio de Janeiro, 1998. 98-109p
- BARBOSA, G.A.; DIAS, M.R.; GAIÃO, A.A.; LORENZO, W.C.G. – Depressão Infantil: Um Estudo de Prevalência com o CDI. **Infanto, 4(3):55-63, 1996.**
- BARNET, B.; JOFFE, A.; DUGGAN, A.K.; WILSON, M.D.; REPKE, J.T. – Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. **Arch Pediatric Adolescent Med, 150(1): 64- 9, 1996.**
- BAYATPOUR, M.; WELLS, R.D.; HOLFORD, S. – Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. **J Adolesc Health, 13(2):128-32, 1992.**
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F., EMERY, G. – **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. 316p.
- BECK, A.T. & STEER, R.A.- **Beck Scale for Suicide Ideation**. Manual. San Antonio: Psychological Corporation. 1993

- BECK, A.T.; STEER, R.A.; BECK, J.S.; & NEWMAN, C.F. – Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. **Suicide Life Threat Behav**, **32**(2): 139-245, 1993.
- BECK, A.T.; STEER, R.A.; KOVACS, M; GARRISON, B. – Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. **Am J Psychiatry**, **142**, 559-563, 1985.
- BOTEGA, N.J.- Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: ALMEIDA, OP.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. (org). **Manual de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1995a. 221-7p
- BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA JR, C.; PEREIRA, W.A.B. – Validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em pacientes epilépticos ambulatoriais. **J Bras Psiq**, **47**(6):285-9,1998
- BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA JR, C.; PEREIRA, W.A.B. – Transtornos de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão- **Rev. Saude Publica**, **29**(5):355-63,1995b.
- BOTEGA, N.J – Cão que ladra não morde? – **Monitor Psiquiátrico**,**2**(2):1-3, 1996.
- BOTEGA, N.J.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA JR, C.; BIO, M.R.; PEREIRA, W.A.B. – Morbidade psiquiátrica no hospital geral: utilização da edição revisada da “Clinical Interview Schedule – “CIS-R”. **Revista ABP-APAL** **16**(2):57-62,1994
- BRENT, D.A. - Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. **Pediatr Rev**, **10**(9):269-75, 1989.
- BRENT, D.A. & KOLKO, D.J. – The assessment and treatment of children and adolescents at risk of suicide. In: BLUMENTAL, S.J.; KUPFER, D.J., - **Suicide over the life cycle**. Washington, D.C.: APA Press: 1990. 253 –302p

- BURROWS, A. R.; ROSALES R.; MARIA, E.; DIÁZ, M.; MUZZOL, S. – Riesco de Embarazo temprano: construccion y validacion de un instrumento predictor. **Rev Med Chil** 122: 713-20, 1994.
- CAPLAN, G. - **The Psychology of pregnancy, and the Origins of Mother- Child Relationships**. Nova York, Crune & Stratton, cap 3,1961.
- CARLINI-COTRIN, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. – Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Rev Saude Publica** 34(6): 1-14, 2000.
- CASSORLA, R.M.S. – **Jovens que Tentam Suicídio**. Campinas 1981. (Tese – Doutorado – UNICAMP)
- CASSORLA, R.M.S. - Jovens que tentam suicídio: relacionamento social, gravidez e abortamentos: um estudo comparativo com jovens normais e jovens com problemas mentais (III). **J Bras Psiquiatr**, 34(3): 151-6, 1985.
- CASSORLA, R.M.S. - Comportamentos suicidas na Infância e Adolescência. **J Bras Psiquiatr** 36(3): 137-44, 1987.
- CASSORLA, R.M.S. – Características das famílias de jovens que tentaram suicídio em Campinas, Brasil: um estudo comparativo com jovens normais psiquiátricos. **Acta Psiquiatr Psicol Am Lat**, 30(2):125-34, 1984.
- CHABROL, H. – **A Depressão do Adolescente**. Campinas, SP, Papyrus, 1990. 127p.
- CHARPIE-DUPRIT, M. – La contraception a l’heure des maladies sexuellement transmissibles. **Rev Med Suisse Romande**, 111: 33,1991.
- COATES, V & CORREA, M.M. – Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: V Congresso de Adolescência, Belo Horizonte, 1993. **Anais**, Belo Horizonte, 1993. p.581-2

- CONOVER, W.J – **Practical Nonparametric Statistics**. New York: John Wiley & Sons, 1971.
- COVINGTON, D.L.; DALTON, U.K.; DIEHL, S.J.; WHIGHT, B.D.; PINER, M.H. – Improving detection of violence among pregnant dolescentes. **J Adolesc Health**, 21(1): 18-24, 1997.
- CUNHA, J.A.; WERLANG, B.G.; FIN, J.N. - Estudo sobre algumas variáveis predictoras de ideação suicida em pacientes com história de tentativa de suicídio. In: VI Jornada de Psiquiatria da Região Sul, VI Jornada Catarinense de Psiquiatria do Mercosul, Santa Catarina, 1997. **Tema Livre**, Santa Catarina, 1997. 10p
- DANZIATO, O.C.M - Gravidez na adolescência: Os vieses de uma problemática. **Revista de Psicanálise Ano 1.1** – Seele Artigos. Out, 1999.
- DA – SILVA, V.A.; MORAES-SANTOS, A.R.; CARVALHO, M.S.; MARTINS, M.L.P.; TEIXEIRA, N.A. – Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Braz J Med Biol Res**, 31(6): 799-804, Junho 1998.
- DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde, 1999 w.w.w. datasus. com. br
- DIEKSTRA, R.F.W. - The epidemiology of suicide and parasuicide. **Act Psychiatry Scand Suppl**, 371:9-20, 1993
- DOMINGUES JR., J.S. – Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: SCHOR, N.; MOTTA, M.S.F.T., BRANCO, V.C., (org) - **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento Vol I**. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. 223-9p
- DOMINGUES JR., J.S. – **Utilização de métodos contraceptivos na adolescência: Uma opção?** São Paulo, 1998 (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

- D'ORO, A.C.D'A. - **Gravidez na adolescência: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde da cidade de São Carlos**. São Carlos, 1992. (Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
- DURKHEIM, É.H, – **O suicídio: estudos sociológicos**. Sao Paulo, Martins Fontes, 2000. 514p
- ERICKSON, E. H. – **Infância e sociedade**. 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1976. 404p
- ESCRIVÁ, V.M. – **La Depression en Población Adolescente Valenciana: Un Estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia**. Valencia, España, IVESP, 1992.
- FARBER, E.W.; HERBERT, S.E; REVIERE, S.L. – Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital-based urban prenatal clinic. **Gen Hosp Psychiatry**, **18**(1):56-60, 1996.
- FEIJÓ, R.B.; SALAZAR, C.C., BOSKO, M.P.; BOSKO, M.P.; CANDIAGO, R.H.; ÀVILA, S.; ROCHA, T.S.; CHAVES, M.L.F. – O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. **J Bras Psiquiatr**, **45** (11):657- 64,1996.
- FLEISS, J.L. – **Statistical methods for rates and proportions**. New York: Jonhs Wiley & Sons, 2 ed, 1981.
- FREUD, S. – (1901) A psicopatologia da vida cotidiana. In: Obras completas, vol 6, Rio de Janeiro. Imago Editora Ltda, 1987.- (1917) Luto e Melancolia. In: Obras completas, vol 14, Rio de Janeiro. Imago Editora Ltda, 1987. - (1920) Além do Princípio do Prazer. In: Obras completas, vol 14, Rio de Janeiro. Imago Editora Ltda, 1987.
- GHAZIUDDIN, N.; KING, C.A.; NAYLOR, M.W.; GHAZIUDDIN, M. – Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. **Depress Anxiety**, **11**(3): 134-8, 2000.
- GONZÁLEZ-FORTEZA, C.; BERENZON – GORN, S.; TELLO – GRANADOS, A.M.; FÁCIO-FLORES, D.; MEDINA MORA ICAZA,M.E. – Ideacón suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. **Salud Publica Mex**, **40**(5):430-7, 1998.

- HEILBORN, M.L. – Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, M.V.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P.; MCKAY, A. (org). **Seminário Gravidez na adolescência**. Associação Saúde da Família, Rio de Janeiro, 1998.
- HORWITZ, S.M.; BRUCE, M.L.; HOFF, R.A.; HARLEY, I.; JEKEL, J.F.; – Depression in former school-age mothers and community comparison subjects. **J Affect Disord**, 40(1-2):95-103, 1996.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. & GREBB, J.A. – **Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7 edição, Porto Alegre; Artes Médicas, 1997. 40; 1039-45p
- KASHANI, J.H.; CARLSON, G.A.; BECK, N.C.; HOEPER, E.W.; CORCORAN, C.M.; MCALLISTER, J.A.; FALLAHI, C.; ROSENBERG, T.K.; REID, J.C. – Depression, Depressive Symptoms, Depressive Mood Among a Community Sample of Adolescents. **Am J Psychiatry**, 147(7):931-4, 1987.
- KECKHOF, A.J.F.M. & WHO - **Euro Multicentre Study on Parasuicide**, WHO, Leiden, 1989.
- KLEIN, M. (1934) – Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos depressivos. In: **Contribuições à psicanálise**, São Paulo. Mestre Jou, 1970.
- KONIAK–GRIFFIN, D. & LESSER, J. – The impact of childhood maltreatment on young mothers' violent behavior toward themselves and others. **J Pediatr Nurs**, 11(5):300-8, 1996.
- KONIAK–GRIFFIN, D.; WALKER, D.S.; de TRAVERSAY, J. – Predictors of depression symptoms in pregnant adolescents. **J Perinatol**, 16(1):69-76, 1996.
- KOVACS, M; GOLDSTON, D.; GATSONIS, C. – Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 32(1): 8-20, 1993.

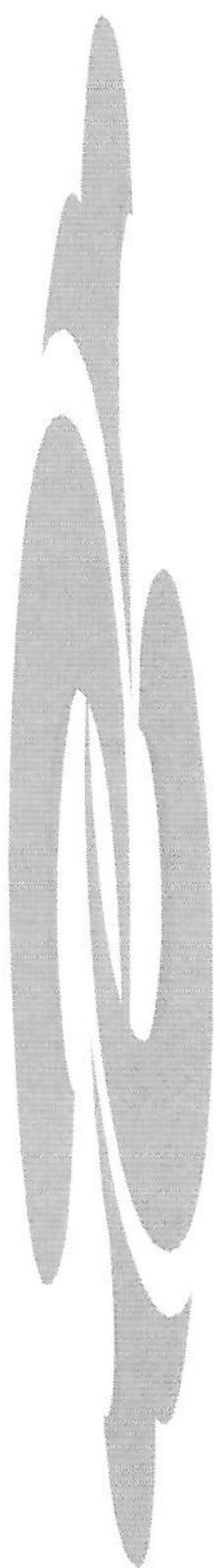
- KOVACS, M.J. – **Morte e Desenvolvimento Humano**. 2 ed., São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992. 243p
- LARSSON, B & IVARSSON, T - Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, 7(4): 201-8, april 1998.
- LANDY, S.; SCHUBERT, J.; CLELAND, J.F.; CLARK, C.; MONTGOMERY, J.S. - Teenage pregnancy: family syndrome? **Adolescence**, 28(71):679-94, 1983.
- LEADERACH, J.; FISCHER, W.; BOWEN, P.; LADAME, K. – Common risk factors in adolescent suicide attempters revisited. **Crisis**, 20:1 15-22, 1999.
- LEDERMAN, R.P. - Anxiety and conflict in pregnancy: relationship to maternal health status. In H.H.Werley & J.J. Fitzpatrick (Eds), **Annua Rev Nur Res** (2): 27-61. New York: Springer, 1984.
- LESSER, J. – Childhood Abuse, Depression, and Maternal Role Attainment in Adolescent Mothers.– **J Adolesc Health Res Pres**: 137, 1998.
- LESTER, D. & BECK, A.T. – Attempted suicide and pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 158(5):1084-5, 1988.
- LEVISKY, D.L. – **Adolescência, reflexões psicanalíticas**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 316p
- LEWIS, G.; PELOSI, A.J.; ARAYA, R.; DUNN, G.; – Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. **Psychol Med**, 22:465-86, 1992.
- LEWIS, G. & PELOSI, A.J. – **Manual of the Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R)**. Institute of Psychiatry. London, UK, 1990.
- LITMAN, R.E. – Suicidology: A Look Backward and Ahead. **Suicide Life Threat Behav**, 26(1):3,1996.

- MAIA FILHO, N.L. – **A Adolescente Precoce: aspectos relacionados ao parto, puerpério imediato e recém-nacido, comparativamente as não- precoces e as gestantes adultas.** Campinas, 1993 (Tese – Doutorado – UNICAMP).
- MALDONADO, M.T. - **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério-14 ed.** São Paulo, Saraiva,1997. 229p
- MARCELLI, D. & BRACONNIER, A. – **Manual de Psicopatologia do Adolescente –** Porto Alegre, Artes Medicas, 1989, 429p
- MAZZA, J.J. & REYNOLDS, W.W. – A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support, and major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. **Suicide Life Threat Behav**, 28(4): 358-74,1998.
- MEDRADO, B. & LIRA, J. – A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: Uma abordagem geracional e de gênero. In: SCHOR, N.; MOTTA, M.S.F.T., BRANCO, V.C. (org) - **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento** Vol I. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. 230-48p
- MIOTO, R.C.T. – **Famílias de Jovens que Tentam Suicídio.** Campinas, 1994 (Tese - Doutorado– UNICAMP).
- MOTTA, M.L. – **Influência da idade materna e da idade ginecológica sobre os resultados maternos e neonatais da gravidez na adolescência.** Campinas, 1993. (Tese - Doutorado –UNICAMP).
- NICHOLI, A.M. – **The Adolescent.** The New Harvard Guide to Psychiatry, 1989.
- O’CARROLL, P.W.; BERMAN, A.L.; MARIS, R.W.; MOSCICKI, E.K.; TANNEY, B.L.; SILVERMAN, M.M. – Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. **Suicide Life Threat Behav** 26(3):1996.
- OLIVEIRA, M.W. – Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cad Cedes** 19 (45):1998.

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1968). Prevencion del Suicidio. **Cuadernos de Salud Pública, 35**. Genebra: OMS, 1968.
- PARKER, B. – Abuse during pregnancy: Effects on Maternal Complications and birth weight in adult and teenage women. **Obstet Gynecol, 84:323-8**, 1994.
- PAULA, D.B. – **Gravidez na adolescência: estratégias de inserção no mundo adulto**. São Paulo, 1992 (Dissertação – Mestrado em Psicologia Social – Pontifícia Universidade Católica)
- PINTO E SILVA, J.L. – **Contribuição ao estudo da Gravidez na Adolescência**. Campinas 1982 (Tese - Doutorado – Universidade de Campinas).
- PINTO E SILVA, J.L. – A gravidez na adolescência: Uma visão multidisciplinar. In: SAITO, M.I. & SILVA, L.E.V. (org). **Adolescência Prevenção e Risco**. Editora Atheneu, São Paulo, 2001. 299-305p
- POND, E.F. & KEMP, V.H. – A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence. **Matern Child Nurs J, 20 (1):11-20**, 1992.
- RAPELI, CB– **Características clínicas e demográficas de pacientes internados por tentativa de suicídio no Hospital de Clínicas da Unicamp**, de Outubro de 1995 a Setembro de 1996. Campinas, 1997 (Dissertação - Mestrado – Universidade de Campinas).
- REIS, A.O.A. – **O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: Avatares**. São Paulo,1993 (Tese – Doutorado – Faculdade de Saúde Pública, USP).
- REY GEX, C.; NARRING, F.; FERRON, C.; MICHAUD, P.A. – Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. **Acta Psychiatry Scand, 98:1**, 28-33, jul 1998.
- SCHOR, N. – **Anticoncepção e adolescência – conhecimento e uso**. São Paulo, 1995 (Tese - Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo).

- SERFATY, E.; ANDRADE, J.; D'ÁQUILA, H.; MASAUTIS, A.E.; FOGLIA, L. – Depressión grave y factores de riesgo en Buenos Aires. **Acta Psiquiátrica y Psicológica da América Latina**, 41(1): 35-9, 1995.
- SIEGEL, & SIDNEY, – **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. São Paulo: Mc Graw Hill, 1975.
- SMITH, M.S.; MITCHELL, J.; MCCAULEY, E.A.; CALDERON, R. – Screening for anxiety and depression in an adolescent clinic. **Pediatrics** 85(3):262-266, 1990.
- SOIFER, R. – **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6 ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 1980. 124p
- SPIRITO, A. – Attempt Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature. **Clin Psychol Rev**, 9:335-63, 1989.
- SOARES, K.V. – **Sintomas Depressivos em Adolescentes e adultos jovens: análise dos dados do “Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas Metropolitanas”** Campinas, 1994 (Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- SOLDERA, M.A. – **“Uso de drogas por estudantes de 1º e 2º graus na cidade de Campinas: prevalencia e fatores socio-demograficos, culturais e psicopatologicos associados”** Campinas, 2001 (Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- VASQUEZ, R. & PIÑEROS, S. – Psicopatologia en madres adolescentes. **Pediatrics (Bogotá)**; 32 (4): 229-38, nov, 1997.
- VALLENILLO, M. – Suicídio e Intento de Suicídio en el Embarazo. **Rev Obstet Ginecol Venezuela**, 44(3):176-82, 1984.
- VIÇOSA, G – Atendimento em grupo a gestantes adolescentes e seus companheiros: uma experiência de 10 anos. **Rev Psiquiatr RG**, 15 (1):65- 69, 1993.

- VIEIRA, R.J. – **A Enfermaria de Emergência do HC-Unicamp e o Atendimento dos Intoxicados**. Campinas, 1994 (Tese - Doutorado – UNICAMP).
- WAGNER, B.M.; COLE, R.E.; SCHWARTZMAN, P. – Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. **Suicide Life Threat Behav**, **25**(3):358-72,1995.
- WAGNER, K.D.; BERENSON, A.; HARDING, O.; JOINER, T. – Attributional style and depression in pregnant teenagers. **Am J Psychiatry** **155**(9):1227-33,1998.
- WERTH JR, J.L. – **Rational Suicide?** Washington, Taylor & Francis, 1996.
- WHO – World Health Organization – **Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (WHO – Geneve, 1992)
- WIEMANN, C.M.; BERENSON, A.B.; WAGNER, K.D.; LANDWERHR, B.M. – Prevalence and Correlates of Psychopathology in Pregnant Adolescents. **J Adolesc Health** **18**:35-43, 1996.
- WINNICOTT, D.W. (1964) – O recém-nascido e sua mãe. In: **Os bebês e suas mães**. São Paulo, Martins Fontes, 1988. 29-42p
- ZIGMOND, A.S. & SNAITH, R.P. – The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, **67**:370–6, 1983.



9. ANEXOS

Dados sociodemográficos e Clínicos

Identificação

Nome

N. Prontuário Cor: () branca () parda () negra () amarela

Data do nascimento:...../...../..... Idade:.....anos Naturalidade:.....

Estado civil.....

Quantas vezes já morou com o companheiro por mais de 3 meses?.....vezes.

Anos de escolaridade..... Grau:.....Repetiu? () não () sim Que série?.....Quantas vezes?.....

Frequênta escola atualmente? () não () sim A quanto tempo parou?.....

Atividade profissional.....Já trabalhou com crianças? () não () sim

Local de trabalho:.....Há quanto tempo?.....meses

Endereço.....Número.....Bairro.....

Cidade.....CEP.....Telefone.....

Há quanto tempo mora em Piracicaba?.....a.....m. E no Estado SP:a.....m

Tipo de residência:(1) alvenaria;(2)madeira pav;(3)madeira c/ piso de terra;(4)outra.....

Propriedade da casa: (1)própria;(2)alugada;(3)emprestada ou irregular

Número de cômodos da casa.....(considerar cozinha, banheiro, sala, quartos)

Com quem reside atualmente?

Nome	idade	sexo	parentesco	observação
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....

No último ano, onde residiu?.....

Mudou de cidade? () não () sim Quantos anos você tinha ?.....

História obstétrica

1- Mês de gestação em que se encontra.....

2- Você já tinha engravidado alguma outra vez? () sim () não Número de abortos()

3- Quantos anos você tinha quando menstruou pela primeira vez?.....

4- Qual era a sua idade na primeira relação sexual?.....

5- Queria esta gravidez? () sim () não

6- Tentou abortar? () sim () não

7- Como foi?.....

8- Quantos anos sua mãe tinha quando você nasceu?.....

- 9- Você fuma atualmente? () sim () não Já fumou alguma vez? () sim () não
- 10- Você faz uso abusivo de bebida alcoólica? () sim () não Já fez alguma vez? () sim () não
- 11- Você já fez uso de outro tipo de droga (incluindo calmantes, remédios para emagrecer)? () sim () não
- 12- Já fez alguma vez? () sim () não Qual?.....

História familiar

- 1- Quantos irmãos você tem?.....
- 2- Qual é a sua ordem de nascimento na irmandade? (1^a – 2^a – 3^a)
- 3- Por quem você foi criado?.....
- 4- Seus pais estão vivos?
 () sim () não. Quando ele/ela morreram?
 () infância¹ () adolescência () último ano
- 5- Algum de seus irmãos morreram?
 () sim () não. Quando ele/ela morreram?
 () infância () adolescência () último ano
- 6- Alguém da sua família morreu por suicídio? Quem?.....
 () sim () não. Em que período de sua vida?
 () infância () adolescência () último ano
- 7- Seus pais estão separados?
 () sim () não. Quando seus pais se separaram? Ano.....
 () infância () adolescência () último ano
- 8- Seus pais brigavam/brigam muito?
 () sim () não Em que período de sua vida?
 () infância () adolescência () último ano
- 9- Seu pai ou sua mãe se ausentaram de casa por longo período de tempo quando você era criança?
 () sim () não. Por que?.....
- 10- Alguém da sua família têm problemas psiquiátricos?
 () sim () não Quem?..... Qual problema?.....
- 11- Alguém da sua família ficou internado em hospital psiquiátrico? Quem?.....
 () sim () não Em que período de sua vida?
 () infância () adolescência () último ano
- 12- Alguém da sua família fez uso abusivo de álcool, de algum tipo de drogas ou remédios por um ano ou mais?
 Quem?.....
 () sim () não Em que período de sua vida?
 () infância () adolescência () último ano

¹ Infância= 0 até 11 anos e 11 meses, adolescência= 12 anos até 18 anos

13- Alguma vez você foi maltratado fisicamente (levou surra, foi espancado, ficou machucado) pelo seu pai ou sua mãe, ou por seus irmãos? Por quem?

sim não Em que período de sua vida?

infância adolescência durante a gravidez último ano

14- Alguma vez alguém da sua família (pai, mãe ou irmãos) abusou de sua inocência, se aproveitando de você maliciosamente? Quem?.....

sim não Em que período de sua vida?

infância adolescência último ano

15- Você chegou (ou chega) a odiar alguém da sua família? Quem?.....

sim não Em que período de sua vida?

infância adolescência último ano

16- Há algum outro problema relacionado a seus pais que influenciou ou que influencia sua vida e que não mencionei nestas questões?.....
.....

Dados sobre o companheiro

1- Quantos anos ele tem?..... Trabalha? não sim Em quê?.....

2- Há quanto tempo você está com o seu companheiro?.....

3- Você teve discussões com seu companheiro que tornaram seu relacionamento ruim por longo período de tempo? não sim. Há quanto tempo?.....

4- Seu companheiro faz uso abusivo de álcool, algum tipo de drogas ou remédios?
 não sim. Há quanto tempo?.....

5- Você se separou dele por problemas de relacionamento?
 não sim. Há quanto tempo?.....

6- Você já teve algum problema sexual com ele?
 não sim. Há quanto tempo?.....

7- Ele já bateu ou maltratou você fisicamente?
 não sim. Há quanto tempo?.....

8- Ele já foi internado em hospital psiquiátrico?
 não sim. Há quanto tempo?.....

9- Seu companheiro já tentou suicídio?
 não sim. Há quanto tempo?.....

- 10- Ele já forçou você a ter relação sexual?
 não sim. Há quanto tempo?.....
- 11- Algum de seus companheiros morreram?
 não sim. Há quanto tempo?.....
- 12- Há algum outro problema em relação a seu companheiro que influenciou ou que influencia sua vida e que não mencionei nestas questões?.....

Apoio social

- 1- Se você estiver precisando de apoio moral, se abrir com alguém sobre algum problema, com quem você pode contar?
 Dentre as pessoas que moram com você?.....
 Dentre familiares que não moram com você?.....
- 2- Você tem amigos(excluindo parentes) com quem você pode se abrir, com quem você pode contar?
 não sim. Quantos?.....
- 3- Você pode contar com seu companheiro?
 não se aplica não pode contar sim, um pouco sim, muito
- 4- Você é necessário na vida de alguém, há alguém que precisa muito de você?
 não sim. Quem?.....
- 5- Você frequentou nos últimos meses, alguma associação ou clube?
 não sim. Qual?.....
- 6- Você se reuniu(reunião social: jogos, festas), com algum grupo de pessoas no último mês?
 não sim. Qual?.....
- 7- Você se considera uma pessoa religiosa? não sim
 Qual é a sua religião?.....
 Quantas vezes foi ao culto no último mês.....
- 8- Você tem facilidade/dificuldade para fazer amigos?
 muito fácil fácil mais ou menos difícil muito difícil
- 9- (só para solteiros) Tem namorado(a)?
 não sim. Há quanto tempo?.....

ESCALA DE ANEDÔNIA DE PHILIPSSON (EAP)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um 'X' a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana.
 Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas tem mais valor do que aquelas em que se pensa muito.
 Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

Eu me sinto tenso ou contrariado:
 A maior parte do tempo
 Boa parte do tempo
 De vez em quando
 Nunca

Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
 Sim, do mesmo jeito que antes
 Não tanto quanto antes
 Só um pouco
 Já não sinto mais prazer em nada

Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
 Sim, e de um jeito muito forte
 Sim, mas não tão forte
 Um pouco, mas isso não me preocupa
 Não sinto nada disso

Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
 Do mesmo jeito que antes
 Atualmente um pouco menos
 Atualmente bem menos
 Não consigo mais

Estou com a cabeça cheia de preocupações:
 A maior parte do tempo
 Boa parte do tempo
 De vez em quando
 Raramente

Eu me sinto alegre:
 Nunca
 Poucas vezes
 Muitas vezes
 A maior parte do tempo

Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
 Sim, quase sempre
 Muitas vezes
 Poucas vezes
 Nunca

Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
 Quase sempre
 Muitas vezes
 De vez em quando
 Nunca

Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
 Nunca
 De vez em quando
 Muitas vezes
 Quase sempre

Eu perdi o interesse de cuidar de minha aparência:
 Completamente
 Não estou mais me cuidando como eu deveria
 Talvez não tanto quanto antes
 Me cuido do mesmo jeito que antes

Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
 Sim, demais
 Bastante
 Um pouco
 Não me sinto assim

Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
 Do mesmo jeito que antes
 Um pouco menos do que antes
 Bem menos do que antes
 Quase nunca

De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
 A quase todo momento
 Várias vezes
 De vez em quando
 Não sinto isso

Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, do rádio, ou quando leio alguma coisa:
 Quase sempre
 Várias vezes
 Poucas vezes
 Quase nunca

A	0	1	2	3
D	3	2	1	0
A	0	1	2	3
D	3	2	1	0
A	0	1	2	3
D	3	2	1	0
A	0	1	2	3
D	3	2	1	0
A	0	1	2	3
D	3	2	1	0

A D



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Faça um círculo na afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer uma escolha.

Parte 1

<p>1 0 Tenho um desejo de viver, que é moderado a forte. 1 Tenho um desejo fraco de viver. 2 Não tenho desejo de viver.</p> <p>2 0 Não tenho desejo de morrer. 1 Tenho um desejo fraco de morrer. 2 Tenho um desejo de morrer, que é de moderado a forte.</p> <p>3 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer. 1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais. 2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.</p>	<p>4 0 Não tenho desejo de me matar. 1 Tenho um desejo fraco de me matar. 2 Tenho um desejo de me matar, que é de moderado a forte.</p> <p>5 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar. 1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso. 2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.</p> <hr/> <p>Se você fez um círculo nas afirmações "zero" em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou "um" ou "dois", seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.</p>
--	---

Subtotal da Parte 1

ANSIEDADE

Ultimamente você tem se sentido tenso, nervoso, angustiado?

Você sente o corpo tenso ultimamente, e não consegue relaxar?

NÃO: passe para a próxima seção, FÓBIAS
SIM OU EM DÚVIDA: prossiga com esta seção

O que é que o deixa [tenso/nervoso/angustiado]?

** PASSE PARA A SEÇÃO SEGUINTES, Fobias SE A TENSÃO OU ANGÚSTIA FOR PROVOCADA POR SITUAÇÕES OU OBJETOS ESPECÍFICOS, por exemplo: elevadores, baratas, etc.

Em quantos dias da SEMANA PASSADA você se sentiu [nervoso/tenso/angustiado]?

0 <= 3 dias
1 >= 4 dias

Durante a ÚLTIMA SEMANA essa sensação foi muito desagradável ou pouco desagradável?

0 só um pouco
1 desagradável, ou muito desagradável

Durante a SEMANA PASSADA, quando você se sentiu [angustiado/nervoso] você sentiu alguma dessas coisas?:

batedeira ou palpitações	mãos suadas ou tremendo
tontura	falta de ar
sensação ruim no estômago	boca seca

0 Não
1 Sim

Você se sentiu [nervoso/tenso/angustiado] por mais que 3 horas seguidas em algum dia da SEMANA PASSADA?

0 Não
1 Sim, mais que 3 horas

LEPRESSÃO

Ultimamente, você tem se sentido triste, desanimado?

Você sente que não é mais capaz de se divertir, de achar graça nas coisas?

NAO: passe para a seção PREOCUPAÇÕES
SIM OU EM DÓVIDA: prossiga com esta seção

Por que você acha que tem se sentido assim?

▶▶ MARQUE UMA OPÇÃO AO FINAL DESTA SEÇÃO

Quantos dias da SEMANA PASSADA você se sentiu triste, desanimado?

- 0 2 ou 3 dias
- 1 4 dias ou mais

Durante a SEMANA PASSADA você foi capaz de sentir gosto pela vida do mesmo modo que antes?

- 0 Sim, capaz de desfrutar as coisas
- 1 Não, menos que antes

Quando você se sentiu [triste/deprimido/pra baixo] durante a SEMANA PASSADA, esse sentimento durou mais do que 3 horas em alguma ocasião?

- 0 menos que 3 horas
- 1 3 horas ou mais

Durante a SEMANA PASSADA, você foi capaz de esquecer por alguns momentos esse sentimento de [tristeza/desânimo]? Por exemplo, se alguma coisa boa acontecesse, ou quando estava em companhia de uma pessoa agradável, você era capaz de se alegrar?

- 0 Sim, sempre
- 1 Só às vezes, não conseguiu em pelo menos uma ocasião

Qual do(s) seguinte(s) problema(s) mais afeta seu estado de ânimo, deixando-o [deprimido/triste]?

1. problemas familiares
2. relacionamento com amigos ou colegas
3. problemas com moradia
4. problemas financeiros
5. saúde física pessoal
6. saúde mental pessoal
7. problemas no trabalho/estudos
8. problemas legais
9. problemas políticos
10. outro.....

IDEIAS DEPRESSIVAS

▶> PROCEDA COM ESTA SEÇÃO SE ENTREVISTADO RESPONDEU
POSITIVAMENTE A ANTERIOR

▶> SE A RESPOSTA A SEÇÃO ANTERIOR FOI NEGATIVA, PASSE PARA A PRÓXIMA SEÇÃO, Preocupações.

Durante a ULTIMA SEMANA, você se sentiu sem esperança em relação ao futuro?

- 0 Não
- 1 Sim

Nos ULTIMOS 7 DIAS, você se sentiu culpado por alguma coisa que não deu certo, mesmo que não tivesse sido exatamente por sua culpa?

- 0 Nunca, ou só quando foi claramente sua falta
- 1 Algumas vezes, ainda que não tivesse sido sua falta

Durante a SEMANA PASSADA, você sentiu que não é tão capaz ou que não tem tanto valor quanto as outras pessoas? Por exemplo, que você é inferior ou pior que os outros?

- 0 Tão bom quanto os outros
 - 1 Não tão bom quanto os outros
-

▶> SE RESPONDEU POSITIVAMENTE A ALGUMA DAS PERGUNTAS DESTA SEÇÃO:

Durante a SEMANA PASSADA você chegou a pensar que a vida não vale a pena e que seria preferível estar morto?

- 0 Não
 - 1 As vezes
 - 1 Sempre
-

▶> SE A RESPOSTA A PERGUNTA ANTERIOR FOR '1', FAÇA A PRÓXIMA PERGUNTA:

Você pensou em por fim à própria vida durante a SEMANA PASSADA?

- 0 Não
- 1 Pensou, durante a semana passada

Termo de Consentimento

Título da Pesquisa: “Prevalência de transtornos de humor e de ideação suicida numa população de adolescentes grávidas”.

Pesquisadores Responsáveis: Gisleine Vaz Scavacini de Freitas (Psicóloga)

Prof. Dr. Neury José Botega (Psiquiatra)

Nome: _____

Idade _____ RG _____ No Prontuário _____

End: _____

Nome do responsável: _____

Idade: _____ RG: _____

End: _____

Grau de Parentesco: _____

Objetivos e Justificativa da Pesquisa: Avaliar problemas mentais e emocionais em adolescentes grávidas, como depressão e ansiedade, e saber se elas tem ou não risco para problemas futuros em saúde mental, fornecendo informações para que os profissionais de saúde possam entender e ajudar melhor esse grupo de pessoas.

Procedimentos: A paciente será submetida a uma entrevista individual de aproximadamente uma hora, onde será perguntado sobre a história de vida, história da gestação, relações sociais. Depois disso serão aplicados testes psicológicos. A entrevista e os testes não apresentam riscos para os pacientes, e poderão resultar em benefícios para o paciente, proporcionando uma oportunidade para um desabafo.

Estou ciente que será mantido sigilo(segredo) sobre as respostas e que meu nome não será divulgado, poderei parar a entrevista a qualquer momento, e a não participação na pesquisa não irá atrapalhar o atendimento médico. Terei direito sobre a qualquer informação sobre o andamento da pesquisa.

Telefone do Núcleo de Atendimento ao Adolescente: 434-8049

Telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso ou reclamações do paciente (19)788.8936.

Piracicaba, ____ de _____ de _____

Assinatura: Paciente _____

Assinatura: Responsável _____



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas-S.P.
☎ 0 __ 19 7888936
fax 0 __ 19 7888925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

Campinas, 14 de fevereiro de 2.000

PARECER PROJETO Nº 26/99

I - IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DO HUMOR E DE IDEAÇÃO SUICIDA NUMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS

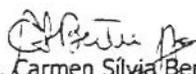
Pesquisador responsável: Gisleine Vaz Scavacini de Freitas.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado os termos do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - DATA DA REUNIÃO

A ser homologado na I Reunião Ordinária do CEP em 15/02/2000


Prof. Dr. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Resultados

Tabela 1 : Aspectos Sócio-demográficos

Tempo que mora junto com o companheiro	Até 5 meses	25 %
	5 a 10 meses	10 %
	+ de 10 meses	20 %
	não mora junto	44,9%
Repetência	Não	39,2%
	Sim	60,8%
Frequente escola atualmente	Sim	25,8%
	Não	74,2%
Há quanto tempo deixou a escola	- de 10 meses	34,4%
	+ de 1 ano	37%
Trabalha	Sim	25,8%
	Não	74,2%
Trabalhou com criança	Sim	71,7%
	Não	28,3%
Migração	Não	60%
	Sim	40%
Tipo de residência	Alvenaria	92,5%
	Madeira e piso de cimento	6,7%
	Barraco (terra e madeira)	0,8%
Propriedade da moradia	Própria	60%
	Alugada	15%
	Emprestada	24,2%
Número de cômodos	1 a 3	29,9%
	4	16,7%
	5	26,7%
	6 a 7	21,7%
	8 a 10	5,8%

Tabela 2 – Aspectos gestacionais

Gravidez anterior	14,2%	
Natimorto	5%	
Aborto anterior	8,33%	
Idade na menarca	- de 10 a	10%
	11 a	19,8%
	12 a	39,9%
	13 a	30,3%
Idade na 1ª relação sexual	- 12 a	5,9%
	13 a	8,4%
	14 a	26,9%
	15 a	31,9%
	16 a	21,8%
	17 a	5 %
Queria a gravidez	Não	54,2%
	Sim	45,8%
Tentou abortar	Sim 7,5%	
Idade da mãe em sua 1ª gestação	- de 14 anos	4,1%
	entre 15 a 18 a	36,7%
	19 a 20 anos	29,2%
	+ de 21 anos	30%
Fuma atualmente	11,7%	
Fumava	37,5%	
Bebe atualmente	3,3%	
Bebia	53,3%	
Usa drogas	1,7%	
Usou drogas	24,2%	

Tabela 3- Aspectos familiares

Pais separados	50%
Época da separação	Infância 64,4% Adolescência 25,4% Sempre 10,2%
Pais brigavam ou brigam	Sim 63,3%
Época das brigas	Infância 61,8% Adolescência 17,1% Sempre 21,1%
Ausência de um dos pais na infância	Sim 38,3%
Internação psiquiátrica na família	Sim 22,5%
Abuso de álcool na família	Sim 75% pai 20%
Irmãos	0 1,7% 1 10,8% 2 31,7% 3 16,7% 4 12,5% + de 5 27%
Ordem de nascimento	1º 35,3% 2º 24,8% 3º 13% 4º 8,8% + 5º 18%
Pais faleceram	Sim 13,4% Pai 81,8% Mãe 18,8%
Irmãos faleceram	Sim 42,5%
Suicídio na família	Sim 14,2%
Abuso físico	Sim 41,6%
Época do abuso	Infância 46,8% Adolescência 47,8% Gravidez 6,4%
Abuso sexual	Sim 15,8%
Época do abuso	Infância 47,4% Adolescência 42,1% Último ano 10,5%

Tabela 4 – Companheiro

Idade	
Trabalha	Sim 81,5% Não 18,5%
Uso álcool, droga ou remédio	Não 61,7% Sim 38,3% 74% álcool 30,4% drogas 4,4% insulina
Separação	Sim 45,8% Não 54,2%
Discussões	Sim 53,33% Não 46,7%
Abuso físico do companheiro	Sim 6,7% Não 93,3%
Agressão física endereçada ao companheiro	Sim 7,5% Não 92,5%
Perdeu algum companheiro por morte	Sim 11,7% Não 88,3%

Tabela 5- Apoio Social

Apoio da família /mora junto	Não 24,7% Sim 75,3%
Apoio família que não mora junto	Não 40,8%
Amigos	Sim 41,7% Não 58,3%
Apoio companheiro	Muito 59,2% Pouco 25% Não 9,2% Não se aplica 6,7%
É necessário na vida de alguém?	Sim 71,7% Não 28,3%
Para quem é importante?	Ninguém 28,3% Bebê 12,5% Companheiro 20,2% Mãe 19% Familiares 20%
Freqüente reuniões sociais?	Sim 12,5%
Freqüente alguma associação/clube?	Sim 20,8%
Considera-se religiosa	Sim 70,8%
Facilidade/dificuldade fazer amizades	Muito fácil 47% Fácil 32,5% + ou - 12% difícil 6,8% muito difícil 1,7%

Tabela 6- Testes

HAD – Ansiedade	38,3%
HAD – Depressão	31,7%
BSI	33,3% ≥ 1 / 16,67% nossos critérios
CIS-R Ansiedade	35%
CIC-R Depressão	28,3%
Esg Ansiedade	59,2%
Esg Depressão	47,5%
Tentativa de Suicídio(TS) Anterior	Sim 13,3%
Número de TS	1 = 75% 2 = 12,5% 3 = 6,4% 4 = 6,4%
Idade durante TS	12 anos = 6,7% 13 anos = 13,3% 14 anos = 26,7% 15 anos = 33,3% 16 anos = 20%

Histórias de adolescentes grávidas que tentaram suicídio

30 – Tem 18 anos e está namorando há 2 anos o pai de seu bebê, que tem 23 anos. Trabalha desde os 12 anos e está há 1 ano de balconista numa padaria. Mora com os pais e 2 irmãs, é a filha do meio e seu bebê será o primeiro neto. Está no 8º mês de gestação, não queria ficar grávida, porque “não está nada certo com o namorado”. “Muitas pessoas falaram para tomar injeção, mas o erro foi meu”. Antes da gestação fumava. Seus pais tiveram um filho que morreu antes dela nascer com 1 ano. O irmão da mãe foi internado em hospital psiquiátrico, devido a uso de álcool. Repetiu a 3ª série e parou de estudar na 6ª série há 3 anos, porque não enxergava. Um ano depois fez transplante de córnea na Unicamp. Nessa época tinha um namorado de 32 anos que morreu de cirrose, antes do transplante. Foi quando tentou se matar, tomou vários comprimidos, uma amiga a socorreu e fez lavagem no PS. Seus pais não ficaram sabendo. Não tem amigos, pode contar com a irmã mais velha, mas não se acha necessária na vida de ninguém. Está passando mal na gravidez, tem tido muitas dores, e aparece no posto inúmeras vezes, inclusive no mesmo dia. Disse que viu muitas crianças com defeito na Unicamp e tem medo que seu bebê também nasça com problemas.

32 – Tem 15 anos e está solteira. O pai de seu bebê disse que não era dele no começo. Ele foi seu primeiro namorado e com quem teve a primeira relação. Sua menarca aconteceu aos 13 anos e a primeira relação foi com 15 anos. Tentou abortar com coca-cola e cybalena. Disse que queria e não queria o bebê. Agora que está no final da gestação (9 meses) o pai do bebê quer assumir e colocar o seu nome, mas seu pai não quer deixar, inclusive quer registrar como filho seu. Seu ex-namorado tem 16 anos e faz uso de drogas. Ela está na 5ª série e repetiu 2 vezes a 2ª série. Mora sozinha com o pai há 2 anos. Antes morava com a mãe, irmãos e padrasto, mas precisou morar com o pai, pois o padrasto mandava bilhetinhos e olhava muito para ela. Ela não deixava ele a tocar. A mãe nunca acreditou que ele dava em cima dela, mesmo lendo os bilhetes. Tem muita raiva dele. Seus pais se separaram quando estava com 8 anos, eles brigavam muito. A mãe casou-se de novo e teve mais 2 filhos. Sua mãe teve seu irmão mais velho aos 15 anos. Disse que apanhou muito dela quando pequena. Na sua família 2 tios, materno e paterno, fazem uso de drogas. Disse não poder contar com ninguém de sua família. Tem apenas uma amiga, a vizinha (sua acompanhante), uma senhora que lhe dá conselhos. Quanto a religião é católica, tendo

freqüentado 10 vezes no último mês, mas sua mãe é crente. Na BSI obteve 29 pontos, disse ser fácil se matar “É só colocar uma corda no pescoço, estou sempre sozinha. Não faço nada agora, porque estou grávida”. Na questão 20 da BSI, assinalou a afirmação 2 e depois a 3, mas disse haver confundido pois não tentou se matar. Desde que largou do namorado tem muitas idéias de se matar, sendo estes pensamentos o que mais a incomoda na vida.

35 – Tem 17 anos e vai casar daqui 1 dia. Está de 4 meses de gestação. Seu companheiro tem 19 anos e é padeiro no mesmo supermercado em que trabalha há 3 anos. Foi quando parou de estudar no 1º colegial. Sua menarca aconteceu aos 12 anos e a primeira relação foi aos 15 anos. Disse que queria ficar grávida pois já estava namorando há 3 anos. É a filha mais velha. Seus pais separaram-se quando tinha 8 anos, mas logo voltaram, eles brigavam muito. Tem 2 tios maternos que, um usa drogas e outro abusa na bebida. Na sua família pode contar com sua mãe e com seu companheiro, e tem mais 2 amigas para se abrir. Seu bebê e seu companheiro são as pessoas que mais precisam dela. Freqüenta a igreja quadrangular pelo menos 2x ao mês. Quando tinha 15 anos, após uma briga com o namorado (desconfiava que ele a traía) e com o pai no mesmo dia, tentou se matar. Tomou vários remédios. Vomitou o dia todo, mas ninguém viu. Disse que não se dá bem com o pai, “tudo é motivo de briga”. Diz ficar com receio da “outra” aparecer e perder o seu companheiro.

57 – Tem 15 anos e está no 5º mês de gestação. Não sabe se ainda está namorando, porque mudou de cidade há 1 mês e não tem conseguido conversar com o pai de seu bebê. Também parou de estudar (8ª série) devido à mudança e porque tinha muita azia. Ela e a mãe estão morando de favor na casa da tia, com mais 9 familiares numa casa alugada de 5 cômodos. Não queria ficar grávida neste momento. Sua menarca aconteceu aos 11 anos e a 1ª relação foi aos 14 anos. Sua mãe a teve aos 26 anos, era a amante de seu pai, pois este já era casado e tinha mais 4 filhos. Seus pais nunca tiveram uma relação estável, o pai vinha às vezes até fazer 12 anos, foi quando brigaram e a mãe pediu pensão judicial, desde então, não mais apareceu. A maioria de seus tios faz uso de álcool e tem um primo que usa drogas. Diz ser muito importante para a vida da mãe, e que esta dá muito apoio. Freqüenta igreja de crente pelo menos 3 vezes por mês. Quando ficou sabendo que estava grávida e que contaram que seu namorado estava com outra, jogou-se à frente de carros, mas foi socorrida pelo motorista e levada ao PS. Nada aconteceu e também não

contou para ninguém que queria morrer. Logo depois a mãe resolveu mudar para Piracicaba. Tem tentado encontrar-se com seu namorado (19 anos) e está preocupada que ele esteja com outra.

63 – Fará 15 anos daqui 2 meses e já está amigada há quase um ano. Parou de estudar na 5ª série quando amigou. Repetiu em todas as séries por motivo de doença (asma e de pedra no rim). Está no 9º mês de gestação. Sua menarca foi aos 13 anos e a primeira relação foi com 14 anos com seu primeiro namorado e único companheiro. Queria muito ficar grávida, “já estava tentando há 3 meses”. Quando foi morar com a sogra e o marido, as cunhadas batiam e colocavam a culpa de tudo o que acontecia nela. Certa vez quebraram o aparelho de som e disseram que tinha sido ela. Seu companheiro a agrediu muito e então quis morrer. Tomou vários calmantes da avó dele, inclusive gardenal. A sogra cuidou dela. Tem bebido, às vezes mas bem menos do que antes. Quando estava com 4 anos teve muita dor de cabeça, falou para a mãe que mandou-a tomar 1 comprimido de Gardenal. Como não passava, tomou a cartela toda e foi parar no PS, onde fez lavagem e passou mal. Apresenta muita falta de ar e olhos com hematomas. Disse que é de tanto tossir. Está morando com a tia e familiares, pois mudaram há poucos dias para Piracicaba. Sua mãe a teve com 17 anos. Foi criada pelos pais até 5 anos, quando o pai quase matou a mãe numa briga. Eles se separaram. O pai deixou os bens da família para a mãe que perdeu tudo. Então ela e os irmãos foram morar com os avós. Após a morte do avô, logo em seguida, sua mãe começou a escutar vozes e foi internada em hospital psiquiátrico. Ficou sem ver o pai até os 12 anos, quando este veio visitá-los. Resolveu morar com ele no Paraná, porque apanhava muito do tio; seus irmãos ficaram com a mãe e o padrasto . Na sua família muitos bebem. Sua mãe toma remédios para não ouvir vozes e sempre precisa ser internada, disse que ela sempre trai o padrasto até no hospital. Seu companheiro tem 17 anos e vive de ‘bico’. Há 6 meses brigaram porque ele estava traindo-a (foi sua madrasta que contou). Apanhou muito, ele a jogava contra a parede. Tentou se matar novamente. “Ia tomar 2 copos de Qbôa, mas tomei 1 só porque pensei: se eu viver, vou lavar roupa amanhã” . Chegaram a ficar separados 1 mês, ele falava que ia se matar . Ainda apanha mas bem menos do antes porque está grávida :“toda vez que ele fica nervoso coitado do meu pescoço”. Diz não poder contar com ninguém da família e que não tem amigos. Quanto ao companheiro só pode contar um pouco e mesmo assim “pra qualquer motivo ele fala que está indo embora” e ainda apanha

dele. Diz não pensar mais em morrer “se for acontecer algo que aconteça comigo e não com o meu filho, coitadinho dele”

70-Tem 16 anos e está casada há 2 meses. Parou de estudar na 8ª série há 4 meses, porque o pai não queria que fosse na escola de barriga (vergonha dos colegas). Repetiu 2 vezes a 4 série. Mora com os sogros numa casa com 7 cômodos. Está no 8º mês de gestação. Sua menarca foi aos 13 anos e a primeira relação foi com 15. Não queria estar grávida e não tentou abortar. É a caçula dos três filhos. Seus pais tem brigado muito neste último ano. Seu pai sempre bebeu e agora desempregado está pior. Sua mãe teve derrame, está numa cadeira de rodas há 6 anos e toma antidepressivos. Suas irmãs também ficaram grávidas solteiras e adolescentes há 2 anos. Seu companheiro tem 19 anos e está desempregado. Pode contar com a mãe e irmãs. Não tem mais amigos, mas é muito necessária há mãe. Quando ficou sabendo que estava grávida tentou tomar veneno de rato, mas o namorado não deixou. No começo do 2/3º mês de gestação, queria morrer por causa dos pais. A mãe deprimida, o pai bebendo, as irmãs que ficaram grávidas e também solteiras e agora ela. Depois que contou e casou, passou a vontade de morrer. Agora estão felizes, porque seu bebê é o primeiro homem da família, seu pai só tem filhas mulheres e netas mulheres.

72 –Tem 18 anos e está amigada há 3 anos. Parou de estudar na 5ª série, quando amigou. Já havia repetido a 4ª série. Mora nos fundos da casa da sogra em 2 cômodos. Sua menarca foi aos 15 anos e a 1ª relação aconteceu na mesma idade. Está de 5 meses de gestação, não queria porque perdeu o 1º há menos de um ano (natimorto) e deveria esperar mais tempo, segundo o médico. Ofereceram cybalena com cerveja preta para ela abortar mas não tomou. Sua mãe a teve quando tinha 20 anos, é a primeira de 2. Atualmente tem fumado, mas parou de beber. Seus pais estão separados desde que tinha 7 anos. Seu pai é alcoolista e foi internado em hospital psiquiátrico, quando era pequena. Seu irmão começou a beber neste último ano. Quando saía escondido com as amigas, costumava apanhar da mãe. Quando ia fazer 15 anos brigou e apanhou da mãe. Quis morrer, misturou vários tipos de bebida, as amigas cuidaram dela. Seu companheiro tem 24 anos e faz colheita de minhocas para ganhar a vida. Teve muitas discussões e chegou a apanhar dele na gestação do primeiro bebê. Chegou a se separar 3 vezes, mas apenas alguns dias, “ele ia me buscar”. Depois que foram morar juntos, ele parou de cheirar cola, usar maconha e de beber. Um de

seus namorados foi morto porque roubava. Não pode contar com ninguém da família, apenas com um caderninho. Com a cunhada pode se abrir, mas com o companheiro só um pouco. Sua filha que vai nascer é quem precisa dela. Tem um pensamento que martela sua cabeça: “que o fim do mundo chegue”. Sua maior preocupação é que tenha sífilis.

81 – Tem 15 anos, está solteira, mas tem namorado há 11 meses. Está cursando a 8ª série. Mora com a mãe, padrasto e irmãos que já tem filhos com outras adolescentes, mas não moram com elas. Está de 9 meses. Sua menarca foi aos 13 anos e a primeira relação aconteceu aos 14 anos. Queria e não queria ficar grávida. Como os irmãos tem filhos, ficava com vontade. Seu namorado quis que ficasse com o bebê, não abortou. Sua mãe teve o primeiro filho aos 16 anos. Antes de ficar grávida bebia um pouco. Seus pais se separaram quando tinha 6 anos, pois o pai batia na mãe e bebia. Há 1 ano e 2 meses seu pai casou-se novamente e não a convidou para o casamento. Então quis morrer e tentou cortar os pulsos, mas sua tia a socorreu e não deixou. Ficou sem ver seu pai 1 ano, só voltou a falar com ele após a gravidez.. Na sua família além de seu pai, vários tios e primos bebem. Sua avó paterna a xingava de sem-vergonha, porque ia na igreja de crente Seu companheiro tem 20 anos e está trabalhando. Ele usava cocaína, mas parou. Já teve várias discussões e se separou várias vezes, por alguns dias. Ele diz que não fica sem ela. No começo desse namoro, um antigo namorado tentou matar os 2. Semanas depois esse antigo namorado foi morto. Tem apoio da irmã dele que passou tudo o que ela está passando(companheiro com drogas, 2 filhas e tem 21 anos, está separada), e de um dos irmãos e 1 prima. Pode contar muito com o companheiro. A pessoa que mais precisa dela é a mãe. Parou de ir à igreja de crente há 4 meses.

84 – Tem 15 anos e está de 3 meses. O pai do seu bebê queria que abortasse. Então terminou com ele. Agora, ele quer assumir o bebê. Está namorando outra pessoa há 15 dias, este aceita a sua situação. Parou de estudar no 1º colegial, 7 meses atrás. Mora com a mãe e os irmãos. Sua menarca aconteceu aos 13 anos, mas a primeira relação foi aos 12 anos, através de abuso sexual cujo agressor foi o pai. Como ninguém acreditaria nela, premeditou para que a mãe pegasse o pai abusando dela. Após este fato, os pais se separaram, o pai está respondendo processo judicial. Isso aconteceu quando tinha 13 anos. Seus irmãos ficaram bravos e acusaram - na ela de provocar a pobreza na família, pois era o pai que sustentava a casa. Aos 14 anos “caí na bagunça”. Nessa época tentou se matar

várias vezes. Na primeira vez tomou 30 comprimidos de amoxil. Depois tomou 2 vidros de aerolin, seu coração disparou e ficou um dia internada no PS. Numa outra vez, jogou-se na escada. Há um ano e meio jogou-se numa avenida na frente dos carros e não sabe como o ônibus não passou por cima “acho que era para ficar viva”. Depois disso tomou ampicil com mais 3 cervejas, pois ouviu dizer que uma mulher fez isso e morreu. “Não queria ficar grávida, mas também não acho certo tirar”, “o espaço vazio que existia na minha vida foi preenchido, agora tenho mais o que pensar, meu filho”. Por isso terminou com o namorado. Sua mãe a teve aos 19 anos, é a primeira de 8 irmãos. É fumante, mas parou de beber e de usar droga (“cocaína, porque não deixa vestígio”). Na sua família 3 se mataram, quando era pequena. Dois tios paternos: um deu tiro na cabeça e o outro se jogou na frente do trem, um devido a drogas e o outro por causa de mulher. Uma tia materna se matou tomando veneno, era revoltada por causa do pai. Seus pais sempre brigaram, eram evangélicos, mas como o pai tinha mais estudo do que a mãe se achava melhor. Muitos na sua família paterna e materna bebem e usam drogas. Além de sofrer abuso sexual, também apanhava do pai, quando ficou adolescente. Após a separação, sua irmã tentou matá-la. Sua mãe e uma tia são as pessoas com quem pode contar. Depois que ficou grávida não saiu mais, “virei santinha”.

87-Tem 17 anos, é solteira e está de 5 meses. Brigou com namorado (16 anos) há 3 meses porque estava com outra. Quando ficou sabendo que estava grávida, quis que abortasse. Depois ele falou que não queria. Então quem não quis mais foi ela. Tomou cybalena com chá de canela e energético com bebida alcoólica. Seu ex-namorado, que bebe muito, disse que ia matá-la se abortasse. A sogra disse que sua mãe é responsável pela situação e que não vai ajudar. Está no 3º colegial, mora em Piracicaba desde os 6 anos com a mãe e irmãos(4). Sua menarca aconteceu aos 13 anos e a 1ª relação aos 16 anos. Antes de ficar grávida usava tiner, até sua mãe descobrir e então parar. Nessa época tentou se matar usando drogas, pois queria morrer Sua mãe teve o primeiro filho aos 16 anos. Cada um é filho de pais diferentes. Nunca conheceu seu pai verdadeiro. Foi criada por parentes até os 6 anos e depois com a mãe. Esta conta que o avó paterno se matou porque perdeu tudo o que tinha da noite para o dia e que seu pai era um playboy. Seu irmão bebe e fuma. A prima e uma amiga são as pessoas com quem pode contar. Não sai mais desde que ficou grávida.

Pensa que não deveria estar grávida, que foi bobeira não ter se cuidado, que sua mãe está sofrendo por todos e que o pai do seu filho não está nem aí.

94-Tem 16 anos e está de 3 meses de gestação. É solteira e terminou com o namorado há mês, ele vai assumir só a criança, mas sumiu e não aparece mais. Sua menarca foi aos 11 anos e a primeira relação foi aos 15 anos. Estudou até a 5ª série e parou há 4 anos porque tinha preguiça de estudar. Parou de fumar, beber e de consumir maconha. Mora com a avó, pai e irmão. Não conheceu sua mãe porque, quando nasceu, ela entregou-a para tia paterna criar. Considerava essa tia e seu marido como seus pais, mas eles separaram-se quando tinha 5 anos(a tia traiu o marido) e foi entregue para o pai criar. Uma das suas tias paternas se matou, neste último ano, tomando veneno, porque tinha separado do marido. O filho dessa tia foi internado em hospital psiquiátrico, antes dela se matar, porque tentou matá-la. Seu pai sempre bebeu, mas parou neste último ano, e tem primos que são usuários de droga. Foi espancada pelo pai, quando ficou adolescente, ele batia com murros. Sua avó não queira que falasse para a polícia. Antes namorar o pai de seu filho, esteve amigada por 6 meses com um outro. Largou dele porque era usuário de drogas e precisou voltar para casa do pai. Seu pai brigou com ela e falou que ia colocá-la para fora. Então quis morrer, tomou calmantes e remédios de pressão, sua avó chegou na hora e a fez vomitar. Não tem ninguém para se abrir, nem mesmo amigas. Ninguém precisa dela. É crente e costuma frequentar 3 vezes por mês. Tem muita dificuldade para fazer amigos. Diz que seu pai não a considera como filha e faz diferença com o irmão. Gostaria muito de ter contado com sua mãe.

96-Tem 16 anos e está de 2 meses. Irá casar-se em breve. Estão construindo nos fundos da casa dos pais. Está cursando o 2º colegial. Mora com os pais e irmãos. Sua menarca foi aos 13 anos e a 1ª relação foi aos 14 anos. Não queria ficar grávida, mas não evitava. Tem fumado, mas parou de beber. Seu pai sempre bebeu, tem diminuído neste último ano. Por isso seus pais brigavam. Quando ficou sabendo que estava grávida, o pai parou de conversar com ela, essa tem sido sua maior preocupação. Seu companheiro tem 18 anos e está trabalhando. A mãe e a cunhada são as pessoas com quem pode contar, além do companheiro. É católica e freqüenta pelo menos 2 vezes por mês. Há 2 anos atrás, quando o ex-namorado terminou com ela tomou vários remédios para tentar se matar. Vomitou logo em seguida, pois sua vontade de morrer não era tão grande. Ninguém ficou sabendo.

106–Tem 17 anos e está de 7 meses. Mudou-se para Piracicaba e amigou há 1 mês, mas não com o pai de seu filho. Parou de estudar na 7ª série, há 2 meses, em razão da gravidez e já havia repetido a 5ª série. Sua menarca aconteceu aos 16 anos assim como sua primeira relação sexual. Não queria ficar grávida e tentou abortar tomando grão de café com sal, mas vomitou. O pai de seu bebê diz que o filho não é dele, mas toda cidade sabe que é. Ele foi seu primeiro homem durante 1 ano, é o filho da Prefeita de sua cidade de origem, bebe muito e toma remédios para não ter convulsões, além de haver traído ela algumas vezes. Seu pai ficou sabendo da gravidez e colocou-a para fora de casa no dia 31 de Dezembro. No dia seguinte, chamou-a de volta e não quis mais voltar, pois já tinha, com o atual companheiro e irmão mais velho(filho só de seu pai), marcado viagem para Piracicaba. Sua mãe estava viajando e quando voltou de viagem já estava de partida. Por causa disso brigou com o marido e os pais estão se separando. Suas irmãs também ficaram grávidas solteiras, mas seu pai maltrata apenas ela, que é a caçula e sempre foi muito apegada à mãe. Seu pai, que sempre bebeu muito, acha que é filha de outro homem pois é a única da casa loira de olhos azuis(ele é negro). Devido a este fato, sempre apanhou e levava todas as culpas da casa. Há 3 anos, atrás o único filho homem de sua mãe, roubou ovos de Páscoa da profª de inglês. Seu pai bateu muito nela, responsabilizou-a por não haver cuidado e visto o que o irmão fez. Ficou revoltada porque ela não fez nada e apanhou e o irmão não. Então tomou muitos comprimidos, não sabe quais. “Não aconteceu nada, só a urina ficou escura e ardia muito”. A cidade toda ficou sabendo que apanhou, mas ninguém ficou sabendo que tentou se matar. Tem apoio moral de seu companheiro e irmão mais velho. Sua mãe e sobrinha pequena são as pessoas que necessitam dela. É católica e costuma freqüentar 2 vezes ao mês. Depois que mudou para Piracicaba tem melhorado, está menos triste. Seu companheiro é carinhoso, mas tem medo de brigar com ele e que a mande embora, ou que ele volte para ex-mulher.

107–Tem 17 anos e está namorando há 1 ano. Queria ficar grávida, está de 5 meses de gestação. Só que antes de saber que estava grávida, havia terminado o namoro porque ‘ele’ saía sozinho. Voltaram, mas brigaram novamente. Desta vez ela o agrediu (há 1 mês). Seu namorado tem 23 anos e está trabalhando, antes de conhecê-la usava drogas, ‘farinha’. Nos finais de semana ele costuma beber. Está cursando a 8ª série. Saiu da escola na 1ª série, porque a professora a agrediu e só voltou aos 10 anos, porque esperou as primas

entrarem na escola. Mora com pais, irmãos e sobrinha. Dois irmãos morreram: uma menina de 5 anos, de lombriga, antes dela mesma nascer; e o irmão de 16 anos que mataram, quando ela tinha 12 anos. Neste último ano, um primo de 24 anos se enforcou. Há 2 anos atrás, quando se separou do 1º namorado que gostou, tentou cortar os pulsos, mas seu irmão chegou antes e tirou a faca de sua mão. Seus pais se separaram quando tinha 4 meses, porque ele batia muito na mãe mas logo voltaram. Ele sempre bebeu, mas parou um pouco nestes últimos 5 anos, porque sua mãe o ameaçou de separar. Uma de suas tias ouviu vozes e já foi internada em hospital psiquiátrico. Seu pai, quando soube da gravidez ficou sem conversar com ela 1 semana. Sua mãe ‘taca na cara’ e manda ir para casa do namorado. Não tem ninguém para se abrir, e também não pode contar com seu companheiro. “Agora quem precisa de mim é meu filho, é menino!”. Tem ido na igreja universal 4 vezes ao mês. Sente falta de carinho, porque seu namorado não a tem visto muito.

110—Tem 16 anos e está amigada há 5 meses. Estudou até a 7ª série, repetiu a 6ª e a 7ª. Parou de estudar, porque sofreu estupro na volta da escola por um moço que queria ficar com ela (usuário de drogas e traficante). Deu parte na polícia, foi jurada de morte e precisou ficar escondida. A polícia disse que não pode dar proteção. Mora com o companheiro nos fundos na casa da tia dele. Mudou 3 vezes até os 5 anos. Está em Piracicaba há 1 ano, seu pai chamou a mãe porque sua avó estava velhinha para cuidar dos netos. Veio morar com a mãe para fugir do pai, seus irmãos ficaram com o pai, logo depois sofreu o estupro. Sua menarca foi aos 12 anos e o estupro aos 15 anos, foi sua primeira relação sexual. Parou de fumar quando ficou grávida. Sua mãe a teve aos 20 anos e abandonou-a (“para trabalhar”) juntamente com os irmãos menores, quando tinha 5 anos. Ela costumava agredir os filhos e não dava comida. Quando este fato aconteceu, ela e os irmãos menores ficaram dias sem um adulto para cuidar. Seu pai, que já estava separado da mãe, estava viajando, e não tinha parentes por perto. Saía pelas ruas pedir comida para si e para os irmãos (3 menores que ela). Quando o pai chegou encontrou-os sujos, famintos e desesperados. Foram então morar com a avó. Quando tinha 11 anos, não aguentava lembrar do passado, apanhar do pai, e trabalhar na roça para ele. Tentou se matar jogando-se no rio. Uma colega chegou na hora e ajudou-a. Neste último ano, seu tio matou o filho de 3 anos para se vingar da mulher alcoólatra e tentou se matar em seguida. Um tio paterno e primo bebem e um outro primo usa drogas. O companheiro é a única pessoa com quem pode

contar. Seu pai e agora sua mãe, além de seu companheiro, são as pessoas que precisam dela. Sente falta dos irmãos que estão em Minas e tem medo que a avó morra sem ela a ver antes. O que mais a atormenta é o medo do estuprador voltar (porque está fugindo da polícia) e fazer algo para seu companheiro.

119–Tem 17 anos e está casada há 3 meses. Terminou o 3º colegial. Mora com os sogros, cunhados e sobrinha, numa casa de 5 cômodos. Está de 7 meses de gestação. Sua menarca aconteceu aos 11 anos e a primeira relação foi aos 16 anos. A primeira relação não foi com quem gostava, agora está com quem gosta. No começo do relacionamento queria ficar grávida, depois desistiu, foi quando ficou grávida. Fumava e bebia “pouco” antes de engravidar, e tomava remédios para emagrecer. No ano passado foi 4 x ao PS para tomar calmantes (“minha mão fica dura”). Sua mãe não queria que casasse. Só depois que ficou sabendo que estava grávida aceitou. Seus pais não gostam de seu companheiro. O pai não conversa com ela desde que soube de sua gravidez. Sua mãe a teve aos 15 anos, casou-se grávida. Os pais sempre brigaram. Seu pai bebe desde que é pequena, além de seu sogro e companheiro. Foi agredida pelo pai e pela mãe por causa do namorado, inclusive estando grávida, mas eles não sabiam que estava grávida. Várias vezes se separou do companheiro porque seus pais não queriam este relacionamento. Seu companheiro é quem precisa dela e com quem pode muito contar. Tentou se matar 3 vezes. Na primeira vez tinha 13 anos, os pais estavam brigando por causa dela. Pegou uma faca e cortou o pulso(mostra a marca). Na 2ª vez, com 14 anos, seu pai havia sofrido um acidente de carro, tomou vários comprimidos. Na última vez, aos 16 anos, seu pai queria escolher o namorado (sobrinho dele) para ela. Pegou vários comprimidos para tomar, mas na hora tocaram a campainha e desistiu. “Acho que não era para eu me matar, senão não tocariam a campainha”. “Agora penso mais no meu filho do que em mim”.

“Não olhem para minha forma exterior, mas tomem o que está em minhas mãos”

(Rumi em Shah, 1970)