

GISLEINE VAZ SCAVACINI DE FREITAS

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM
ADOLESCENTES GRÁVIDAS: um estudo de caso-controle**

CAMPINAS

2007

GISLEINE VAZ SCAVACINI DE FREITAS

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM
ADOLESCENTES GRÁVIDAS: um estudo de caso-controle**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-graduação da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas,
para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas,
área de Ciências Biomédicas*

Orientador: *PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA*

CAMPINAS

2007

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F884c	Freitas, Gisleine Vaz Scavacini de Comportamento suicida em adolescentes grávidas: um estudo de caso-controle / Gisleine Vaz Scavacini de Freitas. Campinas, SP: [s.n.], 2007. Orientador: Neury José Botega Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Suicídio. 2. Gravidez. 3. Depressão. 4. Adolescência. I. Botega, José Neury. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.
-------	---

Título em inglês: Suicide behavior in pregnant adolescents: a case-control study

Keywords: • Suicide

- Pregnancy
- Depression

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Doutorado em Ciências Médicas

Banca examinadora: Profº Drº Neury José Botega

Profª Drª Marisa Lúcia Fabrício Mauro

Profº Drº João Luiz Pinto e Silva

Profº Drº Claudemir Rapeli

Profª Drª Blanca Werlang Guevara

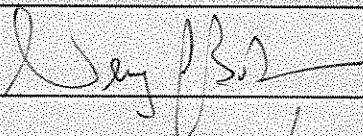
Data da defesa: 22-02-2007

Banca examinadora da Tese de Doutorado

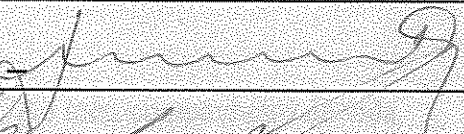
Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1. Prof. Dr. Neury José Botega -



2. Prof. Dr. João Luiz de Carvalho Pinto e Silva -



3. Prof. Dr. Claudemir Benedito Rapeli -



4. Profa. Dra. Blanca Suzana Werlang Guevara -



5. Profa. Dra. Marisa Lúcia Fabrício Mauro



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

Data: 22/02/2007

Ao meu companheiro de vida,
Segirson, e
à nossa obra principal:
Gabriela, Vítor e Isabela.

Às adolescentes cheias de vida,

A Deus

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, que permitiu a realização desta pesquisa, disponibilizando o espaço e o livre acesso a suas instalações e equipamentos. A todos os profissionais de saúde do CESM, em especial ao Dr. Guilbert da Nóbrega e à enfermeira Hermelinda, pela capacidade de trabalho, pela ajuda e pela amizade durante as entrevistas das adolescentes grávidas. A todas as equipes de saúde da família que peregrinam pela cidade e me acompanharam pelas ruas.

Aos “amigos da vida” Sabrina, Marisa, Carlos, Vivi, Karla, Daniela, Mônica, com os quais pude dividir angústias, descobertas e alegrias.

A todos os amigos da Universidade Metodista de Piracicaba, alunos e professores que têm lutado contra a barbárie humana, em especial à Cláudia, Milton, Leila, Lila, Joana, Fernando, Márcia, Aurora, Débora, Dora, Kato.

Às secretárias e amigas, Valéria e Alessandra, que sempre sabem do que preciso. Sem elas de retaguarda, jamais poderia sair batendo perna por aí.

À minha mãe, Márcia, aos meus sogros Deize e Segirson, pela presença e pela ajuda de maneiras incontáveis.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Neury José Botega, pela amizade, pela generosidade, pela paciência e pela presença constante. Jamais esquecerei sua iluminação.

A minha “turma de casa”, que mesmo privados da presença da mãe e mulher, compreenderam e ajudaram, imprimindo textos, acessando a internet, procurando mapas e endereços para que eu terminasse logo o doutorado e voltasse para casa. Amo vocês!!

A todas as adolescentes que permitiram a intromissão em suas vidas e deixaram grandes marcas na minha, meu muito obrigado.

Canção Excêntrica

*Ando à procura de espaço
para o desenho da vida.
Em números me embaraço
e perco sempre a medida.
Se penso encontrar saída,
em vez de abrir um compasso,
projeto-me num abraço
e gero uma despedida.*

*Se volto sobre o meu passo,
é já distância perdida.*

*Meu coração, coisa de aço,
começa a achar um cansaço
esta procura de espaço
para o desenho da vida.
Já por exausta e descrida
não me animo a um breve traço:
— saudosa do que não faço,
— do que faço, arrependida.*

Cecília Meireles

Explicação

*O pensamento é triste; o amor insuficiente;
e eu quero sempre mais do que nos milagres.*

*Deixo que a terra me sustente:
guardo o resto para mais tarde.*

Deus não fala comigo e eu sei que me conhece.

A antigos ventos dei as lágrimas que tinha.

A estrela sobe, a estrela desce...

- espero a minha própria vinda.

*(navego pela memória
sem margens.*

*alguém conta a minha história
e alguém mata os personagens.)*

Cecília Meireles

	<i>Pág.</i>
RESUMO.....	xxxiii
ABSTRACT.....	xxxvii
1- INTRODUÇÃO.....	41
1.1- Gravidez na adolescência.....	47
1.1.1- Fatores associados à gravidez na adolescência.....	48
1.1.2- Conseqüências da gravidez na adolescência.....	50
1.1.3- Saúde mental e gravidez.....	52
1.1.4- Apoio social e outras variáveis correlacionadas.....	54
1.2- Comportamento suicida em adolescentes.....	56
1.2.1- Tentativa de suicídio ente adolescentes.....	58
1.2.2- Ideação suicida entre adolescentes.....	61
1.2.3- Depressão e desesperança: associação com o comportamento suicida.....	62
1.2.4- Privação sócio-econômica e tentativa de suicídio.....	64
1.2.5- Fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes...	65
1.3- Gravidez na adolescência e comportamento suicida.....	67
1.4- Objetivos.....	71
1.5- Hipóteses.....	71
2- MÉTODO.....	73
2.1- Delineamento do estudo.....	75
2.2- Tamanho da amostra.....	75
2.3- Local e Sujeitos.....	75

2.3.1- Casos.....	75
2.3.1.1- Critérios de inclusão.....	76
2.3.1.2- Critérios de exclusão.....	76
2.3.2- Controles.....	77
2.3.2.1- Critérios de inclusão.....	77
2.3.2.2- Critérios de exclusão.....	77
2.4- Instrumentos.....	78
2.5- Definição de outras variáveis estudadas.....	80
2.6- Procedimento.....	82
2.6.1- Casos.....	82
2.6.2- Controles.....	83
2.7- Estudo – Piloto.....	83
2.8- Análise dos Dados.....	84
2.9- Aspectos Éticos.....	85
3- RESULTADOS.....	87
3.1- Aspectos sócio-demográficos.....	90
3.2- Aspectos ginecológicos.....	92
3.3- Aspectos familiares.....	93
3.4- Dificuldades ou problemas no último ano e eventos traumáticos.....	95
3.5- Uso abusivo de álcool e drogas.....	98
3.6- Aspectos psiquiátricos e comportamento suicida.....	99
3.7- Análise de regressão logística comparando adolescentes grávidas e adolescentes que nunca engravidaram.....	103
3.8- Análises de Regressão Logística para Ideação Suicida.....	109

4- DISCUSSÃO.....	111
5- CONCLUSÃO.....	129
6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
7- ANEXOS.....	151
1- Protocolo de aplicação.....	153
2- Termo de aprovação do Comitê de Ética da UNICAMP.....	173
3- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	175
8- APÊNDICES.....	177
1- Impressões clínicas.....	179
2- Vinhetas de gestantes com tentativa de suicídio.....	189
3- Artigo submetido ao European Child & Adolescent Psychiatry.....	193

LISTA DE ABREVIATURAS

AG	Adolescente grávida
ANG	Adolescente que nunca engravidou
BSI	Beck suicide ideation
Dp	Desvio padrão
EAS	Escala de Apoio Social
HAD	Hospital Anxiety and Depression
OR	Odds ratios
SUPRE-MISS	Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours
TS	Tentativa de suicídio

	<i>Pág.</i>
Tabela 1 Frequência de tentativa de suicídio nos 160 primeiros sujeitos analisados.....	75
Tabela 2 Aspectos sociodemográficos.....	90
Tabela 3 Aspectos escolares.....	92
Tabela 4 Aspectos ginecológicos.....	93
Tabela 5 Por quem foi criada.....	94
Tabela 6 Diferenças entre famílias de grávidas e não-grávidas.....	94
Tabela 7 Número de dificuldades no último ano categorizados.....	96
Tabela 8 Dificuldades no último ano relatadas.....	96
Tabela 9 Número de eventos traumáticos categorizados.....	97
Tabela 10 Experiências traumáticas relatadas.....	97
Tabela 11 Frequências por faixas de apoio social.....	98
Tabela 12 Variáveis psiquiátricas.....	99
Tabela 13 Tentativa de suicídio, método utilizado.....	101
Tabela 14 Comportamento suicida entre familiares e pessoas próximas.....	102
Tabela 15 Análise de regressão logística univariada (grávidas vs não-grávidas).....	104
Tabela 16 Regressão logística multivariada (grávida vs não-grávida).....	105
Tabela 17 Regressão logística politômica univariada para a variável dependente que considera, simultaneamente, ausência de gravidez (NG) e presença de gravidez (G), com presença e ausência de tentativa de suicídio (TS).....	106

Tabela 18	Regressão logística politômica multivariada para gravidez e tentativa de suicídio.....	107
Tabela 19	Análise de Regressão Logística Univariada para Ideação Suicida.....	110
Tabela 20	Análise de Regressão Logística Multivariada para Ideação Suicida.....	110

	<i>Pág.</i>
Quadro 1 Estudos que encontraram associação entre gravidez e tentativa de suicídio na adolescência.....	67
Quadro 2 Definição de variáveis.....	80

	<i>Pág.</i>
Figura 1 Mapa de Piracicaba: adolescentes grávidas e tentativa de suicídio.....	100
Figura 2 Frequência de TS e ideação suicida diante do estado civil.....	103
Figura 3 Frequência de ideação suicida entre os grupos de tentativa de suicídio e/ou gravidez.....	108
Figura 4 Frequência do estado civil entre os grupos de TS e/ou gravidez.....	109

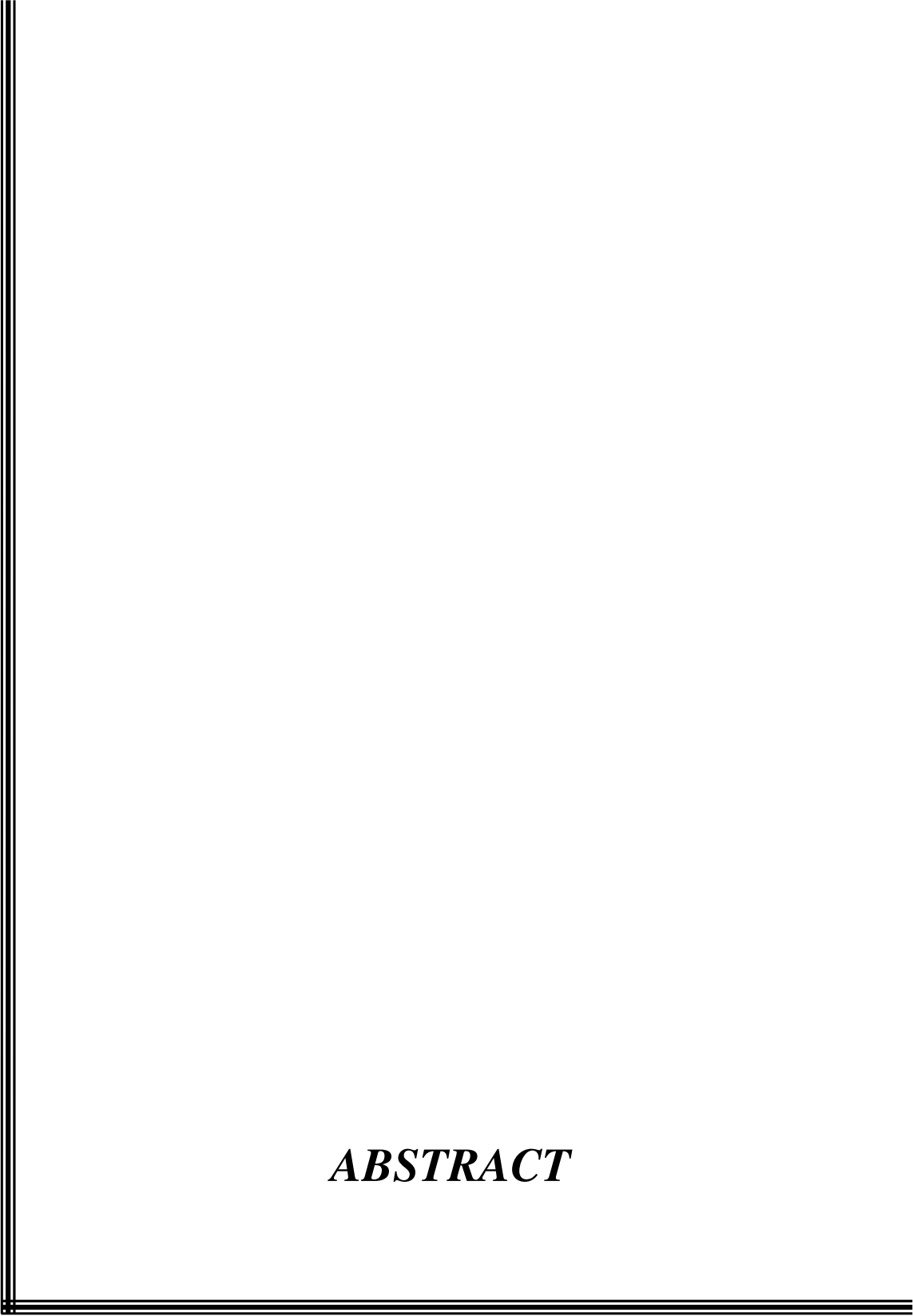
LISTA DE GRÁFICO

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1 Mortalidade proporcional por suicídio – IBGE (1998-2000).....	57

RESUMO

Vários estudos têm demonstrado associação entre gravidez na adolescência e tentativa de suicídio, mas no Brasil, essa relação tem sido pouco estudada. Surge então a necessidade de sabermos se as adolescentes grávidas são um grupo de risco para a prevenção do suicídio e em que se diferenciam das adolescentes de mesma idade que nunca engravidaram, quando os fatores socioeconômicos são controlados. **Objetivo:** determinar o perfil psicossocial de adolescentes grávidas (n=110), comparando-as a adolescentes que nunca engravidaram (n=110), pareadas por idade (14 a 18 anos) e área de moradia; determinar a prevalência de depressão, ansiedade, ideação suicida e tentativa de suicídio; verificar possíveis associações entre ideação suicida e variáveis relacionadas. **Método:** Questionário para orientar a entrevista, derivado do SUPRE-MISS” e escalas psicométricas validadas: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD); Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), Escala de Apoio Social (EAS). Foram realizadas análises uni e multivariada. O protocolo foi aprovado pela Comissão de Ética da FCM-UNICAMP. **Resultados:** Prevalências para grávidas vs não-grávidas: ideação suicida (16,3% vs 9%); tentativa de suicídio (20% vs 6,3%); sintomas de depressão (26,3% vs 13,6%); sintomas de ansiedade (43,6% vs 28%). Associaram-se na análise univariada: mudança de residência nos últimos 3 anos (*odds ratio*, OR = 8,6); escolaridade ≤ 7 anos (OR = 3,4); repetência (OR = 2,4) e evasão escolar (OR = 5,2); morte de pais na infância (OR = 2,9); uso de álcool/drogas na família (OR = 2,5); tentativa de suicídio (OR = 3,6); suicídio de pessoa próxima (OR = 2,1); ameaça de abuso físico/sexual (OR = 3,5); depressão (OR = 2,2); escala de apoio social ≤ 13 (OR = 4,2); frequência de eventos traumáticos ≥ 3 (OR = 5,1) e de dificuldades na vida ≥ 4 (OR = 4,4); uso de tabaco (OR = 4) e de maconha na vida (OR = 4,8), frequência semanal do uso de álcool há 12 meses (OR = 4,2). Multivariada: mudança de residência nos últimos 3 anos (OR = 6,4); uso de tabaco na vida (OR = 2,9); evasão escolar > 6 meses (OR = 2,3); suicídio de pessoas próximas (OR=2,5). Associou-se a ideação suicida na multivariada: desesperança (OR=4,4), ansiedade (OR=4,9) e tentativa de suicídio (OR=4,6). Os fatores mais significativos, para diferenciar os quatro grupos da combinação Gravidez e Tentativa de suicídio da análise politômica multivariada foram: mudança de residência (OR=6,3), ameaça de abuso físico/sexual (OR=5,4), morte de um dos pais na infância (OR=4,4), suicídio de pessoas próximas (OR=2,2), ideação suicida (OR=2,8), tabaco (OR=1,9).

Conclusão: Adolescentes grávidas apresentam perfil psicossocial característico que as distingue do grupo – controle especialmente nas histórias de vida e nos indicadores de saúde mental. A presença de ideação suicida, juntamente com morte de um dos pais na infância, é um importante sinalizador para diagnosticar o grupo de maior risco para gravidez e tentativa de suicídio simultaneamente. A ampliação do atendimento em saúde para as gestantes, enfocando aspectos psicossociais, é necessária e essencial, como estratégia de prevenção ao comportamento suicida em adolescentes do gênero feminino, no Brasil.



ABSTRACT

Various studies have shown the association between teenage pregnancy and suicide attempt, but in Brasil, this relation hasn't been studied much. Coming forth then the need to known if pregnant teens are at risk group for suicide prevention and in what they differ from the same age when the social-economic factors are controlled. **Objective:** Determine the psychosocial profile of 110 pregnant teens, compared to 110 teens who had never got pregnant, surveyed by age (14 to 18 years old) and residence area; determine the prevalence of depression, anxiety, suicide ideation and suicide attempt; verify associations to suicide ideations and related variables. **Method:** Questionnaire to guide the interview, derived from "SUPREMISS" and psychometrics scale validated: Hospital Scale of Anxiety and Depression (HAD); Beck's Scale of Suicidal Ideation (BSI), Scale of Social Support (EAS). Uni and multivaried analyses were done. The protocol was approved by the Ethic Committee of FCM- UNICAMP. **Results:** Prevalence of pregnant vs non-pregnant: suicidal ideation (16,3% vs 9%); attempted suicide (20% vs 6,3%); depression (26,3% vs 9%) and anxiety symptoms (43,6% vs 28%). Were associated in the univaried analyses: residence changes in the last 3 years (*odds ratio*, OR= 8,6); schooling ≤ 7 years (OR= 3,4); failing (OR= 2,4) and drop outs (OR= 5,2); a parents death at childhood (OR= 2,9); alcohol/drugs use in family (OR= 2,5); suicide attempt (OR= 3,6); suicide of relations (OR= 2,1); threat of physical/sexual abuse (OR= 3,5); depression (OR= 2,2); degree of social support ≤ 13 (OR= 4,2); frequency of traumatic events ≥ 3 (OR= 5,1) and of difficult times ≥ 4 (OR= 4,4); tobacco use (OR= 4) and marihuana use before (OR=4,8); weekly intake of alcohol 12 months before (OR= 4,2). Multivaried: change of residence in last 3 years (OR= 6, 4); use of tobacco before (OR= 2, 9); dropouts > 6 months (OR= 2,3); suicide of relations (OR= 2,5). Suicide ideation associated in the multivariable analysis to: hopelessness (OR=4,4), anxiety (OR=4,9) and attempt suicide (OR=4,6). The more significant factors to differ the four combinations groups of pregnant and attempt suicide from politomic multivaried analyses were: residence changes in the last 3 years (OR=6,3), threat of physical/sexual abuse (OR=5,4), a parents death at childhood(OR=4,4), suicide of relations(OR=2,2), suicide ideation (OR=2,8), tabaco use before (OR=1,9). **Conclusion:** Pregnant teens present a characteristic psychosocial profile that distinguishes them from the non-pregnant control-group especially in life history and mental health indicators. The presence of suicide ideation, and a parents

death at childhood are important signs to diagnose the major risk group of pregnancy and attempt suicide simultaneously. The broadening of health care for pregnant teens, focusing on psychosocial aspects, is necessary and essential as a strategy in the prevention of suicidal behavior in teenagers in Brazil.

1- INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos (1980-2000) as taxas de fecundidade no Brasil, vêm diminuindo de 3,4 para 2,1 filhos/mulher. Entretanto, nesse mesmo período, as adolescentes (15 a 19 anos) vêm aumentando sua contribuição nas taxas de fecundidade total, passando de 9,1% para 19,4%, em todas as regiões do país. Essa elevação é observada principalmente nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. (IBGE¹)

Na região Sudeste a porcentagem de adolescentes grávidas², nas últimas duas décadas subiu de 9,5% (1980) para 17, 7% (ano 2000). O estado de São Paulo registrou, no ano de 2004, 169 mil internações na faixa de 10 a 19 anos em moças, das quais gravidez, parto e puerpério representaram 67,5%. Lesões, envenenamento e outros agravos decorrentes de causas externas (Cid 10 - XIX) foram responsáveis por 4% (6.700 internações) no mesmo período. (Datasus³)

Para Cassorla (1985), a ocorrência da gravidez na adolescência, em nosso país, assim como as tentativas de suicídio⁴, fazem parte de um mesmo processo, que resulta de diversos fatores sociais, culturais, psicológicos, educacionais e familiares, bases da constituição do adolescente.

Vários modelos teóricos tentam explicar a adolescência⁵; três deles serão citados brevemente, por tentarem apreender as alterações características dessa fase da vida: o modelo sociológico, o cognitivo e o psicanalítico.

A adolescência é compreendida pelo modelo sociológico como um período de inserção na vida social adulta e, por isso, as pessoas desse grupo social apresentam características histórico-culturais particulares. Para Áries(1981), a adolescência,

¹<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>

²Conforme definição de Romero et al (1991) adolescente(s) grávida (s) são moças cuja gravidez ocorre durante os dois primeiros anos ginecológicos da mulher e/ou quando a adolescente mantém total dependência social e econômica da família.

³<http://www.saude.gov.br>

⁴Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada nos códigos da Décima Classificação Internacional de Doenças, tentativa de suicídio é definido como: “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 consequências físicas ocorridas ou esperadas.” (WHO,1992)

⁵Fase do ciclo vital, estágio intermediário entre a infância e a idade adulta. Conceito socialmente constituído pela sociedade industrial, e que, associado às leis trabalhistas e ao sistema educacional, torna o jovem dependente dos pais. Jovens em fase de treinamento, antes de iniciar vida profissional, apesar de serem biologicamente capazes de ter filhos (Osório, 2003).

tal como a concebemos, é um fenômeno recente, historicamente construído após a Revolução Industrial. Margaret Mead (1969), através de estudos antropológicos com os habitantes de Samoa, sustenta a tese de que a adolescência não é universal e de que ela depende do grau de complexidade da sociedade estudada. Quanto mais complexa for, mais a adolescência será longa e conflituosa. Segundo Bruner (1997), atualmente, nas sociedades ocidentais, na medida que o mundo passa por mudanças permanentes, a adolescência, devido à sua característica de mudança, torna-se um modelo social e cultural, tanto para as crianças como para os adultos. Tem-se atribuído a essa geração intermediária, o poder de propor o modelo de novas formas de conduta. A comunidade dos adultos mostra-se incapaz de propor, às novas gerações, uma série de modelos de identificação e um sistema de valores pedagógicos, profissionais e morais, que levem em conta as permanentes mudanças em nosso mundo.

Para Piaget (1980), o pai da teoria cognitiva, os adolescentes costumam oscilar entre o pensamento “primitivo” e o pensamento “maduro”. No pensamento primitivo, há a prevalência do desejo sobre a razão, promovendo no adolescente, uma dificuldade para prever, ou seja, utilizar o pensamento dedutivo. Este último proporciona ao adolescente cognição para compreender as características sobre a vida e a morte, como a irreversibilidade, a universalidade e o poder de dar respostas lógicas formais, de discutir e de levantar hipóteses sobre conceitos abstratos. No entanto, emocionalmente, por conta da oscilação entre esses dois tipos de pensamento, o adolescente apresentará irritabilidade, oscilação de humor, paixões, megalomanias, fervor místico, sentimentos generosos e egocentrismo consciente. Para esse autor, o jogo coletivo, ou seja, as discussões proporcionadas pelos grupos sociais, ajudarão o adolescente no processo de adaptação à sociedade. Assim, a adolescência é compreendida como um período privilegiado das aprendizagens sociais e culturais. Para Wallon (1989), o valor funcional da adolescência é permitir, ao indivíduo, descobrir e, depois, elaborar seu próprio sistema de valores sociais, mediante a tomada de consciência de si e a afirmação de sua identidade. Esse estágio permitirá atingir, ao mesmo tempo, os sentimentos de individualidade e de integração social.

Freud, em seu texto “Três ensaios sobre a sexualidade” (1905), descreve a fase da puberdade como um importante momento de trabalho psíquico para construir acessos e conquistas na vida adulta, ocorrendo uma interferência mútua entre o físico e o psíquico. Mais adiante, em 1916, Freud retoma o assunto da puberdade em sua Conferência sobre “O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais” afirmando ser este o início do processo de escolha de objeto, que se baseiam nas primeiras relações amoras da infância, sendo necessário ao jovem se desvincular dos pais para entrar na vida social, que ocorrerá de formas diferentes conforme o gênero. Nesse momento, inicia-se então, a busca por modelos identificatórios substitutos, que segundo Freud (1914) em “Sobre o narcisismo: uma introdução” será amado aquele que possuir as qualidades que faltam ao ego.

Para a psicanálise, a adolescência é a fase quando o ser humano deverá realizar uma série de lutos, entre os quais se destacam a perda de seu corpo infantil, dos pais da infância e de sua fantasia de bissexualidade. Nesse processo, ocorre a “Síndrome da adolescência normal”, com suas maneiras mais ou menos sadias de lidar com os conflitos inerentes a esse momento (Aberastury e Knobel, 1989). Mas, conforme Macedo (2004), o ego do adolescente ao mesmo tempo em que elabora as perdas também estará investindo em novos objetos simultaneamente, diferentemente do proposto por Freud em “Luto e melancolia” (1917), ao descrever as etapas sucessivas do trabalho de luto. Esta autora enfatiza que “o processo da adolescência não é somente lidar com o que se perde, mas também se apropriar do que se ganha” (Macedo, 2004.p53)

Para Cassorla (1991), não só as condições do ambiente do adolescente irão influenciá-lo na resolução de seus conflitos, mas também o grau de como os conflitos primitivos (da infância) foram mais ou menos resolvidos, como o seu mundo interno foi constituído, influenciarão, nessa revivescência e reelaboração, de uma forma propícia ou não nessa fase da vida.

No início da adolescência, o jovem deverá se haver com as perdas descritas acima e tentará defender-se da depressão consequente de diversas formas. Entre essas, estão o comportamento impulsivo, que pode ser encarado como um “equivalente depressivo”, e também a tentativa desesperada de manter ou de retomar os laços simbióticos, a fim de preencher o “vazio” sentido pela perda de algo indefinido.

Isso tem a ver com a simbiose, vista como proteção, e corresponde a ligações muito intensas e primitivas com figuras parentais, como ocorria na infância. Tais ligações ocorrerão novamente, em outro contexto, fazendo o jovem revivê-las, assim como experienciar os desprendimentos primitivos, que Cassorla (1991) denomina de dessimbiotização.

Os conflitos desses desprendimentos serão vividos de várias formas, entre elas a busca pela independência precoce, ou a procura pela manutenção do vínculo, de uma forma infantilizada, com os pais ou com outros adultos. Essa simbiose estará fadada ao fracasso, devido à emergência da sexualidade genital. Para lidar com os conflitos dessa fase, o adolescente, muitas vezes, utiliza-se de atuações patológicas, que são expressões não-verbais de um conflito inconsciente (Marcelli e 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 (Cassorla, 1985).

A necessidade de reviver fenômenos simbióticos é mais comum e mais complexa nas jovens do sexo feminino (Cassorla, 1991). Um dos motivos para isso seria o fato de a identidade da jovem adolescente estar ligada a sua complementação pelo sexo masculino e à existência de uma personalidade infantil, caracterizada por uma imensa necessidade narcísica de se sentir amada, por intolerância à frustração, por tirania do princípio do prazer, por atuações frequentes e por fantasias sexuais intensas, preenchidas por romances. Caso não seja correspondida, busca alternativas para obter qualidade de relação e realização amorosa. Muitas vezes, tais alternativas, com características impulsivas, podem ocorrer por meio do uso de drogas psicoativas, de tentativas de suicídio para obter o objeto amado (Kovacs, 1992), como também de relações sexuais sem preservativos.

Erikson (1976) entende que a principal tarefa do adolescente é a aquisição da identidade. Sendo assim, este deverá romper limites e desafiar o mundo, abandonar as atividades e os 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 industrializada, a entrada para o mundo adulto, confirmando a identidade da pessoa e de seu lugar nesta sociedade está cada vez mais diluída,

constituindo-se o que Erikson (1976) descreveu como moratória psicossocial, ou seja, o prolongamento da adolescência. Essa moratória, imposta pela sociedade, promoveria vários caminhos, a experimentar, à margem do sistema de produção. Embora seja importante para o desenvolvimento da complexidade da sociedade industrial de hoje, essa moratória desconsidera a resistência psíquica e a estabilidade da identidade do jovem durante esse período em que ele está à margem da sociedade, a qual, muitas vezes, não dá, a ele, o suporte social necessário (Apter, 2001). Alguns precisam pular essa fase, saindo da infância, entrando logo na fase adulta, como no caso de algumas adolescentes que engravidam (Kovacs, 1992), enquanto outros nunca entrarão na fase adulta, continuando irresponsáveis e subsidiados pelos pais (Levisky, 1998).

Sendo a adolescência um momento de intensas transformações biológicas e psicossociais, a família e os valores socioculturais são importantes, para auxiliar o adolescente a lidar com todas essas transformações (Aberastury e Knobel, 1989).

Diante da complexidade da adolescência, percebe-se que concepções multicausais, para explicar fenômenos como a gravidez e o comportamento suicida nessa fase da vida, são mais plausíveis do que concepções monocausais, porque, ao contrário destas, reconhecem, no processo da adolescência, tanto sua especificidade, quanto a estreita interdependência com as etapas anteriores da infância e com o ambiente social e cultural.

1.1- Gravidez na adolescência

Na década de 30, apareceram os primeiros estudos sobre AG, cujo interesse estava associado ao bionaturalismo e à noção de risco. Na década de 50-60, nos EUA, a temática obstétrico-pediátrica, coletiva e preventiva, foi a principal. A partir dos anos 70, surgiram as primeiras propostas com temas comunitários. Nos anos 80, a ênfase das pesquisas foram as estratégias de saúde pública para detectar grupos mais vulneráveis da sociedade, a fim de prevenir-se a gravidez. No entanto, o discurso científico, conforme Reis (1993), não levou em conta o desejo da adolescente de querer, ou não, a gravidez, impondo a esta, de maneira autoritária, métodos para não engravidar. Na década de 90,

cresceu o interesse de pesquisadores das áreas de humanas e sociais no assunto, contribuindo na dimensão simbólica, já que abordaram o sentido cultural do fenômeno para as adolescentes. Houve uma tendência de considerar os fatores socioculturais envolvidos, situando a gravidez nessa faixa etária, no contexto em que ela ocorre, através da análise dos valores que circulam no grupo social. Com isso, o “discurso especializado sobre a gravidez adolescente” e suas conseqüentes ações repressivas têm sido questionados, propondo-se uma revisão de concepções, de valores e, conseqüentemente, de intervenções (Medrado e Lyra, 1999).

A gravidez na adolescência é considerada, hoje, como um problema de saúde pública (Saito e Silva, 2001), mas antes era esperada, procurada, ou seja, socialmente aceita⁶. Os padrões culturais de uma época podem considerar a gravidez na adolescência um acontecimento habitual, “relativizado” conforme Heilborn (1998). Através desse papel, a mulher entrava para a vida adulta, melhorava de status e mantinha a sua sobrevivência. Nos dias de hoje, esse comportamento parece ocorrer principalmente na população de baixa renda, em lugares onde a condição das mulheres não proporciona alternativas de vida além da gravidez, ciclo que perpetua a pobreza. Nesse contexto, a maternidade apresenta-se não apenas um “destino”, conforme Aquino et al. (2003), mas uma fonte de reconhecimento social e uma forma de fugir das diversas violências a que uma jovem mulher está exposta (Oliveira, 2003).

1.1.1- Fatores associados à gravidez na adolescência

São vários os fatores associados à gravidez em adolescentes. Entre eles encontra-se o adiantamento da puberdade (D’Oro, 1992, Pinto e Silva, 2001)⁷ e o início precoce das relações sexuais, em média aos 15 - 16 anos (Anteghini et al., 2001; Pinto e Silva, 2001; Aquino et al., 2003).

⁶Para 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 (Paula, 1992). De acordo com o atual Código Civil Brasileiro (art 1.520, – Lei 11.280/2006), “Excepcionalmente, será permitido o casamento de quem ainda não alcançar a idade núbil (16 anos- art. 1.517), para evitar imposição ou cumprimento de pena criminal ou em caso de gravidez.” (Camillo et al., 2006, p.1097).

⁷a idade média da menarca das adolescentes vem apresentando uma tendência de queda, encontrando-se, atualmente, na faixa de 12 anos.

As pesquisas também costumam detectar, entre as adolescentes grávidas, baixa escolaridade, repetências nos primeiros quatro anos escolares e evasão escolar⁸ (Domingues, 1999, Figueiró, 2002; Gigante et al., 2004; Sabroza et al., 2004, Mitsuhiro, 2006). Outro fator é a baixa condição socioeconômica (Almeida e Barros, 2004; Gama et al, 2002; Mitsuhiro, 2006) associada a uma maior fecundidade. Nas áreas de maior exclusão social, como documenta um estudo realizado em Santo André (SP), as adolescentes apresentaram menores níveis de escolaridade e maiores taxas de fecundidade, 35 por 1000 adolescentes, enquanto na área de menor índice de exclusão social, a taxa de fecundidade foi de 12/1000 (Duarte et al., 2006).

Entre os fatores ambientais, encontram-se a desestruturação familiar, decorrente dos mais diversos motivos, como a ausência do pai e/ou da mãe no domicílio (devido à morte ou à separação familiar), o desemprego paterno e/ou materno, a tensa relação com os pais (pai descrito como violento e/ou alcoólatra), doença prolongada na família, a idade do primeiro parto da mãe menor de 18 anos, a baixa escolaridade dos pais e a menor participação da família em grupos comunitários (Charpie Dubrit, 1991; Burrows et al., 1994; Aguirre, 1995; Figueiró, 2002; Gigante et al., 2004, Mitsuhiro et al, 2006).

Outros fatores também são citados, como decorrentes de aspectos sociodemográficos e ambientais: a ausência de projeto de vida (Sabroza et al., 2004, Oliveira 2002), o status social (Dadoorian, 2002; Pantoja, 2003; Oliveira 2003), o desejo de gravidez (Pantoja, 2003; Dadoorian, 2002), a dificuldade em associar o conhecimento dos métodos anticoncepcionais com o sexo seguro (Maia et al., 2003). As singularidades psíquicas dessa faixa etária, como os pensamentos mágicos (Domingues, 1999), e a banalização e a vulgarização do sexo pelos meios de comunicação (Saito e Silva, 2001) também são lembrados pela literatura.

⁸6ª série como limítrofe para o abandono.

1.1.2- Consequências da gravidez na adolescência

Pinto e Silva (1982) argumentam que as adolescentes grávidas, quando devidamente acompanhadas nos pré-natais, têm desempenho obstétrico comparável ao de mulheres de 20 a 29 anos, ou seja, a idade ginecológica não se associa a nenhuma complicação da gravidez, de parto ou a intercorrências neonatais. As condições socioeducacionais desfavoráveis, essas, sim, influenciam as complicações durante e após as gestações das adolescentes. Podemos destacar, entre tais complicações, o baixo peso dos bebês ao nascerem, a pré-eclâmpsia, o parto prematuro e a maior mortalidade infantil no primeiro ano após o nascimento (Pinto e Silva 1982; Motta, 1993; Simões et al., 2003; Gama et al., 2002; Figueiró, 2002; Almeida e Barros, 2004).

Para Pinto e Silva (2001) e Bradley et al (2002), as mudanças de ordem psicossocial, que a gravidez promove, são preocupantes, pois determinam futuras oportunidades da adolescente, como a escolaridade e o trabalho mais bem qualificado, ferramentas necessárias para a mobilidade social. Uma outra questão a leva-se em conta é a habilidade em cuidar do bebê. A precária competência materna pode gerar riscos de negligência, de maus-tratos e de desmame precoce (Viçosa, 1997; Pinto e Silva, 2001; dos Santos e Schor, 2003). Com relação a este último aspecto, o da maternagem, vários autores enfatizam a importância de pré-natal como um momento especial para conduzir estratégias de prevenção primária (Viçosa, 1997; Perez Ramos, 2002; Falcone et al., 2005).

Estudos realizados na região Sudeste colocam, em questão, os aspectos sociodemográficos, os desfechos da gravidez, o acesso aos serviços de saúde e comparam adolescentes grávidas com gestantes mais velhas, e adolescentes de diferentes estratos sociais.

Gama et al. (2002), ao compararem as características socioeconômicas, a assistência pré-natal e o estilo de vida de três grupos de puérperas (Município do Rio de Janeiro), um composto por 941 adolescentes e os demais, por mulheres de 20-34 anos com (n=1102) e sem histórico (n=1075) de gravidez na adolescência, encontraram uma situação mais desfavorável no segundo grupo. As mães entre 20-34 anos,

com história de gravidez na adolescência, têm pior nível de instrução, maior frequência de hábitos de fumo e de uso de drogas ilícitas durante a gravidez e um menor número de consultas durante o pré-natal. Os achados sugerem que a gravidez na adolescência agravou as condições desfavoráveis de vida para as mulheres entre 20 e 34 anos. Não foi encontrada associação entre a baixa idade materna e o baixo peso ao nascer e a prematuridade, quando a gestante compareceu a quatro ou mais consultas no pré-natal. Os desfechos negativos estiveram associados a um menor número de consultas durante o pré-natal (0 -3) e aí sim, significativamente maior no grupo de mães adolescentes. Para os autores, a gravidez na adolescência é mais um problema social do que biológico, enfatizando a necessidade de se ampliarem a cobertura e o número de consultas pré-natais.

Almeida e Barros (2004) realizaram um estudo de caso-controle sobre a saúde e a mortalidade neonatais na cidade de Campinas, e encontraram que mães jovens, residentes no domicílio há menos tempo, sem suporte de uma família ampliada, que vivem, em situação precária de habitação e de recursos insuficientes para a sua sobrevivência, com até três moradores no domicílio, estariam sinalizando expressões de carência e de exclusão social, variáveis associadas ao óbito neonatal como desfecho de suas gestações. Os autores enfatizam a necessidade de ampliar, para essa população, o acesso aos serviços de saúde.

Duarte et al. (2006) confirmam o que os autores acima sugerem, a relação entre exclusão social e gravidez na adolescência, ao compararem, em Santo André (SP), 1314 adolescentes de quatro áreas com diferentes graus de exclusão social, quanto ao nível educacional, às taxas de fecundidade, e ao desfecho das gestações. As duas áreas com o maior índice de exclusão social foram responsáveis por 76,8% das crianças de baixo peso ao nascer (<2.500gr) no período da pesquisa. Mas, diferentemente de Gama et al. (2002), a prematuridade não foi pior nas áreas de exclusão social. Pode-se pensar que diferentes cidades apresentam diferentes redes de assistência à saúde da mulher, implicando diferentes desfechos das gestações, mas também que todos esses fatores sociodemográficos estejam influenciando na saúde mental dessa população.

1.1.3- Saúde mental e gravidez

Estudos anglo-saxões têm pesquisado a depressão em gestantes e suas conseqüências. Os sintomas de depressão em gestantes parecem predizer baixo peso do bebê ao nascer e pré-eclampsia, enquanto o parto prematuro se associa à presença de sintomas de ansiedade (Dayan et al., 2002; Kurki et al., 2000, Dole et al., 2003). Esses estudos não encontraram relação com a idade da gestante, devido à provável qualidade e cobertura da assistência à saúde, proporcionada às gestantes. Na Suécia, Andersson et al. (2003) encontrou, entre gestantes, 14,1% com transtornos psiquiátricos, 6,9% com depressão menor e 3,3% com depressão maior.

No Brasil, Mitsouhiro (2006) estudou a relação entre a saúde mental e os desfechos das gestações nas adolescentes. Os autores encontraram, entre 930 mães adolescentes de primeira gestação, em um hospital público de São Paulo, baixo nível educacional, alta frequência de ingestão de álcool durante a gravidez, associada à violência ao longo da vida e aos transtornos mentais comuns (24,3%), em especial a depressão, que não se associou ao parto prematuro. Entretanto o abuso físico sofrido durante a gravidez e também o abuso sexual anterior a esta, juntamente com os transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade), estiveram fortemente associados ao baixo peso da criança ao nascer, assim como a um menor número de consultas durante o pré-natal, a complicações durante a gestação, e a uma maior ingestão de álcool. Apesar da forte associação entre violência e transtornos mentais comuns, os efeitos de cada uma dessas variáveis sobre o baixo peso da criança ao nascer foram independentes.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade dos bebês, além da precocidade da gestação (adolescentes menores de 19 anos) estiveram também associados ao distresse (estado emocional negativo, diante da percepção do estresse, medida através das escalas GHQ e STAI) no estudo realizado por Randó et al. (2003). Essa pesquisa longitudinal foi realizada na cidade de Jundiaí (SP), com 865 grávidas, tendo 1/4 das adolescentes passado por três entrevistas durante a gestação e por uma após o parto. Sabroza et al. (2004) também investigou essa variável psicológica, o distresse, em 1228 adolescentes grávidas, nos hospitais do Rio de Janeiro, que se associou à pouca expectativa de futuro, à baixa auto-estima, à evasão escolar e à menor percepção do apoio familiar.

Vale lembrar que esses estudos foram realizados com a população de baixa renda, usuária do serviço público de saúde.

Falcone et al. (2005), em São Paulo, ao estudarem o impacto de intervenções multiprofissionais nos sintomas de depressão e nos transtornos afetivos entre gestantes (n=103), encontraram, antes da intervenção em 32 adolescentes grávidas, 21,9% de depressão (escala de Beck) e 37,5% de transtornos afetivos (SRQ). Depois da intervenção, as prevalências baixaram para 12,5% (depressão) e 15,6% (transtornos afetivos). As análises estatísticas evidenciaram diferença significativa para os transtornos afetivos após a intervenção, mas isso não ocorreu para os sintomas de depressão, em ambos os grupos. Esse estudo não encontrou diferença estatística entre as prevalências de gestantes adultas e adolescentes, provavelmente por não separar as adultas com a 1ª gestação na adolescência. Mesmo assim, os resultados evidenciam a necessidade e a eficiência de assistência multiprofissional à população de baixa renda, durante o pré-natal. A prevalência encontrada por Falcone et al. (2005) para depressão, antes da intervenção multiprofissional, foi semelhante à relatada por Freitas e Botega (2002), com 120 AG na cidade de Piracicaba (20,8%), segundo a escala Hospitalar de Ansiedade de Depressão.

Mitsuhiro et al. (2006), utilizando a entrevista estruturada CIDI (Composite International Diagnostic Interview), encontraram prevalência de transtorno psiquiátrico de 27,6% e uma frequência para depressão (13%) abaixo da encontrada nas pesquisas acima, em uma amostra de 1000 adolescentes grávidas (11 a 19 anos), na região norte da cidade de São Paulo. Da Silva et al. (1998) e Lovisi et al. (2005) não separaram adolescentes grávidas de gestantes adultas de baixa renda e encontraram prevalência de depressão de 35% e 19%, respectivamente, utilizando diferentes instrumentos, a primeira na cidade de Campinas e a segunda, no Rio de Janeiro.

Logsdon (2004) e Schmidt et al. (2006) defendem que a depressão é uma importante variável que se deve levar em consideração na gravidez e no pós-parto das adolescentes, devido ao impacto potencial sobre a infância de seus filhos. Schmidt (2006) em Houston, Texas, USA, examinou diferenças entre raça/etnia e sintomas de depressão, em 623 adolescentes grávidas, durante os quatro primeiros anos de pós-parto, segundo a escala de depressão de Beck (BDI). Encontrou que 50% de mães adolescentes experimentaram sintomas moderados de depressão, durante o primeiro ano pós-parto.

1.1.4- Apoio social e outras variáveis correlacionadas

Como foi relatado, muitos são os fatores ambientais que influenciam a gravidez na adolescência, os quais podem, inclusive, travar o potencial da adolescente, ou agir como uma barreira para o seu crescimento e desenvolvimento futuros. Para Logsdon e Gennaro (2005), o suporte social é uma importante força, prevenindo adversidades maternas e infantis, e podem vir de diferentes instâncias do ambiente. Para Koniak Griffin et al (1996) e Barnett et al. (1996), o apoio social é também uma variável significativa, influenciando os sintomas de depressão entre as adolescentes grávidas.

Mas conforme Osborne e Rhodes (2001), nem todas as adolescentes grávidas responderiam com melhoras nos sintomas de depressão, especialmente aquelas com histórico de abuso sexual. Os autores investigaram a associação entre o abuso sexual e o funcionamento psicossocial em adolescentes grávidas e pais adolescentes (n=265) nos Estados Unidos. Encontraram 17,8 % dos sujeitos com histórias de abuso sexual, que ocorreu em média aos 10 anos de idade⁹. Os autores concluíram que o apoio social é benéfico às vítimas de abuso sexual, quando estas apresentam baixos níveis de estresse. Já as vítimas de abuso sexual que apresentam altos níveis de sintomas depressivos, ansiedade, e estresse, o suporte social não parecia protegê-las. Não foi encontrada diferença, quanto aos níveis de apoio social, entre adolescentes grávidas e pais adolescentes, muito provavelmente porque ambos apresentam as mesmas características. Para o grupo sem histórias de abuso sexual, o apoio social protegeu contra depressão/ansiedade, e também os níveis moderados e altos de estresse. Esses dados vêm reforçar a relação entre o abuso sexual, a presença de depressão e ansiedade e a restrição da percepção do apoio social diante da presença de depressão. Os dados sugerem a necessidade de intervenções ambientais, para diminuir o nível de estresse entre as adolescentes que sofreram ou sofrem de abuso sexual.

Ainda sobre o abuso entre adolescentes, Adams e East (1999) entrevistou 100 mulheres (de 12 a 24 anos), 50 com histórico de gravidez na adolescência, atendidas em um hospital escola, em San Diego – Califórnia, que foram comparadas quanto ao abuso sexual,

⁹O agressor era o namorado ou ex-namorado (23,4%), seguido por amigos (17%), tios (14,9%), padrasto (12,8%), estranhos (12,8), primos, professores, vizinhos e irmãos.

físico e emocional. Os autores encontraram uma prevalência de 32% de abuso sexual, 29% abuso físico e 46% abuso emocional no grupo como um todo. As frequências de alguma vez no passado ter sofrido abuso foi significativamente mais comum em moças que haviam estado grávidas na adolescência (58%) do que entre as que disseram não ter estado grávidas nessa fase da vida (38%, $p<0,5$). Histórias passadas somente de abuso físico ($p=0,04$) estiveram significativamente associadas à gravidez na adolescência, assim como o uso freqüente de álcool e a etnia de origem diferente da americana. Histórias de abuso no passado também foram correlacionadas significativamente à depressão, à idéias suicidas, à ausência paterna, à repetência escolar, ao uso de álcool e tabaco, e à delinquência. Para esses autores, histórias, no passado, de abuso físico estão mais fortemente associadas à gravidez na adolescência do que os outros tipos de abusos e devem ser rotineiramente questionadas nessas pacientes. Entretanto, um artigo de revisão sobre diversos tipos de abuso e sua relação com a gravidez na adolescência não encontrou dados conclusivos da associação direta entre essas variáveis, sugerindo haver mediações pelo o abuso de substâncias. (Blinn Pike, 2002)

Mitsuhiro (2006), no Brasil, em um hospital de São Paulo, encontraram menores prevalências de violência ao longo da vida das adolescentes gestantes do que as de estudos internacionais. Em 930 mães adolescentes de primeira gestação, encontrou 21,9% de violência ao longo da vida, sendo 14% de abuso físico, 10% de ameaça de abuso físico e 5% de abuso sexual. O baixo nível educacional e uma alta frequência no uso de álcool durante a gravidez foram associados a violência ao longo da vida e aos transtornos mentais comuns. Esse estudo também ao fazer a análise de fios de cabelo em 1000 adolescentes grávidas, encontrou que 6% usaram drogas durante o terceiro trimestre da gravidez (maconha: 4%, cocaína: 1,7%, ambos: 0,3%). Essas gestantes apresentaram baixo nível educacional, evasão escolar, falta de qualificação profissional, altos índices de desemprego, famílias desestruturadas e de baixa renda.

Gama et al. (2002), no Rio de Janeiro (RJ), ao compararem gestantes adolescentes, gestantes com mais de 20 anos cuja primeira gestação ocorreu na adolescência e gestantes com mais de 20 anos sem gestação na adolescência, encontraram maior frequência de uso de tabaco e drogas ilícitas no segundo grupo, sugerindo um

comportamento mais vulnerável quanto ao cuidado com a própria saúde e do seu bebê nas gestantes que engravidaram na adolescência.

A grande maioria dos estudos epidemiológicos brasileiros com a população de adolescentes grávidas apresenta dados sociodemográficos e ambientais que também se associam aos problemas de saúde mental. Porque os estudos nacionais utilizam diferentes instrumentos e definições para levantar a prevalência de transtornos mentais, altas prevalências de depressão, ansiedade e abuso de drogas ilícitas foram encontradas. Ao juntarmos os fatores sociodemográficos, os ambientais e os transtornos mentais encontrados nessa população, podemos pensar na sinalização do comportamento suicida.

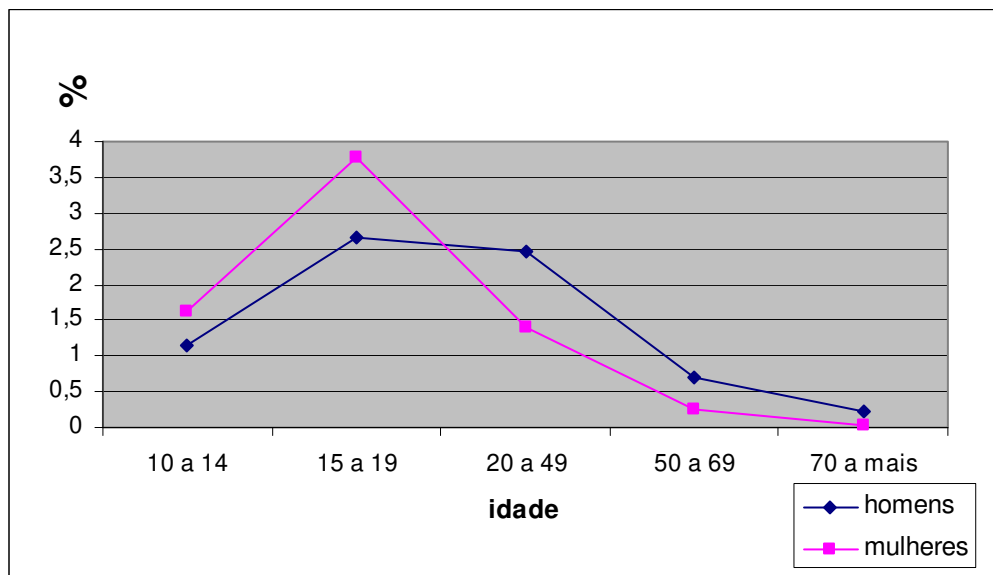
Para Vasquez e Piñeros (1997) e Kaplan et al. (1997), a gravidez na adolescência associa-se a um risco suicida elevado durante a gravidez e no período pós-parto quando solteiras e sem apoio social. Elas apresentam também uma maior incidência de depressão e uma percepção negativa das redes de apoio social. Para esses autores, as adolescentes grávidas constituem um grupo heterogêneo quanto à saúde mental.

1.2- Comportamento suicida em adolescentes

A OMS estima que, em 2020, 1,5 milhão de pessoas morrerá por suicídio, e um número 10 a 20 vezes maior de pessoas tentará suicídio. Nos últimos 20 anos, a população jovem (15 a 24 anos) apresentou o maior crescimento das taxas de suicídio e de tentativas de suicídio no mundo (Bertolote e Fleischmann, 2004). No Brasil, entre os anos de 1980 e 2000, as taxas oficiais de suicídio passaram de 0,4 para 4/100.000 habitantes nesse grupo.

Entre adolescentes, as taxas de suicídio (triênio 1998-2000) na faixa etária de 10 a 14 anos, são praticamente iguais entre os gêneros, ficando em torno de 0,47 a 0,50 óbitos por 100.000 hab. Na faixa a seguir, de 15 a 19 anos, as taxas são o dobro no gênero masculino (4,43 óbitos/100.000 hab), quando comparadas às do gênero feminino (1,94 óbitos/100.000.hab). Entretanto, quando se observa a porcentagem de mortes por suicídio no total das mortes, separadas por gênero e faixa etária, encontra-se uma proporção

maior desse evento na faixa etária de 15 a 19 anos do gênero feminino. A mortalidade proporcional de maior magnitude por suicídio é observada entre as adolescentes entre 15 e 19 anos, representando o suicídio 3,8% do total das mortes (Barros et al., 2004), conforme se pode visualizar no gráfico 1.



Fonte: Gráfico construído com base nos dados do Ministério de Saúde (cd-rom do Sistema de informações de Mortalidade: 1996 -2000)

Gráfico 1- Mortalidade proporcional por suicídio em relação ao total de óbitos segundo idade e sexo. Brasil, 1998-2000

Esse aumento nas taxas entre jovens tem preocupado os estudiosos e promovido pesquisas que tentam explicar o fenômeno. A última década trouxe importantes avanços na pesquisa sobre a epidemiologia, a etiologia e o tratamento da depressão e do comportamento suicida em jovens. Os estudos têm-se pautado sobre como os fatores de risco combinam, precipitam e mantêm o comportamento suicida. Raramente existe uma relação linear entre as causas e essa evolução. A causa é usualmente uma combinação de fatores constitucionais predisponentes, começando na carga genética ou nas experiências

precoces de eventos precipitadores de estresse, que possivelmente agem por meio de processos bioquímicos, psicológicos e sociais (Harrington, 2001).

O'Carroll et al. (1996) propõem uma nomenclatura para o suicídio, para os pensamentos e os comportamentos autodestrutivos. Conforme os autores, eles podem apresentar risco imediato ou risco remoto. Podem ser relatados idéias suicidas (qualquer pensamento que sinaliza o desejo de comportamento suicida) ou comportamentos suicidas como tentativas de suicídio (passivo, ativo, acidental, com ferimentos ou sem ferimentos). Segundo a OMS, (1968), poderíamos concebê-los num crescendo, a partir de pensamentos suicidas, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente, chegando ao suicídio. Mas essa linearidade crescente é influenciada por questões culturais, como demonstrou o Estudo Multicêntrico de Intervenção sobre o Comportamento Suicida, em países em desenvolvimento, sugerindo-se, por isso, que os pesquisadores da área tomem cuidado, ao comparar populações diferentes (Fleischmann et al., 2005).

Um dos países que participou do Estudo Multicêntrico de Intervenção sobre o Comportamento Suicida foi o Brasil, onde a coleta dos dados ocorreu na cidade de Campinas (SP). Os resultados revelaram que, ao longo da vida, 17% da população já pensou em pôr fim à própria vida, 5% chegaram a planejar o suicídio e 2,7% tentaram-no. Apenas uma de cada três pessoas buscou atendimento hospitalar, em decorrência da tentativa de suicídio (Botega et al, 2004; Fleischmann et al, 2005). Resultado semelhante, quanto à procura pelo serviço de saúde após uma tentativa de suicídio, foi encontrado por Rubenstein et al. (1998) ao investigarem 272 jovens no ambiente escolar em uma comunidade americana. Entre os 14% de adolescentes que relataram algum tipo de comportamento suicida, dois terços não receberam socorro médico após a tentativa de suicídio.

1.2.1- Tentativa de suicídio entre adolescentes

A exata prevalência da tentativa de suicídio na população jovem não é bem conhecida (Apter, 2001), pois são raros os estudos na população geral. A grande maioria vem de países anglo-saxões e são realizados em instituições hospitalares. Alguns utilizam adolescentes escolares, mas ficam fora desses estudos adolescentes que não frequentam tal

instituição. Conforme Evans et al. (2005), como há diferentes formas de se fazerem pergunta sobre tentativa de suicídio, pode-se chegar a uma maior, ou menor, prevalência dessa variável (alguma vez tentou dar fim à vida?, ou alguma vez tentou se matar?), que também pode oscilar conforme o período focalizado na pergunta (ao longo da vida?, no último ano?, nos últimos 6 meses?, na última semana? e recentemente?). Nessa extensa revisão, as prevalências encontradas em adolescentes foram maiores diante de um protocolo anônimo. A prevalência da tentativa de suicídio ao longo da vida em estudos anglo-saxões, variou de 8,5 a 10,9%. Mas, apesar de todos essas nuances metodológicas, há uma concordância em relação às adolescentes do gênero feminino: elas apresentam uma maior prevalência da tentativa de suicídio do que o gênero masculino (Evans et al, 2004). Ystgaard et al. (2003), na Noruega, encontraram, entre 4060 adolescentes (15 e 16 anos) na população geral, a prevalência de uma ou mais tentativas de suicídio, nos últimos 12 meses, em 266 (6,6%) casos. Essa prevalência foi mais freqüente no gênero feminino (10,2% vs 3,1%; OR= 3,4).

No Brasil, Cassorla (1987) estima que existam em torno de 150 tentativa de suicídio para cada 100 mil/hab. Destes, 75% são menores de 27 anos, na proporção de 5,4 mulheres para cada homem. Outros dois estudos mais recentes levantaram a prevalência de tentativa de suicídio na população de adolescentes escolares. Em ambos os estudos, as mulheres apresentaram as maiores taxas. Na região metropolitana de São Paulo, Carlini Contin et al. (2001) encontraram, em 871 adolescentes (12 a 18 anos) da rede escolar estadual, a prevalência de 12,8% para as mulheres e 8,5% para os homens. Na rede escolar particular (n=840), a prevalência da tentativa de suicídio foi menor para ambos os gêneros, 8,3% para as mulheres e 4% para os homens. Anteghini et al.(2001), na cidade de Santos, encontraram, entre 2059 adolescentes escolares (13 a 17 anos), a prevalência de 10,5% de tentativa de suicídio no gênero feminino e de 7,7 no masculino.

Nas tentativas de suicídio, a maioria dos indivíduos age impulsivamente, não impede a descoberta e usa métodos menos letais (Rapeli, 1997; Botega et al, 2004). Os métodos mais utilizados nas tentativas de suicídio são: ingestão de medicamentos (60%); ingestão de venenos e agrotóxicos (20%); cortes e perfurações (8%). Esses dados referem-se aos coletados no Hospital das Clínicas da UNICAMP

(Botega, 1995a). Entre os adolescentes internados por tentativa de suicídio, em hospital de emergência médica, o método mais utilizado (84% das tentativas de suicídio) foi a intoxicação exógena, em especial entre adolescentes do sexo feminino (Feijó et al., 1996). Marcondes et al. (2002), em Londrina, levantaram o perfil das adolescentes (12-24 anos) que tentaram o suicídio por substâncias químicas, atendidos no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário. Dentre os 70 participantes, 80% eram mulheres, 45% eram menores de 19 anos, e o método mais utilizado foram os medicamentos (70%). Entre os entrevistados 61% apresentaram triagem positiva para depressão, 14% tinham história prévia de tentativa de suicídio e 35% de seus familiares apresentaram histórico de tentativa de suicídio.

As tentativas de suicídio são consideradas o principal fator de risco para uma nova tentativa, pois muitos suicídios (30 a 60%) são o último ato numa série de tentativas (Botega, 1995a). Cerca de 10 a 14% das tentativas de suicídio acabam letais, o que representa um risco 100 vezes maior do que para a população sem essa tendência (Brent e Kolko, 1990). Entre adolescentes (10 a 19 anos), um estudo longitudinal de 5 anos, realizado na Austrália, por Reith et al. (2003), com 441 auto envenenamentos, encontrou, depois desse tempo englobado pelo estudo, 14 mortes, tendo sido 8 por suicídio. Para Hawton et al. (2003), o risco de morrer por suicídio aumenta conforme a precocidade da ocorrência da tentativa de suicídio: quanto mais precoce, maior o risco. Cassorla (1987) estima que em torno de 25% das repetições de tentativa de suicídio se realizem no primeiro ano seguinte, tendendo a aumentar com o tempo. Os estudos com a população feminina acusam taxas maiores, 43% de novos comportamentos autodestrutivos ocorrendo durante o primeiro ano após a primeira tentativa de suicídio, por meio de métodos similares aos utilizados na primeira (Jaar et al., 1998). Cais (2006), ao estudar os repetidores de tentativa de suicídio no Brasil, associou-os ao gênero feminino e ao pior funcionamento social. No entanto, a relação entre tentativa de suicídio e suicídio, assim como sua repetição, ainda é controversa, pois nem todas as tentativas de suicídio são repetidas, ou acabam em suicídio.

1.2.2- Ideação suicida entre adolescentes

Um dos componentes da gama de comportamentos suicidas, a ideação suicida, também é considerada um importante fator de risco para o suicídio, especialmente quando associada a outros fatores, como a desesperança, a ansiedade, a depressão e eventos estressores de vida. (Brent et al, 1988; Beck et al., 1997; Wasserman, 2001). Estima-se que 50% dos adolescentes com ideação suicida terminam fazendo uma tentativa (WHO, 2001). As prevalências da ideação suicida na população jovem variam de 9,5% a 36,9%, conforme a metodologia utilizada. Evans et al. (2005), em recente revisão sobre esse assunto encontraram, em estudos anglo-saxões com adolescentes entre 12 e 20 anos, prevalência de ideação suicida, ao longo da vida, entre 29,9 e 33,8%, e, no período de uma semana, frequência de 16,9 a 44,6%. Gonzalez Fortaleza et al. (1998), no México, utilizando um protocolo com 4 perguntas sobre ideação suicida, encontraram a prevalência de 11,8 %. Duarte et al. (2002) encontraram prevalência de 9,5% de ideação entre 42 adolescentes de uma comunidade de São Paulo. Werlang et al. (2004) pesquisaram 647 adolescentes escolares da região Sul (15 a 19 anos), cuja prevalência de ideação suicida foi de 36,9%(n= 239). Nesse estudo, de validação da escala de ideação suicida de Beck (BSI), foi utilizada, como critério para considerar a presença desse pensamento, uma pontuação diferente de zero na referida escala.

No Brasil, um estudo epidemiológico com 2059 adolescentes (13-17 anos), realizado na cidade de Santos (SP), por Anteghini et al. (2001), que teve como objetivo descrever a prevalência de comportamentos de risco e de fatores protetores para a saúde, 1140 (55,3%) questionários foram preenchidos por moças. Nessa pesquisa, uma de cada três moças (33%) reportou ideação suicida e uma em cada dez (10%) reportou tentativa de suicídio. Para as de idéias suicidas, apenas o uso de tabaco (OR=2,96) se apresentou como fator de risco. Boas relações familiares (OR=0,48), auto-imagem positiva (OR=0,28) e relações de bem-querer com os amigos (OR=0,64) foram apresentados como fatores protetores contra idéias suicidas. Quanto às tentativas de suicídio, usar drogas ilícitas (OR=1,71) foi a variável associada, enquanto ter boas relações familiares foi um importante fator protetor (OR= 0,32), junto com a auto-imagem positiva (OR= 0,57). Para os autores, o achado sobre tentativa de suicídio não foi estatisticamente significativa,

devido ao pequeno tamanho da amostra. Isso provavelmente ocorreu porque os sujeitos foram separados em dois grupos (>15 anos e <15 anos), resultando em uma perda no tamanho da amostra e, conseqüentemente, na precisão do cálculo estatístico. Apesar de essa pesquisa trazer dados importantes, todos os sujeitos da amostra eram do contexto escolar.

Alguns autores apresentam a ideação suicida associada à presença de violência. Variadas são as suas formas (física, sexual ou emocional), mas nem todos os estudos as discriminam. Vermeiren et al. (2002) encontraram, em 1509 adolescentes escolares, na Bélgica, associação entre a exposição à violência e a ideação suicida e a tentativa de suicídio. Os autores sugerem que gênero, sintomas depressivos e comportamento agressivo devem ser mais bem estudados em sua relação com o comportamento suicida. Um estudo italiano, realizado por Baldry e Winkel (2003), com 998 adolescentes escolares, encontrou idéias suicidas mais freqüentes entre as adolescentes com vitimização escolar e violência doméstica. Ackard et al. (2003) encontraram, entre 3533 jovens com 9 a 12 anos de escolaridade, 17% de moças e 9% de moços, que reportaram sofrer de algum tipo de violência no seu cotidiano. A violência reportada esteve associada a vários comportamentos de risco, a depressão e a idéias suicidas. Entretanto, a ideação suicida, segundo Foster e Wu (2002), é considerada um fator de risco fixo, ou seja, imutável, diante de intervenções preventivas, mas um importante sinalizador da necessidade de uma atenção especial, sugerindo o estudo dos fatores potencialmente modificáveis, como o acesso aos meios e aos métodos de suicídio, os transtornos mentais, as doenças físicas, o isolamento social, a desesperança e a insatisfação em relação à própria vida.

1.2.3- Depressão e desesperança: associação com o comportamento suicida

Os estudos epidemiológicos apontaram para altas taxas de prevalência de distúrbios psiquiátricos, notadamente depressão, na população jovem. Smith et al. (1990) encontraram, na idade escolar, prevalência de 10% e, na adolescência, 18,7% e, Serfaty et al. (1995), 28% para depressão moderada. Fergusson e Woodward (2002), através de um estudo longitudinal de 21 anos na Nova Zelândia, encontrou a prevalência de 13% para depressão moderada, em 1265 jovens com idade de 14 a 16 anos. Apesar das diferenças entre as prevalências e as metodologias, os autores são unânimes em enfatizar o

necessário cuidado com essa população, quanto ao risco de suicídio. A co-morbidade com os transtornos de ansiedade tende a agravar os sintomas depressivos, aumentando também o risco de suicídio (Ghaziuddin et al., 2000).

Mas devido às próprias características da adolescência, marcada por momentos de crise, muitas vezes, os jovens manifestam sentimentos de isolamento, tristeza, ansiedade, hostilidade, rebeldia e baixa auto-estima (Escrivá, 1992; Nicholi, 1989). Essas manifestações, conforme Versiani et al. (2000), não devem ser confundidas com quadro depressivo, pois são transitórias. Mas a negação desse fato impede que os transtornos de humor sejam reconhecidos e tratados, resultando na piora do curso clínico e no aumento do risco de complicações, além da dificuldade dos adolescentes para perceber e para expressar os próprios sentimentos.

Há diferenças importantes entre jovens depressivos com e sem tentativa de suicídio. Jovens deprimidos que tentaram suicídio apresentam associação com as seguintes variáveis: famílias desestruturadas, pai ou mãe deprimidos e/ou emocionalmente indisponíveis, tentativa de suicídio e/ou suicídio na família, abuso emocional, físico e sexual, problemas escolares, dificuldade de relacionamento com amigos, abuso de álcool e drogas e comportamento impulsivo. A impulsividade é, freqüentemente, descrita como a principal característica de personalidade do adolescente que tenta suicídio, podendo ser um importante critério para identificar subgrupos com grande risco para o comportamento suicida. (Apter, 2001)

Os motivos relatados por 120 adolescentes (98 mulheres entre 12 e 17 anos), após tentativa de suicídio, internados em um hospital geral americano (Boergers et al, 1998), foram morrer, escapar e obter alívio. Poucas foram as razões encontradas que se ligam a manipulação. Adolescentes que citaram como razão para sua tentativa de suicídio o querer morrer, relataram altos escores de desesperança, de depressão e de raiva expressa. Para Beck et al. (1997), a desesperança está no cerne dos desejos suicidas e se, após uma avaliação clínica e psicométrica, aparecer um alto nível de desesperança e de desejos suicidas associados, deve-se lidar com esses problemas imediatamente. Haw et al (2003), ao estudar adolescentes internados por tentativa de suicídio em hospital geral, analisaram a relação entre a intenção suicida e a letalidade da tentativa de suicídio.

Esses autores encontraram a intenção suicida associada à depressão, à baixa auto-estima e, principalmente, à desesperança, porque, quando o efeito desta variável foi removido, as correlações anteriores ficaram insignificantes, revelando a força dessa variável entre adolescentes.

Thompson et al. (2005), no Novo México, Estados Unidos, estudou as relações entre a ansiedade, a depressão e a desesperança em 1287 adolescentes (14 a 18 anos) que apresentavam grande risco de evasão escolar. Entre os participantes (136), 10% apresentaram tentativa de suicídio no último ano, sendo a maioria do gênero feminino (n=84). Os resultados mostraram efeitos diretos da depressão e da desesperança sobre o comportamento suicida entre os homens, e efeitos diretos da desesperança, mas não da depressão, entre as mulheres. A ansiedade esteve diretamente relacionada à depressão e à desesperança em ambos os gêneros; já o uso de drogas teve efeitos diretos e indiretos sobre o comportamento suicida. A falta de suporte familiar mostrou influenciar indiretamente o comportamento suicida, por meio através da ansiedade, em ambos os gêneros.

1.2.4- Privação socioeconômica e tentativa de suicídio

Para Wasserman (2001), as taxas de tentativas de suicídio, associadas ao gênero feminino, especialmente entre as idades de 15 e 19 anos, são inversamente proporcionais ao estrato socioeconômico. Mas parece também que essa variável, o nível socioeconômico, interfira na gravidade da tentativa de suicídio, levando à hospitalização. Groholt et al. (2000) encontraram, entre 1736 adolescentes, na população geral em uma comunidade da Noruega, 141 (8,12%) relatos de tentativa de suicídio sem hospitalização, que foram comparados aos relatos de outros 91 adolescentes (13 e 19 anos) hospitalizados por tentativa de suicídio. Esse autor encontrou, entre os hospitalizados, baixo auto-conceito, pior nível socioeconômico e pouco suporte social de pais e amigos. Os casos da comunidade apresentaram, como fatores de risco, a depressão e a solidão. Esse estudo sugere que maior apoio social e melhor nível socioeconômico são variáveis importantes na prevenção dos agravos das tentativas de suicídio entre adolescentes.

A relação entre a privação socioeconômica e o comportamento suicida, entre adolescentes, foi mais bem investigada por Ayton et al. (2003) na Inglaterra, com 730 jovens, após tentativa de suicídio, ao longo de dois anos.

A privação socioeconômica esteve associada à presença de overdose, de envenenamento com drogas ilícitas e de auto-agressão. Após controladas as variáveis mudança de casa durante a infância, único genitor responsável na casa e doença, por longo tempo, em adulto, as correlações parciais foram significativas entre a tentativa de suicídio e o baixo poder socioeconômico. Agerbo et al. (2002) também encontraram histórias familiares de suicídio e de doença mental, associadas à privação socioeconômica, na família de adolescentes que tentaram o suicídio.

1.2.5- Fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes

Evans et al. (2004) identificaram, por meio de uma revisão sistemática em estudos baseados em população geral de adolescentes, fatores associados ao comportamento suicida que foram divididos em quatro segmentos: saúde física/mental e bem estar (depressão, ansiedade, uso de álcool e drogas, baixa auto-estima); outras características pessoais e experiências (orientação sexual, atividade sexual, abuso físico e sexual, comportamento suicida entre amigos/família/mídia, pouca religiosidade); características familiares (condição socioeconômica, estrutura familiar; relações familiares perturbadas, outros problemas familiares relacionados com a saúde física/mental); fatores sociais e educacionais (fracasso escolar e conduta escolar, pobre relacionamento entre os pares, suporte social, atividades de lazer). Muitas dessas associações também foram comuns aos estudos com população adulta e aos estudos com a população de adolescentes hospitalizados. Vale lembrar que esses fatores não apresentam uma relação causal com o comportamento suicida, e, sim, uma relação correlativa, e que a probabilidade de praticar uma tentativa de suicídio será tanto maior, quanto maior for o número de fatores existentes.

Para Feijó et al. (1999), os fatores psicossociais apresentam uma importante contribuição para desencadear o comportamento suicida entre adolescentes. Esses autores nomeiam, como eventos estressantes da vida, situações sociais negativas, fora do controle das pessoas que fazem parte desses fatores. Eles podem estar relacionados com perdas (morte, mudança para nova vizinhança, nova escola, saída de familiar de casa, perda de

alguém que dá suporte emocional, material), como podem ser agudos ou crônicos, tais quais as constantes brigas entre pais e os conflitos familiares. As fontes podem ser diversas, tanto externas ao adolescente (esfera familiar e/ou escolar), quanto internas (esferas afetivas, sexuais ou cognitivas). Mas nem todo estresse experimentado durante a adolescência está relacionado à tendência ao suicídio.

Além do mais, muitos dos eventos, os de fontes externas, podem ter começado antes mesmo de o jovem existir, como as privações socioeconômicas, as doenças psiquiátricas e o comportamento suicida na família, assim como o envolvimento com polícia e justiça e as doenças crônicas (Cassorla, 1984, Mito, 1994, Rubenstein et al., 1998).

Para a psicanálise, o suicídio constitui um processo que pode ter tido seu início na infância. As condições descritas acima desenvolvem jovens com menor capacidade de suportar frustrações, pois apresentaram, no início da vida, maior susceptibilidade a rejeições, embora sejam referidos, nas pesquisas sobre o suicídio, os motivos associados e os desencadeantes (Kovacs, 1992).

O modelo cognitivo também propõe que experiências iniciais provêm a base para formar conceitos negativistas sobre si mesmo, o futuro e o mundo externo (tríade cognitiva). Eles podem estar latentes e ser ativados por circunstâncias análogas às experiências iniciais que introjetaram a atitude negativa (Beck et al., 1997).

O fato de alguém apresentar tentativa de suicídio e ideação suicida remete-nos a um agudo problema clínico (Wassweman, 2001) e à necessidade de se pensar sobre a prevenção do suicídio. Estando a gravidez na adolescência associada aos mesmos fatores psicossociais descritos para o comportamento suicida (como os fatores familiares, as condições sociais e educacionais, o uso de álcool e tabaco, o abuso físico, sexual e psicológico), poderia esse grupo apresentar mais problemas de saúde mental, assim como uma maior prevalência de comportamentos suicidas do que os demais adolescentes?

1.3- Gravidez na adolescência e comportamento suicida

Estudos anglo-saxões têm sugerido que a gestação em adolescentes pode ser um importante preceptor de suicídio e tentativa de suicídio. A maternidade nessa fase da vida esta associada a eventos psicossociais adversos, relacionados à família e ao ambiente, à inadequação das práticas com os filhos, ao estress, devido à falta de apoio conjugal, e, conseqüentemente, uma imposição de problemas socioeconômicos, por longo período de tempo, que podem exacerbar o risco de futuros problemas mentais e de comportamento suicida. As pesquisas que encontraram associação entre a gravidez na adolescência e tentativas de suicídio estão relacionadas no quadro 1 a seguir.

Quadro 1- Estudos que encontraram associação entre gravidez e tentativa de suicídio na adolescência.

Autor	N	Local	Resultados	Tipo de estudo
Cassorla (1981)	N=150 (12 e 27 anos) Divididos em 3 grupos: 1- tentativa de suicídio 2- transtorno mental 3- população geral	Campinas (BRASIL)	Mulheres representavam 70% das tentativas de suicídio. 1/3 delas ficaram grávidas na adolescência	Caso-controle
Bayatpour et al. (1992)	352 adolescentes grávidas durante o Pré-natal	Califórnia (EUA)	80 relataram ter sofrido abuso físico ou sexual 40 de 80, admitiu ter ideação ou ações suicidas 3,6% abuso de substancias (marajuara e cocaína)	Transversal
Wagner et al (1995)	Escolares n=1050 12 e 18 anos Divididos em 3 grupos: 1-tentativa de suicídio 2-depressão e ideação suicida 3- sem tentativa de suicídio, depressão e ideação suicida	Texas (EUA)	Grupo com tentativa de suicídio apresentou maior nº de atividade sexual, namoros, parceiros sexuais e gravidez.	Caso-controle

Autor	N	Local	Resultados	Tipo de estudo
Koniak-Griffin e Lesser (1996)	58 adolescentes grávidas 93 mães jovens	(EUA)	50% de relatos de maus tratos na infância e que, 10% tentaram suicídio últimos 12 anos Jovens com abusos apresentaram risco 7 vezes maior de tentar suicídio	Caso-controle
Mulugeta et al. (1998)	1401 estudantes do sexo feminino,	(EUA)	5% abuso sexual 10% ameaças Grupo com abuso sexual: 6% tentativa de suicídio 22% desesperança 17% ficou grávida.	Transversal
Lesser (1998)	95 adolescentes grávidas de uma comunidade semi-rural	Sul da Califórnia (EUA)	N=60 apresentou abuso físico e/ou sexual que associou-se a: -maior probabilidade de tentar suicídio -depressão crônica no primeiro ano pós- parto	Longitudinal
Freitas e Botega (2002)	120 adolescentes grávidas 30 de cada trimestre gestacional	Piracicaba (Brasil)	20,8% depressão moderada 23,3 % ansiedade 16,7% ideação suicida 13,3% tentativa de suicídio	Transversal
Fergusson e Woodward (2002)	1265 jovens (14 e 16 anos) e depois (19 e 21 anos) população geral	Nova Zelândia	13% depressão na idade entre 14 e 16 anos. Esse grupo apresentou aos 19 e 21 anos, maior prevalência de depressão maior, tentativa de suicídio, transtornos ansiosos, dependência de nicotina, abuso de álcool e drogas, baixa escolaridade, desemprego e paternidade precoce. (ambos os sexos)	Longitudinal
Palmore e Millar (1996)	Estudo exploratório das características de AG que escolheram dar proceguimento a gestação.	(EUA)	História de abuso físico e sexual, violência familiar, e abuso de substância, pensamento e tentativa de suicídio associaram-se a esse grupo	

As associações encontradas ocorreram de diversas maneiras, seja partindo de sujeitos com comportamento suicida, seja de grupos de adolescentes grávidas, alguns em populações de espaços hospitalares e outros em espaços escolares. Outros, ao investigar a depressão entre jovens, encontraram associação entre tentativas de suicídio, gravidez precoce e depressão.

Cassorla (1981) sugere que, em nosso meio, deva existir um comportamento “endêmico”, em relação à tentativa de suicídio em moças que engravidaram solteiras. Para o autor, “a gravidez seria apenas um evento de uma carreira de vários outros eventos que levaria uma jovem a tentar suicídio”. Propõe uma seqüência de acontecimentos que têm relação com problemas decorrentes do desprendimento e da dessimbiotização, já descritos, podendo a tentativa de suicídio ocorrer, também, tempos após a gravidez:

“A ‘carreira’ da jovem que tenta suicídio geralmente origina-se de lares desfeitos, famílias com apreciável número de problemas médicos, psíquicos e sociais. A criança cresce em um ambiente hostil e afetivamente frio, sem boas figuras de identificação. Ao atingir a puberdade, a perda dos pais, do corpo e dos papéis infantis provoca uma sensação de desamparo. A elaboração dos lutos normais da adolescência se torna problemática. Desencadeia-se uma procura de objetos substitutivos de figuras parentais simbiotizadas no passado. Procura de desesperadamente um parceiro, com quem constituirá uma relação simbiótica ou parasitária; nessa relação, em que sempre paira a ameaça de abandono, face à desvalorização da jovem, são comuns as brigas e os transtornos, por vezes violentos, com características sadomasoquistas; a atuação sexual é o passo seguinte, em que a jovem (12, 18 anos) inicia a vida sexual genital com seu namorado. A penetração e a perda da virgindade são toleradas, mas o que a adolescentes procurava era muito mais uma relação de pele, ou oralizada, similar a uma simbiose, lembrando uma contenção intra-uterina. Elas desejam muito mais serem abraçadas e acariciadas do que propriamente manterem uma relação genital. Esta é permitida para ‘segurar’ o parceiro. Entretanto a perda da virgindade e os sentimentos de culpa pela sexualidade fazem aumentar, ainda mais, a desvalorização e o temor de ser abandonada. As brigas aumentam e a necessidade de ter ‘provas’ de amor torna a relação com o namorado infernal. O parceiro, em geral, tem uma ou duas características: ou está à procura desesperada de uma relação simbiótica; ou então (o mais comum) tem características psicopáticas, percebe a carência da parceira e aproveita disso, mantendo-a sempre insegura e controlando-a sadicamente. Quando se cansa, abandona-a ou obriga-a a submeter-se, se quiser voltar. O próximo passo é a gravidez. Desejada (às vezes para ‘segurar’ o parceiro) ou não, corresponde quase sempre a uma atuação. Seguem-se abortos, naturais ou provocados, nascimentos de crianças para quem a jovem não tem a menor condição de

maternagem, casamentos precoces, que logo serão desfeitos, abandonos por parte da família de origem etc. E, tudo isso entremeado de tentativas de suicídio, que podem ocorrer a qualquer momento, geralmente impulsivas, após uma briga, a ameaça de perda ou a perda real do parceiro ou outros objetos valiosos.” (Cassorla, 1981)

Foi encontrado, na literatura, que, para o gênero feminino, a gravidez, a ansiedade, a depressão, a agressão física, o abuso sexual e o baixo apoio social freqüentemente andam juntos e podem levar a um comportamento autodestrutivo. Sabe-se, também, que os estados depressivos pioram as relações sociais, podendo levar a um enfraquecimento do apoio social, e que o gênero feminino, diante da desesperança, fica mais vulnerável ao comportamento suicida. Poderia a gravidez reconstruir a rede de apoio social, inscrevendo a adolescente na sociedade, dando-lhe um rumo para seguir, como sugere Pantoja (2003) e Dadooriam (2004)? Seria a gravidez na adolescência uma outra forma de pedir ajuda, assim como a tentativa de suicídio? Qual a diferença, no sistema familiar e educacional e nos eventos da vida, entre adolescentes grávidas e adolescentes que nunca engravidaram, de mesma idade e moradia, ou seja, de mesma condição sociocultural? Estariam todas elas submetidas ao determinismo social, apresentando as mesmas prevalências quanto ao comportamento suicida? Seriam todas as adolescentes grávidas iguais, quanto aos aspectos psicológicos e sociais?

Nenhum estudo, com ferramentas da epidemiologia social, foi realizado enfocando o comportamento suicida nesse grupo. Há necessidade de levantar-se a prevalência de tentativa de suicídio, de ideação suicida, de depressão, de abusos, em adolescentes grávidas, e compará-la à de adolescentes que nunca engravidaram, de mesma localidade e mesma condição social, dimensionando e relacionando o contexto social ao sofrimento psíquico.

O suicídio, a depressão e o alcoolismo são, no campo da saúde mental, as principais preocupações da OMS para esta década. Conseqüentemente os grupos de risco deverão ser mais bem discriminados e tratados dentro da prevenção primária.

O fato de a adolescência ser um momento de transição é reconhecido e determina importância de agir-se 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, 1966; Maldonato, 1986).

1.4- Objetivos

- Determinar o perfil psicossocial de adolescentes grávidas, comparando-o ao de adolescentes que nunca engravidaram, na faixa etária entre 14 e 18 anos;
- Determinar a prevalência de depressão, de ansiedade, de ideação suicida e de tentativa de suicídio nos dois grupos;
- Verificar possíveis associações entre a ideação suicida e a depressão, a ansiedade, a história de abuso sexual ou de agressão física, a tentativa de suicídio anterior, a intenção de engravidar, a situação conjugal, a história familiar e o apoio social.

1.5- Hipóteses

Adolescentes grávidas têm características psicossociais distintas de adolescentes que nunca engravidaram, tais como:

- 1- maior prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida;
- 2- maior frequência de tentativa de suicídio, de abuso sexual, de agressão física e de uso abusivo de álcool e de drogas;
- 3- percepção negativa da rede de apoio social;
- 4- maiores frequências de história familiar relacionada a problemas psiquiátricos, o uso abusivo de álcool e drogas, a tentativas de suicídio, à ausência paterna ou materna por longo período, quando eram crianças;
- 5- repetência e evasão escolar em maior frequência.

2- MÉTODO

2.1- Delineamento do estudo

Trata-se de um inquérito, do tipo caso-controle, incluindo avaliação clínica, realizado com adolescentes grávidas (casos) e adolescentes que nunca engravidaram (controles).

2.2- Tamanho da amostra

Após a totalização de 80 casos de AG e de 80 adolescentes que nunca engravidaram, fizemos uma comparação entre os grupos, em termos de frequência de tentativa de suicídio.

Tabela 1- Frequência de tentativa de suicídio nos 160 primeiros sujeitos analisados

Variáveis	Gravidez n= 80	Não-grávidas n= 80	p
Tentativa de suicídio	15 (18%)	5 (6%)	0,01*

*teste do qui = quadrado

Para mantermos a mesma diferença entre as frequências observadas em adolescentes grávidas e em adolescentes que nunca engravidaram, no estudo final, o cálculo do tamanho da amostra determinou 105 sujeitos em cada grupo, considerando o nível de significância de 0,05 e o poder do teste de 0,80.

2.3- Local e Sujeitos

2.3.1- Casos

A escolha da idade foi definida por dois critérios. O primeiro diz respeito à conceituação de adolescentes pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que delimita a adolescência entre as idades de 11 e 18 anos. O segundo critério utilizado foi

a idade das adolescentes grávidas durante a coleta de dados, em estudo prévio no mesmo local (Freitas, 2001). Nenhum caso com menos de 14 anos apareceu.

2.3.1.1- Critérios de inclusão

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

2.3.1.2- Critérios de exclusão

- adolescente com gestação anterior, culminando em parto.

O grupo de casos foi constituído por 110 adolescentes grávidas, com idade entre 14 e 18 anos, que participavam do programa de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, uma cidade com 350 mil habitantes do Estado de São Paulo¹¹. Durante o pré-natal, por volta da 20^a semana de gestação, todas as grávidas do município são encaminhadas para o CESM (Centro Especializado na Saúde da Mulher), para a realização de exames ultrassonográficos gestacionais. Sendo assim, nesse local, as adolescentes grávidas foram abordadas e convidadas para as entrevistas.

Enquanto durou o recrutamento de sujeitos para a pesquisa (de maio de 2003 a fevereiro de 2004), foram registrados 536 exames de ultrassom¹² em adolescentes grávidas.

¹¹Em 2001, foram registrados, pelo banco de dados da Vigilância Epidemiológica de Piracicaba, 1022 partos em adolescentes (10 a 19 anos), 19% dos partos do município. Em 2002 foram registrados 986 partos em adolescentes (18% dos partos). No ano de 2003, houve 878 partos em moças, havendo uma redução no número de partos nessa população (16.6% do total dos partos no município). Até julho de 2004, foram registrados 473 partos entre as adolescentes.

¹²Algumas adolescentes fizeram mais de um ultrassom durante a gravidez, por isso o número de ultrassons não está associado, numericamente, ao número de moças grávidas.

O recrutamento das adolescentes grávidas ocorreu nos dias e horários em que os exames de ultrassonografia foram realizados (segundas, terças e quintas às 7:00 e segundas, quartas e quintas às 12:00). Devido ao fato de ocorrerem, em média, de 3 a 4 exames por período, foi possível entrevistar uma a duas moças nesses momentos.

Como todas as adolescentes grávidas costumavam chegar sempre no mesmo horário, tomou-se, como critério, recrutar sempre a primeira e a última adolescente grávida da lista de chegada. Caso, num período, apenas uma entrevista fosse realizada e a moça entrevistada fosse a primeira da lista, no período seguinte, chamava-se a última da lista e vice-versa.

2.3.2- Controles

O grupo-controle foi constituído por 110 adolescentes que nunca engravidaram e que pertenciam ao mesmo bairro do grupo de casos.

2.3.2.1- Critérios de inclusão

- sexo, idade (1 ano a mais ou a menos) e nível socioeconômico semelhantes ao do casos;
- alfabetizadas, no mínimo, até a 5.^a série;
- em condições para comunicação/compreensão.

2.3.2.2- Critérios de exclusão

- gravidez anterior.

Foi utilizada a estratégia adotada por Cassorla (1985) para a alocação de controles: ao obter o endereço da adolescente grávida, dirigíamo-nos a quatro quarteirões distante dele e era, então, procurada uma residência com as mesmas características externas

(denotadoras de nível-socioeconômico) que as do caso. A partir da primeira casa do quarteirão, e em seqüência, eram indagados o número, a idade e o sexo dos moradores. Ao encontrar alguém com sexo, idade pretendida (entre 14 e 18 anos) e nenhuma gestação, iniciava-se o procedimento da pesquisa. Caso contrário, procurava-se na casa adiante.

2.4- Instrumentos (anexo 1- Protocolo de Aplicação)

Questionário para orientar a entrevista, derivado do “Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS”, contendo as seguintes seções: dados sociodemográficos, vida em família, saúde física, contato com serviços de saúde e questões relacionadas com álcool e drogas (anexo 3). Foram adicionadas, ao questionário, questões sobre história ginecológica e sobre o companheiro.

Na sessão “dificuldades relatadas no último ano”, as respostas (sim=1; não=0) às questões sobre a família, trabalho e/ou estudos, dificuldades financeiras, doenças físicas na família, foram somadas. A soma das dificuldades foi categorizada em 3 grupos: grupo 1=0; grupo 2 = 1 - 3 e grupo 3 $\geq$ 4 dificuldades.

Na sessão “eventos traumáticos”, todos os eventos do protocolo (entre eles: racismo; ameaça de abuso físico e/ou sexual; abuso sexual; agressão violenta; abuso emocional; vítima de desastre, acidente, assalto; testemunha de desastre, acidente, assalto) foram pontuados (sim = 1; não = 0) e somados. O número total de eventos traumáticos relatados foi categorizado em 3 grupos: grupo 1=0; grupo 2=1-2; grupo 3 $\geq$ 3.

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 e Snaith, 1983). Sua validação entre adolescentes britânicos apresentou propriedades psicométricas que discriminam casos e não casos de depressão e ansiedade (White et al., 1999). 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. A determinação de “casos” de ansiedade/depressão não envolveu a realização de um diagnóstico psiquiátrico formal. Deu-se sempre que a pontuação fosse igual ou superior a 8, nas subescalas de ansiedade/depressão da HAD. Esse procedimento, bem como os pontos de corte utilizados, correspondem aos que foram anteriormente adotados nos estudos de validação com adolescentes grávidas. (Freitas, 2001)

Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), instrumento de autopreenchimento, contendo 21 afirmações (Beck e Steer, 1993). Em nosso meio, foi validada por Cunha (2001), entre pacientes internados por tentativa de suicídio. Na população adolescente, foi validada por Werlang et al. (2004). Os cinco primeiros itens da BSI servem de triagem para a 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-se os pontos dos primeiros dezenove 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, optou-se por utilizar os cinco primeiros itens da BSI e os itens 20 e 21, que perguntam sobre tentativa de suicídio. Foi adotada a seguinte definição para a variável presença de ideação suicida: resposta afirmativa às questões 4 ou 5 da BSI. (anexo 2)

Escala de Apoio Social (EAS), desenvolvida por Bille-Brahe et al.(1993), foi utilizada no Brasil entre indivíduos que tentaram suicídio (Gaspari e Botega, 2002); é composta por quatro seções (se necessita de apoio; se recebe o apoio necessário; se alguém necessita de seu apoio, se dá apoio a quem precisa) com quatro questões cada, que avaliam quanto o indivíduo precisa e quanto consegue obter de apoio em sua família e seus amigos, como também quanto apoio sua família e seus amigos precisam e conseguem obter dele. Para mensurar o “grau de percepção de apoio social”, estipulou-se uma nota para cada uma das três possibilidades de respostas que existem em cada questão (“nenhum apoio” (= 0); “sim, algum apoio” (= 1); e, “sim, muito apoio” (= 2)), e somaram-se as pontuações de cada item. A soma poderia variar de 0 a 8 pontos, em cada agrupamento das quatro questões que compõem cada um dos quatro domínios. Os resultados numéricos, da soma das questões entre os sujeitos, foram categorizados em

três grupos: grupo 1 (menor apoio) = 3 a 13; grupo 2 (médio apoio) = 14 a 21; grupo 3 (maior apoio) = 22 a 30 pontos.

2.5- Definição de outras variáveis estudadas

O quadro 2 demonstra como foram definidos as demais variáveis utilizadas neste estudo.

Quadro 2- Definição de Variáveis

Variável	Alternativas de Respostas	Definições
Cor	Branca Parda Negra Amarela	
Estado civil	Solteira Solteira c/ namorado Casada ou Amasiada	Sem namorado Não mora junto com companheiro Mora com companheiro há 1 mês ou mais
Repetência Escolar	Sim Não	
Evasão escolar	Sim Não	Ter ficado longe da escola por mais de 6 meses
Mudança de residência	Sim Não	Ter mudado de residência nos últimos 3 anos
Considera-se religiosa	Sim Não	
Época em que os fatos ocorreram: (Morte dos pais/irmãos, 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 Terceiro	
Gravidez anterior	Sim Não	com avaliação médica/exame positivo

Variável	Alternativas de Respostas	Definições
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
Idade da mãe, quando engravidou	Numeral	idade da mãe do sujeito em sua primeira gestação
Tentativa de suicídio anterior	Sim Não	Questão número 20 da BSI
Suicídio de pessoas próximas	Sim Não	Pais, amigos, irmãos, namorado, outros
Suicídio de pessoas da família	Sim Não	Família biológica: pai ou mãe, irmã (o) avô, avó
Tentativa de suicídio de familiar	Sim Não	Família biológica: pai ou mãe, irmã (o) avô, avó
Método utilizado (suicídio e tentativa de suicídio) sujeito, familiar e pessoas próximas	Códigos	De acordo com os códigos do CID -10 (X60 à X84)
Desesperança	Falso Verdadeiro	Questão: Meu futuro parece escuro para mim
Uso de tabaco, bebida alcoólica, maconha, cocaína, estimulantes ou anfetaminas, sedativos ou hipnóticos, inalantes, heroína, outras drogas	Sim Não	Ter usado alguma vez na vida cada uma dessas drogas
Frequência de uso de cada uma das drogas acima nos últimos 3 meses	Nunca 1 ou 2 vezes mensalmente semanalmente diariamente	Frequência de uso das drogas mencionadas no item acima nos últimos 3 meses
última vez que ingeriu álcool	Horas atrás Dias atrás Meses atrás	Quando foi a última vez que ingeriu bebida com álcool

Variável	Alternativas de Respostas	Definições
Doses-padrão de bebida na última vez (cerveja, vinho, conhaque/ whisky/ licor, outro)	Numeral	Total de doses-padrão da(s) bebida(s) consumida na última vez que ingeriu álcool. Cada dose-padrão contém, 10g de álcool puro. O conteúdo de etanol é calculado como: quantidade em ml x porcentagem de álcool na bebida x fator de conversão do etanol (1ml etanol=0,79g)
Frequência de uso de álcool no ano passado	Nunca 1-3 x (vezes) 4-6 x 7-9 x 10-12 x 1-2 x por mês 3-4 x por mês 1-2 x por semana 3-4 x por semana Diariamente	Frequência de uso de bebida alcoólica no ano passado (12 meses atrás)
Doses-padrão de bebida no ano passado (cerveja, vinho, conhaque/ whisky/ licor, outro)	Numeral	Total de doses-padrão da(s) bebida(s) consumida usualmente nos dias em que ingeria álcool no ano passado. Cada dose-padrão contém, 10g de álcool puro. O conteúdo de etanol é calculado como: quantidade em ml x porcentagem de álcool na bebida x fator de conversão do etanol (1ml etanol=0,79g)

2.6- Procedimento

2.6.1- Casos

Às adolescentes recrutadas na sala de espera antes da consulta com o médico, perguntavam-se a idade, a escolaridade e a paridade. Após isso, fazia-se o convite para participarem da pesquisa. A adolescente, então, era levada para uma sala separada, onde se lhe explicavam os objetivos da pesquisa, a questão do sigilo e da não obrigatoriedade da participação. As que concordavam assinavam o termo de consentimento. Ao final da entrevista semi-estruturada, eram entregues as escalas de autopreenchimento (HAD, BSI e EAS), respondidas diante da entrevistadora.

2.6.2- Controles

Diante do endereço e da idade da adolescente grávida, procurava-se uma outra que nunca havia engravidado. Ao encontrar uma adolescente residente no quarteirão de rua procurado, com a idade para servir de controle, perguntava-se sobre a ocorrência de gravidez. Caso fosse negativa, explicavam-se os objetivos da pesquisa, a questão do sigilo e a não obrigatoriedade da participação. As que concordavam assinavam o termo de consentimento e iniciava-se a entrevista. Ao final desta, eram entregues as escalas de auto-preenchimento (HAD, BSI e EAS).

Devido à necessidade de encontrar controles com os critérios de inclusão de que precisávamos, mesmo que ele não estivesse em casa naquele momento, voltávamos mais tarde, para realizar a entrevista. Esse cuidado foi tomado para não entrevistarmos apenas moças que estivessem em casa, pois isso poderia provocar um viés importante na nossa amostra.

2.7- Estudo - Piloto

Antes de começar a coleta dos dados do estudo principal, foi realizado um estudo-piloto com seis sujeitos (três de cada grupo), objetivando treinar a pesquisadora e promover eventuais mudanças no protocolo. Foram realizadas, no mês de abril de 2003, as entrevistas com os seis sujeitos.

Houve a necessidade de pequenas mudanças no plano inicial, principalmente quanto a certos procedimentos:

- 1- os dias para a entrevista dos casos foram os de ultrassom de grávidas, ou seja, segunda, terça e quinta, às 7:00 e segunda, quarta e quinta, às 12:00;
- 2- o critério para entrevistar os casos no CESM seguiu o de ordem de chegada, o primeiro e o último a chegar para o ultrassom;
- 3- procurou-se entrevistar os controles descobertos com os requisitos, mesmo que eles não se encontrassem em sua residência naquele momento.

2.8- Análise dos Dados

As informações obtidas foram codificadas e inseridas no banco de dados Epi-info (versão 6,04b, 1997), devido à facilidade para fazer a máscara e digitar os dados. Esse banco foi, então, transportado para o SAS (versão 6.12, 1996).

Foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas e das estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mínimo e máximo, mediana) das variáveis contínuas, para cada grupo.

Na comparação das variáveis categóricas entre os grupos, foram utilizados o teste Qui-Quadrado ou, quando necessário (valores esperados menores que 5), o teste exato de Fisher (Fleiss, 1981). Nas variáveis contínuas, para comparar os dois grupos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Conover, 1971; Siegel e Sidney, 1975).

As variáveis independentes de interesse foram utilizadas para a análise de regressão logística univariada, para a variável dependente gravidez. Depois, foi feita a análise multivariada considerando as variáveis com $p < 0,25$ da análise univariada e com o critério Stepwise.

Novamente, as variáveis independentes de interesse foram utilizadas para a análise de regressão logística politômica univariada, quanto a uma nova variável que considerava, simultaneamente, as variáveis gravidez e tentativa de suicídio em quatro grupos: grupo “0” (não-grávidas, sem tentativa de suicídio; $n=103$); grupo “1” (grávidas, sem tentativa de suicídio; $n=88$); grupo “2” (não-grávidas, com tentativa de suicídio; $n=7$); grupo “3” (grávidas, com tentativa de suicídio; $n=22$). Para tanto, foi utilizada a suposição de modelo de riscos proporcionais. Depois, foi feita a análise multivariada, usando-se as variáveis com $p < 0,25$ da análise univariada, segundo o critério Stepwise.

A fim de se estudar o perfil das adolescentes com ideação suicida, foi realizada a análise de regressão logística dicotômica univariada, para essa variável. Foram utilizadas as variáveis independentes das análises anteriores, seguidas da análise multivariada, incluindo-se as variáveis com $p < 0,25$ na análise univariada, segundo o critério Stepwise. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

2.9- Aspectos Éticos

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Prefeitura Municipal de Piracicaba e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (anexo 2).

Foi assinado um consentimento formal pela adolescente, após a informação sobre a pesquisa (anexo 3). O anonimato das adolescentes foi esclarecido e garantido, além de se enfatizar que, a qualquer momento, poderiam dar a entrevista por encerrada, e que este fato não acarretaria prejuízo algum. Ao final das entrevistas, no caso da constatação de transtorno mental grave e/ou risco para tentativa de suicídio, um convite era feito para que a adolescente fosse encaminhada emergencialmente, pela pesquisadora, a um profissional do Serviço de Saúde Mental do Município. Esse acordo era plenamente conhecido de todos os profissionais do Serviço de Saúde Mental do Município.

3- RESULTADOS

As entrevistas com os sujeitos foram concluídas em fevereiro de 2004, com 220 entrevistas, 110 adolescentes grávidas e 110 não grávidas.

De todas as moças abordadas que preenchiam os critérios de inclusão, duas adolescentes grávidas e duas que nunca engravidaram não aceitaram ser entrevistadas. Foram abordadas 277 casas, para encontrar e entrevistar 110 adolescentes que nunca engravidaram¹³.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram de aplicação fácil, rápida (duração média de 55 minutos) e bem aceitos pelas adolescentes, proporcionando uma conversa encadeada que servia, também, como se observou, para aliviar tensões.

A entrevista clínica foi muita além de uma coleta de dados padronizados para esta pesquisa. Ao serem abordadas, as adolescentes grávidas 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. Nenhuma adolescente interrompeu a entrevista.

As adolescentes grávidas apresentaram-se como um grupo heterogêneo, quanto à gravidez. Havia adolescentes que estavam felizes com sua condição, dizendo que tinham feito de tudo para engravidar, e que o companheiro estava cuidando bem delas. Outras se mostravam culpadas com a gravidez nesse período, pois houve uma interrupção na forma de viver e de seus planos futuros. Essas adolescentes geralmente se apresentavam desesperançadas. Em outro extremo, havia adolescentes apáticas com a situação, tanto fazia estar grávida ou não. Estavam sozinhas, sem a ajuda da família. A única esperança era “vamos ver como as coisas vão ficar quando meu filho nascer”.

¹³Dessas 167 casas, em 38 não havia moças (eram casas constituídas por casais sem filhos, idosos ou famílias com filhos do sexo masculino), 38 casas apresentavam moças com idade entre 14 e 18 anos, com filhos, e 26 apresentavam moças grávidas. Das casas que apresentavam adolescentes e que não preenchiam a idade necessária para a entrevista, 46 eram de meninas menores de 14 anos, e 19, de moças maiores de 18 anos.

Houve muitas histórias dramáticas, nas quais a gravidez parecia ser a única esperança (idealizada e mágica) diante de uma vida de muita violência e desespero. Nos apêndices, poderão ser encontradas as impressões clínicas, assim como as histórias das adolescentes que tentaram suicídio. Todos os casos que relataram tentativa de suicídio mencionam sua ocorrência antes da gravidez.

No final da 100ª entrevista com os controles, ficou difícil encontrar adolescentes com 18 anos que nunca engravidaram, sendo, portanto, entrevistadas as adolescentes mais novas.

3.1- Aspectos sociodemográficos

A tabela 2 apresenta as tabelas de frequência e as estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas e as comparações entre os grupos.

Tabela 2- Aspectos sociodemográficos das adolescentes grávidas e das que nunca engravidaram

Variáveis		Total N=220	Grávidas n =110 n (%)	Não-grávidas n =110 N (%)
Cor				
	Branca	101	48 (43,6)	53 (48,2)
	Parda	36	20 (18,2)	16 (14,5)
	Negra	83	42 (38,2)	41 (37,3)
Idade				
	14 anos	25	7 (6,4)	18 (16,4)
	15 anos	31	15 (13,7)	16 (14,5)
	16 anos	56	28 (25,5)	28 (25,5)
	17 anos	60	30 (27,3)	30 (27,3)
	18 anos	48	30 (27,3)	18 (16,4)

Variáveis	Total N=220	Grávidas n =110 n (%)	Não-grávidas n =110 N (%)
p= 0,09*			
Media		16,55 (dp= 1,1)	16,1 (dp= 1,3)
Mediana (Max 18; Min 14)		17	16
P= 0,01**			
Situação conjugal			
Casada ou amigada	72	66 (60)	6 (5,5)
Solteira com namorado	69	25 (22,7)	44 (40)
Solteira	78	18 (16,4)	60 (54,5)
P < 0,001*			
Situação empregatória			
Trabalho em tempo integral	22	14 (12,8)	8 (7,3)
Meio expediente	13	3 (2,7)	10 (9)
Estudante	83	21 (19)	62 (56,4)
Dona-de-casa	88	67 (61)	21 (19)
p < 0,001***			
Com quem vive atualmente			
Companheiro	46	40 (36,4)	6 (5,5)
Pais	141	45 (40,9)	96 (87,3)
Parentes / amigos	33	25 (22,7)	8 (7,3)
p = 0,0002**			
Mudança de residência nos últimos 3 anos	104	79 (71,8)	25 (22,7)
P < 0,001*			
Não se considera religiosa	20	14 (12,7)	6 (5,4)
P = 0,61*			

*Teste qui-quadrado; **Teste Mann-Whitney; ***Teste Exato de Fisher

Nota-se que 60% das grávidas, comparadas com as adolescentes que nunca engravidaram, estão casadas ou amigadas, morando com o companheiro, parentes e amigos, tendo como ocupação os trabalhos domésticos. A mudança de residência nos últimos três anos foi muito freqüente; as histórias de mudança de estado, de cidade ou de bairro nos últimos três anos, entre as grávidas, 79 (72%), em sua grande maioria, ocorreram antes da gravidez (59 grávidas (53,6%)).

Conforme a tabela 3, as adolescentes grávidas têm baixos níveis de escolaridade, um maior número de repetências e, mais frequentemente, evasão escolar.

Tabela 3- Aspectos escolares

Variáveis	Total N=220 (%)	grávidas N=110 (%)	Não-grávidas N=110 (%)
Anos de escolaridade			
5 – 7		31(28)	14 (12,7)
8 – 9		48 (43,6)	48 (43,6)
10 – 11		31 (28)	43,64 (48)
P = 0,006*			
Repetência escolar	89	56 (50,9)	33 (30)
P = 0,002			
Ficou longe da escola +6 m	115	79 (71,8)	36 (33,3)
P < 0,001			
Freqüentam escola	112	27 (24,5)	85 (77,3)
P < 0,002			

*Teste qui-quadrado

3.2- Aspectos Ginecológicos

A tabela 4 apresenta os aspectos ginecológicos, segundo os quais se percebe a semelhança entre os grupos.

Tabela 4- Aspectos ginecológicos

Variáveis	Grávidas n=110	Não-grávidas n=110
Idade da mãe da entrevistada, na 1ª gestação		
Média	19 (dp= 1,2)	20 (dp=1,2)
Mediana **	18	19
Menarca		
Média	12 (dp= 1,2)	12 (dp= 1,2)
Mediana	12	12
1ª relação sexual (n=153)		n=43
Média	14,8 anos (dp=1,2)	15 (dp=1,5)
Mediana	15	15
Número de parceiros sexuais		
Media	1,9 (dp=1,5)	1,6 (dp=1,1)
Mediana	1	1

**teste de Mann-Whitney

Entre as adolescentes grávidas, 55 (45,8%) relataram querer a gravidez e 11 (10%) apresentaram histórico de aborto anterior à gravidez atual.

3.3- Aspectos familiares

Os grupos são semelhantes quanto ao número de irmãos. Com mediana de três para ambos os grupos, e média de 3,39 (dp=2,6) para grávidas e 3,26 (dp=2,3) para as que nunca engravidaram.

A variável “por quem foi criada?” apresentou os seguintes resultados (tabela 5):

Tabela 5- Por quem as adolescentes foram criadas

Variáveis	Grávidas	Não-grávidas
	n(%)	N(%)
Pais (mãe e pai)	62 (56,3)	84 (76,3)
Mães sem pai	34 (31)	19 (17,2)
Pai sem mãe	5 (4,5)	2 (1,8)
Outros (parentes e amigos)	9 (8)	5 (4,5)

p = 0,017 teste Exato de Fisher

As adolescentes grávidas relataram um maior número de falecimentos de um dos pais, 24 (21,8%), sendo que 13 (60%) ocorreram na infância. Entre as adolescentes que nunca engravidaram, esse evento foi menor, 13 (11,8%), e 5 (50%) casos ocorreram na infância. Essas duas variáveis foram significativas para as grávidas ($p=0,04$ e $p=0,03$ respectivamente).

Quanto à separação dos pais, esse evento foi relatado por 57(51,8%) adolescentes grávidas e 42(38,2%), por adolescentes que nunca engravidaram ($p=0,04$). Essas separações ocorreram, em sua maioria, na infância, em ambos os grupos, 48 (85,7%) no grupo de grávidas e 29 (70,7%) no grupo de não-grávidas.

A tabela 6 apresenta diferenças entre aspectos das famílias de grávidas e não-grávidas.

Tabela 6- Diferenças entre famílias de grávidas e não-grávidas

Variáveis	Grávidas	Não-grávidas	p
	n(%)	n(%)	
Brigas entre pais	67 (61)	47 (42,7)	0,007
Ausência de um dos pais na infância por mais de 1 mês	57 (51,8)	35 (31,8)	0,003
Uso abusivo de álcool e drogas na família	83 (75,5)	60 (54,4)	<0,001

As variáveis, “problemas psiquiátricos” e “internação hospitalar de familiares”, não apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Entre as adolescentes grávidas 32 (29%) relataram problemas psiquiátricos na família e, entre as que nunca engravidaram, 25 (22,7%). A internação hospitalar de familiares com problemas psiquiátricos ocorreu em 19 (17,3%), dentre os casos, e 20 (18,2%), entre os controles.

Foi relatado o suicídio de três familiares (mãe, pai e irmão) entre as grávidas e um caso entre os controles que relatou o suicídio de dois irmãos. A tentativa de suicídio aconteceu em quinze (13,64%) familiares de grávidas (9 pais, 4 irmãos e 2 avós) e entre nove (8,18%) das que nunca engravidaram (6 pais, 2 irmãos).

Dentre as adolescentes grávidas que tinham companheiro ($n = 109$), o tempo de convivência relatado foi, em média, de 20 meses ($DP = 13,8$) e, mediana, 15 meses ($máxima = 60$ e $mínima = 2$). Para as que nunca engravidaram ($n = 50$), a média do foi 15,3 meses ($DP = 14,2$) e mediana, de 9 meses ($máxima = 58$ e $mínima = 1$) $p = 0,014$. Entre os companheiros, foram relatados cinco casos de internação psiquiátrica por uso abusivo de álcool/drogas, cinco casos de morte e quatro casos de prisão por delitos, todos do grupo de grávidas. Novamente entre as grávidas, seis relataram ter sofrido abuso físico e dois, abuso sexual por parte do companheiro. Apenas uma adolescentes que nunca engravidou relatou ter sofrido abuso físico por parte do companheiro.

3.4- Dificuldades ou problemas no último ano e eventos traumáticos

Dificuldades ou problemas no último ano foram mais relatados entre as adolescentes grávidas (média de 2,6: $DP = 1,6$ e mediana de 3: $máxima = 6$ e $mínima = 0$) do que entre as que nunca engravidaram (média de 1: $DP = 1,5$ e mediana de 1: $máxima = 5$ e $mínima = 0$)

A tabela 7 apresenta o número de dificuldades ou problemas no último ano.

Tabela 7- Número de dificuldades no último ano categorizadas

Número de dificuldades	Grávidas	Não-grávidas
	n = 110	n = 110
	n (%)	n (%)
0	13(11,8)	27 (24,5)
1– 3	63 (57,2)	67 (61)
> 4	34 (31)	16 (14,5)

*Teste qui-quadrado $p < 0,003$

A tabela 8 apresenta os tipos de dificuldades relatadas entre os grupos.

Tabela 8- Dificuldades no último ano relatadas

Variáveis	Grávidas	Não-grávidas	p *
	n = 110	n = 110	
	n (%)	n (%)	
Entre os pais	60 (54,5)	36 (32,7)	0,011
Com a família	71 (64,5)	52 (47,2)	0,001
Trabalho e/ou estudos	60 (54,5)	42 (38)	0,001
Financeiro	28 (25,4)	23 (21)	0,3
Doença física na família	33 (30)	14 (12,7)	0,01
Polícia / justiça	39 (35,4)	17 (15,4)	0,001

*Teste qui-quadrado

Considerando os eventos traumáticos do protocolo, as adolescentes grávidas (n=75; 68,2%) relataram mais eventos do que as que nunca engravidaram (n=54; 49%) $p < 0,001$. O número de eventos traumáticos relatados pelas grávidas apresentou média de 1,64 (dp=1,57) e mediana de 1 (máxima=6 e mínima=0). As adolescentes que nunca engravidaram apresentaram média de 0,81 (de=1) e mediana de 0 (máxima=5 e mínima=0) $p=0,0001$.

A tabela 9 apresenta o número de eventos traumáticos categorizados entre os grupos.

Tabela 9- Número de eventos traumáticos categorizados

Número de eventos traumáticos	Grávidas n= 110 n (%)	Não-grávida n= 110 N (%)
0	35 (31,8)	56 (51)
1-2	46 (41,8)	45 (41)
> 3	29 (26,3)	9 (8)

*Teste qui-quadrado $p < 0,001$

A tabela 10 apresenta as experiências traumáticas mais relatadas e a comparação de suas frequências entre os grupos.

Tabela 10- Experiências traumáticas relatadas

Variáveis	Grávidas n = 110 n (%)	Não-grávida n = 110 n (%)	p *
Racismo	11 (10)	2 (1,8)	0,01*
Ameaça de abuso físico e/ou sexual	24 (21,8)	8 (7,2)	0,002
Abuso sexual	5 (4,5)	1 (1)	0,21
Sofreu agressão violenta	30 (27,2)	12 (11)	0,002
Abuso emocional	37 (33,6)	21 (19)	0,01
Foi vítima de desastre, acidente, assalto	17 (15,4)	16 (14,5)	0,85
Testemunha de desastre, acidente, assalto	13 (11,8)	4 (3,6)	0,02

*Teste qui-quadrado

O grupo de adolescentes grávidas teve pontuações menores em todos os itens da Escala de Apoio Social. Na tabela 11, encontram-se as pontuações da EAS, divididas em três estratos.

Tabela 11- Frequências por faixas de apoio social

Escore total de apoio social	Grávidas n = 110 n (%)	Não-grávidas n = 110 n (%)
3 – 13 pontos (menor apoio)	41 (37,2)	18 (16,3)
14 – 21 (médio apoio)	48 (43,6)	53 (48)
22 – 30 (maior apoio)	21 (19)	39 (35,4)

*Teste qui-quadrado $p < 0,001$

3.5- Uso abusivo de álcool e drogas

O uso de bebidas alcoólicas foi igualmente comum nos dois grupos: 97 (88,2%) das grávidas e 97 (88,2%) das que nunca engravidaram já haviam experimentado algum tipo de bebida alcoólica.

Quanto à frequência do uso de bebida alcoólica nos últimos 3 meses, 62 (64%) adolescentes grávidas relataram não estar mais bebendo, contra 34 (35%) das adolescentes que nunca engravidaram ($p < 0,001$).

Entretanto, no ano anterior (últimos 12 meses), a frequência do uso de bebida alcoólica entre uma a três vezes por semana ocorreu em 31 (28,2%) grávidas e 9 (8,2%) das adolescentes que nunca engravidaram ($p < 0,001$).

No grupo das adolescentes grávidas, 75 (68,2%) já haviam experimentado tabaco e 38 (34,55%) das que nunca engravidaram relataram o mesmo ($p < 0,001$). Quanto à maconha, 17 (15,4%) grávidas e 4 (3,6%) não-grávidas tiveram contato ($p = 0,003$) com essa substância alguma vez ao longo da vida. Quanto à cocaína, 8 (7,2%), adolescentes grávidas e uma não-grávida.

3.6- Aspectos psiquiátricos e comportamento suicida

A tabela 12 contém as frequências de ansiedade, depressão, ideação suicida, desesperança e tentativa de suicídio.

Tabela 12- Variáveis psiquiátricas

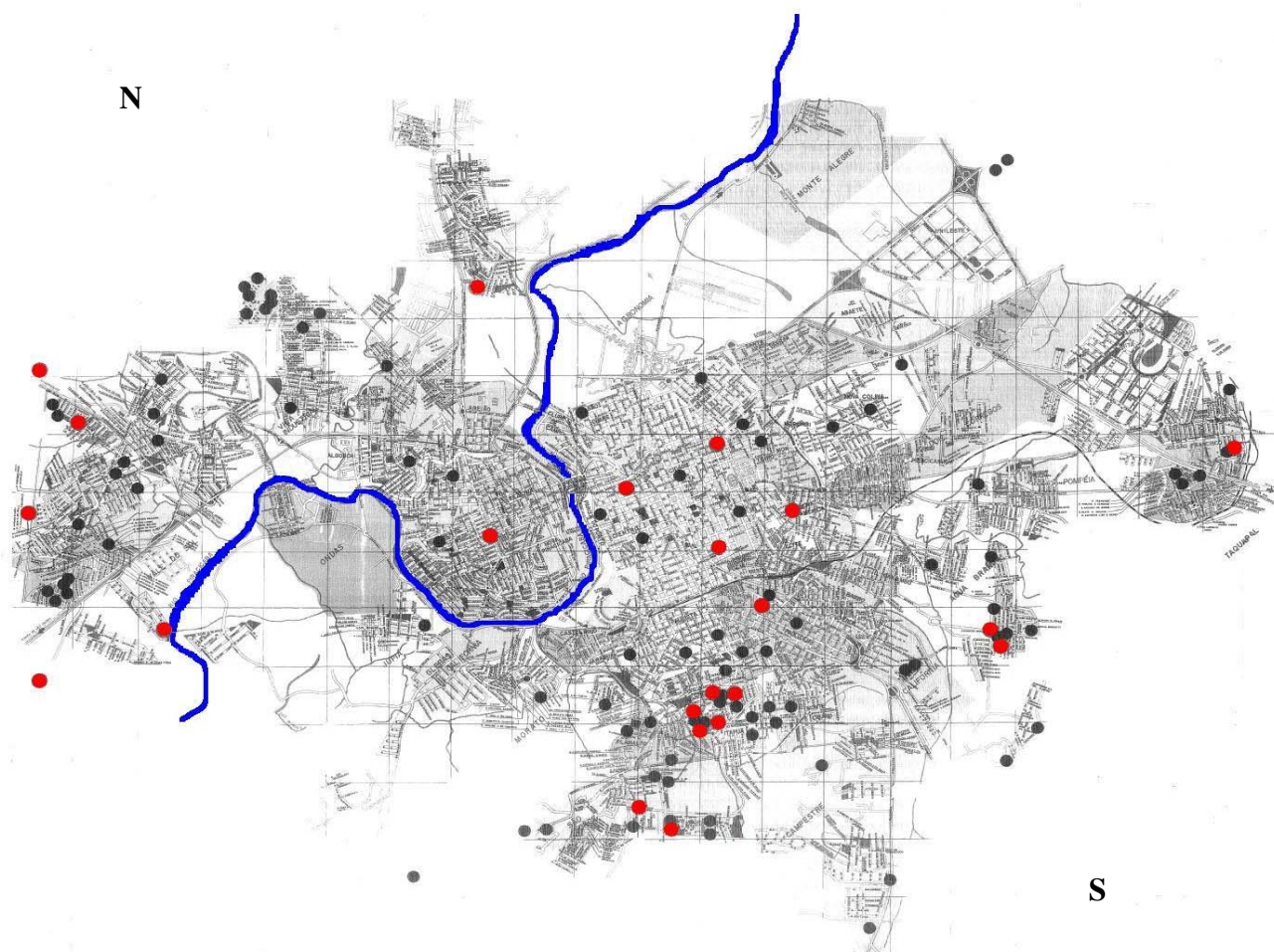
Variáveis	Grávidas	Não-grávida	p *
	n= 110	n= 110	
	n (%)	n (%)	
Ansiedade	48 (43,6)	31 (28)	0,01
Depressão	29 (26,3)	15 (13,6)	0,02
Ideação suicida	18 (16,3)	10 (9)	0,10
Tentativa de suicídio	22 (20)	7 (6,3)	0,003
Desesperança	21 (19)	13 (11,8)	0,13

*teste do qui = quadrado

A Figura 1 a seguir, apresenta o mapa da cidade de Piracicaba e a locação de todas as adolescentes grávidas com e sem tentativa de suicídio.

Piracicaba-SP
2004

Campinas- São Paulo



Adolescentes grávidas

N = 110

- Sem tentativa de suicídio
- Com tentativa de suicídio

Figura 1- Mapa de Piracicaba: adolescentes grávidas e tentativa de suicídio

Os indivíduos, de ambos os grupos, que relataram tentativa de suicídio (n=29), em sua grande maioria (n=24), tentaram uma única vez. A repetição da tentativa de suicídio foi relatada por cinco adolescentes grávidas. O método mais utilizado, nas tentativas de suicídio foi o de autoenvenenamento com medicamentos (Tabela 13).

Tabela 13- Tentativa de suicídio, método utilizado

Métodos	Casos n = 22	Controles n = 7
X64- auto-envenenamento e exposição intencionais a outras drogas e substâncias biológicas não especificadas*	7	2
X61 auto-envenenamento e exposição intencionais a drogas anti-epilépticas, sedativo-hipnóticas, antiparksonianas e psicotrópicas	5	2
X63- auto-envenenamento e exposição intencionais a outras drogas que atuam no sistema nervoso autônomo	3	1
X78- auto-lesão intencional por objeto cortante	3	
X81- auto-lesão intencional pro pular ou deitar-se ante um objeto móvel	3	
X68 - auto-envenenamento e exposição intencionais a pesticidas	2	
X60- atuo-envenenamento e exposição intencionais a analgésicos não opiáceos, antipiréticos e anti-reumáticos	1	2
X70- auto-lesão intencional por enforcamento, estrangulamento e sufocação	1	
X71- auto-lesão intencional por afogamento e submersão	1	
X80- auto-lesão intencional por pular de um lugar alto	1	
X83- auto-lesão intencional por outros meios especificados: substâncias cáusticas, eletrocussão, batida de aeronave	1	

*Códigos da CID, 10ª revisão

Apenas doze episódios, dos trinta e nove relatos de tentativas de suicídio, foram encaminhados ao pronto atendimento de saúde. O restante dos episódios não recebeu socorro médico, ou porque a adolescente não contou para alguém, ou porque recebeu socorro caseiro, ou, então, porque as pessoas ao redor não deram crédito ao fato ocorrido.

Entre as adolescentes grávidas, cinco tentaram, mais de uma vez, o suicídio. Também foram relatados seis casos (quatro grávidas e dois não-grávida), classificados como gesto suicida, comportamento auto-agressivo que não chegou a ser completamente efetuado, sendo impedido pela própria pessoa, ou por outra que estava presente na cena.

A tabela 14 apresenta as variáveis relacionadas ao comportamento suicida na família das entrevistadas e entre pessoas próximas.

Tabela 14- Comportamento suicida entre familiares e pessoas próximas

Variáveis	Grávida n = 110 n (%)	Não-grávida n = 110 N (%)	p
Suicídio de pessoas próximas	34 (31)	19 (17,2)	0,018 *
Suicídio de pessoas da família	3 (2,7)	1 (1)	0,62 **
Tentativa de suicídio na família	15 (13,6)	9 (8)	0,19 *

*Teste qui-quadrado; **Teste exato de Fisher

As tentativas de suicídio ocorreram em torno de um ano ou mais antes da gravidez. Em três casos, ela ocorreu alguns meses antes (1 -2 meses) do início da gestação.

As frequências de ideação suicida e de tentativa de suicídio não se diferenciaram nos grupos pela variável estado civil ($p=0,27$ e $p=0,42$ respectivamente). Mas, nota-se, analisando todas as 220 adolescentes, uma maior frequência de tentativa de suicídio entre as casadas e uma maior frequência de ideação suicida entre as solteiras. (Figura 2)

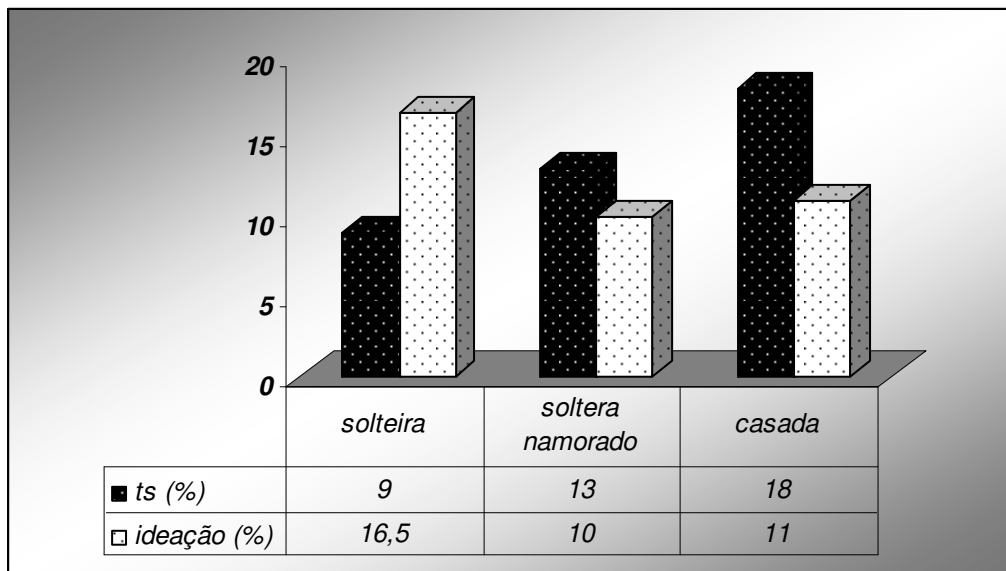


Figura 2- Frequência de tentativa de suicídio e de ideação suicida pelo estado civil

3.7- Análise de regressão logística, comparando adolescentes grávidas e adolescentes que nunca engravidaram

A tabela 15 apresenta os resultados da análise de regressão logística univariada para gravidez, considerando as seguintes variáveis, independentes de interesse:

- *Idade (anos); Escolaridade (anos); Ficou Longe da Escola mais de 6 meses; Mudou de Residência; Época da Morte dos Pais; Ausência dos Pais na Infância; Família com Uso Abusivo de Álcool/Drogas; Ideação Suicida (BSI: positiva em Q4 e/ou Q5); Tentativa de Suicídio (BSI: Q6); Número de Eventos Traumáticos; Abuso Emocional; Ameaça de Abuso Físico e/ou Sexual; Número de Dificuldades; Ansiedade (HAD); Depressão (HAD); Desesperança; Apoio Social (escore total da EAS); Uso de Tabaco; Uso de Álcool; Uso de Maconha; Frequência de Álcool no Ano Passado; Dose de Álcool no Ano Passado; Suicídio de Pessoas mais Próximas; Morte de Algum Familiar por Suicídio; Tentativa de Suicídio por Algum Familiar.*

Tabela 15- Análise de regressão logística univariada (grávidas vs não-grávidas)

Variável	grávidas n (%)	não-grávida n (%)	OR	IC 95%	p
Mudança de residência últimos 3 anos	79 (72)	25 (22)	8,6	4,7-16	< 0,001
Evasão escolar	83 (75)	25 (22)	5,2	2,9-9,3	< 0,001
Eventos traumáticos >3	29 (26)	9 (8)	5,1	2,2-12,1	< 0,001
Uso de maconha	17 (15)	4 (3,6)	4,8	1,5-14,9	0,005
Dificuldades na vida >4	34 (31)	16 (14)	4,4	1,8-10,7	0,001
Escala de apoio social < 13	41 (37)	18 (16)	4,2	1,9-9,1	< 0,001
Frequência semanal de álcool no ano passado	31 (28)	9 (8)	4,2	1,7-10,3	< 0,001
Uso de tabaco	75 (68)	38 (34)	4	2,3-7,1	< 0,001
Tentativa de suicídio	22 (20)	7 (6,3)	3,6	1,5-9	0,004
Ameaça de abuso físico/sexual	24 (22)	8 (7,3)	3,5	1,5 -8,3	0,003
Anos de escolaridade < 7	31 (28)	14 (12)	3,4	1,6-7,4	0,001
Morte de pais na infância	13 (59)	5 (50)	2,9	1-01-8,5	0,049
Uso de álcool/drogas na família	83 (75)	60 (54)	2,5	1,4 -4,5	0,001
Repetência	56 (51)	33 (30)	2,4	1,4-4,2	0,001
Depressão	29 (26)	15(13,6)	2,2	1,14-4,5	0,020
Suicídio de pessoa próxima	34 (31)	19 (17)	2,1	1,13 -4	0,019
Ansiedade	48 (43)	31 (28)	1,9	1,13 -3,4	0,017

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Gravidez; (n=110 grávidas e n=110 não-grávidas). IC 95%
OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

A tabela 16 apresenta as análises de regressão logística multivariada, considerando as variáveis com $p < 0,25$ da análise univariada e usando o critério Stepwise de seleção de variáveis.

Tabela 16- Regressão logística multivariada (grávida vs não-grávida)

Variável	OR	IC 95%	P
1-Mudança de residência nos últimos 3 anos	6,4	3,2-12,9	< 0,001
2-Uso de tabaco	2,9	1,5-5,7	0,001
3-Suicídio de pessoas próximas	2,5	1,1-5,7	0,02
4-Evasão escolar	2,1	1,09 -4,3	0,02

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Gravidez (n=107 grávida e n=107 não-grávida), ajustado para idade. IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco. Critério *Spewise* de seleção de variáveis

Os resultados da análise multivariada mostram que os fatores mais significativos para diferenciar o grupo de adolescentes grávidas do de adolescentes que nunca engravidaram (ou os fatores que melhor discriminam os grupos) foram mudança de residência (maior frequência de mudanças entre as grávidas), uso de tabaco (maior uso entre as grávidas), suicídio de pessoas mais próximas (mais freqüente entre as grávidas), e ausência da escola há mais de seis meses (mais freqüente entre as grávidas).

A tabela 17 apresenta os resultados da análise de regressão logística politômica univariada para a variável que considera simultaneamente as variáveis gravidez e tentativa de suicídio em quatro grupos: grupo “0” (não grávida, sem tentativa de suicídio; n=103); grupo “1” (grávida, sem tentativa de suicídio; n=88); grupo “2” (não-grávida, com tentativa de suicídio; n=7); grupo “3” (grávida, com tentativa de suicídio; n=22). Através da suposição de modelo de riscos proporcionais, a razão de risco produzida é igual à razão de risco para gravidez mais tentativa de suicídio.

Tabela 17- Regressão logística politômica univariada, para a variável dependente que considera simultaneamente ausência de gravidez (NG) e presença de gravidez (G), com presença e ausência de tentativa de suicídio (TS)

Variável	NG n=103	G n=88	NG+TS n=7	G+TS n=22	OR	IC 95%	p
Ameaça de abuso físico/sexual	5(5)	12(13,6)	3(43)	12(54)	8,7	4 -18,9	< 0,001
Eventos traumáticos >3	7(6,8)	17(20)	2(28)	12(54)	7,6	3,5-16,4	< 0,001
Mudança de residência últimos 3 anos	22(21)	61(70)	3(43)	18(82)	7,2	4-12,7	0,0001
Dificuldades na vida >4	13(12,6)	25(28)	3(43)	9(41)	5,3	2,3-12,5	< 0,001
Evasão escolar	32(31)	62(70)	4(57)	17(77)	4,8	2,7-8,3	< 0,001
Ideação suicida	7(6,8)	10(11,3)	3(43)	8(36)	4,3	2-9,3	< 0,001
Frequência semanal de álcool no ano passado	9(8,7)	23(26)	0	8(36)	3,6	1,6-8	0,001
Uso de tabaco	35(34)	58(66)	3(43)	17(77)	3,5	2-6	< 0,001
Tentativa de suicídio na família	7(7)	8(9)	2(28)	7(32)	3,5	1,5-7,8	0,002
Morte de pais na infância	3(3)	9(10)	2(28)	4(20)	4,4	1,7-11,3	0,001
Uso de maconha	4(4)	12(13)	0	5(22)	3,2	1,3-7,6	0,006
Ausência de pais na infância	30(29)	41(46)	5(71)	16(72)	3	1,8-5,1	< 0,001
Anos de escolaridade < 7	14(13,6)	25(28)	0	6(27,2)	2,5	1,2-5,2	0,008
Ansiedade	28(27)	33(37)	3(42,8)	15(68)	2,4	1,4-4	0,001
Escala de apoio social < 13	18(17)	35(40)	0	6(27)	2,3	1,1-4,7	0,016
Dose de álcool > 3 no ano passado (dose-padrão)	19(18)	18(20)	1(14)	9(41)	2,2	1,06-4,6	0,034
Suicídio de pessoa próxima	18(17)	24(27)	1(14)	10(45)	2,1	1,1-3,8	0,012
Uso de álcool/drogas na família	58(56)	65(74)	2(28)	18(82)	1,9	1,1-3,2	0,018
Depressão	14(13)	23(26)	1(14)	6(27)	1,8	1,01-3,5	0,045

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Gravidez+ Tentativa de suicídio (suposição de modelo de riscos proporcionais) n=220. IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

A tabela 18 apresenta os resultados da análise de regressão logística multivariada, para a variável dependente, que considera simultaneamente gravidez e tentativa de suicídio, utilizando-se o critério Stepwise de seleção de variáveis, ajustado para a idade.

Tabela 18- Regressão logística politômica multivariada para gravidez e para tentativa de suicídio

Variável	OR	IC 95%	P
1-Mudança de residência	6,3	3,4-11,6	< 0,001
2- ameaça de abuso físico/sexual	5,4	2,3-12,4	< 0,001
3-Morte dos pais na infância	4,4	1,6-12,1	0,004
4-Suicídio de pessoas próximas	2,2	1,1-4,4	0,020
5- ideação suicida	2,8	1,2-6,5	0,015
6-Uso de tabaco	1,9	1,06-3,5	0,032

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para gravidez+tentativa de suicídio (suposição de modelo de riscos proporcionais) n=220. IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Verifica-se que os fatores mais significativos para diferenciar os quatro grupos da combinação gravidez e tentativa de suicídio, ou os fatores que melhor discriminam os grupos conjuntamente, foram mudança de residência (entre as de maior risco para gravidez e tentativa de suicídio), ameaça de abuso físico/sexual (maior ocorrência entre as de maior risco), morte de um dos pais na infância (maior frequência de morte de pais na infância entre as de maior risco), suicídio de pessoas mais próximas (maior frequência entre as de maior risco), ideação suicida (maior ocorrência entre as de maior risco) e uso de tabaco alguma vez na vida (maior frequência entre o grupo de maior risco).

Devido à importância da variável ideação suicida, frente às tentativas de suicídio, o gráfico abaixo (Figura 3) tem, por finalidade, oferecer uma melhor visualização da frequência (%) dessa variável entre os grupos da análise politômica.

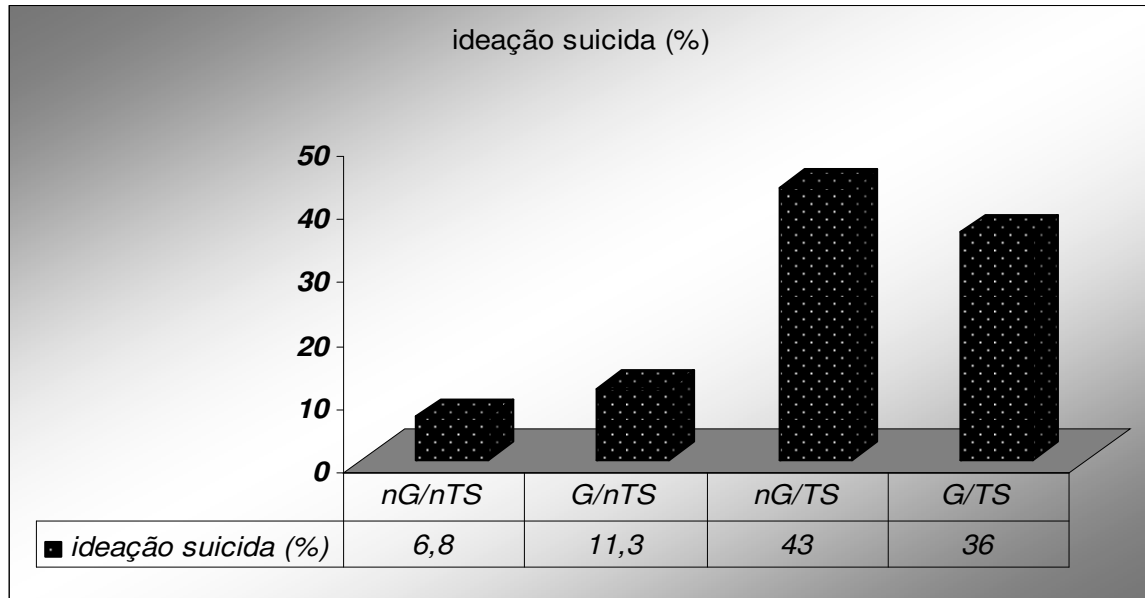


Figura 3- Frequência de ideação suicida entre os grupos de tentativa de suicídio e/ou gravidez

A variável composta estado civil não participou da análise politômica por ter apresentado efeito de sinergia, em especial a casada, com a variável ideação suicida. Entretanto ela apresentou diferença estatística significativa diante da variável dependente do modelo politômico. ($p < 0,001$, Teste Exato de Fisher) podendo ser mais bem visualizada na Figura 4.

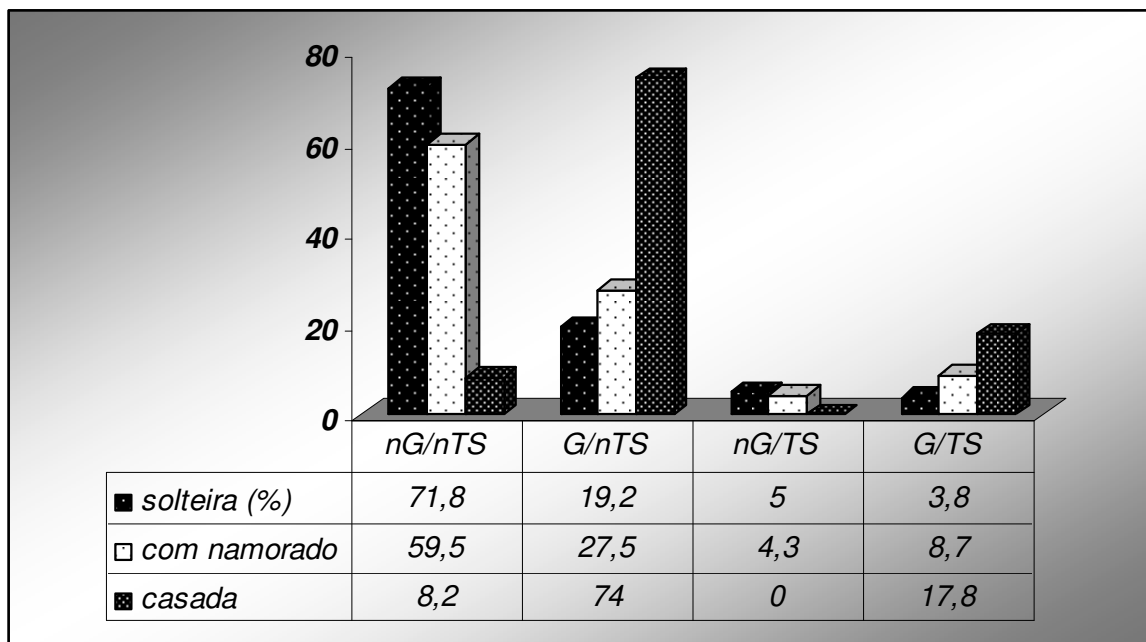


Figura 4- Frequência do estado civil entre os grupos de tentativa de suicídio e/ou gravidez

3.8- Análises de Regressão Logística para Ideação Suicida

Como as prevalências de ideação suicida entre os grupos de grávidas e adolescentes que nunca engravidaram não apresentaram diferenças significativas, todos os casos que apresentaram Ideação Suicida foram agrupados ($n= 28$) e comparados com casos sem ideação suicida ($n=192$).

A tabela 19, a seguir, apresenta os resultados da análise de regressão logística dicotômica univariada para a ideação suicida (critério BSI: Q4 e/ou Q5), a fim de se estudar o perfil das adolescentes com ideação suicida. Foram utilizadas as variáveis independentes das análises anteriores, seguidas da análise multivariada (tabela 20) usando-se as variáveis com $p<0.25$ da análise univariada, segundo o critério Stepwise.

Tabela 19- Análise de Regressão Logística Univariada para Ideação Suicida

Variável	OR	IC 95% O.R.	p-valor
Dose de álcool no ano passado >3 em dose-padrão	25	3,1 – 198	0,002
Número de Dificuldades > 4	15,1	1,9 – 121,2	0,010
Frequência de Álcool semanal no ano passado	12,5	1,4 – 106,1	0,020
HAD – Ansiedade	8,7	3,3 – 22,5	< 0,001
Desesperança	8,6	3,6 – 20,6	< 0,001
Tentativa de suicídio	6,2	2,5 – 15,5	< 0,001
HAD – Depressão	5,4	2,3 – 12,4	< 0,001
Eventos Traumáticos >3	3,7	1,3 – 10,3	0,012
Ameaça de Abuso Físico/Sexual	3,5	1,4 – 8,6	0,006
Uso de Maconha	3,2	1,1 – 9,1	0,028
Repetiu Escola	2,6	1,1 – 5,8	0,022

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Gravidez (n=28 Com Ideação Suicida e n=192 Sem Ideação);
 IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Tabela 20- Análise de Regressão Logística Multivariada para Ideação Suicida

Variável	OR	IC 95% O.R.	p-valor
1- Desesperança	4,4	1,6 – 11,9	0,004
2- HAD – Ansiedade	4,9	1,7 – 13,7	0,003
3- Tentativa de suicídio	4,6	1,6 – 13	0,004

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Gravidez (n=28 Com Ideação Suicida e n=192 Sem Ideação).
 IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

*nível de comparação / nível de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Na análise multivariada, verifica-se que os fatores mais significativos para discriminar o perfil das adolescentes com Ideação Suicida foram desesperança (maior entre as com ideação suicida), ansiedade (maior entre as com ideação suicida) e tentativa de suicídio (maior entre as com ideação suicida).

4- DISCUSSÃO

*“o novo não me choca mais sob o sol,
apenas o mesmo ovo de sempre
choca o mesmo novo”*

Paulo Leminski

O grupo de adolescentes grávidas difere do de adolescentes que nunca engravidaram em sua história de vida (Bradley et al., 2002, Gigante et al., 2004) e nos indicadores de saúde mental (Falcone et al., 2005; Mitsuhiko et al., 2006). A taxa de tentativa de suicídio encontrada entre as adolescentes grávidas (20%) é duas vezes superior às encontradas nos estudos com adolescentes escolares do sexo feminino (entre 8,3% e 12,7%) no Brasil (Anteghini et al., 2001; Carlini Cotrin et al., 2000). O presente estudo confirma a associação entre o comportamento suicida e a gravidez na adolescência (Cassorla, 1985; Wagner et al., 1995; Fergusson e Woodward, 2002; Koniak Griffin e Lesser, 1996; Lesser, 1998; Freitas, 2001; Palmore e Millar, 1996; Silverman et al., 2001), pois a prevalência da tentativa de suicídio pregressa em adolescentes grávidas foi três vezes e meia superior à do grupo-controle.

A associação entre tentativa de suicídio e gravidez na adolescência já havia sido sugerida por Cassorla (1985), mas a prevalência de comportamento suicida em adolescentes grávidas nunca havia sido levantada por meio de ferramentas da pesquisa epidemiológica no Brasil, controlando as variáveis sociodemográficas.

Apesar dos cuidados metodológicos, a população estudada não reflete o universo das adolescentes da cidade de Piracicaba. Não houve participação neste trabalho de indivíduos das classes socioeconômicas média e alta, as quais poderiam apresentar histórias com desfechos diferentes dos da população estudada, diante das possibilidades econômicas e do acesso aos profissionais de saúde. Devido à diversidade cultural do Brasil, assim como à sua extensão territorial, não podemos generalizar os dados. Os resultados deste estudo, provavelmente, são representativos da população atendida pelo SUS em Piracicaba, a qual mora em regiões periféricas recém-ocupadas, deslocadas do núcleo urbano. Os presentes resultados também não poderão ser utilizados na tentativa de

se fazerem prognósticos, tornando-se necessário um estudo longitudinal para trazerem à luz os possíveis desfechos na vida dessas adolescentes. Além disso, o delineamento transversal impede que se estabeleçam relações causais a partir das associações encontradas.

Cerca de 10% dos controles apresentou os mesmos fatores psicossociais encontrados nas adolescentes grávidas, em especial a ideação suicida, podendo ser este um viés a ser considerado na amostra.

Possivelmente, a gravidez e toda a mudança por ela promovida tenham influenciado os sintomas de depressão, sendo importantes os trabalhos que investiguem, ao longo da vida das mulheres (desde a adolescência), como essa variável se relaciona com os fatos vividos.

Algumas informações não foram devidamente aprofundadas, como a questão sobre a desesperança (uma pergunta apenas sobre esse constructo foi incluída no protocolo). Provavelmente, uma pesquisa qualitativa, com perguntas abertas sobre o conteúdo da desesperança, poderá ajudar a compreender melhor a necessidade das adolescentes. Outra variável, a mudança de residência nos últimos três anos, necessita de aprofundamento, pois apesar de mudanças terem ocorrido antes da gravidez, muitas vezes, após a descoberta da gestação, as adolescentes mudam de casa exatamente por causa da gravidez. Esse fato deverá ser mais bem explorado e estudado em sua relação com a depressão e a ansiedade nesse período, assim como sua relação com o momento da tentativa de suicídio pregressa. Algumas respostas podem ter sido omitidas, como o abuso sexual, a frequência de tabaco e álcool atualmente e a gravidez indesejada, ou então, ao contrário, outras respostas podem ter sido intensificadas, como os sintomas de depressão e de ansiedade, influenciadas pelo fato de o entrevistador ser da área da saúde.

Por conta da estratégia metodológica escolhida, como esperado, os grupos apresentaram semelhanças em alguns aspectos sociodemográficos. A média entre os grupos foi de 16 anos. A idade na menarca (12 anos) e do início da atividade sexual (14,8 anos) encontrada está de acordo com a média entre adolescentes grávidas, em torno de 12 anos (D'Oro, 1992) e 14,8 anos respectivamente (Pinto e Silva, 2001; Maia et al., 2003). Esse perfil revela ser comum a população iniciar a atividade sexual cada vez mais cedo,

o que poderá levar a uma maior taxa de fecundidade entre as adolescentes de baixa renda (Aquino et al., 2003; Duarte et al., 2006).

Quanto às condições de moradia, as adolescentes grávidas e as que nunca engravidaram foram muito parecidas, tanto quanto ao número de cômodos encontrado na casa, quanto ao número de moradores da casa. A diferença aparecia nas condições sociais dessa moradia: enquanto as que nunca engravidaram moravam com a família (80%), as grávidas viviam nos fundos da casa de algum parente, ou em um quarto alugado com o companheiro (80%). Todas as adolescentes eram dependentes financeiramente seja da família, seja de parentes e/ou do companheiro (quando grávidas), demonstrando o baixo poder socioeconômico delas. A regressão multivariada apontou que a variável mudança de residência nos últimos três anos apresentou 6,4 vezes maior probabilidade entre as grávidas. Esse cenário é muito parecido com o descrito por Almeida e Barros (2004), em Campinas, sobre as características sociodemográficas de mães adolescentes. Essas condições estariam sinalizando expressões de carência e de exclusão social, associadas ao óbito neonatal (Almeida e Barros, 2004; Duarte et al., 2006).

As adolescentes entrevistadas moram nos bolsões de pobreza, em bairros precários na periferia da cidade, distantes do lazer cultural e dos espaços de inclusão. As escolas de ensino médio ficam próximas ao centro da cidade, determinando, portanto, que as adolescentes tenham acesso ao transporte, o que constitui situação bastante onerosa para suas condições socioeconômicas. O ambiente espacial, por si só, exclui e exige, da adolescente, uma disposição interna muito grande para enfrentar tais problemas. Mas essas condições socioeconômicas adversas não seriam suficientes para explicar a alta porcentagem de adolescentes grávidas com evasão escolar (OR=2,1), baixa escolaridade e repetências, quando comparadas com adolescentes que nunca engravidaram, sob as mesmas condições. Os dados encontrados sobre a história de vida escolar das adolescentes grávidas são muito parecidos com a literatura, seja ela brasileira (Gama et al., 2002; Oliveira, 2003; Figueiró, 2002, Duarte et al., 2006; Mitsuhiro, 2006, Gigante et al., 2004), seja anglo-saxã (Bradley et al., 2002; Palmore e Millar, 1996; Fergusson et al., 1998, Silverman et al, 2001). A escola e os amigos podem ajudar a desenvolver o pensamento crítico e pessoal da adolescente, podendo ser um importante fator de proteção (Bradley et al., 2002;

Gigante et al., 2004; Anteghini et al., 2001). Alguns estudos sugerem que a evasão escolar e a baixa escolaridade promovam um estreitamento no projeto de vida das moças, contribuindo para um ambiente desestruturado e carente de informação, facilitador de uma gravidez precoce (Oliveira, 2003; Figueiró, 2002; Duarte et al., 2006). Por outro lado, os problemas escolares em adolescentes são frequentemente associados a sintomas de depressão (Fergusson e Woodward, 2002) e ao comportamento suicida (Wagner et al., 1995; Evans et al., 2004; Richardson et al., 2005). Tais problemas podem vir juntos e, somados às dificuldades impostas pela maternidade, promoveriam uma baixa qualificação profissional, dificultando, a essas adolescentes, a possibilidade de conseguir um trabalho mais bem remunerado no futuro (Gama et al., 2002; Bradley et al., 2002), perpetuando, assim, o ciclo da pobreza.

A migração nos últimos três anos (estado, cidade, bairro) foi a variável mais presente entre as adolescentes grávidas. Essa variável talvez contribua para a evasão escolar, as repetências, a baixa escolaridade e a baixa percepção do apoio social. A mudança de moradia normalmente leva a uma quebra de relacionamentos importantes para as adolescentes, mas ela também poderá ocorrer como uma forma de escape e de melhora de vida, sugerindo dificuldades no âmbito social e familiar, principalmente entre aquelas cujas famílias também são disfuncionais (Mitsuhiro, 2006; Gigante et al., 2004; Anteghini et al., 2001; Palmore e Millar, 1996). Como 50% das adolescentes queriam engravidar e mantinham um relacionamento com o companheiro, mediana de 15 meses, pode-se inferir que a mudança de residência, em decorrência da gravidez, venha a ser um projeto de vida, às vezes idealizado, visto que suas condições atuais e as conseqüências para o futuro não são levadas em conta. Para alguns autores, esse comportamento constituiria uma alternativa para melhorar o status social delas, em meio à falta de oportunidade (Oliveira, 2003). Ou então, a mudança que a gravidez promove também poderia ser uma continuação de histórias familiares (Figueiró, 2002; Gigante et al., 2004), pois algumas mães das gestantes aqui estudadas tiveram sua primeira gestação também na adolescência.

As adolescentes grávidas geralmente perderam um dos pais na infância (OR=2,9), seja por conta da morte (Pfitzner et al., 2003) ou da separação (Gigante et al., 2004). Os problemas com álcool e drogas entre familiares são frequentes na vida das

adolescentes grávidas (Figueiró, 2002). Quando não é o pai, é o padrasto, a mãe, ambos fazem uso abusivo de álcool. O mesmo parece ocorrer com o companheiro das grávidas, pois foram relatados cinco casos de morte e cinco casos de internação psiquiátrica por abuso de álcool/drogas. Essa situação pode trazer, para as famílias muito sofrimento, por conta das consequências da perda do emprego, de dificuldades financeiras e de brigas entre familiares (Oliveira, 2003, Anteghini et al., 2001; Silverman et al., 2001), fatores mais numerosos entre as adolescentes grávidas. Essas dificuldades na vida, mais a migração, talvez possam aumentar a vulnerabilidade desse grupo a um maior número de eventos traumáticos (ameaça de abuso físico e/ou sexual, racismo e abuso físico).

Entre as grávidas, seis relataram ter sofrido abuso físico e duas, abuso sexual por parte do companheiro. Os casos de morte e prisão (nove ao todo), mais os relatos de abuso físico e sexual sofrido pelas adolescentes grávidas imposto por seus companheiros revela um cotidiano violento e possivelmente a repetição de histórias passadas com familiares (Cassorla, 1981). Os eventos traumáticos ocorridos dentro da família, em especial a ameaça de abuso físico e sexual e também o abuso físico, poderiam estar levando à mudança de casa, de bairro, de cidade e influenciando no aumento da frequência de dificuldades na vida das adolescentes. Eventos traumáticos, especialmente os abusos físicos e sexuais, têm sido associados à gravidez precoce (Adams e East, 1999; Blinn Pike et al., 2002, Koniak-Griffin e Lesser, 1996; Lesser, 1998; Palmore e Millar, 1996; Silverman, 2001) à presença de depressão (Serfaty et al., 1995; Logsdan, 2004; Fergusson e Woodward, 2002), e ao comportamento suicida (Evans et al., 2004; Wagner et al., 1995; Silverman et al., 2001). A frequência de abuso físico e sexual encontrada entre as adolescentes grávidas e entre as que nunca engravidaram foram menores do que a relatada por Adams (1999). Apesar das diferenças entre as culturas e dos diferentes critérios e instrumentos para aferir os vários tipos de abuso, esse estudo também encontrou uma maior frequência no grupo que engravidou na adolescência. Mas, ao comparar as frequências de abuso físico (27,2%) e de ameaça de abuso físico/sexual (21,8%) encontradas neste estudo com o realizado por Mitsuhiro (2006), em São Paulo, com o grupo de mães adolescentes (14% e 10% respectivamente), percebe-se que as taxas encontradas estão acima. O que não ocorreu com as frequências de abuso sexual, muito parecida entre os estudos (4,5% e 5%). A frequência de abuso sexual

encontrada entre as adolescentes grávidas foi muito menor do que a publicada na literatura científica internacional (Adams e East, 1999; Koniak-Griffin e Lesser, 1996; Lesser, 1998). Possivelmente, questões culturais sobre a definição de abuso sexual, a forma de coletar tal informação, sem instrumento específico, mais o fato de ser esse um assunto delicado para se revelar a um entrevistador desconhecido, tenham influenciado as respostas.

Entre as adolescentes grávidas o uso de tabaco (Gama et al., 2002, Anteghini et al., 2001) alguma vez na vida foi quatro vezes maior entre as grávidas (OR=2,9 multivariada), assim como ter experimentado maconha (Mitsururo et al., 2006; Silverman et al., 2001) (OR=4,8 univariada) e ter frequência de ingestão semanal de álcool há doze meses (OR=4,2 univariada). Esta última variável revela duas questões: a primeira, que, antes da gravidez (um ano antes da entrevista), a ingestão de álcool era semanal, e a outra, que, após a gravidez, essas moças diminuem e a maioria cessam esse comportamento. Provavelmente, a gravidez esteja promovendo, com relação ao uso e ao abuso de substâncias (tabaco, maconha e álcool), uma diminuição no consumo, devido à pressão social, ou então, porque as gestantes não falaram a verdade, deram respostas mais socialmente aceitas. Mas, como as gestantes apresentavam um padrão de comportamento, anterior à gravidez, bastante vulnerável aos transtornos do uso de álcool e de drogas, não sabemos se o atual padrão irá persistir após a gravidez.

Outra questão a se levar em consideração é o tempo entre a ocorrência da gravidez e sua confirmação entre as adolescentes. O consumo de álcool, relatado nos últimos três meses entre as adolescentes grávidas (32%), coincide com os primeiros meses da gestação, que podem aumentar a vulnerabilidade de seus filhos apresentarem problemas de conduta (O'Connor et al., 2002). O uso abusivo de álcool e de drogas na adolescência tem sido associado, pela literatura científica, aos comportamentos impulsivos, como gravidez precoce e comportamento suicida (Anteghini et al., 2001; Evans et al., 2004; Wagner et al., 1995; Fergusson e Woodward 2002).

As adolescentes grávidas relataram uma maior frequência de suicídio de pessoas próximas (OR=2,5), parentes, amigos, vizinhos. Histórias de suicídio e de tentativas de suicídio entre pessoas próximas têm sido associadas ao comportamento suicida (Evans et al., 2004; Hawton et al., 2002) e a exposição a condições sociais adversas

(Ayton, et al. 2003). A variável suicídio de pessoas próximas, presente na análise de regressão multivariada, sugere que as adolescentes grávidas sejam um grupo mais exposto à violência, ou então, que percebem e se lembram mais de histórias de suicídio de pessoas próximas, provavelmente porque apresentam mais comportamentos suicidas do que as adolescentes que nunca engravidaram.

Esse achado pode também indicar que o meio social das adolescentes grávidas apresenta mais comportamentos suicidas, ou então, que participam de grupos sociais com mais comportamentos impulsivos. De qualquer forma, a presença dessa variável reforça a necessidade de intervenções no meio social, para a prevenção do suicídio. Apesar de as adolescentes que nunca engravidaram apresentarem condições socioeconômicas semelhantes às das grávidas, e de estarem expostas às mesmas condições adversas, apresentam fatores protetores no âmbito familiar e escolar (Anteghini et al., 2001; Silverman et al., 2001), que lhes devem proporcionar uma percepção de maior apoio social. Foram encontradas variáveis importantes, que distinguem adolescentes que nunca engravidaram de adolescentes grávidas, como a constância de moradia, os amigos na escola, a convivência com os pais, com um ou mais adultos sustentando a casa, sem problemas com o uso de álcool e de drogas por parte dos familiares, o menor número de dificuldades e de traumas relatados.

Quanto à saúde mental, as adolescentes grávidas apresentam um padrão diferente das que nunca engravidaram, com prevalência de depressão (26,3%) e de ansiedade (43,6%), aproximadamente duas vezes maior do que no grupo de adolescentes que nunca engravidaram; já a prevalência de tentativa de suicídio pregressa em adolescentes grávidas foi três vezes e meia superior. Esse resultado confirma a hipótese levantada de que adolescentes grávidas apresentariam uma maior prevalência de ansiedade, depressão e tentativa de suicídio. Estudo anterior, de Freitas e Botega (2002), encontrou uma prevalência de depressão moderada e ansiedade, 20,8% e 23,3% respectivamente, e 13,3% de tentativa de suicídio pregressa em 120 adolescentes grávidas, abaixo do encontrado no presente estudo. Provavelmente, o critério anteriormente estabelecido na seleção de “casos de ansiedade e de depressão” (por meio de três instrumentos, HAD, CIS-R e avaliação clínica), mais rígido do que o atual (somente escala HAD) tenha repercutido nos resultados, notadamente para a ansiedade.

A frequência encontrada para depressão nas adolescentes grávidas foi um pouco acima de outro estudo brasileiro, realizado por Falcone et al. (2005) que encontraram 21,9% para adolescentes grávidas e semelhante prevalência entre as gestantes com mais de 20 anos (19,7%). A frequência encontrada neste estudo para depressão está abaixo apenas da encontrada por Teixeira et al.(1998) em gestantes de baixa renda (35%). Mas está acima da frequência detectada por Lovisi et al.(2005) entre gestantes de baixa renda no RJ (19%). Falcone et al. (2005), após intervenção multiprofissional encontraram uma diminuição não significativa na frequência de depressão (12,5%), parecida com a relatada por Mitsuhiro et al. (2006) entre 1000 adolescentes grávidas (12,9%), frequência muito abaixo da deste estudo. As diferentes prevalências encontradas na literatura podem ser explicadas por vários motivos: primeiro, devido à utilização de instrumentos e de critérios para depressão diversos; segundo, pelo fato de alguns pesquisadores não separarem, do grupo de grávidas acima de 20 anos, aquelas cuja primeira gestação ocorreu na adolescência; terceiro, porque as adolescentes grávidas deste estudo não receberam intervenções multiprofissionais, que melhoram os sintomas de depressão (Falcone et al., 2005). A prevalência de depressão nas adolescentes grávidas (26%) e nas que nunca engravidaram (13,6%) foi compatível, respectivamente, com o estudo de Serfaty et al. (1995), para depressão moderada de jovens (28%), e com o estudo de Fergusson e Woodward (2002) com jovens entre 14 e 16 anos (13%). Neste último estudo, os jovens com depressão nessa fase da vida apresentaram um risco maior de desenvolver depressão maior, dependência de tabaco e de álcool, menor qualificação educacional, desemprego, tentativa de suicídio, e de se tornarem pais na idade entre 16 e 21 anos, independente do gênero.

Quanto à ansiedade, não foram encontrados estudos brasileiros com adolescentes grávidas que utilizaram os mesmos instrumento e critério para aferir a variável. Mas várias pesquisas mensuraram constructos parecidos entre gestantes: Falcone et al. (2005) mensurou transtornos afetivos em adolescentes grávidas; Mitsuhiro (2006), transtornos psiquiátricos em adolescentes grávidas; Pinheiro et al. (2005), problemas emocionais entre gestantes; Randó et al. (2003) e Sabroza et al. (2004), distresse em adolescentes grávidas. Todos os autores encontraram associação desses diferentes conceitos com baixo poder socioeconômico, evasão escolar e gestante

adolescente, com exceção de Pinheiro et al. (2005), que não analisou a idade da grávida na sua primeira gestação. Os transtornos psiquiátricos para Mitsuhiro et al. (2006) e os emocionais para Pinheiro et al. (2005) associaram-se com o abuso de substâncias. Para Rando (2004), o distresse estava associado ao baixo peso ao nascer e à prematuridade; já e para Sabroza et al. (2004), essa variável associou-se à baixa expectativa com o futuro e ao menor apoio familiar. Para Mitsuhiro (2006), a depressão, o abuso físico durante a gestação e o abuso sexual estiveram associado ao baixo peso ao nascer. As variáveis, evasão escolar, abuso de substâncias, baixo apoio social, assim como ansiedade e depressão entre as adolescentes grávidas de baixo poder socioeconômico foram significativamente mais frequentes neste grupo do que no de adolescentes que nunca engravidaram. A co-morbidade de transtornos de ansiedade em adolescentes agrava os sintomas de depressão, aumentando o risco de tentativa de suicídio (Ghaziuddin et al., 2000), também mais encontrado entre as adolescentes grávidas.

A prevalência de ideação suicida, na semana anterior à entrevista, não foi estatisticamente diferente entre os grupos ($p=0,10$), refutando a hipótese levantada para essa variável. Mas apresentou uma frequência maior entre as adolescentes grávidas (16,3% vs 9%). Comparando-a com a prevalência de ideação suicida na última semana (36,9%), encontrada em adolescentes no Brasil por Werlang et al (2004), e com a prevalência de estudos anglo-saxões (30,7%) relatados na revisão realizada por Evans et al. (2005), as encontradas por este estudo são muito menores por conta do critério mais rígido, utilizado para definir ideação suicida. Mas comparando-se a prevalência de Ideação suicida com o estudo anterior, realizado por Freitas e Botega (2002), cuja prevalência foi de 16,7% em 120 adolescentes grávidas, utilizando o mesmo critério diagnóstico, encontramos uma grande semelhança. Gonzalez Fortaleza et al. (1998) também encontraram taxas parecidas às deste estudo (11,8%), devido ao fato de ter utilizado um protocolo parecido entre adolescentes escolares do gênero feminino. O mesmo ocorreu com o estudo de Duarte et al. (2002) que detectaram prevalência de 9,5% de ideação entre 42 adolescentes de uma comunidade de São Paulo. A literatura científica (Baldry e Winkel, 2003; Ayton et al., 2003; Evans et al., 2004; Zahk e Hawton et al, 2002) apresenta a variável ideação suicida em adolescentes associada à exposição à violência e à tentativa de suicídio. Como a população estudada vem de bairros

periféricos, com baixo poder econômico, e enfrenta muitas dificuldades e violência, pode-se compreender a pouca diferença entre os grupos, já que todas as adolescentes, grávidas e não grávidas, estão expostas às mesmas condições.

As análises realizadas, seja através da regressão logística, comparando todas as adolescentes com ideação suicida, seja através da regressão politômica, sugerem importantes relações. Primeiro que ideação suicida está fortemente associada à desesperança, à ansiedade e à tentativa de suicídio (Brent, 1989; Beck et al., 1997; Wasserman D 2001). Para Thompson et al. (2005), a desesperança, e não a depressão tem efeitos diretos sobre o comportamento suicida entre os adolescentes do gênero feminino, com risco de evasão escolar. Esse efeito direto entre desesperança e comportamento suicida (ideação e tentativa de suicídio) poderia explicar o porquê de a desesperança aparecer na análise multivariada, assim como a tentativa de suicídio pregressa, e o mesmo não ocorrer com a depressão. As variáveis da análise univariada, como o consumo elevado e freqüente de álcool no ano anterior, um maior número de dificuldades na vida e traumas, depressão e evasão escolar, demonstram a vulnerabilidade desse grupo aos comportamentos de risco e, por conseqüência, a necessidade de agir sobre essas mesmas variáveis associadas ao comportamento suicida e à gravidez precoce.

A segunda questão a refletir é que, apesar de a ideação suicida ter sido superior entre todas as adolescentes com tentativa de suicídio (aparecendo na análise multivariada politômica), sua frequência foi um pouco menor entre as grávidas com tentativa de suicídio do que entre as adolescentes que nunca engravidaram e que tentaram se matar. Palmore e Millar (1996) encontraram, entre adolescentes grávidas que desejaram prosseguir a gestação, a presença de violência familiar, de abusos, a busca ativa para engravidar, a tentativa de suicídio pregressa e a ideação suicida. Os resultados encontrados por Palmore e Millar (1996), Thompson et al. (2005), e por este estudo sugerem que adolescentes grávidas com tentativa de suicídio em sua história poderiam “driblar” a desesperança por meio da gestação, apresentando uma menor frequência de ideação suicida do que as adolescentes que nunca engravidaram e que tentaram se matar. Essa situação de um possível efeito protetor, obtido pela gravidez (Wagner et al., 1998) é tão transitória quanto esta, com uma forte tendência à recorrência dos fatores psicossociais acima

mencionados, podendo ocorrer, novamente, uma tentativa de suicídio (Lesser, 1998, Koniak-Griffin e Lesser, 1996) ou uma nova gestação (Pfister, 2003)

A presença de ideação suicida entre as adolescentes desvela um grande sofrimento psicossocial, conforme as associações encontradas através da análise de regressão logística uni e multivariada, o que é corroborado pela literatura. (Fergusson e Woodward, 2002; Feijó, 1999). Adolescentes em situação de risco, com um grande número de dificuldades estressoras, tendem a utilizar pensamentos para escapar do sofrimento vivido, expressam ansiedade e apresentam poucas esperanças. Os comportamentos impulsivos tornam-se freqüentes, podendo acarretar tentativas de suicídio e gravidez, que também pode ser uma alternativa para escapar da violência, obter apoio social e ter esperança. A possibilidade de a gravidez ocorrer no grupo de adolescentes que nunca engravidaram com ideação suicida promoveria uma mudança de grupo neste estudo. Para tanto, pesquisas deverão ocorrer, usando métodos longitudinais com adolescentes que nunca engravidaram e que apresentam ideação suicida.

Uma outra questão a destacar-se sobre a variável ideação suicida é que, apesar de não haver diferença significativa quando aos por estados civis (solteira, solteira com namorado, casada), as solteiras sem namorado têm maior freqüência (16,5%) do que as casadas (11%). Freitas e Botega (2002) encontraram associação significativa entre ideação suicida e estado civil solteira, entre 120 adolescentes grávidas, com o mesmo instrumento, em um estudo anterior. No atual estudo, não foram comparadas adolescentes grávidas com e sem ideação suicida, separadamente, com estado civil, e sim todas as adolescentes com e sem ideação suicida e estado civil. Com esse procedimento, a associação não apareceu de forma significativa.

O mesmo ocorreu com o baixo apoio social, que não apareceu associado à ideação suicida na análise univariada, refutando a hipótese de estas variáveis estarem correlacionadas. Essa questão pode ser explicada por meio dos resultados da análise de regressão logística politômica, que considerou, como variável dependente, quatro grupos conjuntamente, com base na presença e na ausência de gravidez e de tentativa de suicídio. O grupo de adolescentes que nunca engravidaram que tentaram o suicídio apresentou freqüência zero de baixo apoio social, ficando esta variável fora da análise de regressão

logística para ideação suicida, apesar da presença de tentativa de suicídio pregressa. Uma outra explicação seria o reduzido número de adolescentes que nunca engravidaram que tentaram o suicídio com ideação suicida ($n=3$), impossibilitando análises com maior força estatística e podendo levar a erro do tipo II. Mas, o fato de as adolescentes que nunca engravidaram e que tentaram o suicídio apresentarem uma percepção de apoio social melhor do que as grávidas com e sem tentativa de suicídio pode também sugerir que as primeiras, ou conseguiram modificar os relacionamentos interpessoais após a tentativa de suicídio, adquirindo apoio social, ou esta variável está sendo influenciada por alguma outra, como a participação na vida escolar e por algum outro tipo de inserção social, como o trabalho. Entretanto, a alta frequência de baixo apoio social entre todas as adolescentes grávidas pode ser resultado das diferenças na história de vida e de saúde mental bastante significativa neste grupo.

O instrumento utilizado para avaliar o apoio social apresenta várias seções; em uma delas, o sujeito responde se alguém necessita da ajuda dele. Nessa seção em especial, as adolescentes grávidas respondiam que ninguém precisava dela ‘por enquanto’. As adolescentes que nunca engravidaram sempre tinham alguém, um amigo, a família, precisando dela. Pode-se pensar que o apoio social, sendo uma variável complexa, não reflete apenas o apoio recebido, mas o apoio solicitado pelos outros e o realizado para essas pessoas, ou seja, a estima que a pessoa apresenta em seu grupo social para resolver problemas, possivelmente também a sua competência social. Nesse aspecto, as grávidas apresentaram os menores escores, quando comparadas às que nunca engravidaram, os quais poderiam ser explicados pela presença de depressão duas vezes maior entre as adolescentes grávidas, que promove uma pior percepção da rede de apoio social (Fleck et al., 2002); pelo fato de muitas grávidas, devido à migração, estarem em ambiente novo e, por conseguinte, não se sentirem incluídas nas relações do novo grupo social; a evasão escolar e também os eventos traumáticos que, somados à depressão, se tornam refratários à ação do apoio social. (Osborne e Rhodes, 2001).

Interessantemente, as adolescentes grávidas com tentativa de suicídio apresentaram baixas frequências de menor apoio social (27%) e uma maior prevalência de ideação suicida (36%), quando comparadas às grávidas sem tentativa de suicídio (40% e 11,3%). Isso significa que, a presença de tentativa de suicídio pregressa,

relacionada à gravidez inverte a relação entre apoio social e ideação suicida nas adolescentes grávidas. Várias explicações podem ser pensadas. Primeiro, o apoio social recebido na família (maioria casada), nos serviços de saúde e o status social adquirido com a gestação podem estar influenciando mais a percepção de melhor apoio social entre as grávidas com tentativa de suicídio, devido às histórias de vida prévias com dificuldades, traumas e carências de apoio familiar. Segundo, que o grupo de grávidas sem tentativa de suicídio apresentaria uma melhor percepção da realidade, das mudanças e das perdas sociais atuais (amigos, festas, trabalho) do que as grávidas com tentativa de suicídio. Esse aspecto, o pensar e expressar, poderiam estar mais presentes nas grávidas sem tentativa de suicídio, possibilitando a estas descobrir alternativas para os problemas na vida, sem considerar o suicídio. A frequência de ideação suicida (11%) muito mais baixa nesse grupo, do que nas grávidas com tentativa de suicídio (36%) ajuda na construção dessa hipótese. Para Foster e Wu (2002), a ideação suicida seria uma variável que revelaria grupos de risco, uma luz sempre acesa, indicando o comportamento suicida pregresso ou possível, um fator de risco fixo, ou seja, que não pode ser modificado, podendo explicar por que o apoio social atual, entre as grávidas com tentativa de suicídio, não seria suficiente para diminuir substancialmente a ideação suicida.

De qualquer forma, a presença de ideação suicida, juntamente com morte de um dos pais na infância, revelados na análise de regressão logística politômica, demonstram ser sinalizadores importantes para diagnosticar o grupo de maior risco de gravidez de tentativa de suicídio simultaneamente. Esse grupo apresenta um maior número de condições adversas sejam elas sociodemográficas, ambientais, sejam de saúde mental, do que os outros grupos. A literatura científica encontrou, entre adolescentes que repetiram a gestação ainda nessa fase da vida, associação com a morte de um dos pais na infância (Persona et al., 2004) e relatos de tentativa de suicídio, de doença psiquiátrica, de problemas no começo da gestação e de relacionamento estável com o pai do bebê (Pfitzner et al., 2003). Essas relações deverão ser mais bem investigadas futuramente, por meio de estudos longitudinais.

A tentativa de suicídio pregressa e a ideação suicida imprimem uma importante heterogeneidade entre as adolescentes grávidas, que poderá influenciar nos desfechos de suas gestações, nas relações com seus filhos e em como prosseguirão vida afora.

A gestação, assim como as tentativas de suicídio, poderia ser compreendida como uma tentativa de promoção de mudança nas relações interpessoais (Palmore e Millar, 1996). Entretanto, as altas frequências de ansiedade, de depressão e a tentativa de suicídio encontrada entre as adolescentes grávidas, associadas ao abuso de substâncias (Mitsuhiro et al., 2006; Pinheiro et al. 2005), a violência (Mitsuhiro, 2006; Lovisi et al., 2005), a baixa condição socioeconômica (Falcone, et al. 2005, Lovisi et al, 2005), também associada, nessas condições, ao óbito neonatal, ao baixo peso ao nascer (Gama et al., 2002; Duarte et al., 2006; Mitsuriro, 2006), à prematuridade (Randó et al., 2003), quando há um menor número de consultas no pré-natal (Gama et al., 2002), e à mortalidade no primeiro ano de vida de seus bebês, devido à falta de habilidade e de maturidade (Viçosa, 1997; Peres Ramos e Maia, 2002; Markovitz et al., 2005; Logsdon, 2004), podem promover mais agravos do que “soluções”. Esse cenário associado às adolescentes grávidas necessita de que os serviços de saúde ampliem suas intervenções nesse grupo, devendo haver um enfoque individual, familiar e social durante o pré-natal e nos primeiros anos de vida de seus filhos.

A associação encontrada com o comportamento suicida no grupo estudado sugere que as adolescentes grávidas com precárias condições socioeconômicas conformam um grupo de risco que necessita de programas para a prevenção ao suicídio. O momento do pré-natal é uma excelente oportunidade para se diagnosticarem os casos de tentativa pregressa de suicídio e para iniciar estratégias de prevenção do suicídio entre adolescentes. Podemos enumerar várias razões: primeiro, porque a busca de assistência pré-natal se tornou uma prática cultural entre as gestantes brasileiras; segundo, porque todos os casos de tentativa de suicídio ocorreram antes da gravidez e apenas um terço recebeu assistência no momento do fato ocorrido; terceiro, a tentativa pregressa de suicídio é um importante fator de risco para uma nova tentativa (Evans et al., 2004; Koniak Griffin e Lesser, 1996; Lesser, 1998; Zahl e Hawton et al, 2003). A ampliação do atendimento em saúde para as gestantes, enfocando aspectos psicossociais, é necessária e essencial como estratégia de prevenção ao comportamento suicida em adolescentes do gênero feminino no Brasil.

Diante dos resultados acima discutidos, surgem algumas demandas que poderiam ser temas para futuras pesquisas. Seria a gravidez em adolescentes uma oportunidade para “criar” a esperança, ou uma situação ocasionada por comportamentos

impulsivos diante de eventos estressores e do abuso de álcool? Diante dos mesmos fatores de risco para o suicídio a que todas as grávidas estão expostas, qual a probabilidade de tentar o suicídio após a gravidez, ou de repetir a gravidez ainda nessa fase da vida? Haveria diferentes desfechos na gestação de grávidas com e sem tentativa de suicídio? As grávidas com tentativa de suicídio apresentariam pior habilidade para com seus filhos? Haveria diferença entre os filhos de grávidas com e sem tentativa de suicídio, quanto ao desenvolvimento, ao número de problemas de comportamento e à mortalidade infantil, como sugerem os estudos anglo-saxões? Pesquisas qualitativas, enfocando a desesperança, a ideação suicida e sua relação com a gravidez indesejada poderiam ser realizadas, assim como estudos quantitativos, de preferência longitudinais, para investigar os desfechos das gestações, juntamente com pesquisas que promovam intervenções, como o de Falcone et al. (2005). Seria interessante que as pesquisas com gestantes separassem aquelas cuja primeira gestação ocorreu na adolescência, devido ao fato de apresentarem fatores psicossociais associados à saúde mental, e, em especial, ao comportamento suicida, cuja prevalência também deverá ser investigada em outras regiões do Brasil e nos diferentes substratos sociais. As pesquisas sobre depressão, ansiedade e tentativa de suicídio, em adolescentes do gênero feminino, deverão fazer perguntas sobre a gravidez, devido ao fato de essa variável ter apresentado, neste estudo, associação com tais eventos psiquiátricos.

5- CONCLUSÃO

- 1- As adolescentes grávidas têm maior frequência dos indicadores de sofrimento mental. A prevalência de depressão e de ansiedade foi aproximadamente duas vezes maior do que as adolescentes que nunca engravidaram. A taxa de tentativa de suicídio encontrada entre as adolescentes grávidas foi três vezes e meia superior à do grupo-controle, e duas vezes superior às taxas encontradas nos estudos com adolescentes escolares do sexo feminino no Brasil;
- 2- As adolescentes grávidas têm um perfil psicossocial que as diferencia das adolescentes que nunca engravidaram. Suas histórias de vida são permeadas por mudança de residência nos últimos 3 anos, problemas escolares, em especial a evasão escolar, abuso de substâncias antes da gravidez, em especial o tabaco, eventos de vida graves, como ausência de um dos pais, abuso de substância por familiares e maior exposição à violência, como o suicídio de pessoas conhecidas;
- 3- A prevalência de ideação suicida, na última semana, não foi estatisticamente diferente entre os grupos. A ideação suicida ocorreu em adolescentes com um grande sofrimento psicossocial, estando fortemente associada à desesperança, à ansiedade e à tentativa de suicídio. Não houve associação significativa com o estado civil (solteira, solteira com namorado, casada), mas as solteiras sem namorado apresentaram maior frequência do que as casadas. O mesmo ocorreu com o baixo apoio social, que não apareceu associado à ideação suicida, refutando a hipótese de estas variáveis estarem correlacionadas;
- 4- A presença de ideação suicida, juntamente com a morte de um dos pais na infância, são importantes sinalizadores para diagnosticar o grupo de maior risco de gravidez e de tentativa de suicídio simultaneamente;
- 5- A associação encontrada com o comportamento suicida delimita um subgrupo entre as adolescentes grávidas, em torno de um quinto, demonstrando ser esse um grupo heterogêneo. O momento do pré-natal é uma excelente oportunidade para iniciar estratégias de prevenção ao comportamento suicida em adolescentes do gênero feminino no Brasil.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury A, Knobel M. Adolescência Normal. 8.ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 1989. p.92.

Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan P. Dating violence among a nationally representative sample of adolescent girls and boys: associations with behavioral and mental health. *J Gend Specif Med* 2003; 6(3):39-48.

Adams JA, East PL. Past physical abuse is significantly correlated with pregnancy as an adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999;12(3):133-8.

Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ* 2002; 325: 75-7.

Aguirre, AMB. Aspectos psicodinâmicos de adolescentes grávidas [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1995.

Almeira SDM, Barros MBA. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(1):22-35.

Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(1):148-54.

Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, Blum RW. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among brazilian adolescents in Santos, Brazil. *J Adolesc Health* 2001; 28:295-302.

Apter A. Adolescent suicide and attempted suicide. In: Wasserman D, org. *Suicide - an unnecessary death*. London: Martin Dunitz; 2001. p. 181- 93

Aquino EM, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(2):377-88.

Ariès PH. *A história social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC;1981.

- Ayton A, Rasool H, Cottrell D. Deliberate self-harm in children and adolescents: association with social deprivation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12(6):303-7.
- Baldry AC, Winkel FW. Direct and vicarious victimization at school and at home as risk factors for suicidal cognition among Italian adolescents. *J Adolesc* 2003; 26(6):703-16.
- Barnet B, Joffe A, Duggan, AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatric Adolescent Med* 1996; 150(1): 64-9.
- Barros MBA, Oliveira HB, Marin-León L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang BG, Botega NJ, org. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.45.
- Bayatpour M, Wells RD, Holford S. Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *J Adolesc Health* 1992; 13(2):128-32.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. 316p.
- Beck AT, Steer RA. *Beck scale for suicide Ideation: Manual*. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
- Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 32(2): 139-245.
- Bertolote JM, Fleischmann A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: Werlang BG e Botega NJ, org. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.p.38.
- Bille-Brahe U, Egerbo H, Crepet P, De Leo D, Hjelmeland H, Kerkhof A, et al. Social support among European suicide attempters. *Archives of Suicide Research* 1999; 5:215-31.
- Blinn Pike L, Berger T, Dixon D, Kuschel D, Kaplan M. Is there a causal link between maltreatment and adolescent pregnancy? A literature review. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34(2):68-75.

Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(12):1287-93.

Botega NJ. Suicídio e tentativa de suicídio. In: Almeida OP, DRATCU L, Laranjeira R, org. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995a. p.221-7.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WAB. Validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiq* 1998 47(6):285-9.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica* 1995b; 29(5):355-63.

Botega NJ, Rapeli CB, Freitas GVS. Perspectiva psiquiátrica. In: Werlang BG e Botega NJ, org. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.51.

Bradley T, Cupples ME, Irvine H. A case control study of a deprivation triangle: teenage motherhood, poor educational achievement and unemployment.. *Int J Adolesc Med Health* 2002;14(2):117-23.

Brent DA. Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. *Pediatr Rev* 1989; 10(9):269-75.

Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(6):581-88.

Brent DA, Kolko DJ. The assesment and treatment of children and adolescents at risk of suicide. In: Blumental SJ, Kupfer DJ. *Suicide over the life cycle*. Whashington, D.C: APA Press; 1990. p.253 –302.

Bruner J. *Realidade mental, mundos possíveis*. Porto Alegre: Artmed:1997. cap. 10.

Burrows AR, Rosales R, Maria E, Díaz M, Muzzol S. Riesco de embarazo temprano: construcción y validación de un instrumento predictor. *Rev Med Chil* 1994; 122: 713-20.

Cais CF. Tentativa de suicídio recorrente. [Tese - Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Camillo CEN. Da capacidade para o casamento. In: Camillo CEN, Talavera GM, Fujita JS, Scavone Jr LA., org. *Comentários ao Código Civil artigo por artigo*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2006. p.1097-100.

Caplan G. The psychology of pregnancy, and the origins of mother-child relationships. Nova York: Crune & Stratton; 1961. cap. 3.

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. Saúde Pública* 2000; 34(6): 636-45.

Cassorla RMS. Jovens que Tentam Suicídio [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1981.

Cassorla RMS. Características das famílias de jovens que tentaram suicídio em Campinas, Brasil: um estudo comparativo com jovens normais psiquiátricos. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1984; 30(2):125-34.

Cassorla RMS. Jovens que tentam suicídio: relacionamento social, gravidez e abortamentos: um estudo comparativo com jovens normais e jovens com problemas mentais (III). *J Bras Psiquiatr* 1985; 34(3): 151-6.

Cassorla RMS. Comportamentos suicidas na Infância e Adolescência. *J Bras Psiquiatr* 1987; 36(3): 137-44.

Cassorla RMS. Simbiose na adolescência: implicações clínicas. In: Maakaroun MF. *Tratado de Adolescência*. São Paulo: Cultura Médica; 1991. p.515-23.

Charpie-Duprit M. La contraception a l'heure des maladies sexuellement transmissibles. *Rev Med Suisse Romande* 1991; 111: 33.

Conover WJ. Practical nonparametric statistics. New York:John Wiley & Sons;1971.

Cunha, JA. Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Dadoorian D. A gravidez e o desejo na adolescência. *Femina* 2002; 30(2):133-35.

Da Silva VA, Moraes Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998; 31(6): 799-804.

Datasus: disponível em: URL:<http://www.saude.gov.br>. [acesso em 20 de fev de 2005].

Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, Thouin A. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155(4):293-301

Dole N, Savitz DA, Hertz Picciotto I, Siega Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003; 157(1):14-24.

Domingues Jr JS. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Schor N, Motta MSFT, Branco VC, org. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento Vol I*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 1999. p. 223-9.

D'oro AC. Gravidez na adolescência: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde da cidade de São Carlos. [Tese - Mestrado]. São Carlos (SP): Universidade Estadual de São Paulo;1992.

Dos Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1):15-23.

Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. Adolescent pregnancy and social exclusion: analysis of intra-urban disparities. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(4):236-43.

Duarte CS, Bordin IAS, de Paula MCS, Hoven CW. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratório de prevalência y factores de riesgo. *Psiquiatria y Salud Integral* 2002; 2(4):32-7.

Erikson EH. *Infância e sociedade*. 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1976. 404p

Escrivá VM. *La Depressión en Población Adolescente Valenciana: Un Estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia*. Valencia, España, IVESP, 1992.

Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based. *Clin Psychol Rev* 2004;24(8):957-79.

Evans E; Hawton K; Rodham K; Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2005;35(3):239-50.

Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública* 2005;39(4):612-8

Feijó RB, Raupp APG, John AB. Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. *J Bras Psiquiatr* 1999; 48(4):151-57.

Feijó RB, Salazar CC, Bozko MP, Candiago RH, Ávila S, et al. O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45(11):657-64.

Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:721-27.

Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:225-231.

Figueiró AC. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2002;2(3):291-302.

Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: Jonhs Wiley & Sons, 2 ed, 1981.

Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. saúde pública* 2002;36(4):431-8.

Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega NJ, Phillips M, Sisask M, Vijayakumar L, Malakouti K, Schlebusch L, De Silva D, Nguyen VT, Wasserman D. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low-and middle-income countries. *Psychol Med* 2005;35:1467-74.

Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry* 2001;179(3):210 - 17.

Foster P, Wu L. Assessment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting. In: Allen MH. *Emergency psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2002. p.75-113.

Freitas GVS. Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas. [Tese – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Freitas GVS, Botega NJ. Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas. *Rev Assoc Méd Bras* 2002; 48(3): 183-201.

Freud S (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.7.

Freud S (1914). Sobre o narcicismo: uma introdução. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro:Imago, 1996. v.14.

Freud S (1917). Luto e Melancolia. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro:Imago, 1996. v.14.

Freud S (1917). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXI. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro:Imago, 1996. v.16.

Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002;18(1):153-61.

Gaspari VPP, Botega NJ. Social support and suicide attempt. *J Bras Psiquiatria* 2002; 51(4): 233-240.

Ghaziuddin N, King CA, Naylor MW, Ghaziuddin M. Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depress Anxiety* 2000; 11(3):134-8.

Gigante DP, Victora CG, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(1):1-10.

González Forteza C, Berenzon Gorn S, Tello Granados AM, Fácio Flores D, Medina Mora MEI. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mex* 1998; 40(5):430-7.

Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(7):868-75.

Harrington R. Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *Br Med Bull* 2001; 57:47-60.

Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33(4):353-64.

Hawton K, Haw C, Houston K, Townsend E. Family history of suicidal behaviour: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(5):387-93.

Hawton H, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 2003;182:537-42.

Heilborn ML. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: Vieira MV, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A, org. *Seminário Gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998.

IBGE. disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>. [acesso em 20 de fev de 2005].

Jaar E, Gómez A, Orellana G, Núñez C, Montino O, Lolas F. Attempted suicide in females: a prospective study. *Rev Med Chil* 1998;126(8), 924-9.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.1039-45.

Koniak-Griffin D, Lesser J. The impact of childhood maltreatment on young mothers' violent behavior toward themselves and others. *J Pediatr Nurs* 1996; 11(5):300-8.

Koniak-Griffin D, Walker DS, Traversay J. Predictors of depression symptoms in pregnant adolescents. *J Perinatol* 1996; 16(1):69-76.

Kovacs MJ. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.p.243.

Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95(4):487-90.

Lesser J. Childhood Abuse, Depression, and Maternal Role Attainment in Adolescent Mothers. *J Adolesc Health* 1998; 22(2)137.

Levisky DL. *Adolescência, reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998. p.316.

Logsdon MC. Depression in adolescent girls: screening and treatment strategies for primary care providers. *J Am Med Womens Assoc* 2004; 59(2):101-6.

Logsdon MC, Gennaro S. Bioecological model for guiding social support research and interventions with pregnant adolescents. *Issues Ment Health Nurs* 2005 ;26(3):327-39.

Lovisi GM, Lopes JRRA, Coutinho ESF. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine* 2005; 35:1485-92.

Macedo MMK, Azevedo BH, Castan JU. Adolescência e psicanálise. In: Macedo MMK, org. Adolescência e psicanálise: intersecções possíveis. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p.13-64.

Maia FFR, Andrade CG, Maakaroun MF. Anticoncepção na primeira relação sexual como fator de risco para a gravidez em adolescentes. Rev méd Minas Gerais 2003;13(1):4-8.

Marcelli D, Braconnier A. Manual de Psicopatologia do Adolescente. Porto Alegre: Artes Médicas;1989.p.429.

Marcondes Filho W, Mezzaroba L, Turini CA, Koike A, Motomatsu Jr A, Shibayama EEM, et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. Adolesc. Latinoam 2002;3(2):0-0.

Markovitz BP, Cook R, Flick LH, Leet TL. Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths? BMC Public Health. 2005; 5: 79.

Margaret M. Sexo e temperamento. Coleção debates: antropologia. São Paulo: Perspectiva;1969.

Medrado B, Lyra J. A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: Uma abordagem geracional e de gênero. In: Schor N, Motta MSFT, Branco VC, org. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 1999.p 230-48.

Mioto, RCT. Famílias de Jovens que Tentam Suicídio. [Tese – Doutorado]. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas;1994.

Motta ML. Influência da idade materna e da idade ginecológica sobre os resultados maternos e neonatais da gravidez na adolescência. [Tese – Doutorado]. Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas;1993.

Mitsuhiro SS. Gravidez na adolescência: uso de cocaína e maconha no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2006.

Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(2):122-5.

Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: Components and Instruments. Geneva: WHO (WHO/MSD/MBD/00.12), 2000.

Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiop Med J* 1998; 36(3):167-74.

Nicholi, AM. The Adolescent. *The New Harvard Guide to Psychiatry*, 1989.

O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26(3):236-52.

O'Connor TG, Heron J, Golding J. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural / emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002;180:502-8.

Oliveira NR. Gravidez e maternidade de adolescentes de periferias sociais e urbana: reflexões à luz da Psicologia Ambiental. Relatório de pesquisa: 00/05771-5. São Paulo: FAPESP, 2002.

Oliveira NR. Perfis de grávidas e mães adolescentes: estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-24052004-152547/> Relatório de pesquisa: 00/05771-5. São Paulo: FAPESP, 2003:57.

Osborne LN, Rhodes JE. The role of life stress and social support in the adjustment of sexually victimized pregnant and parenting minority adolescents. *Am J Community Psychol*. 2001 Dec;29(6):833-49.

Osório, J. *Adolescer: estudos revisados sobre adolescência*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

Palmore S, Millar K. Some common characteristics of pregnant teen who choose childbirth. J Sch Nurs. 1996;12(3):19-22.

Pantoja AL. "Ser alguém na vida": uma análise socio-anthropologica da gravidez e maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad Saúde Pública 2003;19 Suppl 2:S335-43.

Paula DB. Gravidez na adolescência: estratégias de inserção no mundo adulto [Tese– Mestrado]. São Paulo(SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo;1992.

Peres Ramos AMQ, Maia EMC. Fortalecimento do apego entre a mãe adolescente e seu bebê. In: Angerami Camon V, org. Novos rumos na psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002. p.95-120.

Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Profile of adolescents with repeated pregnancies attended at a prenatal clinic. Rev Latino-Am Enfermagem 2004; 12(5):745-50.

Piaget. J. Seis estudos de psicologia. Rio de Janeiro: Ed Forence Universitária;1980.

Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública 2005; 39(4):593-8.

Pinto e Silva JL. Contribuição ao estudo da Gravidez na Adolescência. [Tese – Doutorado] Campinas(SP): Universidade Estadual de Campinas;1982

Pinto e Silva JL. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: Saito MI, Silva LEV, org. Adolescência prevenção e risco. São Paulo: Atheneu;2001.p. 299-305.

Pfitzner MA, Hoff C, McElligott K. Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003;16(2):77-81

Rondo PH, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MC, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. Eur J Clin Nutr 2003; 57(2):266-72.

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. [Tese – Mestrado.] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Reis AOA. O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: Avatares. [Tese – Doutorado.] São Paulo (SP): Universidade Estadual de São Paulo; 1993.

Reith DM, Whyte I, Carter G, Mcpherson M. Adolescent self-poisoning: a cohort study of subsequent suicide and premature deaths. *Crisis* 2003;24(2):79-84.

Richardson AS, Bergen HA, Martin G, Roeger L, Allison S. Perceived academic performance as an indicator of risk of attempted suicide in young adolescents *Arch Suicide Res.* 2005;9(2):163-76.

Romero MI, Maddaleno M, Silber TJ, Munist M. Salud reproductiva. In: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Ojeda ENS, org. *Manual de medicina de la adolescencia.* Washington: Publicación de la Organización Panamericana de la Salud; 1991.p.473-82.

Rubenstein JL; Halton A; Kasten L; Rubin C; Stechler G. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68(2):274-84.

Saito MI, Silva LEV, org. *Adolescência Prevenção e Risco.* São Paulo: Editora Atheneu; 2001.p. 299-305.

Sabroza AR; Leal Mdo C; Souza PR Jr; Gama SG. Some emotional repercussions of adolescent pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil (1999-2001). *Cad Saude Publica* 2004; 20 Suppl 1:S130-7.

Schmidt RM, Wiemann CM, Rickert VI, Smith EO. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *J Adolesc Health* 2006 Jun;38(6):712-8.

Serfaty E, Andrade J, D'Áquila H, Masautis AE, Foglia L. Depressión grave y factores de riesco en Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1995;41(1):35-9.

Siegel E, Sidney J. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. São Paulo:Mc Graw Hill;1975.

Silverman JG; Raj A; Mucci LA; Hathaway JE. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. JAMA 2001;286(5):572-9.

Simões VMF, da Silva AAM, Bettiol H, Lamy Filho F, Toniai SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev Saúde Pública 2003;37(5):559-65.

Smith MS, Mitchell J, Mccauley EA, Calderon R. Screening for anxiety and depression in an adolescent clinic. Pediatrics 1990;85(3):262-266.

Thompson EA, Mazza JJ, Herting Jr, Randell BP, Eggert ALL. The mediating roles of anxiety, depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. Suicide Life Threat Behav 2005;35(1):14-34.

Vasquez R, Piñeros S. Psicopatologia en madres adolescentes. Pediatría (Bogotá) 1997; 32 (4): 229-38.

Vermeiren R; Ruchkin V; Leckman PE; Deboutte D; Schwab-Stone M. Exposure to violence and suicide risk in adolescents: a community study. J Abnorm Child Psychol 2002;30(5):529-37.

Versiani M; Reis R; Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. J Bras Psiquiatr 2000;10(12): 367-82.

Viçosa G. A interação mãe/bebê na maternidade precoce. In: Fichtner N, org. Transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas;1997.p.36-45.

Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. Suicide Life Threat Behav 1995; 25(3):358-72.

Wagner KD, Berenson A, Harding O, Joiner T. Attributional style and depression in pregnant teenagers. *Am J Psychiatry* 1998;155(9):1227-33.

Wallon H. *Origens do pensamento da criança*. São Paulo:Manole;1989.

Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wasserman D, org. *Suicide - an unnecessary death*. London: Martin Dunitz, 2001. p.13-27.

Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fidedignidade e validade da escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) em adolescentes. In: Werlang BG, Botega NJ, org. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed;2004. p.189-194.

WHO (World Health Organization). *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneve:WHO;1992.

WHO (World Health Organization). *Prevención del suicidio: un Unstrumento para docents y demás personal institucional*. Geneve:WHO;2001.

White D, Leach C, Sims R, Atkinson M, Cottrell D. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *Br J Psychiatry* 1999;175:452-4.

Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Deliberate self harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003;123(16):2241-5.

Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry* 2004;185:70-5.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:370-6.

7- ANEXOS

PROTOCOLO DE APLICAÇÃO

1- IDENTIFICAÇÃO DA ADOLESCENTE

Nome: _____

Endereço residencial _____

_____ Cidade _____ CEP _____ UF _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ COMERCIAL: _____

TELEFONES PARA CONTATO: _____

(Quem? _____ (Quem? _____)

ACOMPANHANTE: _____ TELEFONE: _____

Cor: () branca () parda () negra () amarela

1.1- Número do prontuário: _____

1.2- Data de nascimento (Dia / Mês / Ano): _____

1.3- Estado civil:

1- Solteiro

2- Solteiro com namorado

3- Casado ou co-habitando no mínimo 1 mês __ Dia __ Mês ____ Ano

4- Viúvo; desde quando: __ Dia __ Mês ____ Ano

5- Divorciado / separado; desde quando: __ Dia __ Mês ____ Ano

1.4- Anos de escolaridade: _____ anos.

1.5- Qual é o nível mais alto de escolaridade que a adolescente completou?

1- Nenhuma

2- Instrução primária (quatro anos do 1º grau)

3- Instrução secundária (8 anos do 1º grau)

4- 2º grau ou Técnico

5- Instrução universitária

6- Outras: _____

1.6- A adolescente frequenta a escola atualmente? 1 _ Não 2 _ Sim

1.7- Quantas vezes repetiu? _____

1.8- Quais anos? _____

1.9- Quantas vezes ficou longe da escola por mais de 6 meses? _____

1.10- Qual é a ocupação da adolescente? _____

Se estiver desempregado ou não for economicamente ativo:

Qual foi sua última ocupação? _____ (informe se o paciente
está na situação de nunca ter tido um trabalho remunerado).

1.11- Qual é a situação empregatícia da adolescente?

(Escolha apenas uma resposta, de acordo com a ocupação principal).

1- Emprego em tempo integral (incluindo autônomo)

2- Emprego de meio expediente (incluindo autônomo)

3- Empregado, mas de licença saúde

4- Trabalho temporário

5- Desempregado; **desde quando:** __ Dia __ Mês __ Ano

6- Estudante tempo integral

7- Dona de casa/ trabalhos domésticos

8- Outros, especificar _____

1.9- Profissão do responsável

2- INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

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

2.2- Você viveu maritalmente com parceiros diferentes? 1 _Não 2 _Sim;

Se sim, quantos: _____

2.3- Quantas vezes separou-se/divorciou-se? _____

2.4- Com quem você vive atualmente?

1- Morando sozinho

2- Morando sozinho com filho(s)

3- Morando com marido/esposa sem filho(s)

4- Morando com marido/esposa e os filho(s)

5- Morando com os pais

6- Morando com outros parentes/amigos

7- Outros, especificar: _____

2.5- Quantas pessoas vivem em sua casa? _____

2.6- Durante o ano passado, com quem você morou na maior parte do tempo? (Qual era sua situação mais freqüente?)

1 – Sozinho

2- Sozinho com filho(s)

3- Com marido/esposa sem filho(s)

4- Com marido/esposa e os filho(s)

5- Com os pais

6- Com outros parentes/amigos

7- Na cadeia

8- Em instituição psiquiátrica

9- Em lares/instituição

10- Outros, especificar: _____

2.8- Nos últimos 3 anos, mudou de local de residência? () não () sim

1

2

3

Local _____

Motivo _____

2.9- Qual é a denominação de sua religião? Especificar _____

2.10- Com que frequência você vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

1- uma vez por semana

2- uma vez por mês

3- 2 a 3 vezes por ano

4- aproximadamente uma vez por ano

5- quase nunca

2.11- Você se considera uma pessoa religiosa? 1 _ Não 2 _ Sim

3- HISTÓRIA GINECOLÓGICA

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

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

3.3- Você já manteve relação sexual? () sim () não

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

3.5- Quantas pessoas você já teve relações sexuais?.....

3.6- Você engravidou alguma vez? () sim () não

3.7- Aborto () sim () não

3.8- Número de aborto espontâneo ()

3.9- Número de aborto provocado ()

3.10- Quantos filhos você tem, incluindo as crianças adotadas? ____ (Não considerar natimortos).

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

4- DADOS FAMILIARES

4.1- Quantos irmãos você tem?.....

4.2- Qual é a sua ordem de nascimento na irmandade? (1^a – 2^a – 3^a)

4.3- Por quem você foi criado?.....

4.4- Seus pais estão vivos?

☐ sim ☐ não. Quando ele/ela morreram?

☐ infância ☐ adolescência ☐ último ano

4.5- Alguns de seus irmãos morreram?

☐ sim ☐ não. Quando ele/ela morreram?

☐ infância ☐ adolescência ☐ último ano

4.6- Seus pais estão separados?

☐ sim ☐ não. Quando seus pais se separaram? Ano.....

☐ infância ☐ adolescência ☐ último ano

4.7- Seus pais brigavam/brigam muito?

☐ sim ☐ não Em que período de sua vida?

☐ infância ☐ adolescência ☐ último ano

4.8- Seu pai ou sua mãe se ausentaram de casa por longo período de tempo quando você era criança?

☐ sim ☐ não. Por que?.....

4.9 – Alguém da sua família têm problemas psiquiátricos? (remédios e/ou internação)

☐ sim ☐ não Quem?.....Qual problema?.....

4.10- Alguém da sua família ficou internado em hospital psiquiátrico?

Quem?.....

☐ sim ☐ não Em que período de sua vida?

☐ infância ☐ adolescência ☐ último ano

4.11- 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

5- DADOS SOBRE O COMPANHEIRO

5.1- Idade:_____

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

5.3- Ocupação?

5.4- Seu companheiro faz uso abusivo de álcool, algum tipo de drogas ou remédios?

☐ não ☐ sim. Há quanto tempo?.....

5.5- Você se separou dele por problemas de relacionamento?

☐ não ☐ sim. Há quanto tempo?.....

5.6- Ele já bateu ou maltratou você fisicamente?

☐ não ☐ sim. Há quanto tempo?.....

5.7- Ele já foi internado em hospital psiquiátrico?

☐ não ☐ sim. Há quanto tempo?.....

5.7 Ele já forçou você a ter relação sexual?

☐ não ☐ sim. Há quanto tempo?.....

5.8 Algum de seus companheiros morreram?

☐ não ☐ sim. Há quanto tempo?.....

6- BSI

6.1-0- Tenho um desejo de viver, que é moderado a forte

1- Tenho um desejo fraco de viver.

2- Não tenho desejo de viver.

6.2-0- Não tenho desejo de morrer

1- Tenho um desejo fraco de morrer

2- Tenho um desejo de morrer, que é de moderado a forte

6.3-0- 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

6.4-0- 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

6.5-0- 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.

6.6- 0- Nunca tentei suicídio

1- Tentei suicídio uma vez

2- Tentei suicídio duas ou mais vezes

7.1- Quando foi a última? __ Dia __ Mês __ Ano

7.2- Se afirmativo, método da tentativa de suicídio usado (veja os códigos do CID-10 no item 3.5):

Número de tentativas de suicídio anteriores: **1.** **2.** **3.** **4.** **5.**

Por favor, preencha o código correspondente: __ __ __ __ __

.....
.....

7.3- Suicídio das pessoas mais próximas (pais, amigos, namorado, “modelo de identificação”):

1 __ Não (pule para 6.5) 2 __ Sim

7.3.1a- “Modelo de identificação” 1: Quem?

1- pai ou mãe

2- filho(a)

3- irmã(o)

4- esposo(a)

5- namorado(a)

6- amigo(a)

7- outro: _ _ _ _ _

7.3.1b- Método: _ _ _ _ _

7.3.1c- Tempo transcorrido desde o suicídio:_ _ _ _ _

1- menos que 1 dia

2- menos que 1 semana

3- menos que 1 mês

4- menos que 3 meses

5- menos que 12 meses

6-12 meses ou mais

6.7- (Só para quem tem TS anterior) Eu gostaria de saber como seus parentes e amigos reagiram ao que aconteceu com você na última vez em que você se auto-agrediu. Eu vou mencionar algumas reações possíveis e gostaria que você me respondesse da melhor maneira possível: se ninguém reagiu assim, se apenas uma pessoa reagiu assim, ou se mais de uma pessoa reagiu assim.

6.7.1- Eles sentiram pena de você

1 _ Ninguém 2 _ Uma pessoa 3 _ Mais de uma

6.7.2- Eles demonstraram te compreender

1 _ Ninguém 2 _ Uma pessoa 3 _ Mais de uma

6.7.3- Eles demonstraram raiva ou irritação

1 _ Ninguém 2 _ Uma pessoa 3 _ Mais de uma

6.7.4- Eles ficaram constrangidos, tentaram te evitar

1 _ Ninguém 2 _ Uma pessoa 3 _ Mais de uma

6.7.5- Eles ficaram inseguros

1 _ Ninguém 2 _ Uma pessoa 3 _ Mais de uma

6.7.6- Eles caçoaram de você

1 _ Ninguém 2 _ Uma pessoa 3 _ Mais de uma

6.7.7- Eles ignoraram o que ocorreu

1 _ Ninguém 2 _ Uma pessoa 3 _ Mais de uma

6.8- **(Só para quem tem TS anterior)** Eu gostaria, agora, de saber como você se sentiu após a última vez em que se auto-agrediu. Eu vou, novamente, mencionar alguns sentimentos possíveis. Por favor, procure se lembrar de como se sentiu na semana seguinte, depois de você se auto-agredir.

6.8.1- Você se sentiu bem? 1 _ Não 2 _ Sim

6.8.2- Você se sentiu aliviado, libertado? 1 _ Não 2 _ Sim

6.8.3- Orgulhoso, por ter conseguido fazer aquilo? 1 _ Não 2 _ Sim

6.8.4- Você sentiu pena de você próprio? 1 _ Não 2 _ Sim

6.8.5- Você se sentiu com raiva de si próprio? 1 _ Não 2 _ Sim

6.8.6- Você sentiu medo de você mesmo? 1 _ Não 2 _ Sim

6.8.7- Você se sentiu inseguro consigo mesmo? 1 _ Não 2 _ Sim

- 6.8.8- Você se sentiu envergonhado? 1 _ Não 2 _ Sim
- 6.8.9- Você se sentiu inseguro em relação aos outros? 1 _ Não 2 _ Sim
- 6.8.10- Você se sentiu sem saber o que fazer? 1 _ Não 2 _ Sim
-
-

Para todas adolescentes

6.9- Algum familiar seu (família biológica) morreu por suicídio ou tentou o suicídio?

6.9.1- Morreu por suicídio:

- 6.6.1.1- Pai ou mãe 1_Não 2_ Sim
- 6.6.1.2- Irmã(o) 1_Não 2_ Sim
- 6.6.1.3- Filho(a) 1_Não 2_ Sim
- 6.6.1.4- Avô, avó 1_Não 2_ Sim

6.9.2- Tentou o suicídio:

- 6.6.2.1- Pai ou mãe 1_Não 2_ Sim
- 6.6.2.2- Irmã(o) 1_Não 2_ Sim
- 6.6.2.3- Filho(a) 1_Não 2_ Sim
- 6.6.2.4- Avô, avó 1_Não 2_ Sim

“Algumas pessoas são afetadas por experiências traumáticas em suas vidas. Você alguma vez passou por alguma dessas experiências?”

7.1- Você já sofreu algum tipo de preconceito, perseguição, violência ou descaso por algum dos motivos citados abaixo?

- 7.1.1- Sua raça 1_ Não 2_Sim T___
- 7.1.2- Suas crenças religiosas 1_ Não 2_Sim T___
- 7.1.3- Suas posições políticas 1_ Não 2_Sim T___
- 7.1.4- Um impedimento físico ou incapacidade 1_ Não 2_Sim T___

- 7.1.5- Sua orientação sexual 1_ Não 2_Sim T____
- 7.2- Você já sofreu ameaça de abuso físico ou sexual por alguém?
1_ Não 2_Sim T____
- 7.3- Você sofreu abuso emocional? 1_ Não 2_Sim T____
- 7.4- Você já sofreu agressão tão violenta que teve de consultar um médico por isso (ou talvez tivesse que ter consultado) ? 1_ Não 2_Sim T____
- 7.5- Você foi forçado física ou psicologicamente a fazer alguma atividade sexual, não desejada, estuprada(o) ou violentada(o)? 1_ Não 2_Sim T____
- 7.6- Você foi vítima de desastres, acidentes, assaltos, sequestro que afetasse suas condições de viver como antes? 1_ Não 2_Sim T____
- 7.7- Você foi testemunha de um desastre, acidente, assalto ou seqüestro que afetasse sua condição de viver como antes? 1_ Não 2_Sim T____

8- SAÚDE FÍSICA, CONTATO COM SERVICOS DE SAÚDE, SAÚDE MENTAL

- 8.1- Você tem alguma doença ou inabilidade física que o incomoda há pelo menos um ano?
1 __ Não 2 __ Sim
- 8.1.1- Caso afirmativo, o que aconteceu com você? _____

- 8.1.2- Há quanto tempo você sofreu isto? Desde o nascimento__ __
Há __ __ anos e__ __ meses)
- 8.2- Sobre os últimos três meses, você diria que sua saúde, de maneira geral, foi excelente, boa, média ou fraca?
1 _ Excelente 2 _ boa 3 _ média 4 _ Fraca
- 8.3- Quantas vezes você consultou um médico geral ou especialista durante o último ano?
(excluir o dentista e psiquiatra)
1 _ nenhuma vez 2 _ uma vez 3 _ 2-3 vezes 4 _ 4 ou mais vezes

8.3.1- Razão:

1 _ física 2 _ psicológica 3 _ ambas psicológica e física

8.3.2- Medicamentos prescritos:

1 __ Não 2 __ Sim, especificar: _____

8.4- Você teve alguma dificuldade ou problema, **durante o último ano**, da seguinte lista?

Especifique quanto tempo durou:

8.4.1- Com seus pais (brigas, infidelidade, separação, álcool, morte):

1 _ Não 2 _ 1 mês 3 _ 6 meses 4 _ um ano atrás

8.4.2- Com sua família (pai, mãe, irmãos, outros):

1 _ Não 2 _ 1 mês 3 _ 6 meses 4 _ um ano atrás

8.4.3- Trabalho/Estudos (insatisfação, desemprego, reprovação, conflitos):

1 _ Não 2 _ 1 mês 3 _ 6 meses 4 _ um ano atrás

8.4.4- Problema financeiro sério (casa, alimentação, falta de pagamento, etc.):

1 _ Não 2 _ 1 mês 3 _ 6 meses 4 _ um ano atrás

8.4.5- Inaptidão ou doença física séria:

1 _ Não 2 _ 1 mês 3 _ 6 meses 4 _ um ano atrás

8.4.6- Gravidez (não desejada?), aborto provocado recentemente:

1 _ Não 2 _ 1 mês 3 _ 6 meses 4 _ um ano atrás

8.4.7- Problemas com a polícia, justiça:

1 _ Não 2 _ 1 mês 3 _ 6 meses 4 _ um ano atrás

8.4.8- Outros: quais? _____

1 _ Não 2 _ 1 mês 3 _ 6 meses 4 _ um ano atrás

8.5- Você está em tratamento psicológico/psiquiátrico atualmente?

1 _ Não 2 _ Sim

9- QUESTÕES RELACIONADAS COM ÁLCOOL E DROGAS

9.1- Em sua vida, quais das seguintes substâncias você usou alguma vez?

9.1.1- Produtos do tabaco (cigarros, cigarro de mascar, charuto, etc.)

1 _ Não 2 _ Sim

9.1.2- Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, licor, etc.) 1 _ Não 2 _ Sim

9.1.3- Maconha 1 _ Não 2 _ Sim

9.1.4- Cocaína ou crack 1 _ Não 2 _ Sim

9.1.5- Estimulantes ou anfetaminas (pílulas dietéticas, ecstasy, etc.)

1 _ Não 2 _ Sim

9.1.6- Inalantes (solventes, colas, gasolina, diluidor de tinta) 1 _ Não 2 _ Sim

9.1.7- Sedativos ou hipnóticos (Valium, Lorax, Dormonid, etc) 1 _ Não 2 _ Sim

9.1.8- Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo etc.) 1 _ Não 2 _ Sim

9.1.9- Heroína, morfina, metadona ou analgésicos opióides 1 _ Não 2 _ Sim

9.1.10- Outros, especificar _ _ _ _ _ 1 _ Não 2 _ Sim

Se todas as respostas forem negativas investigue e pergunte: Nem quando você estava na escola?

9.2- Se afirmativo a um desses itens, nos três meses anteriores, com que frequência você usou as substância que mencionou?(PRIMEIRA DROGA, DEPOIS SEGUNDA DROGA, ETC.)?

9.2.1- Tabaco?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _ Diariamente ou quase

9.2.2- Bebidas alcólicas?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _ Diariamente ou quase

9.2.3- Maconha?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

9.2.4- Cocaína ou crack?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

9.2.5- Estimulantes ou afetamina?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

9.2.6- Inalantes?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

9.2.7- Sedativos ou hipnóticos?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

9.2.8- Alucinógenos ?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

9.2.9- Heroína, Morfina, Metadona ou Analgésicos?

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

9.2.10- Outro. Especifique _ _ _ _ _

1 _Nunca 2 _1 ou 2 vezes 3 _Mensalmente 4 _Semanalmente 5 _Diariamente ou quase

9.3- Quando foi a última vez que você usou bebida que continha álcool?

1 _horas atrás 2 _dias atrás 3 _meses atrás

9.4- Quantas doses-padrão de bebida * você usou naquela ocasião?

9.4.1- De cerveja: Dose ingerida _ _ _ _ Total em Doses-padrão _ _ _ _ _

9.4.2- De vinho: Dose ingerida _ _ _ _ Total em Doses-padrão _ _ _ _ _

9.4.3- De conhaque/whisky/licor: Dose ingerida _ _ _ _ Total em Doses-padrão _ _

9.4.4- Outro: _ _ _ _ _ Dose ingerida _ _ _ _ Total em Doses-padrão _ _ _ _

9.5- No ano passado (= há 12 meses atrás) com que frequência você usou bebidas alcoólicas?

1 _ Nunca	6 _ 1-2 vezes por mês
2 _ 1-3 vezes no ano passado	7 _ 3-4 vezes por mês
3 _ 4-6 vezes no ano passado	8 _ 1-2 vezes por semana

4 _ 7-9 vezes no ano passado

9 _ 3-4 vezes por semana

5 _ 10-12 vezes no ano passado

10 _ 5-6 vezes por semana

11 _diariamente ou mais freqüentemente

9.6- Naqueles dias, quando você bebia, quanto você bebia usualmente?

(Anotar o número exato de doses, todos os tipos de bebida ingeridas e as associadas) _ _ _ _ _

total em doses-padrão: _ _ _ _ _

9.7- Com que freqüência no ano passado você bebeu, de uma vez, mais de 4 (para mulheres) / 5 (para homens) doses de _ _ _ _ _ (cite a bebida) ?

1 _ Nunca

6 _ 1-2 vezes ao mês

2 _ 1-3 vezes no ano passado

7 _ 3-4 vezes ao mês

3 _ 4-6 vezes no ano passado

8 _ 1-2 vezes na semana

4 _ 7-9 vezes no ano passado

9 _ 3-4 vezes na semana

5 _ 10-12 vezes no ano passado

10 _ 5-6 vezes na semana

11 _Diariamente ou mais freqüentemente

A seguir eu vou fazer algumas questões a respeito de vários aspectos de sua vida, por exemplo, seu bem-estar ou vida social.

Eu vou ler as perguntas e as respostas e escolha com cuidado o que vier em sua mente primeiramente. Tente não permanecer demasiado tempo em apenas uma questão.

POR FAVOR DÊ APENAS UMA RESPOSTA POR QUESTÃO

10- BEM- ESTAR

“Indique, por favor, para cada uma das seguintes proposições a resposta que é mais próximo ao que você tem sentido **nas duas últimas semanas**. Faça somente uma indicação por proposição. Observe que números altos significam melhor bem-estar.”

- 10.1- Eu tenho me sentido satisfeito e de bom humor 0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _
- 10.2- Eu tenho me sentido calmo e relaxado 0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _
- 10.3- Eu tenho me sentido ativo e vigoroso 0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _
- 10.4- Eu tenho me sentido saudável e descansado 0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _
- 10.5- Tenho me interessado pelas coisas de minha vida diária 0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _

11- ESCALA DE DESESPERANÇA

“Abaixo há uma questão a respeito do seu futuro. Marque por favor a opção que lhe parece refletir melhor a maneira que você o sente **no momento atual** .”

- 11.1- Meu futuro parece escuro para mim. 1 _ Falso 2 _ Verdadeiro

12- ESCALA DE TRACOS DE RAIVA

“As questões seguintes se referem a sentimentos de raiva. Por favor indique em cada questão a resposta que melhor se aplica a você **como, geralmente, você se sente**”.

- 12.1- Eu me sinto irritada com facilidade 1 2 3 4
- 12.2- Sou temperamental 1 2 3 4
- 12.3- Eu sou 1 pessoa de cabeça quente 1 2 3 4
- 12.4- Eu me irrita quando tenho que retardar o meu ritmo por causa dos erro dos outros 1 2 3 4
- 12.5- Fico irritada quando não recebo reconhecimento por ter feito um bom trabalho 1 2 3 4
- 12.6- Perco as estribeiras 1 2 3 4
- 12.7- Quando estou furiosa, digo coisas desagradáveis 1 2 3 4
- 12.8- Fico furiosa quando sou criticada na frente dos outros 1 2 3 4
- 12.9- Quando fico frustrada, tenho vontade de bater em alguém 1 2 3 4
- 12.10- Fico furiosa quando faço um bom trabalho e recebo uma avaliação fraca 1 2 3 4

13- APOIO SOCIAL

NECESSIDADE DE APOIO

13.1- Você sente que precisa de apoio prático de...?

13.1.1- Família: 0 1 2

13.1.2- Amigos: 0 1 2

13.2- Você sente que precisa de apoio moral da?

13.2.1- Família: 0 1 2

13.2.2- Amigos: 0 1 2

RECEBE APOIO

13.3- Quando precisa, você recebe apoio prático de...?

13.3.1- Família: 0 1 2

13.3.2- Amigos: 0 1 2

13.4- Quando precisa, você recebe apoio moral de...?

13.4.1- Família: 0 1 2

13.4.2- Amigos: 0 1 2

ALGUÉM NECESSITANDO DE SEU APOIO

13.5.1- Você sente que sua família precisa de seu apoio prático? 0 1 2

13.5.2- Você sente que seus amigos precisam de seu apoio prático? 0 1 2

13.6.1- Você sente que sua família precisa de seu apoio moral? 0 1 2

13.6.2- Você sente que seus amigos precisam de seu apoio moral? 0 1 2

VOCÊ DÁ APOIO

13.7- Você acha que dá o apoio prático que precisaria dar a....?

13.7.1- Família:	0	1	2
------------------	---	---	---

13.7.2- Amigos:	0	1	2
-----------------	---	---	---

13.8- Você acha que dá o apoio moral que precisaria dar a...?

13.8.1- Família:	0	1	2
------------------	---	---	---

13.8.2- Amigos:	0	1	2
-----------------	---	---	---

14- Pessoas que dão apoio social

14.1- Quais são as pessoas com quem você pode contar?

14.2- Pessoas que moram com você?.....

14.3- Pessoas da família que não moram com você?.....

14.4- Amigos () não () sim

14.5- Você é necessário na vida de alguém, há alguém que precisa muito de você?

() não () sim Quem?.....

15- HAD: A= ____ B=____

nome:

número:

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - EAD.

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.

A	3	2	1	0	Eu me sinto tenso ou contralido: () A maior parte do tempo () Boa parte do tempo () De vez em quando () Nunca
D	0	1	2	3	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
A	3	2	1	0	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
D	0	1	2	3	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: () Do mesmo jeito que antes () Atualmente um pouco menos () Atualmente bem menos () Não consigo mais
A	3	2	1	0	Estou com a cabeça cheia de preocupações: () A maior parte do tempo () Boa parte do tempo () De vez em quando () Raramente
D	3	2	1	0	Eu me sinto alegre: () Nunca () Poucas vezes () Muitas vezes () A maior parte do tempo

A	0	1	2	3	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: () Sim, quase sempre () Muitas vezes () Poucas vezes () Nunca
D	3	2	1	0	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: () Quase sempre () Muitas vezes () De vez em quando () Nunca
A	0	1	2	3	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
D	3	2	1	0	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
A	3	2	1	0	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: () Sim, demais () Bastante () Um pouco () Não me sinto assim
D	0	1	2	3	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
A	3	2	1	0	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: () A quase todo momento () Várias vezes () De vez em quando () Não sinto isso
D	0	1	2	3	Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa: () Quase sempre () Várias vezes () Poucas vezes () Quase nunca

A

D



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 21/01/03
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 566/2002

I-IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “COMPORTAMENTO SUICIDA EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS:
UM ESTUDO COMPARATIVO”**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Gislaine Vaz Scavacini de Freitas

INSTITUIÇÃO: Unidades Básicas de Saúde/Secretaria de Saúde Municipal de Piracicaba

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/12/2002

II - OBJETIVOS

Determinar a prevalência da depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas e não grávidas. Verificar possíveis associações entre ideação suicida, e: depressão, ansiedade, história de abuso sexual, de agressão física, de tentativa de suicídio anterior, intenção de engravidar, situação conjugal, história familiar e apoio social.

III - SUMÁRIO

Estudo tipo inquérito, do tipo caso controle, incluindo avaliação clínica, prospectivo que avaliará 100 pacientes grávidas e 100 não grávidas entre 14 e 18 anos, atendidas em serviço público de pré-natal, através de Entrevista Clínica Estruturada, escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Escala de Ideação Suicida de Beck e Escala de Traços de Raiva, todos já validados. Critérios de inclusão e exclusão adequados, assim como a metodologia.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Protocolo extenso, com vários itens a serem preenchidos, para tese de doutoramento, com termo de consentimento simples e adequado, sem riscos para a paciente. O trabalho não tem recursos financeiros.

Trabalho para tese de doutoramento, com grande valor social, que será realizado em Piracicaba. O trabalho está adequado, mas o preenchimento do questionário está muito extenso.

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 o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

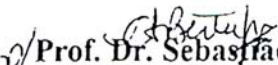
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 21 de janeiro de 2003.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Termo de Consentimento

Título da Pesquisa: **“Comportamento suicida em adolescentes grávidas: um estudo comparativo”.**

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, 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 _____

8- APÊNDICES

Impressões clínicas

*das coisas que eu fiz a metro,
todos saberão
quantos quilômetros são*

*aquelas, em centímetros,
sentimentos mínimos,
ímpetos infinitos
não?*

Paulo Leminski

Reencontrar as adolescentes grávidas, neste segundo estudo, é reeditar pensamentos, reflexões e sentimentos do capítulo impressões clínicas do mestrado (Freitas, 2001), quase uma repetição das mesmas histórias. O difícil foi carregar o peso dos sentimentos durante as entrevistas, já que não me permitiram realizar mais de três ao dia no CESM. Assustei-me com a quantidade de histórias com tentativa de suicídio. Houve um aumento no número desse evento, comparado ao estudo anterior.

As moças faziam ultrassom no mesmo espaço que outras mulheres e homens mais velhos. Isso as constrangia, o preconceito era nítido, pois se percebia o olhar dos outros para as adolescentes, muitas vezes seguido de comentários: “que novinha!”. Quando estavam acompanhadas pelas mães, parentes/ amigas ou pelo companheiro, ficavam mais à vontade, conversavam na sala de espera, riam, interagiam com os outros, diziam o nome escolhido para o bebê. Aquelas que estavam sozinhas entravam apressadamente na sala, não olhando para trás, assim que eu lhes chamava o nome. Todas sabiam quem eu era, porque minha sala tinha uma placa com a inscrição “Psicóloga”, que ficava frente à sala de espera.

A entrevista serviu para as adolescentes relatarem a própria história de vida, com seus acontecimentos significativos e repetições do mesmo padrão de histórias familiares. Muitas percebiam as repetições entre gerações: “que história parecida com a da minha mãe!?”.

Quanto às tentativas de suicídio, elas aconteceram em momentos de fragilidade e impulsividade, quando as adolescentes se sentiram magoadas, rejeitadas, sem apoio, após brigas e separações (mãe ou namorado), ou após situações de violência. Foram atos de desespero, formas de testar o ‘destino’, pagar para ver se este restituiria a vida, ou, então, de aliviar o peso na vida de outros e na própria, ou uma vingança contra aqueles que a impediam de viver. Algumas tinham dificuldade de lembrar o nome dos remédios utilizados na tentativa de suicídio, sabiam dizer de quem era o remédio e para que servia (“era um remédio vermelho, que a minha avó tomava para o coração”). Em alguns relatos, ninguém ficou sabendo da ingestão de remédios, ou não foram levadas ao médico. Acredito que várias tentativas de suicídio são desconhecidas, porque as adolescentes não contam, fantasiando o impacto que será causado ao descobrirem sua morte (“vão me encontrar morta e pensar no que fizeram”), ou, então, porque as tentativas de suicídio não são fatais (a ingestão de medicamentos não é o suficiente para promover um socorro), ou porque as pessoas que estão em volta da adolescente não dão atenção a esses acontecimentos. Ouvir esses relatos e ver as adolescentes acariciando a barriga me fazia pensar, mais uma vez, que a gravidez, assim como as tentativas de suicídio, tinham sentido no momento em que ocorreram. Seria estético, dramático?

O item sobre desesperança (“Meu futuro parece escuro para mim”) nunca era respondido apenas com um sim ou não, as adolescentes grávidas costumavam justificar suas respostas. Quando era ‘Não’, completavam: ...”tenho fé que vai dar tudo certo”... “está acontecendo tudo o que eu queria”... “porque vai nascer meu filho”....” eu vou ter uma casa para morar, minhas coisas”... “já comprei o bercinho, meu marido tem emprego”.... “ganhei todas as roupinhas, não está faltando mais nada”.... “tem muita gente me ajudando”... “tenho quem goste de mim”...”meu namorado está feliz”... . Quando a resposta era sim, descreviam preocupações, ou aquilo que não viam no futuro: ... “não consigo ver nada na frente”... “enxergo tudo escuro”... “acabaram os meus sonhos”... “não sei como vou fazer, não posso trabalhar, meu namorado está desempregado”... “não tenho com quem contar”... “não tenho onde morar, o que comer, dependendo dos outros”. Falar do futuro parecia mais pesado do que contar sobre o passado e o presente. Para as adolescentes que diziam ter esperança, o futuro era percebido a poucos meses de distância, muito curto.

Quanto aos controles, no primeiro bairro (Vila Sônia), a impressão foi de uma recepção calorosa. Costumava ser recebida com curiosidade, estranheza, receptividade e compreensão. Esses ingredientes ajudaram nas entrevistas individuais. As adolescentes mostraram-se prestativas, queriam ajudar e apresentavam respostas sinceras e, muitas vezes, cheias de emoção, não raro seus olhos ficavam marejados, ao explicar os acontecimentos, a desesperança ou o porquê de idéias suicidas, ou então a importância de sua família e dos amigos em face às das adversidades. As entrevistas foram verdadeiros encontros. À medida que voltava aos bairros, sabia onde encontrar as moças. Às vezes, as pessoas da rua, ao saber do estudo, indicavam adolescentes em casas ou em barracos escondidos em lugares e horários em que a pesquisadora dificilmente poderia imaginar.

Em algumas situações, eu operava como uma assistente social, indicando e encaminhando para os espaços públicos de direito. Certa vez, após uma entrevista cuja adolescente de 14 anos iniciara vida sexual sem preservativos, comentei sobre o Núcleo do Adolescente e sobre como ele funcionava. Ela perguntou se poderia ir sozinha, não gostaria de que sua mãe soubesse. A falta de informação, entre os adolescentes, sobre seus direitos e sobre os espaços de que podem usufruir é muito grande.

Alguns bairros com fama de violentos, como o Bosques do Lenheiro, o Jardim Glória, o Novo Horizonte, o Parque Sabiá, o Jardim Oriente, o Parque Piracicaba e o Mario Dedini, foram os mais visitados e tiveram uma origem parecida. Eles foram formados para que as pessoas saíssem das favelas; são bairros pobres, com até dezenove anos de formação, longe da “cidade” e com grande contingente de jovens e crianças. São bairros que costumam receber muitos migrantes, cortadores de cana, que vêm de outros estados e resolvem ficar na cidade até o corte seguinte da cana. Nesses bairros, o comércio é precário, mas existem muitos bares com pequenas mercearias. Costumam ser violentos e, em alguns, os ônibus são escoltados por uma viatura da polícia. Além disso, faltam escolas de 2º grau. O colegial fica mais perto do centro da cidade, e a distância não permite que se vá a pé. Os adolescentes não têm dinheiro para pagar uma condução e ir até a escola. O Município eliminou os passes escolares, que são disponibilizados apenas para o Ensino Fundamental. Muitas das aulas do Ensino Médio ocorrem à noite e algumas adolescentes têm medo, já que o perigo é iminente. Sendo assim, “preferem” não estudar. Esse fato,

e mais a dificuldade de arranjar trabalho devido à falta de instrução técnica, possibilitaram encontrar facilmente muitos dos controles.

Um outro agravante, que impede as adolescentes de participarem da cidade e do que esta tem a oferecer (saúde, educação e cultura), é a migração, seja entre cidades seja entre bairros. Como já foi dito, muitos bairros são novos, as pessoas ganharam casas ou foram instaladas após a desapropriação de barracos. Essas mudanças têm grande impacto nas adolescentes, que precisam de amigos. Era nítida a diferença entre aquelas que estavam no bairro há mais tempo e, portanto, adaptadas e com amigos, das adolescentes “novas”, sem amigos, que, geralmente eram as gestantes. Essas desigualdades parecem ampliar os sentimentos de solidão, insegurança, menos valia e falta de proteção, que levam a adolescente a buscar desesperadamente alguém para protegê-la. Por serem de outro lugar, essas adolescentes recebem a ajuda e a proteção de um namorado que, nesses lugares, também estão expostos aos mesmos fatores de risco das adolescentes, especialmente em relação à violência e às drogas. Muitas vezes, em troca dessa segurança adquirida pelo companheiro (“você sabe quem é meu namorado? de quem eu estou grávida?”) e na necessidade de manter esse relacionamento custe o que custar, a adolescente fica à mercê das necessidades do companheiro que lhe dá poder, mudando inclusive seus sonhos e ideais, que já eram restritos. Assim, a adolescente fica vulnerável tanto ao uso de álcool/drogas, à violência, à gravidez quanto ao comportamento suicida, que costuma acontecer após a possível perda do namorado ou após um briga com a mãe por causa deste.

Muitas adolescentes eram encontradas fora de suas casas, nas ruas, conversando com as amigas, ou cuidando de crianças menores. Nesses bairros, em alguns horários, é comum encontrar as pessoas nas calçadas. Crianças ficam brincando na rua com os cachorros e gatos, inventam brincadeiras nos montes de areia, ou brincam com os restos de tábuas das construções. É fácil ouvir as mães ralharem com as crianças e, às vezes, vê-las apanhando. Os jovens fazem rodinhas ao sol, se está frio, ou nas poucas sombras, nos dias de calor.

Em geral, as casas são pequenas com dois e três cômodos, não apresentam reboco e o chão é de cimento mal feito. Algumas casas são sujas e apresentam comida pelos cantos, como pratos, copos sujos, farelas de pão, margarina aberta e talheres melados

espalhados. Os animais, como cachorros, gatos (e um porquinho), costumam estar sempre por perto, entrando e saindo das casas. Mas existem também casas limpas e organizadas, apesar de não apresentarem acabamento nas paredes e no chão. Ficava pensando como as pessoas faziam para limpar a casa com tantos buracos, deveria ser impossível passar um pano. Dentro, as casas são escuras, dificilmente as janelas ficam abertas. Em muitas delas, as pessoas dormem amontoadas num mesmo cômodo e numa mesma cama. Outras poucas apresentam móveis e cortinas separando os “cômodos”. O material usado, como para o portão das casas é madeira, restos de sucata ou portões de ferro que, muitas vezes seguram um cachorrão. As casas, geralmente, são compridas, pois os cômodos são agregados um após o outro. Muitas famílias moravam no fundo de outras casas, e era preciso percorrer verdadeiros labirintos para chegar até as adolescentes. Alguns bairros visitados eram mais bem estruturados, sendo a adolescente grávida uma migrante que morava em alguma edícula de parente há pouco tempo. Nesses locais, o nível socioeconômico não condizia com a situação da grávida, pois ela era a exceção.

Em alguns bairros, falta arborização; outros ficam em um buraco de terra, sem asfalto comunicando-o com a “cidade”. Entrar num bairro desses pela manhã e ver o povo acordando e tentando ter esperança mais um dia é indescritível. Lembrava da música “a arte de viver da fé, só não se sabe fé em quê” (Gilberto Gil).

Ao Novo Horizonte, à Vila Cristina e à Vila Sônia (bairros distantes do centro e famosos pela violência), fui várias vezes e foi difícil encontrar adolescentes não-grávidas. As adolescentes reclamavam quanto ao horário das aulas e ao local da escola. Nesses momentos, parecia que estavam utilizando a entrevista para fazer um protesto e reivindicar seus direitos. Algumas adolescentes disseram que, mesmo recebendo a “bolsa escola”, preferiam ficar em casa, olhando as crianças dos outros (falta creche para todas as crianças), pois dessa forma ajudavam as irmãs e as vizinhas. Ganhar dinheiro sendo solidária com a vizinha, é caminho mais fácil e rápido para alcançar as poucas metas de vida que essas adolescentes alimentam. “Podendo comprar uma blusinha nova, de vez em quando, tá bom!”.

No Parque Piracicaba, em uma mesma rua, encontrei oito adolescentes grávidas, uma verdadeira “epidemia”. A única que não estava grávida já havia perdido um bebê. Precisei trocar de rua e andar muito, para encontrar uma moça, que por sinal

trabalhava. Voltei no sábado para conversar com ela. O protocolo ajudou nesse sentido, já que estávamos à procura de adolescentes que apresentassem resiliência num contexto de muito sofrimento social.

Penso que nem todos os controles são realmente “controles”, pois eles apresentam as mesmas histórias das grávidas e, por pouco tempo, não as encontrei nessa situação. A fragilidade e a vulnerabilidade dessas adolescentes podiam ser sentidas na pele. Um estudo prospectivo, em continuidade a este, poderá ajudar a entender os possíveis desfechos encontrados por essas adolescentes, que ainda não estão grávidas, mas apresentam ideação suicida e desesperança.

Conforme continuava a pesquisa, as histórias iam se repetindo. Ficava nítida a importância de se ter o óbvio: uma infância protegida apesar da pobreza, com direito a escola, a família afetiva, a mãe com bom relacionamento com a filha e a pai ou padrasto presente, sem problemas com alcoolismo ou psiquiátrico dentro de casa, à “esperança” em si e nas pessoas, ao apoio dos outros, em suma, a importância de sua vida para a família e os amigos.

As adolescentes são bonitas, mas aparentam muito mais idade do que realmente têm. Costumam usar roupas apertadas e as grávidas sempre ficam com a barriga de fora. Foi notada, em muitas adolescentes, uma grande quantidade de pelo na barriga, principalmente nas morenas. Elas são bastante vaidosas, usam dois pares de brincos e algumas têm piercing na barriga (inclusive as gestantes). Algumas estão com lápis preto nos olhos, pulseiras, brincos e unhas pintadas. Outras, em geral as evangélicas, costumam vestir-se sempre com saia ou vestido, às vezes reclamam das adolescentes que não aceitam seu modo de ser e por isso agridem-nas, chamando-as de “crentinha”. Algumas adolescentes, desconfiadas com a pesquisa, tentavam passar uma imagem de certinhas criticando as adolescentes que ficavam grávidas, ou aquelas que eram mais populares no bairro, onde havia uma “suspeita” de que engravidariam a qualquer momento. As adolescentes na rua aparentavam estar mais mal vestidas do que as grávidas atendidas no Cesm, mas isso não era a regra geral. As grávidas reclamavam de não ter mais roupas para vestir e, geralmente, estavam com a barriga de fora, mesmo em dias frios. Costumavam vir para o Cesm em jejum, ficando uma boa parte da manhã sem se alimentar.

Nas casas, a televisão costumava estar ligada nas novelas. A maior parte das mães estava trabalhando, foram encontradas poucas em casa. Interessante perceber a importância e o valor que a mãe dava à filha (“minha filha é muito especial”), ao lado das respostas nos testes de suas filhas. Pena que este não tenha sido um dos objetivos da pesquisa. Certa vez, após o término de entrevista com uma adolescente de 14 anos, que havia largado a escola, apresentava sintomas de depressão, idéias suicidas e dizia sentir falta do pai após a separação, entra a mãe na casa, muito brava e irritada. Começa a gritar com a filha, dizendo estar atrasada com seu trabalho (bordar roupas) e que sua filha não ajudava em nada. Explico à mãe por que estou na sua casa, minha função e a pesquisa. A mãe começa a dizer que está muito mal e que a filha não a entende, que ambas brigam muito, porque ela não aceita a separação e preferia o pai. Ela estava brava porque a filha gostava do pai. A fala dessa mãe era em forma de catarse, aos gritos e com grande gesticulação. Ao final, mãe e filha estavam chorando. Ambas foram encaminhadas para o serviço de saúde mental do bairro.

Numa outra situação, encontrei mães e filhas que, apesar das dificuldades, apresentavam cumplicidade no olhar, compreensão, respeito pela individualidade na relação. A mãe afastava-se da filha para que esta pudesse conversar com a pesquisadora reservadamente. Nessas situações, percebia haver uma tranquilidade, de parte da adolescente, durante a entrevista.

Os controles dificilmente acordavam cedo. Não adiantava sair de casa antes das 10:00. Costumava não ficar na rua após às 17:00, horário da volta do trabalho: além de ser perigoso, parecia estar atrapalhando o andamento das famílias.

As grávidas relataram envolvimento com a polícia e a justiça entre membros da família. Algumas tinham companheiros presos por assalto, tráfico e homicídio. Houve um caso em que a gestação correu dentro do presídio. Era uma moça de 17 anos, que foi conhecer o primo de uma amiga, que estava preso. Após algumas visitas engravidou.

Muitas adolescentes do grupo-controle relataram preocupação com namorados, irmãos e vizinhos, quanto ao envolvimento com a polícia e a justiça. Apesar da constante preocupação, moravam com a família, perto de parentes e vizinhos que as conheciam há muitos anos, apresentando sentimentos de maior proteção, o que não era comum no relato das grávidas.

Certa vez, em um bairro, durante a entrevista de uma moça de 15 anos, dentro de sua casa, ouvimos barulho, gritos de homem na frente da casa. A mãe da adolescente entrou correndo na casa e logo entrou um moço alto, magro, negro, com o olho esbugalhado e esbravejando atrás dela. Era seu filho e tinha um “baseado” na mão. Levantei-me da cadeira, cumprimentei, expliquei que era uma pesquisadora, fazendo uma entrevista com sua irmã e pedi-lhe permissão para continuar. Ele colocou o “cigarro” para trás e disse-me que ficaria cuidando do meu carro na rua. Respirei fundo e perguntei à adolescente se poderíamos continuar. Ela olhou para mim e disse: “gostei de você”. A atitude dela me acalmou. Depois revelou que estava com muito medo de ser morta por esse irmão, ou que a polícia o pegasse. Depois da entrevista, quis me mostrar uma blusa de tricô que estava aprendendo a fazer em uma instituição. Pareceu-me dizer que nem tudo estava perdido, estava produzindo algo para melhorar sua situação, ou a minha! Ela me acompanhou até o carro. Seu irmão estava com outros amigos e com a mãe, esperando-me fora da casa. Como estava com a adolescente, não tive medo. Falei obrigada e fiz “tchauzinho” para todos, aliviada. Nas ruas, a relação de poder é inversa, não somos donos do lugar, como na instituição ou no consultório. Há necessidade de nossos movimentos serem humildes e de entrega, esperando que o outro nos socorra! Muitas foram as situações em que as adolescentes me colocavam em suas casas para me proteger. Outras perguntavam se não tinha medo de andar sozinha por lá. Acho que não dimensionava o perigo, algumas vezes. Como diz o dito popular: “Deus protege os loucos”.

Várias adolescentes foram encaminhadas ao serviço de Saúde Mental das macro-regiões. Quando isso acontecia, algumas perguntavam se eu iria atendê-las, ficando visível, em suas expressões, e provavelmente na minha, o desapontamento de não continuarmos nos encontrando. Outras, ao se despedir, diziam “obrigada”. Às vezes, um olhar, uma conversa, o ouvir, é tudo o que a adolescente quer e de que precisa. Mas, elas precisam disso constantemente, não serão poucos minutos que ajudarão essas adolescentes a se descobrirem e a acreditar em si mesmas. Entretanto, acredito que, caso essa escuta não ocorra, por meio da família, da escola, do trabalho, provavelmente, a “mulher biológica” dará um jeito para conquistar essa atenção, engravidando.

Penso ser de grande importância os agentes de saúde movimentarem-se em direção às adolescentes, trazê-las para os espaços comunitários a que elas têm direito, embora com medo de não serem ouvidas e compreendidas. Muitas vezes, os agentes de saúde ficam distantes da realidade e da necessidade dessas jovens, assim como a escola e o resto da cidade. O mundo adolescente costuma ficar cindido da sociedade. É através da violência (auto/hetero) ou da gravidez que o ritual de iniciação e de inclusão nas instituições de saúde acontece, passando longe as ações de prevenção primária. Quando a adolescente está grávida, sempre consegue dinheiro para o passe, podendo ir até o serviço de saúde. Outra coisa que chamou atenção foi o fato de algumas adolescentes grávidas relatarem ter entrado com um pedido ao juiz, para exigir uma cesta básica do pai do seu bebê. Fiquei sabendo que, caso o pai do bebê não possa entregar a cesta básica, seu familiares são responsáveis. No caso da adolescente que não engravida, dificilmente ela consegue ajuda dos familiares e da sociedade, até para ir à escola. Certa vez, uma adolescente disse que gostaria de sair do bairro e ir até o Núcleo do Adolescente para se consultar, mas era difícil, pois dependia de condução e não teria dinheiro para isso. Os bairros ficam realmente distantes do centro e das atividades culturais e sociais que a Prefeitura oferece. As opções de lazer, para esses adolescentes, são restritas às igrejas, aos bares e às conversas nas ruas.

Foram encontradas várias equipes de saúde da família e, entre conversas, percebe-se o quanto esse trabalho é essencial. As equipes conhecem todas as pessoas e seus problemas, na área de sua responsabilidade. Entretanto, há a necessidade de tomar cuidado com os estigmas (mulher nova é um problema!), pois isso as afasta das adolescentes, que precisam de pessoas para se identificar, para informar, orientar, tirar dúvidas quanto aos problemas de saúde, para motivar as moças a procurarem atendimento especializado, quando necessário, para monitorar sua saúde, ouvindo, orientando e apoiando, sem julgamentos morais e sem agressão no olhar.

Não vai adiantar dizer, para as adolescentes, não fiquem grávidas. O corpo, muitas vezes, foi o que restou e o que pode dar prazer, nesse contexto. Um abraço decriança ainda é o alento de muitas mulheres, e isso todas as adolescentes sabem, pois são elas que cuidam dos bebês dos outros. Vi, certa vez, uma adolescente,

que cuidava dos filhos da irmã, e que queria ficar grávida, mas não conseguia (16 anos), dizer, ao ver o sobrinho abraçar a mãe, a seguinte frase: “a mãe pode ficar brava, que o pestinha, mesmo assim vai correndo atrás dela abraçar. Quando eu tiver o “meu” não vou mais me sentir sozinha”.

Fiquei pensando: que solidão é essa que só pode ser preenchida com a mágica do próprio sangue? Que “ter” é esse que ninguém pode dar e que ela terá que fazer? Será que a única coisa que restou para criar foi um bebê? Às vezes a resposta pode estar na história da família, em momentos importantes de prevenção que a sociedade não aproveitou. No caso dessa adolescente, sua história de vida realmente não tinha sido nada boa, ela só não estava grávida porque, provavelmente, era estéril, há três anos estava amigada (13 anos!!) e apresentava idéias suicidas. Parou de estudar na 6ª série porque a escola era muito chata e não conseguia entender as coisas. Seu pai estava separado da mãe desde sua infância, vivia nas ruas bebendo. A mãe, por sua vez, após tentar se matar, porque o padrasto quis se separar dela, engravidou e tem, hoje, uma criança pequena. Foi quando a jovem resolveu saiu de casa, para morar com o companheiro, porque não agüentava mais as brigas entre a mãe e o padrasto. Aliás, seu maior medo é perder um dos pais, está sempre preocupada com eles e ajuda como pode.

Entender essas adolescentes, a sua dor e pensar, com elas, outras saídas para a solução dos problemas da vida, não será tarefa fácil. Nesse campo, creio que a educação e a saúde deverão encontrar-se.

Vinhetas de gestantes com tentativa de suicídio

1- D.L.F., 15 anos, está no 3º mês de gestação, seu companheiro tem 16 anos e trabalha como borracheiro. Estão juntos há um ano, mas amigados há 4 meses. Mora com a sogra numa casa de 7 cômodos, junto com mais 9 pessoas (total de 11 pessoas). Tentou suicídio por duas vezes, a primeira, ingerindo veneno para ratos, e a 2ª, jogando-se na frente de um carro, esta última há oito meses. Passou a fazer psicoterapia no Centro de Especialidades, sendo que cursava então a 8ª série do Ensino Fundamental, interrompendo as atividades escolares e a psicoterapia para ir com a irmã morar na casa da avó, em Minas Gerais. Como não se acostumou, voltou. Nesse momento, verificou que perdera a vaga na escola. Tem 12 irmãos, sendo 5 da mãe e 7 do pai. Seu pai morreu esfaqueado, na sua frente, quanto tinha 6 anos, por uma pessoa do bairro. Isso aconteceu depois de uma briga sua com a filha do assassino de seu pai, por um brinquedo. Durante muito tempo, achou que a briga com a vizinha tinha sido o motivo do assassinato. Há poucos dias, o assassino, homem muito conhecido no bairro e perigoso, a encontrou e disse que o matou porque ele ameaçou-o de morte. Seu pai era um homem muito briguento, batia em sua mãe e jogava os filhos contra a parede. Certa ocasião, cortou um dedo de sua mãe. Ele usava “farinha” (cocaína) e cigarro, mas antes de morrer “só bebia”. Conheceu uma vizinha que se matou ao pular de uma ponte. Sua irmã menor também tentou se matar cortando o pulso. Até o ano passado, não podia fazer parte do grupo de meninas porque ainda era virgem. Neste mês, um homem tentou abusá-la, mas conseguiu fugir gritando. Quando era pequena, quebrou um copo na cara do padrasto e apanhou dele de chicote. Mesmo assim, considera-o bom, mas preferia seu próprio pai. Acha que sua mãe amigou muito rapidamente. No ano passado, presenciou a morte de 2 pessoas, em acidente de trânsito. Inicialmente, desejava engravidar, mas ao tomar conhecimento da ocorrência desta, tentou abortar ingerindo medicações. Por fim aceitou, e até parou de fumar e de beber, por causa da gravidez. Lembra-se que na última vez em que ingeriu bebida alcoólica (conhaque com mel), teve convulsão. Não tem se sentido bem, queixa-se de muita ansiedade, sente medo de tudo, e tem vontade de morrer. Deseja sair da casa de sua sogra, ter casa própria, e comprar um

berço para seu filho. No atual momento, sente falta de apoio social, não se acha importante para ninguém. A pessoa que mais lhe dá apoio é uma voluntária que promove curso para gestante. Gosta muito do relaxamento e do espaço para conversar.

2- C.P., 16 anos, está no 8º mês de gestação e vive com a avó paterna. Parou de estudar no 1º ano do ensino médio porque se mudou para Piracicaba no ano passado e não conseguiu vaga na Escola Pública. Antes morava em uma cidade da região, com os avós, e como brigavam muito foi morar com os pais durante 3 meses. Nessa ocasião, seu avô faleceu, e resolveu voltar a viver com a avó, que se mudou para Piracicaba. Nesse momento, já estava no primeiro mês de gestação. Quando morava com a avó, em outra cidade, começou a namorar um moço de 16 anos, com quem iniciou sua vida sexual. Conta que sua avó não queria que namorasse com moços mais novos, e sim, com os mais velhos, e por isto brigavam muito. Há 1 ano e 8 meses, por conta dessas brigas, tentou se matar 2 vezes, sendo que na primeira, jogou-se na frente de um ônibus, mas não aconteceu nada, e na segunda, tomou a cartela de antidepressivos da mãe. Quando contou isto para a avó, esta quase a “estrangulou”. Então, foi morar com os pais em outro bairro, e o namoro terminou. Queria ter ficado grávida deste moço. Foi quando o avô faleceu. Entretanto, nesse ínterim, já ficara com outro moço mais velho (20 anos), de quem não gostava. Resolveu então morar novamente com a avó em Piracicaba, quando já estava grávida. Conta que sua mãe teve depressão pós-parto, logo após seu nascimento, e já na primeira noite fugiu de casa, e foi sua avó paterna que dela cuidou. Quatro anos mais tarde, a mãe recorreu à justiça pela sua posse, não a teve, mas voltou a morar com seu pai. Este sempre fez uso abusivo de álcool, e sua mãe também já tentou se matar jogando-se na linha do trem, e, além disso, costumava sempre fugir de casa e andar pelas ruas, já esteve inclusive internada em hospital psiquiátrico. Após perder a virgindade, apanhou muito de sua avó, e fugia com frequência para as ruas. Foi quando sofreu ameaça de abuso sexual, por um rapaz de 18 anos, que tentou puxá-la para um terreno vazio, mas conseguiu se defender e correu. Pouco tempo antes, apanhou de 4 meninas na escola, por causa de namoricos. No ano passado, também sofreu um assalto em uma loja, com a avó. Aliás, no ano passado, muitas brigas

ocorreram, não conversa mais com seu pai há mais de 8 meses. Também por essa época fez uso abusivo de álcool, sendo que bebia 3-4 vezes por semana, 6 latinhas de cerveja, e 1 vez por mês, exagerava, misturando tudo até não mais agüentar. Refere sentir muita ansiedade, mas relata esperança, e diz querer estudar, e sua avó agora, está mais amiga e lhe dá maior apoio. Sabe que terá uma menina, e não quer para ela a mesma história. Nesse momento, está mais caseira, não ingere mais bebidas alcoólicas, e sabe que sua avó e sua filhinha precisam muito dela.

3- J.M.G., 17 anos, está amigada há um mês e mora só com o companheiro. Vivia com a mãe, que veio a falecer de câncer de mama quando tinha 14 anos, após o que, passou a morar com os avós, pois estava só. Logo depois, (um ano) o avô veio a falecer e mudou-se de bairro. É a segunda filha de sua mãe, e diz não conhecer seu pai, pois este, quando sua mãe aos 18 anos ficou grávida, não quis assumi-la como filha. Abandonou o 3º ano do Ensino Médio há pouco tempo, porque engordou muito, e diz ter vergonha disso, pois ainda está no 5º mês de gestação. Já havia repetido a 3ª série. Iniciou a vida sexual aos 15 anos, e após uma das brigas com seu atual companheiro, ingeriu medicações (para o coração, e calmantes) da tia. Sentiu fraqueza, não contou para ninguém, e sentiu-se sem saber o que fazer. Há um ano atrás, teve problemas com a polícia e a justiça, por causa de um tio drogado que ameaçou batê-la e o denunciou. Ele a ameaçou de morte. Por isso, acredita ser verdadeira a frase “meu futuro parece escuro para mim”. Diz não poder contar com ninguém, e não ser necessária na vida de pessoa alguma.

4- E.F.S., 15 anos, está no 4º mês de gestação, mesmo tempo em que está amigada. Parou de estudar na 7ª série porque perdeu a vaga. Matava aula para ficar em casa, não gostava de fazer a lição, e refere que fazia muita bagunça. Está longe da escola há mais de 2 anos. Mora com a mãe, irmão, sobrinho, primo e companheiro. Seu pai faleceu quando tinha 11 anos por doença de Chagas. Após a morte do pai, seu irmão começou a fazer uso abusivo de álcool, e a brigar muito com ela. Por causa disso, já tentou se matar

2 vezes. A primeira, logo após a morte de seu pai, e a 2ª, há 4 meses. Ambas às vezes, fez a mesma coisa, tomou os medicamentos que achou pela frente, e dormiu. Nunca as pessoas ficaram sabendo, porque não contou, depois ficava arrependida, e com raiva de si mesma. Seu tio paterno já tentou se matar, tomou veneno de rato e faz tratamento psiquiátrico. A mulher dele também “tomou o remédio que ele tomava e morreu, não sei porque isso não aconteceu comigo?”. Iniciou sua vida sexual quando tinha 13 anos, e já teve 4 companheiros, sendo que um deles está preso. Quando tinha 14 anos, um dos namorados, por causa de ciúmes, deu-lhe um soco no nariz, e ia matá-la com faca, mas foi impedido na ocasião pelo ex-companheiro que encontra-se atualmente preso. Sua família está com problemas de diversas ordens, como financeiro, doença (primo tem convulsão), brigas e problemas com polícia e justiça, e seu irmão matou um moço que ficava mexendo com seus filhos. Fuma diariamente, já usou maconha e cocaína. Parou de consumir bebida alcoólica depois que engravidou. Seu consumo antes era de 5 garrafas de cerveja, “na sexta, no sábado e no domingo”. Está esperançosa e diz “quero casar, cuidar de mim, do meu filho e do meu marido”. Pode contar com a mãe, irmãos e tio paterno. Diz ser necessária na vida do ex-namorado que está preso, pois costuma dar conselhos e visita-lo.



Gisleine V. S. Freitas, M.P.H, M.Sc.

P.O. Box 6111,
Campinas SP, 13081-970,
Brazil

e-mail: gfreita@unimep.br
phone/fax + 55 19 3521 7206,

December 12, 2006

Jan K. Buitelaar M.D.
Editor-in-Chief - European Child Adolescent Psychiatry
University Medical Centre Nijmegen
Department of Psychiatry 333
PO Box 9101, 6500 HB
Nijmegen
The Netherlands

Re.: Submission of the manuscript “Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case-control study in Brazil” to European Child Adolescent Psychiatry

Dear Dr Jan K. Buitelaar

Please find enclosed the manuscript above we would like to be published by the Eur Child Adolesc Psychiatry. The authors confirm they know and comply with the Journal's Conflict of Interest policy. Individual contributions of each manuscript's co-authors are listed below:

Gisleine V. S. Freitas participated in the development of the research protocol, data collection and analysis, discussion of the findings and writing of the paper.



Carlos F. S. Cais and Sabrina Stefanello participated in the development of the research protocol and discussion of the findings.

Neury José Botega supervised the development of the research protocol, data collection and analysis, discussion of the findings and participated in the writing of the paper.

We are grateful for the time devoted in the assessment of our manuscript.

With best wishes, sincerely yours,

Gisleine V. S. Freitas



Date: Thursday, 14 December 2006

Re: 2006-N-150 Freitas et al. "Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case-control study in Brazil"

Dear Dr. Freitas,

The Editors thank you for your manuscript, which will be dealt with as soon as possible.
For further correspondence please refer to the above reference number.

Sincerely,

Jan Buitelaar

/Editor-in-Chief

pp Hans van Bree

/Editorial Assistant

**PSYCHOSOCIAL CONDITIONS AND SUICIDAL BEHAVIOR IN
PREGNANT TEENAGERS: a case-control study in Brazil**

Gisleine V. S. Freitas, M.P.H., M.Sc.* #

Carlos F. S. Cais, M.D., M.Sc.*

Sabrina Stefanello, M.D.*

Neury J. Botega, M.D. Ph.D.*

(*)Department of Medical Psychology and Psychiatry, Medical Sciences School,
Universidade Estadual de Campinas and (#)Psychology College,
Universidade Metodista de Piracicaba

Correspondence Address:

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria,
Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP,
P.O. Box 6111, Campinas SP, Brazil 13081-970,
phone/fax + 55 19 3521 7206, e-mail: gfreita@unimep.br

Column title: pregnant teenagers' psychosocial conditions

ABSTRACT

Objective: To compare psychosocial profile and suicidal behavior of 110 pregnant teenagers (PT) with 110 non-pregnant teenagers (NPT). **Method:** Subjects were matched by age and residence area. Structured clinical interview and psychometric scales were used. Uni and multivariate analyses were performed. **Results:** Prevalence of PT vs NPT: attempted suicide (20% vs 6, 3 %); depression (26, 3% vs 13, 6%); anxiety (43, 6% vs 28%). Were associated to pregnancy (univaried): residence changes in the last 3 years (*odds ratio*, OR= 8,6); schooling ≤ 7 years (OR= 3,4); failing (OR= 2,4) and drop outs (OR= 5,2); a parents death at childhood (OR= 2,9); alcohol/drugs use in family (OR=2,5); suicide attempt (OR=3,6); suicide of relations (OR=2,1); threat of physical/sexual abuse (OR= 3,5); depression (OR= 2,2); lower social support (OR= 4,2); traumatic events (OR=5,1) and psychosocial difficulties (OR=4,4); tobacco and marihuana use before (OR=4; OR=4,8) weekly intake of alcohol 12 months before (OR= 4,2). Multivariate: change of residence (OR= 6, 4); tobacco use before (OR= 2,9); dropouts > 6 months (OR=2,3); suicide of relations (OR=2,5). **Conclusion:** PT present a characteristic psychosocial profile that distinguishes them from the control-group. Preventive mental health care is needed, because they are in a suicidal behavior risk group.

Key words: pregnant teenager, mental health, psychosocial aspects, suicide attempt.

INTRODUCTION

Between 1980 and 2000 the pregnancy rate in Brazil dropped from 3.4 to 2.1 children per women. Although, during this same period, the teenagers (15 to 19 years old) increased their share in the total pregnancy rate, from 9.5% to 17.7%, in the most economically (18) developed region of the country. Associated to this group are a greater number of premature pre-eclampsia births, under-weight babies (15) and children's death in the first years (20). The pregnancy, happening in adverse psychosocial conditions is harmful to the development of the teens and of their children, perpetuating the conditions of social lurch and differences (7).

Many factors associated to adolescent pregnancy (1,11,15,17,21), are also found in studies about teen suicidal behavior (2,9,24,8,12) such as: low social economic condition, school failing, migration; disturbed family relations, poor relationship between couples, little social support, few recreational activities; physical and sexual abuse, exposure to violence; symptoms of depression and/or anxiety, abusive use of alcohol and drugs.

Several studies (8,12-14,19,23,24) have shown the association between adolescent pregnancy and suicide attempts, but in Brazil, this relation has been little studied. Cassorla (8), in a case-control study, showed that 1/3 of the youths who attempted suicide had got pregnant during adolescence. The proportional death by suicide of grater magnitude is seen in teens from 15 to 19, age group in which suicide represents 3.8% of the total of deaths. The exact prevalence of suicide attempts in the youth population is not well known and are rare the studies in the general population. Research done with school adolescents found prevalence of suicide attempt in the female gender of 10,5% (2). But, since the great majority of pregnant teens are not at school (11, 17, 21), usually staying out of these studies, then arises the need to know if the risk of suicidal behavior is bigger in pregnant teens than in teens that never got pregnant, of similar social economic conditions and age.

The objectives of this study are: determine the psychosocial profile of pregnant adolescents comparing them to adolescents that have never got pregnant, in the age group between 14 and 18; determine the prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in both groups.

METHOD

This study was done in Piracicaba, a city of 350 thousand inhabitants located in the most economically developed region of Brazil.

In a pilot-study with 80 pregnant teens (PT) and 80 teenagers who had never got pregnant (NPT) it was observed a suicide attempt ratio of 3:1. As to keep the same proportion in the final study, the estimation of the sample size determined that 105 subjects would be needed in each group, considering the significance level of 0.05 and statistical power of 0.80.

The “case” group consisted of 110 PT, primiparous, aged between 14 and 18, who took part in the prenatal program of public sector. All PT in this program are sent to a centralized service where ultrasound scans are done on the 20th week of gestation. While recruiting subjects for the study (May 2003 to February 2004), 536 PT were registered 536 at the ultrasound service. All who fit the inclusion criteria were approached.

The control-group was formed by 110 NPT. After getting the PT’s address, a household about four blocks away was chosen. From this first house on the block, and in sequence, were questioned the number, age and sex of the dwellers. When finding somebody who fit gender and age required (between 14 and 18) and no previous pregnancy, the survey procedure began. The same interviewer did all interviews. If the teen couldn’t be interviewed at that moment, three more tries were made.

The following instruments were used: A structured interview, derived from “Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors – SUPREMISS” (22), containing the following sections: social demographic data, matters related to alcohol and drugs and a question about hopelessness (“does my future look dark to me”). In the section “psychosocial difficulties in the last year”, the answers to the 6 items related to family, work and/or studies, financial difficulties, physical illnesses in the family were scored (yes = 1; no = 0) and added. In the section “traumatic events”, all items of protocol (among them: racism; threat of physical and/or sexual abuse; sexual abuse; violent aggression; emotional abuse; victim of disaster, accident, robbery; witness of disaster, accident, robbery) were scored (yes = 1; no = 0) and added. A section was added to the questionnaire about the gynecological history.

Hospital Scale of Anxiety and Depression (HAD). It is a self-report instrument which contains 14 multiple-choice questions, comprising two subscales, for anxiety and depression without resorting to items containing vegetative symptoms (26). The determination of anxiety/depression “cases” did not include the procedure of a formal psychiatric diagnoses. It happened whenever the punctuation was equal or above to 8 in the subscales. This cut-off point corresponds to the one used before in the validation study (6) and in a study with PT (14), both carried out in Brazil.

Beck’s Suicidal Ideation Scale (BSI), a self-report instrument, containing 21 items (4), already validated in our country among teens (25). The first five items of BSI serve as a screening for suicidal ideation. In this study, we opted to use the first five items of BSI and items 20 and 21 that ask about suicide attempts. The following definition was used for the variable “Presence of Suicidal Ideation”: affirmative answer to questions 4 or 5 from BSI.

Social Support Scale (SSS). Developed by Bille-Brahe et al (1993) (5), it was used in Brazil among individuals who attempted suicide (16) comprising four sections (if support is needed; if the needed support is received; if somebody needs the interviewee’s support, the support is given to the needy) with four questions each. To measure the “degree of social support perception”, a grade was stipulated for each of the three possible answers there are for each question (“no support” (=0); “yes, some support” (=1); and, “yes, much support” (=2)) and the score of each item was added.

The PT were invited to participate of the survey while in the waiting room, before seeing the doctor. The ones who agreed signed a consent form. At the end of the interview, they were given the self-report scales (HAD, BSI and SSS). The same procedure was done with the controls.

Tables of frequency were made for the categorical variables and descriptive statistics for the continuous variables. In the comparison of the categorical variables among the groups were used: the Chi-Squared test or, when necessary, Fisher’s exact test. In the continuous, was used Mann-Whitney’s test.

Some variables were dichotomized for better use in the univariate analysis. The total of the items on “psychosocial difficulties in the last year” was categorized in groups: group 1 =0; group 2 =1-3 and group 3 $\geq$ 4 difficulties. The total of the section “traumatic events” was categorized in 3 groups: group1=0; group 2=1-2; group 3 $\geq$ 3 events. The numeric results of the total SSS questions were categorized in 3 groups: little support= 0 to 13; moderate support= 14 to 31; much support= 22 to 30 points.

The multivariate analysis considered the variables with $p < 0.25$ in the univariate analysis and used the stepwise criteria. For statistic tests the level of significance used was 5%. The SAS statistical program was used (version 6.12).

The protocol of this survey was approved by the Research Committee of the City Hall of Piracicaba and by the Ethic Committee of the Universidade Estadual de Campinas. At the end of the interviews, in the case of a confirmation of severe mental disorder or risk of suicidal behavior, PT were sent to a mental health service. No kind of financial incentive was offered to the participants of the study.

RESULTS

Of all teenagers who fit the inclusion criteria, only two pregnant and two non-pregnant refused to participate of the study. Table 1 contains social demographic and gynecologic frequency variables.

TABLE 1

The history of town or district change in the last three years among the 79 PT, most of them (n=59), happened before the pregnancy. 56 (51%) PT answered affirmatively to the question “did you want to get pregnant?” Abortion before the present pregnancy was reported by 11 (10%) PT.

Among the pregnant teens that had a partner (n=109), the period of companionship reported was 20 months on average (DP=13.8) and a median of 15 months. Among the NPT’s who had one (n=50) these figures were of 15.3 months (DP=14.2) and of 9 months respectively. Among the partners, were reported five cases of

psychiatric admission due to abusive alcohol/drugs use, five cases of death and four cases of arrests for crimes, all of these cases in the pregnant teens group. Among the last, six-reported physical abuse and two suffered sexual abuse by the partner. Only one from the control-group reported physical abuse by the partner. Other psychosocial aspects are in Table 2.

TABLE 2

The psychosocial difficulties in the last 12 months, except financial, were significantly more frequent among the pregnant teens. They were (PT% versus NPT%): between the parents (54.4 vs 32.5; $p=0,01$), with the family (64.5 vs 47; $p<0.001$), with work and/or studies (54.2 vs 38; $p < 0.001$), financial (25 vs 21; $p=0.3$), physical illness in the family (30 vs 15.4; $p=0.01$), with police and justice (35.4 vs 15.4; $p<0,001$).

Some traumatic experiences were more frequent in the pregnant teens group (PT% versus NPT%): racism (10 vs 2; $p=0.01$), threat of physical and/or sexual abuse (21.8 vs 7.2; $p = 0.002$), physical abuse (27.2 vs 11; $p=0.002$), emotional abuse (33.6 vs 19; $p = 0.01$), witnessed disaster, accident, robbery (11.8 vs 3.6; $p=0.02$). The sexual abuse variables (4, 5 vs 1) and being victim of disaster, accident or robbery (15, 4 vs 14, 5) did not reached statistical differences between the groups.

Table 3 contains aspects related to suicidal behavior. The individuals, of both groups, who reported suicide attempts ($n=29$), in most cases ($n=25$), tried it only once. The repetition of the suicide attempt was reported by 5 PT. The most common method used in the attempts was of self-poisoning with medicine. Among the pregnant, the suicide attempts happened before the pregnancy.

TABLE 3

Table 4 presents the results of the uni- and multivariate logistic regression for the pregnancy variable.

TABLE 4

DISCUSSION

The group of pregnant teens differs from the non-pregnant teens' group in terms of life history and in the mental health indicators. The frequency of suicide attempt found among the pregnant teens (20%) is two times higher than the rates found in school teens of the female sex (10,5%) in Brazil (2) and three and a half times higher than the control group (6%).

There was no participation in this study of teens belonging to middle and upper social economic classes. Thus, faced with the cultural diversity of Brazil, we cannot generalize the data, needing further investigation in other regions and social extracts. The present results also cannot be used in an attempt to make prognostics, being necessary a longitudinal study to bring forth a light to the possible outcome in the life of these teens. About 10% of the controls presented the same psychosocial factors found in the pregnant teens, particularly suicidal ideation, suggesting that some may, in the future, attempt suicide. Also, the pregnancy and all its changes possibly influenced the depression symptoms, being important the studies that investigate the lives of these adolescents in the long term.

Variables on hopelessness and change of address were not further studied. Probably, a qualitative survey, with more open questions about hopelessness, could help us understand better the teens' needs. Referring to address change in the last three years, it needs to be better developed, although the changes happened before the pregnancy (many times after the news, the teens move because of the pregnancy). This fact should be more explored and studied in relation to depression and anxiety of this period, as well as its relation to the moment of the progressive suicide attempt. Some issues could have been under-reported, such as sexual abuse, the frequency of tobacco and alcohol use and, undesired pregnancy, or then, the contrary, other answers could have been intensified, such as the anxiety and depression symptoms, influenced by the fact that the interviewer is of the public health sector.

The interviewed teens live in poverty areas, precarious districts on the outskirts of town. The high schools are closer to downtown, which forces the teens to commute, a burden on their social economic condition. However, this alone shouldn't be enough to

explain the high percentage of PT dropouts (OR=2, 1), poor education achievement and flunking, when compared to NPT that live in the same condition. The data about PT school life are very similar to the literature, be it Brazilian (15,17,21) or Anglo-Saxon (1,7,23). The school and friends may help to develop a critic and personal thinking in the teen, maybe becoming an important protection factor (2,7,17). Dropping out of school and low achievement may lead to a narrowing of the girls' life project, a probable promoter of precocious pregnancy. On the other hand, school problems in teens are frequently associated to depression symptoms (12) and suicidal behavior (9,24). These problems may come together and, added to the difficulties imposed by the maternity, would promote a low professional qualification, making it harder for these teens to get a better well-paid job in the future (7,15), perpetuating the poverty cycle.

Migration in the last three years (state, town, district) was the most present variable among the PT and probably contributes to dropping out, failing, low educational achievement and little social support. The changing of household usually leads to splitting relationships or can happen as a way to escape and improvement of life, suggesting difficulties in the social and family range (2,17,22). The PT generally have lost one of the parents at childhood (OR=2, 9) (17), having relatives with alcohol and drug problems, situations which might bring financial difficulties and fights among relatives (2,23), these factors being greater among the PT. These difficulties in life plus migration may increase the vulnerability of these groups to a bigger number of traumatic events (threat of physical/sexual abuse, racism and physical abuse). Or then, the traumatic events happening inside the family, in special the physical abuse, may be leading to house, district and town change, increasing the frequency of difficulties in the teens' life.

The physical and sexual abuse, are associated to precocious pregnancy (1,19,23), depression (1,12), and to suicidal behavior (2,8,9,24,23). The frequency of physical abuse and particularly sexual abuse among the PT and among the NPT was much smaller than that found in the international literature (1,19). Possibly cultural reasons about the definition of sexual abuse and the way it was collected, without a specific instrument, besides the fact that it is a delicate matter to be revealed to an unknown interviewer, might have influenced the answers, opposing comparisons.

Among the PTs, the use of tobacco (1,2,15) at some time in their lives was four times higher than the NPT, as well as having tried marihuana (1, 21,23) and having a weekly frequency of alcohol intake in the last twelve months. This last variable reveals two matters: the first, before the pregnancy (1 year before the interview) alcohol intake was weekly; and the other, is that after the pregnancy the girls lower and some stop this behavior. Probably, the pregnancy is promoting, in relation to the use and abuse of substances (tobacco, marihuana and alcohol), a decrease in consumption due to social pressure, or, because the pregnant teens gave socially desirable answers. But, since the PT present a behavior before the pregnancy quite vulnerable to disturbances of alcohol and drug use, we do not know if the present pattern will persist after the pregnancy. The use of these substances during adolescence is usually associated to impulsive behavior, such as precocious pregnancy and suicidal behavior (2,9, 12,23,24), quite frequent among the pregnant teens in this study. Besides, the alcohol use reported in the last three months among the PT (32%), coincide with the first months of pregnancy, added to the use of tobacco, can increase the vulnerability of their children to present behavior problems (13).

Was also found in the PT group a bigger number of suicides of close people. History of suicide and suicide attempts among acquaintances has been associated, by literature (9), to suicidal behavior and the exposure to adverse social conditions (3). Although the NPT are exposed to similar conditions, they present protective factors in the family and school range (2,23) which should yield a greater social support perspective, as a constancy of household, living with parents, with one or two adults providing for the home, without problems of alcohol and drug use by relatives, friends at school, and a smaller number of traumas and difficulties in life.

Regarding mental health factors, the PTs present a different standard than the NPTs, prevailing depression (26.3%) and anxiety (43.6%) about two times higher than in NPT group. The frequency found for depression in the PT was a little above the ones found in two Brazilian studies, 20.8% (14) and 21.9% (11) with the PT using different criteria and instruments. In Falcone's study (11), the pregnant women more than 20 years old presented prevalence of depression similar to the pregnant teens, although they were not separated from the adult group whose first pregnancy happened in their teens. It is difficult to

compare the prevalence of depression obtained by this group, with the international literature, with different populations and depression criteria. The prevalence of depression in the NPT (13, 6%) group was respectively compatible to Fergusson's study (12) with teens from 14 to 16 (13%). In this study, the teens with depression at this phase in life presented a greater risk of developing depression major, alcohol and tobacco addiction, lower educational qualification, unemployment, suicide attempt, and becoming parents at the age of 16 to 21, despite genre. Due to the instrument (HAD) and to the criteria used to determine the anxiety frequency, it was not possible to make comparisons with the Brazilian literature. But, faced with the high frequencies of anxiety and of depression found among the pregnant teens, and these variables being able to influence the outcome of the pregnancy (premature, low weight at birth and also greater child mortality (15,20), it is necessary to provide adequate assistance to this low income population during the pre-natal, yielding them access to mental health treatment.

Suicidal ideation during the last week wasn't statistically different between the groups. Possibly with a bigger sample, the statistical difference would show. Comparing the prevalence of suicidal ideation of teens in Brazil (36.9%) (25) and of Anglo-Saxon (30.7%) (10) with the ones found in this study, they are much smaller due to the criteria used to define suicidal ideation. Literature (9,3) presents the suicidal ideation variable associated to exposure to violence and suicide attempt in teens. Since the group studied comes from districts with low economic conditions and facing many difficulties and violence, the little difference between the groups is understandable, since all teens, pregnant or not, are exposed to the same conditions. Other analyses should be done with the suicidal ideation variable focusing on the subgroup with suicidal attempt in both groups, for they may be of a same group.

Faced with the results obtained in the pregnant teens group, the pregnancies, as well as the suicide attempts, could be a way of promoting the interpersonal relations, with serious consequences that perpetuate the poverty cycle (15,20). The outcome of the pregnancies, the impact on their children and life condition of the teens shall be investigated taking into consideration the presence or lack of previous suicide attempt. The individual, family or social intervention during the pre-natal and during the first years

of the child's life is indispensable because it is a suicidal behavior risk group. The pre-natal moment is an excellent chance to identify the cases of previous suicide attempt and start strategies of preventive measures against suicide among teens, and promote access to mental health services. We may number various reasons: first, because seeking prenatal assistance has become a cultural practice among pregnant Brazilians; second, because all cases of suicide attempt happened before the pregnancy and only a third received assistance when the fact took place; third, the previous suicide attempt is an important factor risk for a new attempt (9,19). The broadening of health care for pregnant teens, focusing on psychosocial aspects, is necessary and essential as a strategy in the prevention of suicidal behavior in teenagers in Brazil.

REFERENCES

- 1- Adams JA, East PL.(1999) Past physical abuse is significantly correlated with pregnancy as an adolescent J Pediatr Adolesc Gynecol;12(3):133-8.
- 2- Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, et al. (2001) Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. J Adolesc Health; 28:295-302.
- 3- Ayton A, Rasool H, Cottrell D. (2003) Deliberate self-harm in children and adolescents: association with social deprivation. Eur Child Adolesc Psychiatry;12(6):303-7.
- 4- Beck AT & Steer RA. (1993)Beck Scale for Suicide Ideation-Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- 5- Bille-Brahe U, Egerbo H, Crepet P, et al. (1999) Social support among European suicide attempters. Archives of Suicide Research;5:215-31.
- 6- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, et al (1995) Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). Rev. Saude Publica; 29(5):355-63.
- 7- Bradley T, Cupples ME, Irvine H. (2002) A case control study of a deprivation triangle: teenage motherhood, poor educational achievement and unemployment. Int J Adolesc Med Health;14(2):117-23.
- 8- Cassorla RMS (1985) Young people who attempt suicide: social relationship, pregnancy and abortion; a comparative study with normal and young people with mental problems III. J Bras Psiquiatr; 34(3):151-6.
- 9- Evans E, Hawton K, Rodham K. (2004) Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based. Clin Psychol Rev;24(8):957-79.
- 10- Evans E, Hawton K, Rodham K, et al. (2005) The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Suicide and Life-Threatening Behavior 2005;35(3):239-50.

- 11- Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ.(2005) Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes Rev. Saúde Pública; 39(4):612-8.
- 12- Fergusson DM, Woodward LJ.(2002) Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. Arch Gen Psychiatry;59:225-231.
- 13- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ.(1998) Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. Arch Gen Psychiatry;55:721-27.
- 14- Freitas GVS & Botega NJ.(2002) Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents. Rev Assoc Méd Brás; 48(3): 183-201.
- 15- Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC.(2002) Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. Cad. Saúde Pública;18(1):153-161.
- 16- Gaspari VPP, Botega NJ.(2002) Social support and suicide attempt. Jornal Brasileiro de Psiquiatria;51(4): 233-240.
- 17- [Gigante DP](#), [Victora CG](#), [Lima RC](#), et al (2004) Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil [Rev Panam Salud Publica](#);16(1):1-10.
- 18- IBGE.Available at:<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>. Accessed February 20, 2005.
- 19- Koniak–Griffin D. & Lesser J. (1996) The impact of childhood maltreatment on young mothers’ violent behavior toward themselves and others. J Pediatr Nurs; 11(5):300-8.
- 20- Markovitz BP, Cook R, Flick LH. et al.(2005) Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths? BMC Public Health; 5: 79.

- 21- Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM et al. (2006) Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders Rev. Bras. Psiquiatr; 28(2): 122-5.
- 22- Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours (2000) SUPRE-MISS: Components and Instruments. Geneva: W.H.O. (WHO/MSD/MBD/00.12).
- 23- Silverman JG, Raj A, Mucci LA, et al. (2001) Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality.. JAMA; 286(5):572-9.
- 24- Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. (1995) Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. Suicide Life Threat Behav; 25(3):358-72.
- 25- Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L.(2004) Fidedignidade e validade da escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) em adolescentes. In: Werlang BG & Botega NJ. Porto Alegre: Artmed.
- 26- Zigmond AS & Snaith RP.(1983) The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand; 67:370-6.

Table 1- Sociodemographic characteristics

Variables	Total n=220	Pregnant teens n(%)	Non-pregnant n(%)	p
Age average		16, 5	16, 1	NS
Marital status				
Living with a partner	72	66 (60)	6 (5, 5)	
Single with boyfriend	69	25 (22, 7)	44 (40)	
Single	78	18 (16,4)	60 (54, 5)	<0, 001*
Years of schooling				
5 – 7		31 (28)	14 (12, 7)	
8 – 9		48 (43, 6)	48 (43, 6)	
10 – 11		31 (28)	43, 6 (48)	0, 006*
Failed at school	89	56 (51)	33 (30)	0, 002*
School dropout	115	79 (71, 8)	36 (33)	<0, 001*
Attending school	112	27 (24, 5)	85 (77, 2)	<0, 001*
Occupational status				
Full-time job	22	14 (12, 8)	8 (7, 3)	
Part-time job	13	3 (2, 7)	10 (9)	
Student only	83	21 (19)	62 (56, 4)	
Housewife	88	67 (61)	21 (19)	<0, 001**
Whom living with				
Partner	46	40 (36, 4)	6 (5,5)	
Parents	141	45 (40,9)	96 (87,3)	
Relatives/friends	33	25 (22, 7)	8 (7,3)	<0, 001*
Change of residence in the last 3 years	104	79 [#] (71, 8)	25 (22, 7)	<0,001*

*Qui-square test **Mann-Whitney's test

PT= pregnant teen, NPT= non-pregnant teen

NS=not statistically significant

[#] 59 had moved before pregnancy

Table 2- Psychosocial characteristics

Variables	Total n=220	Pregnant teens n(%)	Non-pregnant n(%)	P
Death of one parent	32	22 (21, 8)	10 (11, 8)	0, 04*
Time of death: Childhood		13	5	
Adolescence		9	5	
Separation of parents	99	57 (51, 8)	42 (38,2)	0, 04*
Alcohol and drug abuse in family	143	83 (75, 5)	60 (54, 4)	<0, 001*
Psychosocial difficulties in the last 12 months		2, 6 (SD=1,6)	1 (SD=1, 5)	<0, 001**
Traumatic events in life		1, 6 (SD=1,5)	0, 8 (SD=1)	<0, 001**
Alcohol intake in the last 3 months	98	35 (32)	63 (57)	<0, 001**
Weekly intake of alcohol 12 months ago	40	31 (28, 2)	9 (8,2)	<0, 001*
Tobacco use before	113	75 (68, 2)	38 (34,5)	<0, 001*
Marihuana use before	21	17 (15, 4)	4 (3,6)	0, 003*
Total score in the social support scale				
0 – 13		41 (37, 2)	18 (16, 3)	
14 – 21		48 (43, 6)	53 (48)	<0, 001*
22 – 30		21 (19)	39 (35, 4)	
Anxiety (HAD)	79	48 (43, 6)	31 (28)	0, 01*
Depression (HAD)	44	29 (26, 3)	15 (13, 6)	0, 02*

*Chi-square test, **Mann-Whitney's test

NS=not significant ($p \geq 0, 5$), SD=standard deviation

HAD=Hospital Anxiety and Depression Scale

Table 3- Variables related to suicidal behavior

Variables	Total n=220	Pregnant Teens n(%)	Non-pregnant Teens n (%)	P
Previous suicide attempt	29	22 (20) [#]	7 (6,3)	0, 003*
Methods: suicide attempt				
Self-poisoning	24	17	7	-
Self-harm	10	10	0	-
Suicide ideation	28	18 (16,3)	10 (9)	NS
Hopelessness	34	21 (19)	13 (12)	NS
Suicide of relatives (parents, siblings, grandparents)	4	3	1	NS
Suicide of relations	53	34 (31)	19 (17)	0, 02*
Suicide attempt of relatives (parents, siblings, grandparents)	24	15 (13,6)	9 (8,2)	NS

*Chi-square test NS=not significant

All attempted suicide occurred before pregnancy

Table 4- Univaried and multivaried logistic regression analyses

Variables	Pregnant	Non-	OR	95 % CI	p
	Teens n(%)	pregnant n(%)			
Univaried analysis					
Change of residence (last 3 years)	79 (72)	25 (22)	8, 6	4, 7-16	<0, 001
School dropout for more than 6 years	79 (72)	36 (33)	5, 2	2, 9-9, 3	<0, 001
Traumatic events ≥ 3	29 (26)	9 (8)	5, 1	2, 2-12, 1	<0, 001
Marihuana use before	17 (15)	4 (3, 6)	4, 8	1, 5-14, 9	0,005
Psychosocial difficulties ≥ 4	34 (31)	16 (14)	4, 4	1, 8-10, 7	0, 001
Total score of social support ≤ 13	41 (37)	18 (16)	4, 2	1, 9-9, 1	<0, 001
Weekly alcohol intake 12 months ago	31 (28)	9 (8)	4, 2	1, 7-10, 3	<0, 001
Tobacco use before	75 (68)	38 (34)	4	2, 3-7,1	<0, 001
Previous suicide attempt	22 (20)	7 (6,3)	3, 6	1, 5-9	0, 004
Threat of physical/sexual abuse	24 (22)	8 (7, 3)	3, 5	1, 5-8,3	0, 003
Years of schooling ≤ 7	31 (28)	14 (12)	3, 4	1,6-7,4	0, 001
Death of a parent in childhood	13 (59)	5 (50)	2, 9	1-01-8,5	0, 04
Alcohol/drug abuse in family	83 (75)	60 (54)	2, 5	1,4-4,5	0, 001
Failed at school	56 (51)	33 (30)	2, 4	1,4-4, 2	0, 001
Depression (HAD)	29 (26)	15 (13, 6)	2, 2	1,14-4,5	0, 02
Suicide of relations	34 (31)	19 (17)	2, 1	1,13-4	0, 02
Anxiety (HAD)	48 (43)	31 (28)	1, 9	1,13-3,4	0, 01
Multivaried analysis					
Change of residence (last 3 years)			6, 4	3,2-12, 9	<0, 001
Tobacco use before			2, 9	1,5-5,7	0, 001
Suicide of relations			2, 5	1,1-5,7	0, 02
Out of school for more than 6 months			2, 1	1,09-4,3	0, 02

OR=Odds ratio, 95% CI=95% confidence interval – Spewise criteria

HAD= Hospital Anxiety and Depression Scale