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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

VIOLÊNCIA E SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS EM GESTANTES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Patricia Manzolli

Orientadora: Prof[a]. Dra. Maria Angélica Nunes

Porto Alegre, julho de 2007

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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

VIOLÊNCIA E SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS EM GESTANTES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Patricia Manzolli

Orientadora: Prof[a]. Dra. Maria Angélica Nunes

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

Porto Alegre, Brasil

2007

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Vigo

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof[a]. Dr[a]. Olga Garcia Falceto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa

Departamento de Medicina Social

Universidade Federal de Pelotas

M296v Manzolli, Patrícia

Violência e sintomas psiquiátricos em gestantes de serviços públicos de saúde no sul do Brasil : prevalência e fatores associados / Patricia Manzolli ; orient. Maria Angélica Nunes. – 2007.

130 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação Medicina: Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2007.

1. Gravidez 2. Saúde mental 3. Epidemiologia 4. Violência doméstica 5. Serviços de saúde materna I. Nunes, Maria Angélica Antunes II. Título.

NLM: WA 310NLM: WA 310

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial a minha orientadora Prof[a]. Dr[a] Maria Angélica Nunes por ter proporcionado meu crescimento como pesquisadora através do incentivo, do desafio e da exigência necessária, dando-me a oportunidade de aprender com seu exemplo de liderança, competência e obstinação.

Aos professores Dr[a]. Maria Inês Schmidt e Dr. Bruce Bartholow Duncan pelo exemplo de pesquisadores e de dedicação na construção do conhecimento.

À Prof[a]. Dr[a]. Cleusa Ferri pela oportunidade de ampliar meus horizontes e vivenciar um pouco da pesquisa fora do nosso país.

À Prof[a]. Dr[a]. Suzi Camey por sua paciência, habilidade em ensinar e tempo dedicado as analises.

Ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pela qualidade de ensino que proporciona aos alunos e cuja estrutura, disponibilidade e funcionários deram suporte para a realização deste trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa ECCAGe que com união e coragem enfrentou o desafio de realizar pesquisa em nosso país, sem nunca perder o otimismo e a animação.

As amigas Dr[a]. Gislaine e Dr[a]. Juliana, que desde a faculdade compartilham comigo momentos de alegrias e tristezas.

Aos meus irmãos Rogério e Cristiane pelo seu carinho e alegria contagiantes.

Aos meus pais por me ensinarem a amar e a nunca desistir de meus sonhos.

Ao Marcelo, meu amor, por sua paciência e tolerância e, principalmente, pelo seu incentivo e apoio em todos os momentos da minha formação.

SUMÁRIO

	Página
ABREVIATURAS E SIGLAS	6
LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS	7
APRESENTAÇÃO	8
REVISÃO DA LITERATURA	9
1. INTRODUÇÃO	9
2. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	10
3. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA GESTAÇÃO	11
3.1. Prevalência dos TMC na gestação	11
3.2. Fatores associados aos TMC na gestação	12
3.3. Agravos à saúde associados aos TMC na gestação	13
3.4. Avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária - PRIME-MD	14
4. EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	15
5. VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO	17
5.1. Prevalência de violência na gestação	17
5.2. Fatores associados à violência na gestação	18
5.3. Agravos à saúde associados à violência na gestação	18
6. VIOLÊNCIA E TRANSTORNOS MENTAIS NA GESTAÇÃO	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
9. OBJETIVOS	25
ARTIGO	26
ANEXO I – PROJETO DE PESQUISA	44
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
ANEXO III – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	63
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	64
ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE	88
ANEXO VI – MANUAL DE INSTRUÇÕES	90
ANEXO VII – RELATÓRIO TRABALHO DE CAMPO	127

ABREVIATURAS E SIGLAS

PRIME –MD - *The primary care evaluation of mental disorders*

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística de Saúde Mental

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

OMS – Organização Mundial de Saúde

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro 1. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação 13

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas e histórico obstétrico e associação com quartil mais alto de sintomas depressivos em gestantes atentidas nas Unidades Básicas de Saúde no sul do Brasil, razão de prevalência bruta, ajustada e intervalo de confiança de 95%. Porto Alegre, 2007. 40

Tabela 2. Distribuição das características sócio-demográficas e histórico obstétrico e associação com violência doméstica entre gestantes atentidas nas Unidades Básicas de Saúde no sul do Brasil, razão de prevalência bruta, ajustada e intervalo de confiança de 95%. Porto Alegre, 2007. 41

Tabela 3. Características do companheiro associada a presença de sintomas depressivos e violência doméstica nas gestantes atendidas na Unidades Básicas de saúde, razão de prevalência ajustada com Intervalo de confiança. Porto Alegre, 2007. 42

Figura 1. Distribuição da média de sintomas depressivos pelo PRIME-MD entre as gestantes que não sofreram e as que sofreram violência doméstica na gestação. Porto Alegre, 2007. 42

Tabela 4. Frações atribuíveis para presença de sintomas depressivos e violência doméstica na gestação entre algumas associações modificáveis. Porto Alegre, 2007. 43

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada "Violência e Sintomas Psiquiátricos em Gestantes de Serviços Públicos de Saúde no Sul do Brasil: Prevalência e Fatores Associados", apresentada no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre. Faz parte de um projeto maior do grupo de pesquisa Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar em Gestantes – ECCAGe, intitulado "Medida do Padrão de Consumo Alimentar, Prevalência de Transtornos Mentais e Violência em uma Amostra de Gestantes" arroladas entre junho de 2006 a abril de 2007, em 10 Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre e em 8 Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno-Infantil de Bento Gonçalves no Rio Grande do Sul.

Inicialmente é feita uma revisão da literatura abordando a epidemiologia dos transtornos mentais e a violência contra a mulher. Também são feitas considerações a respeito da gravidez com foco na saúde mental e na violência doméstica. A seguir são apresentados os objetivos da dissertação e o artigo científico com seus principais resultados. Por fim, encontram-se os documentos de apoio, que incluem o projeto de pesquisa apresentado anteriormente ao Programa de Pós-Graduação, a carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e outros anexos.

REVISÃO DE LITERATURA

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período crítico, no qual os estados físico e mental materno influenciam diretamente tanto a saúde da mãe, quanto à do feto. Atualmente, existe um maior reconhecimento de que a gravidez em algumas mulheres pode ser prejudicada por problemas emocionais. Esse conhecimento segue no sentindo contrário ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres.

As mudanças próprias da gravidez aumentam a vulnerabilidade da mulher para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, principalmente o transtorno depressivo e o transtorno de ansiedade. Tais transtornos podem ser desencadeados ou mesmo piorados em ambiente hostil e agressivo.

A violência contra a mulher, na atualidade, é considerada um problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial de Saúde estimam que pelo menos um quinto da população feminina mundial já tenha sofrido violência física ou sexual em algum momento de suas vidas. A violência durante a gestação, além de pôr em risco a saúde da mulher, pode comprometer a própria gravidez e o desenvolvimento fetal.

No Brasil, ainda são escassas informações a respeito de violência e da saúde mental das mulheres em atendimento na rede de saúde pública durante a gestação. A existência de instrumentos capazes de medir a presença de transtornos mentais e violência contra a mulher na atenção primária torna factível e útil essa investigação.

O conhecimento adquirido através do presente estudo poderá colaborar para o planejamento adequado de políticas de saúde que visem à identificação de grupos de maior risco em atenção primária. A caracterização desses problemas na gestação permitirá o

desenvolvimento de estudos de viabilidade da implantação de rotinas de triagem durante o atendimento de pré-natal, bem como de intervenções para melhorar a qualidade da saúde das gestantes e propiciar, assim, um melhor desenvolvimento fetal.

2. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Entre os transtornos psiquiátricos, os mais prevalentes são o transtorno depressivo e o transtorno de ansiedade, sendo conhecidos como transtornos mentais comuns (TMC), considerados um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, contribuindo para um terço dos dias de afastamento do trabalho por doença e por um quinto de todas as consultas de atenção primária, o que evidencia o quanto tais transtornos são incapacitantes. (Patel, Kleinman 2003)

Populações ocidentais apresentam prevalências de transtornos mentais não psicóticos que variam de 7% a 26%, com média de 17%, sendo mais elevadas no sexo feminino (20,0%) do que no masculino (12,5%) (Lopes et al. 2003).

Em Pelotas, Lima e colaboradores observaram uma prevalência de TMC de 22,7%, sendo menor nos homens, 17,9%, do que nas mulheres, 26,5% e aumentando com a idade. Nessa população, a presença de eventos de vida produtores de estresse esteve positivamente associada aos transtornos mentais comuns (Lima et al. 1996). Na mesma localidade, outra pesquisa identificou uma prevalência de 28,5%, sendo maior nas pessoas das classes sociais mais baixas e do sexo feminino (Menezes et al. 2002). Em estudo de base populacional realizado em Santiago, Chile, a prevalência de TMC na população foi de 26,7%, sendo que as mulheres apresentaram uma prevalência de 35,2% (Araya et al. 2001). Nesses estudos citados, um quarto da população de adultos apresentou alguma patologia psiquiátrica. Na população feminina, aproximadamente um terço preencheu critérios para algum diagnóstico psiquiátrico,

mostrando que os transtornos depressivos são duas vezes mais comuns em mulheres do que em homens e a maioria apresenta seu início na idade reprodutiva (Weissman et al. 1993). Outro achado relevante é que os quadros depressivos correspondem ao terceiro problema de saúde entre mulheres residentes em países desenvolvidos e o quinto entre as mulheres de países em desenvolvimento (World Health Organization. 2000). Este fato pode ser explicado por questões de vulnerabilidade biológica, desvantagens sociais em que se encontram muitas mulheres, discriminação e exposição a um maior número de eventos negativos na vida, incluindo a violência contra a mulher.

3. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

O desenvolvimento de transtornos psiquiátricos pode ser influenciado por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A gravidez envolve alterações em todos estes aspectos, desde mudanças nos níveis hormonais e no funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (Steiner et al. 2003), bem como no papel que a mulher desempenha na sociedade.

3.1. Prevalência dos TMC na gestação

Estima-se que de 25 a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos na gravidez e que até 20% das mulheres podem preencher os critérios de depressão maior (Evans et al. 2001;Josefsson et al. 2001)

No Brasil, um estudo com uma amostra de gestantes adolescentes encontrou uma prevalência de transtornos psiquiátricos de 27,6% (Mitsuhiro et al. 2006); outro, com gestantes atendidas em clínica privada, identificou a prevalência de ansiedade de 59,5% e de

depressão de 45,3% (Faisal-Cury, Rossi 2007); enquanto que um estudo realizado na Suécia encontrou uma prevalência de 17% de sintomas depressivos no final da gravidez (Josefsson et al. 2001).

Lovisi e colaboradores realizaram estudo em uma maternidade do Rio de Janeiro com 240 mulheres e encontraram uma prevalência de depressão de 19,1% nos últimos 12 meses, mostrando que quanto maior a escolaridade das gestantes, menor a prevalência de depressão (Lovisi et al. 2005). Em estudo que acompanhou 1.555 mulheres desde a gestação até o pós-parto revelou uma prevalência de transtorno depressivo e de ansiedade na gestação de 29,2% e, seis meses após o parto, de 16,5% (Andersson et al. 2006) e apontou que os índices de sintomas depressivos são mais altos durante o terceiro trimestre de gestação do que seis meses após o parto (Evans et al. 2001).

Evidências crescentes na literatura demonstram que os transtornos psiquiátricos durante a gravidez são subdetectados e subtratados na prática clínica, segundo Marcus et al, que investigaram prospectivamente 3.472 mulheres grávidas em vários serviços obstétricos quanto à presença de depressão atual, ao uso de medicações antidepressivas e ao histórico de depressão. Os resultados obtidos apontaram que 20% das mulheres investigadas tinham escores suficientes para depressão e somente 13,8% das mulheres que tinham escore para depressão relataram receber algum tipo de tratamento antidepressivo (Marcus et al. 2003).

3.2. Fatores associados aos TMC na gestação

Alguns estudos têm enumerado fatores biológicos, como história prévia familiar ou pessoal de transtorno de humor (Marcus et al. 2003), e fatores psicossociais associados à presença de transtornos psiquiátricos durante a gestação. Entre esses últimos, encontram-se história de abuso na infância, conflitos conjugais, abuso de substâncias, inadequado suporte

social e, ainda, grau de escolaridade da mãe (Ryan et al. 2005). Lovisi et al (2005) encontraram 4,9 vezes o risco de desenvolver depressão nas gestantes que não tinham companheiro e um risco de 4,2 vezes nas mulheres com exposição à violência no ano anterior à gestação. No quadro 1, estão listados alguns dos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento de transtorno depressivo na gestação.

Quadro 1. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação.

Biológicos	Psicossociais
História de Transtorno de Humor e de Ansiedade	Abuso sexual na infância
História de depressão pós-parto	Gravidez precoce
Doença psiquiátrica na família	Gravidez não planejada e/ou não aceita
	Mães solteiras
	Reduzido suporte social
	Violência doméstica
	Baixo nível de escolaridade
	Abuso de substância/fumo

Adaptado de Ryan et al, 2005

3.3. Agravos à saúde associados aos TMC na gestação

A presença de transtorno depressivo e estresse durante a gestação relaciona-se com complicações obstétricas, tais como trabalho de parto prematuro, pré-eclampsia, sangramentos e ruptura prematura de membranas (Hedegaard et al. 1993).

A depressão durante a gravidez está associada ao menor cuidado de pré-natal e a má nutrição das gestantes (Kelly et al. 1999). Pesquisas mostram uma forte associação da depressão com o consumo de bebida alcoólica e fumo durante a gestação (Alvik et al.

2006;Pajulo et al. 2001;Pinheiro et al. 2005). Outros estudos apontam associação entre ansiedade ou estresse e alterações congênitas (Hansen et al. 2000), desenvolvimento e atividade fetal prejudicados (DiPietro et al. 2002) e problemas de transtornos de comportamento nas crianças (O'Connor et al. 2002). A presença de transtornos como depressão e ansiedade durante a gravidez aumentam a chance de depressão pós-parto (Da-Silva et al. 1998;Heron et al. 2004).

A depressão materna nos períodos pré e pós-natal prediz um desenvolvimento prejudicado, risco de interrupção precoce da amamentação (Falceto et al. 2004) e altos índices de diarréias de repetição em neonatos (Rahman et al. 2004), assim como afeta o desenvolvimento intelectual e psicológico da criança (O' Hara MW, Swain AM 1996).

Uma seqüência de três artigos publicados na Revista Lancet, no início de 2007, sobre desenvolvimento infantil em países em desenvolvimento aponta inúmeros fatores de risco que podem afetar o adequado crescimento das crianças desde o nascimento até os cinco anos de vida. Entre eles estão a depressão materna, inadequada estimulação cognitiva e a exposição à violência (Engle et al. 2007;Grantham-McGregor et al. 2007;Walker et al. 2007).

3.4. Avaliação de Transtornos Mentais em Atenção Primária - PRIME-MD

O instrumento PRIME-MD - Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (*The primary care evaluation of mental disorders)* (Spitzer et al. 1994) foi desenvolvido nos Estados Unidos para facilitar o diagnóstico de transtornos mentais por médicos não psiquiatras. Ele foi traduzido e validado para o português brasileiro (Fraguas, Jr. et al. 2006). O PRIME-MD, originalmente, abrange os diagnósticos de transtornos de humor, de ansiedade, alimentares, somatoformes e provável abuso ou dependência de álcool, utilizando critérios diagnósticos do DSM-IV. O PRIME-MD pode ser usado como instrumento de

rastreamento para a presença de transtornos mentais em pacientes na atenção primária à saúde. O instrumento é dividido em duas partes: o Questionário do Paciente (QP) e o Guia de Avaliação Clínica (GAC). O QP é constituído de uma página auto preenchida pela paciente com 12 questões, sendo dez sim/não, uma medindo a intensidade dos problemas e outra acerca de saúde global. As primeiras dez questões são organizadas em módulos cobrindo os diagnósticos e, no caso de resposta afirmativa, o Guia de Avaliação Clínica é usado para obter informações adicionais para cada diagnóstico.

4. EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos e representa sérios problemas médicos, sociais e legais. A prevalência de violência contra a mulher é alta, sendo estimada que uma em cada três mulheres tenha sido vítima de alguma forma de violência na infância, adolescência ou na vida adulta (Garcia-Moreno et al. 2005).

Estudos populacionais e em serviços de saúde indicam maior risco de agressão às mulheres por parte de pessoas próximas, como parceiros e familiares, do que por estranhos. (Rodriguez et al. 1999). Os estudos sobre violência doméstica apresentam uma grande variação nas taxas de prevalência. Esta variação pode ser atribuída às diferenças de desenhos e amostra (Schraiber et al. 2006). Contudo, a Organização Mundial de Saúde realizou um estudo multicêntrico Saúde da Mulher e Violência Doméstica Contra a Mulher em 15 regiões de 10 países, incluindo o Município de São Paulo (SP) e a Zona da Mata de Pernambuco (ZMP) no Brasil, e encontrou uma variação de 13% (Okohama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru), valendo-se do mesmo questionário, aplicado sempre a mulheres de 15 a 49 anos, com padronização de treinamento das pesquisadoras e definição de amostras. Na maioria das

regiões, a prevalência de violência situa-se entre 23% e 49%, sendo que no Brasil as taxas encontradas foram de 27% em SP e 34% em ZMP (Garcia-Moreno et al. 2006).

Em investigação realizada em Londres com 1035 mulheres, 41% delas relataram ter sofrido alguma forma de violência ao longo da vida. (Richardson et al. 2002). Estudo publicado na Revista de Saúde Pública, realizado na cidade de Porto Alegre com 251 mulheres, mostrou que 55% delas relataram já ter sofrido violência psicológica; 38%, física; e 9%, sexual (Kronbauer, Meneghel 2005). Outro estudo realizado em unidade de atenção primária à saúde em São Paulo entrevistou 322 mulheres, sendo que 143 (44,4%) relataram ter sofrido pelo menos um episódio de violência física durante a vida e 37 (11,5%) relataram ter sido vítima de violência sexual, revelando ainda que na maioria das vezes o agressor era o companheiro ou familiar (Schraiber et al. 2002).

A violência doméstica ocorre em todas as classes sociais e as mulheres mais jovens, solteiras ou separadas e com menor nível educacional são mais vulneráveis. Também existe uma forte associação de violência doméstica com um maior consumo de bebida alcoólica, drogas ilícitas e tabagismo (Zilberman, Blume 2005).

A violência contra a mulher tem um impacto importante na saúde física e mental da mulher (Campbell 2002). Estudo realizado na Austrália observou que a violência causada pelo companheiro leva a mulher a desenvolver mais problemas de saúde e apresenta índices mais elevados de morte prematura de mulheres em idade reprodutiva que outros fatores de risco, como hipertensão arterial, obesidade e fumo (Garcia-Moreno et al. 2005).

5. VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO

5.1. Prevalência de violência na gestação

Estudo realizado pelo *Center for Health and Gender Equity* observou-se que uma em cada quatro mulheres é física ou sexualmente agredida durante a gestação, na maior parte das vezes por seu parceiro (Heise 1993). Gasmararian et al, em revisão de 13 estudos norte-americanos e de outros países desenvolvidos, encontrou uma prevalência de violência durante a gestação estimada entre 0,9% e 20% e essa variação foi atribuída a diferentes procedimentos empregados nas investigações (Gazmararian et al. 1996). Campbell et al (2004), em revisão de estudos fora dos EUA, observou que a variação das prevalências de violência física na gestação é de 3,4% a 11% em países industrializados e de 3,8% a 31,7% nos países em desenvolvimento (Campbell et al. 2004). Em estudo da OMS, de 1% a 28% das mulheres relataram que as agressões iniciaram no período da gestação e 90% dessas mulheres foram agredidas pelo pai do bebê (Garcia-Moreno et al. 2006).

No Brasil, a investigação de Moraes e Reichenhein, no Rio de Janeiro, relatou que 33,8% das mulheres entrevistadas sofreram alguma forma de violência (Moraes, Reichenheim 2002) e, em estudo já citado, realizado com 322 mulheres nas unidades de saúde da rede básica de São Paulo, 75 delas estavam grávidas e 16 (21,3%) sofreram violência física no ano anterior à pesquisa, enquanto que de nove mulheres que relataram casos de agressão física no ultimo mês, cinco estavam grávidas (Schraiber et al. 2002).

Na Costa Rica, Núnez-Rívas et al (2003) entrevistaram 118 mulheres no período pós-parto e observaram que 35 (29,7%) das entrevistadas sofreram algum tipo de violência na gestação. Na Nicarágua, um estudo de base populacional realizado com 478 gestantes

encontrou uma prevalência de violência psicológica, física e sexual durante a gestação, respectivamente, de 32,4%, 13,4% e 6,7% (Valladares et al. 2005).

5.2. Fatores associados à violência na gestação

A literatura aponta uma gama de fatores associados à violência na gestação, tais como: idade precoce, baixa escolaridade da mulher e do parceiro, consumo de álcool e drogas pelo companheiro, história familiar de violência, gravidez não planejada, desemprego, entre outros (Bohn et al. 2004;Moraes, Reichenheim 2002). A baixa escolaridade da mulher e do parceiro tem sido apontada como importante fator associado tanto à violência em geral, como também à violência na gestação. Menezes e colaboradores observaram um risco quase 10 vezes maior de violência na gestação para as mulheres com 0-3 anos de estudo em comparação com as mulheres que têm 11 anos ou mais de escolaridade. Outro achado relevante deste estudo foi em relação ao consumo de álcool do companheiro, evidenciando 3,6 vezes o risco de violência quando os parceiros se embriagam pelo menos uma vez por semana (Menezes TC., Faúndes 2003). Com relação ao planejamento da gravidez, Goodwin et al (2000) identificaram que as mulheres que não planejaram a gravidez têm 2,5 vezes o risco de sofrer violência comparada com as mulheres que planejaram a gestação (Goodwin et al. 2000).

5.3. Agravos à saúde associados à violência na gestação

As conseqüências da violência sofrida durante a gestação podem repercutir diretamente na saúde da mulher, levando a comportamentos de risco como ingestão de bebida alcoólica e consumo de drogas e, ainda, retardar o início dos cuidados de pré-natal (Goodwin et al. 2000). Pode ainda comprometer os desfechos da gravidez, aumentando o risco de trabalho de parto

prematuro e apresentando um risco duas vezes maior de baixo peso ao nascer (Campbell et al. 1999;Nunez-Rivas et al. 2003). Outras pesquisas têm mostrado associação de violência durante a gestação com uma dieta pobre, risco de anemia e menor ganho de peso materno (Moraes et al. 2006;Parker et al. 1994), além de risco aumentado de desenvolver transtorno depressivo (Lovisi et al. 2005)

6. VIOLÊNCIA E TRANSTORNOS MENTAIS NA GESTAÇÃO

Estudos epidemiológicos têm contribuído de forma significativa para a compreensão dos elos entre fatores do ambiente social e transtornos psiquiátricos. Fatores ambientais desfavoráveis estão associados ao aparecimento e/ou à maior gravidade no curso da maioria dos transtornos psiquiátricos.

Alguns estudos têm demonstrado que a violência durante a gestação, principalmente a violência doméstica, é fator de risco para algumas morbidades psiquiátricas, sobretudo para depressão, transtornos de ansiedade e de estresse pós-traumático (Coid 2003). Lovisi et al (2005) entrevistaram 230 mulheres no terceiro trimestre de gestação em maternidade pública do Rio de Janeiro e encontraram um risco 4,2 vezes maior de depressão durante a gestação nas mulheres que sofreram violência doméstica no ano anterior à gravidez. Em Londres, foram entrevistadas 200 mulheres em atendimento de pré-natal e observou-se associação entre violência doméstica e escores mais elevados na escala de depressão pós-natal de Edinburgh (Bacchus et al. 2004)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a gravidez é um período de vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais e que a presença destes transtornos pode comprometer o bom andamento da gestação. Somando-se a isso, a violência pode ser um fator agravante neste contexto.

Assim sendo, o interesse em determinar os principais fatores associados à ocorrência de violência e a presença de transtornos psiquiátricos deve-se ao impacto que ambas as exposições podem causar à saúde materna e, conseqüentemente, aos desfechos obstétricos.

Portanto, a proposta desta dissertação é quantificar a presença de transtornos mentais e violência em gestantes da rede básica de saúde e identificar possíveis fatores associados. Os resultados contribuirão para o planejamento de rotina de triagem no pré-natal, bem como de intervenções nos períodos pré e pós-parto com o intuito de melhorar a saúde mental e física das gestantes.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvik,A., Heyerdahl,S., Haldorsen,T., and Lindemann,R. 2006. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **85**:1292-1298.

Andersson,L., Sundstrom-Poromaa,I., Wulff,M., Astrom,M., and Bixo,M. 2006. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **85**:937-944.

Araya,R., Rojas,G., Fritsch,R., Acuna,J., and Lewis,G. 2001. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* **178**:228-233.

Bacchus,L., Mezey,G., and Bewley,S. 2004. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* **113**:6-11.

Bohn,D.K., Tebben,J.G., and Campbell,J.C. 2004. Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. *J Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* **33**:561-571.

Campbell,J., Garcia-Moreno,C., and Sharps,P. 2004. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence against women* **7**:770-789.

Campbell,J., Torres,S., Ryan,J., King,C., Campbell,D.W., Stallings,R.Y., and Fuchs,S.C. 1999. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *Am. J. Epidemiol.* **150**:714-726.

Campbell,J.C. 2002. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* **359**:1331-1336.

Coid,J. 2003. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br. J. Psychiatry Suppl* **44**:S3-10.

Da-Silva,V.A., Moraes-Santos,A.R., Carvalho,M.S., Martins,M.L., and Teixeira,N.A. 1998. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz. J Med. Biol. Res.* **31**:799-804.

DiPietro,J.A., Hilton,S.C., Hawkins,M., Costigan,K.A., and Pressman,E.K. 2002. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Dev. Psychol.* **38**:659-668.

Engle,P.L., Black,M.M., Behrman,J.R., Cabral de,M.M., Gertler,P.J., Kapiriri,L., Martorell,R., and Young,M.E. 2007. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* **369**:229-242.

Evans,J., Heron,J., Francomb,H., Oke,S., and Golding,J. 2001. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* **323**:257-260.

Faisal-Cury,A. and Rossi,M.P. 2007. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch. Womens Ment. Health* **10**:25-32.

Falceto,O.G., Giugliani,E.R., and Fernandes,C.L. 2004. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J. Am. Board Fam. Pract.* **17**:173-183.

Fraguas,R., Jr., Henriques,S.G., Jr., De Lucia,M.S., Iosifescu,D.V., Schwartz,F.H., Menezes,P.R., Gattaz,W.F., and Martins,M.A. 2006. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect. Disord.* **91**:11-17.

Garcia-Moreno,C., Heise,L., Jansen,H.A., Ellsberg,M., and Watts,C. 2005. Public health. Violence against women. *Science* **310**:1282-1283.

Garcia-Moreno,C., Jansen,H.A., Ellsberg,M., Heise,L., and Watts,C.H. 2006. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* **368**:1260-1269.

Gazmararian,J.A., Lazorick,S., Spitz,A.M., Ballard,T.J., Saltzman,L.E., and Marks,J.S. 1996. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* **275**:1915-1920.

Goodwin,M.M., Gazmararian,J.A., Johnson,C.H., Gilbert,B.C., and Saltzman,L.E. 2000. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. PRAMS Working Group. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Matern. Child Health J.* **4**:85-92.

Grantham-McGregor,S., Cheung,Y.B., Cueto,S., Glewwe,P., Richter,L., and Strupp,B. 2007. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* **369**:60-70.

Hansen,D., Lou,H.C., and Olsen,J. 2000. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet* **356**:875-880.

Hedegaard,M., Henriksen,T.B., Sabroe,S., and Secher,N.J. 1993. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ* **307**:234-239.

Heise,L. 1993. Violence against women: the hidden health burden. *World Health Stat. Q.* **46**:78-85.

Heron,J., O'Connor,T.G., Evans,J., Golding,J., and Glover,V. 2004. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect. Disord.* **80**:65-73.

Josefsson,A., Berg,G., Nordin,C., and Sydsjo,G. 2001. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **80**:251-255.

Kelly,R.H., Danielsen,B.H., Golding,J.M., Anders,T.F., Gilbert,W.M., and Zatzick,D.F. 1999. Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995. *Psychiatr. Serv.* **50**:1584-1590.

Kronbauer,J.F. and Meneghel,S.N. 2005. [Profile of gender violence by intimate partners]. *Rev Saude Publica* **39**:695-701.

Lima,M.S., Beria,J.U., Tomasi,E., Conceicao,A.T., and Mari,J.J. 1996. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int. J Psychiatry Med.* **26**:211-222.

Lopes,C.S., Faerstein,E., and Chor,D. 2003. [Stressful life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study]. *Cad. Saude Publica* **19**:1713-1720.

Lovisi,G.M., Lopez,J.R., Coutinho,E.S., and Patel,V. 2005. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol. Med.* **35**:1485-1492.

Marcus,S.M., Flynn,H.A., Blow,F.C., and Barry,K.L. 2003. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt.)* **12**:373-380.

Menezes TC.,A.M.S.L. and Faúndes 2003. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstetr* **25**:309-316.

Menezes,A.M.B., Olinto.T.A., Dias da Costa,J.S., Gigante,D., Macedo,S., Britto,M.A.P., and Fuchs,S.C. 2002. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia* **5**:164-174.

Mitsuhiro,S.S., Chalem,E., Barros,M.M., Guinsburg,R., and Laranjeira,R. 2006. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* **28**:122-125.

Moraes,C.L., Amorim,A.R., and Reichenheim,M.E. 2006. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int. J Gynaecol. Obstet.* **95**:254-260.

Moraes,C.L. and Reichenheim,M.E. 2002. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int. J Gynaecol. Obstet.* **79**:269-277.

Nunez-Rivas,H.P., Monge-Rojas,R., Grios-Davila,C., Elizondo-Urena,A.M., and Rojas-Chavarria,A. 2003. [Physical, psychological, emotional, and sexual violence during pregnancy as a reproductive-risk predictor of low birthweight in Costa Rica]. *Rev. Panam. Salud Publica* **14**:75-83.

O' Hara MW and Swain AM 1996. Rates and risk pospartum depression: a metaanalysis. *Int Rev Psychiatry* **8**:37-54.

O'Connor,T.G., Heron,J., and Glover,V. 2002. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **41**:1470-1477.

Pajulo,M., Savonlahti,E., Sourander,A., Helenius,H., and Piha,J. 2001. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect. Disord.* **65**:9-17.

Parker,B., McFarlane,J., and Soeken,K. 1994. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet. Gynecol.* **84**:323-328.

Patel,V. and Kleinman,A. 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull. World Health Organ* **81**:609-615.

Pinheiro,S.N., Laprega,M.R., and Furtado,E.F. 2005. [Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service]. *Rev Saude Publica* **39**:593-598.

Rahman,A., Iqbal,Z., Bunn,J., Lovel,H., and Harrington,R. 2004. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch. Gen. Psychiatry* **61**:946-952.

Richardson,J., Coid,J., Petruckevitch,A., Chung,W.S., Moorey,S., and Feder,G. 2002. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* **324**:274.

Rodriguez,M.A., Bauer,H.M., McLoughlin,E., and Grumbach,K. 1999. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA* **282**:468-474.

Ryan,D., Milis,L., and Misri,N. 2005. Depression during pregnancy. *Can. Fam. Physician* **51**:1087-1093.

Schraiber,L.B., D'Oliveira,A.F., and Couto,M.T. 2006. [Violence and health: recent scientific studies]. *Rev Saude Publica* **40 Spec no.**:112-120.

Schraiber,L.B., D'Oliveira,A.F., Franca,I., Jr., and Pinho,A.A. 2002. [Violence against women: a study in a primary healthcare unit]. *Rev Saude Publica* **36**:470-477.

Spitzer,R.L., Williams,J.B., Kroenke,K., Linzer,M., deGruy,F.V., III, Hahn,S.R., Brody,D., and Johnson,J.G. 1994. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* **272**:1749-1756.

Steiner,M., Dunn,E., and Born,L. 2003. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect. Disord.* **74**:67-83.

Valladares,E., Pena,R., Persson,L.A., and Hogberg,U. 2005. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG.* **112**:1243-1248.

Walker,S.P., Wachs,T.D., Gardner,J.M., Lozoff,B., Wasserman,G.A., Pollitt,E., and Carter,J.A. 2007. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* **369**:145-157.

Weissman,M.M., Bland,R., Joyce,P.R., Newman,S., Wells,J.E., and Wittchen,H.U. 1993. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect. Disord.* **29**:77-84.

World health organization. Women's Mental Health: an evidence based review. 2000. Ref Type: Report

Zilberman,M.L. and Blume,S.B. 2005. [Domestic violence, alcohol and substance abuse]. *Rev Bras Psiquiatr.* **27 Suppl 2**:S51-S55.

9.OBJETIVOS

Objetivo Geral

Medir a prevalência de violência e de sintomas psiquiátricos na gestação e estudar fatores associados as exposições.

Objetivos Específicos

1. Estimar a prevalência de violência psicológica, física e sexual ao longo da vida e durante a gestação e identificar fatores associados.

2. Estimar a prevalência de sintomas depressivos na gestação e identificar fatores associados.

3. Estudar fatores associados com sintomas depressivos e violência na gestação.

ARTIGO

VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

VIOLENCE AND MENTAL HEALTH DURING PREGNANCY: A PRIMARY CARE STUDY IN BRAZIL

Autores:

Patricia Manzolli - *Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS* [1]

Maria Angélica Antunes Nunes[1]

Maria Inês Schmidt[1]

Rafael Marques Soares[1]

Andressa Giacomello[1]

Michele Drehmer[1]

Caroline Buss[1]

Suzi Camey[2]

Cleusa Ferri[3]

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

2 Instituto de Matemática, Departamento de Estatística - UFRGS

3 Section of Epidemiology, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

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

email addresses: maanunes@terra.com.br; pmanzolli@uol.com.br;

Endereço para correspondência: Maria Angélica Antunes Nunes

Rua Corrêa Lima, 742 - Porto Alegre - RS - Brasil - CEP 90850-250 - Fone: 55 51 32334508

A ser enviado ao Social Psychiarty and Psychiatric Epidemiology

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência de sintomas depressivos e violência ao longo da vida e durante a gravidez e os fatores associados em gestantes atendidas na rede básica de saúde.

Método: Estudo transversal em uma amostra de 712 gestantes entre a 16º e 36º semana de gestação, realizado em 18 Unidades Básicas de Saúde em Porto Alegre e Bento Gonçalves, entre junho de 2006 e abril de 2007. Foram aplicados questionário sócio-demográfico, instrumento para Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) e questionário sobre violência ao longo da vida e na atual gestação. Na análise dos dados foi utilizada Regressão de Poisson com variância robusta para o estudo de associação e determinação das Razões de Prevalência.

Resultados: Encontraram-se as seguintes prevalências de violência: 47,7% ao longo da vida e 19,1% na gestação; 36,0% de violência doméstica de ao longo da vida e 15,9% na gestação. Do total de gestantes, 27,8% apresentavam pelo menos 6 sintomas depressivos. Após a análise multivariável, as variáveis que persistiram associadas com violência doméstica na gestação foram atividade remunerada da gestante, ter dois ou mais filhos, consumo de bebida alcoólica e não planejar a gravidez; com os sintomas depressivos as variáveis foram baixo nível de escolaridade, cinco ou mais pessoas residindo na casa e consumo de bebida alcoólica na gestação.

Conclusão: Evidenciou-se que as gestantes da rede básica de saúde estão expostas a altas taxas de violência doméstica e que muitas delas apresentam sintomas depressivos, o que revela o importante papel dos serviços de atenção primária em saúde na abordagem destes temas durante os cuidados de pré-natal.

Palavras chaves: Saúde Mental, Gravidez, Sintomas Psiquiátricos, Violência Doméstica, Atenção Primária

INTRODUÇÃO

A gestação tem se mostrado um período de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, principalmente o transtorno depressivo [1]. Estima-se que de 25 a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos na gravidez e que até 20% podem preencher os critérios de depressão maior [2;3]. Estudos realizados no Brasil encontraram prevalência de transtornos psiquiátricos durante a gestação de 27,6% [4] e identificaram uma prevalência de depressão de 19,1%[5].

A presença de transtornos como depressão e ansiedade durante a gravidez aumentam a chance de depressão pós-parto [6;7]. Além disso, pode levar à diminuição da ingestão alimentar pela mãe, não adesão ao pré-natal, risco de abusos de substâncias, somadas a complicações obstétricas [8-10].

Da mesma forma, a gravidez é considerada fator de risco para o incremento da violência [11]. Gasmararian et al, em revisão sistemática, encontraram a prevalência de violência na gestação variando de 1% a 20% [12]. No Brasil, estudo realizado no pós-parto imediato identificou que 33,8% das mulheres entrevistadas sofreram alguma forma de violência na gestação [13]. A violência mostra-se como fator desencadeante para transtorno depressivo e de ansiedade, apresentando 4,2 vezes o risco de mulheres que foram expostas à violência apresentarem depressão na gestação [5;14]. Ambas as exposições durante a gravidez estão associadas ao aumento do estresse materno e conseqüente dano ao feto.

Diante do forte impacto à sáude gerado pela exposição à violência e a problemas de saúde mental, torna-se relevante identificar no período pré-natal quais os fatores que apresentam maior relação com ambas as exposições. O objetivo deste estudo foi quantificar a presença de sintomas depressivos, medir a prevalência da violência ao longo da vida e na gestação e identificar fatores associados com ambos os eventos em gestantes atendidas no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, no sul do Brasil.

MÉTODO

O projeto *Medida do padrão de consumo alimentar, prevalência de transtornos mentais e violência em uma amostra de gestantes* (ECCAGe), é um estudo de coorte. Na sua linha de base, fonte dos dados para este estudo, arrolou entre junho de 2006 e abril de 2007, 780 gestantes entre a 16ª e a 36ª semana de gestação, atendidas em 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo dez unidades localizadas na cidade de Porto Alegre e oito em Bento Gonçalves, ambas no Rio Grande do Sul. As gestantes foram selecionadas de forma consecutiva, durante o horário de atendimento, na sala de espera das UBS antes da consulta pré-natal, sendo a entrevista realizada em um único contato com as gestantes. A amostra foi calculada para estimar a prevalência de alguns desfechos e levou-se em consideração nível de confiança de 90% e erro máximo admitido de 2,5%. O cálculo de tamanho de amostra para o estudo da saúde mental e violência na gestação foi realizado estimando-se uma prevalência de transtornos mentais comuns na gestação de 14%, totalizando 514 gestantes; acrescentando-se 15% para perdas e recusas, a amostra final foi de 591 mulheres, número inferior ao total de gestantes incluídas no projeto ECCAGe, pois entre os diversos desfechos estudados, optou-se pelo que exigia maior tamanho de amostra. Ao final do trabalho de campo foram arroladas 780 gestantes, sendo que 68 (8,7%) foram classificas como perdas e recusas, restando 712 para análise, o que aumentou o nível de confiança para 94,54%.

Foi aplicado questionário pré-testado abordando as seguintes variáveis sócio-demográficas: idade, escolaridade, atividade remunerada, renda familiar, estado civil, número de habitantes na residência; história obstétrica: número de gestações, paridade, gravidez planejada e, ainda, consumo de tabaco, álcool e drogas na gravidez. Para as mulheres que moravam com companheiro foram investigadas a idade, a atividade remunerada e consumo de álcool do companheiro.

Para avaliar a presença de sintomas psiquiátricos foi utilizado o instrumento para Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (*The primary care evaluation of mental disorders*) - PRIME-MD [15], traduzido e validado para o português brasileiro [16]. Originalmente, o PRIME-MD abrange os diagnósticos de transtornos de humor, de ansiedade, alimentares, somatoformes e provável abuso ou dependência de álcool, a partir dos critérios do DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). O módulo somatoforme foi excluído devido ao fato de ser considerado inapropriado para investigação durante a gestação. Neste estudo, o PRIME-MD foi considerado um instrumento de rastreamento de sintomas, por ter sido aplicado por entrevistadoras treinadas (acadêmicas ou profissionais das áreas de nutrição, enfermagem e psicologia), mas não habilitadas para a realização de diagnósticos. O módulo que avalia transtorno depressivo é composto por 9 questões, cada uma delas avaliando um sintoma, ou seja, de acordo com o instrumento cada entrevistada pode apresentar de 0 a 9 sintomas. Conservadoramente, optou-se por utilizar o quartil mais alto de sintomas depressivos para o estudo de associação, que nessa amostra representam as gestantes com seis ou mais respostas positivas, na intenção de minimizar os falsos positivos. Alguns dos sintomas investigados são freqüentes no período gestacional – fadiga, por exemplo – e tal fato poderia levar a inclusão de falsos positivos, ou seja, de mulheres que apresentavam sintomas esperados para a gestação e foram caracterizados como sintomas depressivos, elevando assim a ocorrência desses. A escolha do instrumento ocorreu devido à facil aplicação e à indicação para o uso na atenção primária.

O questionário de violência foi elaborado utilizando como base o instrumento *Abuse Assessment Screen* [17] abordando violência psicológica, física (com e sem arma) e sexual. Foram investigadas a idade, ocorrência durante a gravidez, a freqüência, o agressor e se houve solicitação de auxílio, para os diferentes tipos de violência. Avaliou-se violência ao longo da vida e na atual gestação (independente do agressor) e violência doméstica, que foi

caracterizada por qualquer forma de violência perpetrada por familiares, companheiro ou namorado: o desfecho utilizado para o estudo de associação foi violência doméstica na gestação. O questionário de violência foi preenchido pela gestante e depositado em uma urna lacrada com a intenção de minimizar o constrangimento frente a entrevistadora.

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

Foram estimadas as prevalências simples, a média e o desvio padrão para variáveis contínuas. Foi realizado o estudo de associação entre os desfechos e as variáveis independentes, através da Regressão de Poisson com variância robusta [18;19] e foi estimada a razão de prevalência para cada variável independente. Para a construção do modelo multivariável, foram selecionadas as váriáveis que na análise bruta apresentaram p-valor menor que 0,20. Estas foram incluídas e excluídas do modelo multivariável até permanecerem somente aquelas que tiveram um p-valor menor do que 0,05. Para o estudo de associação com as características do companheiro foram incluídas as variáveis relacionadas à gestante que no modelo multivariável mantiveram associação com sintomas depressivos e ou violência doméstica.

Foram calculadas as frações atribuíveis para os fatores associados modificáveis entre as gestantes, ou seja, a proporção de prevalência de sintomas depressivos e de violência doméstica que poderia ser reduzida se a exposição fosse eliminada. A fração atribuível foi estimada pela fórmula P_e (RP – 1) / 1 + P_e (RP – 1), onde P_e é a proporção de exposição na população e RP é a prevalência do evento nos expostos / prevalência do evento entre os não expostos[20].

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

RESULTADOS

Entre as 712 gestantes incluídas no estudo, a média de idade foi de 24,6 (DP=6,4) anos, variando de 13 a 42 anos; a média de anos completos de escola foi de 7,6 anos (DP=2,7), sendo que 13,8% (98) apresentavam no máximo quatro anos de escolaridade; a renda familiar média foi de 2,6 (DP=1,9) salários mínimos por mês e 59% (420) não tinham atividade remunerada (Tabela 1). Do total de gestantes, 79,1% (563) moravam com o companheiro, 37,4% (266) planejaram a gravidez e 27,2% (194) tinham dois ou mais filhos (Tabela 1). Cabe ainda destacar que 21% (149) das gestantes fumaram durante a atual gestação e que 7,9% (56) relataram consumir bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana e 9 gestantes (1,3%) informaram ter usado algum tipo de droga nos 3 meses anteriores à pesquisa.

Com relação aos sintomas depressivos, 316 (44,4%) gestantes não apresentavam nenhum sintoma. No entanto, 67 (9,4%) afirmaram ter pensado em morrer ou se ferir e 17 (2,4%) mulheres responderam afirmativamente para todos os sintomas investigados. A amostra apresentou uma média de 3,0 (DP=3,0) sintomas depressivos.

Com relação ao quartil mais alto de sintomas depressivos, observou-se uma prevalência aumentada nas mulheres com escolaridade inferior a 4 anos (RP 1,69; (IC95% 1,14-2,26), residir cinco ou mais pessoas na casa (RP 1,52; IC95% 1,10-2,10) e com consumo de álcool uma ou mais vezes na semana (RP 1,67; IC 95% 1,20-2,33). As mesmas variáveis se mantiveram associadas após serem ajustadas no modelo multivariável (Tabela 1).

Com relação a violência, do total da amostra, 11,9% (85) não responderam o questionário de violência sendo que 35 entrevistadas (4,9%) não responderam nenhuma

questão sobre violência, 4,3% (29) não informaram a respeito de ter sofrido violência na atual gestação e ainda 3,2% (21) das gestantes não preencheram quem foi o agressor, finalizando com 627 gestantes para a análise.

Das mulheres entrevistadas, 47,7% (IC95% 43,9-51,5) revelaram terem sofrido violência ao longo da vida e 19,1% (IC95% 16,1-22,2) na atual gestação, sendo que 36,0% (IC95% 32,3-39,7) sofreram violência doméstica ao longo da vida e 15,9% (IC95% 13,1-18,8) na gestação atual.

Na análise bruta, as variáveis que mostraram associação com violência doméstica foram escolaridade da gestante abaixo de 4 anos, ausência de atividade remunerada, renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo; cinco ou mais pessoas residindo na casa, dois ou mais filhos, e ainda consumo de bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana (Tabela 2). Na análise multivariavel, violência doméstica se manteve associada com as variáveis ausência de atividade remunerada da gestante (RP 1,52; IC95% 1,03-2,25), não ter planejado a gravidez e não ter companheiro (RP 2,16 IC 95% 1,23-3,81), ter dois ou mais filhos (RP 1,73; IC95% 1,15-2,60) e consumo de bebida alcoólica uma ou mais vezes por semana (RP 2,25; IC95% 1,50-3,37) (Tabela 2).

No estudo de associação com as características do companheiro, a variável atividade remunerada (RP 1,57; IC 95% 1,04-2,37) mostrou associação significativa com o quartil mais alto de sintomas depressivos, tendo sido ajustada para escolaridade da gestante, número de pessoas na casa e consumo de álcool pela gestante (Tabela 3). O consumo de bebida alcoólica do companheiro (RP 2,35; IC95% 1,47-3,73) mostrou associação com violência doméstica na gestação, ajustada por atividade remunerada da gestante, planejamento da gravidez, número de filhos e consumo de álcool pela gestante (Tabela 3).

Na análise dos sintomas depressivos com violência foi encontrado que as mulheres que sofreram violência doméstica durante a gestação apresentavam média de 5,2 (IC 95% 4,6-

5,8) sintomas depressivos e as não agredidas, 2,6 (IC 95% 2,3-2,8), sendo essa uma diferença estatísticamente significativa (Figura 1). As não respondedoras apresentavam, em média, 3,0 sintomas depressivos (IC 95% 2,3-3,8), não apresentando diferença das gestantes que não sofreram violência.

Foram calculadas as frações atribuíveis para a presença de sintomas depressivos nas gestantes a partir das razões de prevalência obtidas na análise multivariável. Apresentaram as maiores frações atribuíveis: escolaridade de 0 a 4 anos (6,45%) e escolaridade de 5 a 8 anos de estudo (8,58%). Considerando o desfecho violência doméstica na gestação, as variáveis que apresentaram as maiores frações atribuíveis foram: não exercer atividade remunerada (23,30%) e ter companheiro, mas não planejar a gravidez (24,30%) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

É consenso que a violência urbana é uma realidade. Os resultados do presente estudo evidenciam que a violência é um evento comum nas mulheres em atendimento nas unidades de saúde estudas. A violência doméstica foi relatada por 36% das mulheres, similar aos resultados de outros estudos de violência contra a mulher [21;22]. Contrariando a idéia de que a gravidez protege as mulheres, constatou-se que a violência também ocorre no período gestacional, visto que 16% das entrevistadas relataram-na, salientando sua ocorrência no ambiente doméstico, ou seja, o perpetrador, na sua maioria, foi um familiar e/ou companheiro [11;23;24].

Com o objetivo de minimizar o constrangimento em responder as questões sobre violência, o que leva a baixas taxas de resposta, este estudo utilizou questionário auto-preenchido e urna lacrada e, efetivamente, obteve um bom índice de respostas. Também foi possível entrevistar as gestantes no período de atendimento de pré-natal, diferenciando de outros estudos que realizaram a entrevista no pós-parto imediato, onde a informação sobre violencia pode ser minimizada pela emoção da chegada do recém nascido.

Um aspecto importante a ser discutido são as definições dos transtornos mentais pelo PRIME-MD, pois sendo utilizado com seu critério diagnóstico de cinco ou mais sintomas para trantorno depressivo, a prevalência encontrada foi de 36% - o que parece estar superestimado - levando ao questionamento dos instrumentos utilizados como diagnóstico em saúde mental em pesquisas epidemiológicas. Com os achados, o que fica evidente é a alta prevalência de sintomas depressivos durante a gestação, sendo que um quarto da amostra apresentou seis ou mais sintomas.

Na busca para determinar os principais fatores associados à violência doméstica na gestação e à presença de sintomas depressivos, realizou-se análise multivariável e se observou que o fato da gestante não ter atividade remunerada manteve associação com violência

doméstica. Em muitos estudos, a variável renda está associada à violência. Já no presente estudo, esta variável é explicada pela gestante não ter atividade remunerada e por ter dois ou mais filhos. A hipótese é que o fato da gestante não ter atividade remunerada a colocaria em um ambiente de maior privação, conseqüentemente de mais insatisfações e maior suscetibilidade a ser vítima de violência doméstica. Nota-se ainda que as mulheres que têm companheiro e planejam a gravidez estão menos expostas à violência, fato supostamente explicado por terem uma relação mais estável.

Procurando os fatores associados à presença de pelo menos 6 sintomas depressivos nas gestantes, se observa que na análise bruta as variáveis escolaridade, renda familiar, número de pessoas que residem na casa e atividade remunerada da gestante mostraram associação com o quartil mais alto de sintomas depressivos. No modelo multivariável, após ajuste, persistiram associadas as variáveis escolaridade e número de pessoas que vivem na casa, uma vez que renda e ocupação estão diretamente associadas à escolaridade da gestante.

A variável consumo de bebida alcoólica durante a gravidez mostrou associação com o quartil mais alto de sintomas depressivos e também com sofrer violência doméstica na gestação, dado que vem de encontro com a literatura [25-27]. Pode se considerar que gestantes com sintomas depressivos utilizariam bebida alcoólica como meio de aliviar esses sintomas, o que propiciaria um maior risco de sofrer violência. Uma limitação do estudo é o fato de não ser possível determinar a temporalidade desta relação, pois também podemos formular a hipótese de que o consumo de álcool poderia levar a uma maior exposição à violência e, conseqüentemente, a desenvolver sintomas depressivos.

O estudo tem algumas limitações, uma delas o seu desenho, que não permite elucidar relação causal, uma vez que exposições e desfecho são verificados simultaneamente, mas deixa claro a associação de violência doméstica com sintomas depressivos ao apontar que gestantes que relataram sofrer violência apresentam, em média, o dobro de sintomas

depressivos. Duas hipóteses emergem: se as gestantes deprimidas são mais queixosas e, por conseguinte, relatam serem vítimas de violência ou, se por sofrerem mais violência, apresentam mais sintomas depressivos.

A importância em determinar os principais fatores associados a violência doméstica e a presença de sintomas depressivos devem-se ao impacto que ambos os eventos podem causar aos desfechos obstétricos [28;29].

Somando-se a isso o cálculo das medidas de efeito ajustadas possibilitou a estimativa das frações atribuíveis, permitindo conhecer os percentuais dos eventos que poderiam ser reduzidos caso a exposição fosse alterada. Com relação aos sintomas depressivos, foi possível identificar o importante papel da escolaridade, fato já evidenciado em outros estudos [1;5]. Considerando a violência doméstica, as maiores frações atribuíveis detectadas foram planejar a gravidez e atividade remunerada. Com isso, é possivel perceber que elaborar estratégias que possam prevenir ou minimizar a ocorrência de violência doméstica e, conseqüentemente, o surgimento de sintomas depressivos no período gestacional, exige uma articulação inter-setorial que propicie a elevação dos índices de escolaridade e gere condições de trabalho para as mulheres. Deve-se, ainda, salientar a parcela de responsabilidade do sistema público de saúde, pois a implementação de programas de planejamento familiar pode contribuir com a redução da prevalência de violência doméstica em quase 25%, como revela a fração atribuível.

Assim, o presente estudo foi desenhado para fornecer dados sobre a ocorrência de violência doméstica e sintomas depressivos durante o período gestacional entre mulheres atendidas na rede básica de saúde e os dados apresentados mostram a dimensão do problema e ressaltam a importância de incluir nas rotinas de pré-natal o rastreamento de violência doméstica e transtornos psiquiátricos, além dos cuidados físicos necessários na gestação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ryan D, Milis L, Misri N (2005) Depression during pregnancy. Can Fam Physician 51:1087-1093

2. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G (2001) Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand 80:251-255

3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 323:257-260

4. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R (2006) Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. Rev Bras Psiquiatr 28:122-125

5. Lovisi GM, Lopez JR, Coutinho ES, Patel V (2005) Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. Psychol Med 35:1485-1492

6. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V (2004) The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Disord 80:65-73

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

8. Pinheiro SN, Laprega MR, Furtado EF (2005) [Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service]. Rev Saude Publica 39:593-598

9. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M (2004) Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. Am J Epidemiol 159:872-881

10. Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ (1993) Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. BMJ 307:234-239

11. Menezes TC. AMSL, Faúndes (2003) Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstetr 25:309-316

12. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS (1996) Prevalence of violence against pregnant women. JAMA 275:1915-1920

13. Moraes CL, Reichenheim ME (2002) Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. Int J Gynaecol Obstet 79:269-277

14. Chambliss LR (1997) Domestic violence: a public health crisis. Clin Obstet Gynecol 40:630-638

15. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, III, Hahn SR, Brody D, Johnson JG (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA 272:1749-1756

16. Fraguas R, Jr., Henriques SG, Jr., De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, Gattaz WF, Martins MA (2006) The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. J Affect Disord 91:11-17

17. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH (2000) [Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the screening of violence against pregnant women]. Rev Saude Publica 34:610-616

18. Barros AJ, Hirakata VN (2003) Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol 3:21

19. Vigo A (2006) [Modeling common outcomes: bias and precision]. Cad Saude Publica 22:2496-2497

20. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York. Oxford University Press . 2001. Ref Type: In Press

21. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca I, Jr., Pinho AA (2002) [Violence against women: a study in a primary healthcare unit]. Rev Saude Publica 36:470-477

22. Kronbauer JF, Meneghel SN (2005) [Profile of gender violence by intimate partners]. Rev Saude Publica 39:695-701

23. Valladares E, Pena R, Persson LA, Hogberg U (2005) Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. BJOG 112:1243-1248

24. Nunez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Grios-Davila C, Elizondo-Urena AM, Rojas-Chavarria A (2003) [Physical, psychological, emotional, and sexual violence during pregnancy as a reproductive-risk predictor of low birthweight in Costa Rica]. Rev Panam Salud Publica 14:75-83

25. Amaro H, Fried LE, Cabral H, Zuckerman B (1990) Violence during pregnancy and substance use. Am J Public Health 80:575-579

26. Campbell JC (1998) Abuse during pregnancy: progress, policy, and potential. Am J Public Health 88:185-187

27. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J (2001) Antenatal depression, substance dependency and social support. J Affect Disord 65:9-17

28. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du MJ (2001) Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. CMAJ 164:1567-1572

29. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R (2004) Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. Arch Gen Psychiatry 61:946-952

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas e histórico obstétrico e associação com quartil mais alto de sintomas depressivos em gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no sul do Brasil, razão de prevalência bruta, ajustada e intervalo de confiança de 95%. n=712, Porto Alegre, 2007.

	Total (n =712) n (%)	Sintomas Depressivos(6+) (n =198) n (%)	RP Bruta (95% IC)	p	RP Ajustada (95% IC)	p
Idade						
<= 19 anos	181 (25,4)	46 (25,4)	1,00	0,52		
20 a 29 anos	364 (51,1)	108 (29,7)	1,17(0,88-1,57)			
> 30 anos	167 (23,5)	44 (26,3)	1,04 (0,73-1,48)			
Escolaridade						
0-4 anos	98 (13,8)	36 (36,7)	1,69 (1,14-2,26)	0,03	1,50 (1,05-2,13)	0,08
5-8 anos	352 (49,4)	102 (29,0)	1,27 (0,96-1,67)		1,19 (0,90-1,56)	
9+ anos	262 (36,8)	60 (22,9)	1,00		1,00	
Atividade Remunerada						
Sim	292 (41,0)	69 (23,6)	1,00	0,04		
Não	420 (59,0)	129 (30,7)	1,30(1,01-1,67)			
Renda Familiar (salários mínimos)						
<= 1	127 (17,8)	45 (35,4)	1,44 (1,03-2,00)	0,08		
1,01- 3,00	370 (52,0)	100 (27,0)	1,10 (0,82-1,46)			
>=3,01	215 (30,2)	53 (24,7)	1,00			
Nº de pessoas na casa						
0-2	171 (24,4)	40 (23,4)	1,00	<0,01	1,00	0,01
3-4	313 (44,0)	77 (24,6)	1,05 (0,75-1,47)		0,98 (0,70-1,38)	
5 +	228 (32,0)	81 (35,5)	1,52 (1,10-2,10)		1,43 (1,03-1,98)	
Gravidez Planejada						
Sim com companheiro	241 (33,9)	52 (21,6)	1,00	<0,01		
Sim sem companheiro	25 (3,5)	13 (52,0)	2,41 (1,54-3,77)			
Não com companheiro	322 (45,2)	95 (29,5)	1,37 (1,02-1,84)			
Não sem companheiro	124 (17,4)	38 (30,7)	1,42 (0,99-2,03)			
Nº de filhos						
Nenhum	321 (45,1)	75 (23,4)	1,00	0,02		
1	194 (27,2)	55 (28,4)	1,21 (0,90-1,64)			
2 ou mais	194 (27,2)	68 (34,5)	1,48 (1,12-1,95)			
Consumo de álcool na gestação						
Não	594 (83,4)	152 (25,6)	1,00	<0,01	1,00	0,004
Menos de 1 vez na semana	62 (8,7)	22 (35,5)	1,39(0,96-1,99)		1,51 (1,05-2,17)	
Mais de 1 vez na semana	56 (7,9)	24 (42,8)	1,67(1,20-2,33)		1,61 (1,15-2,26)	

RP – Razão de Prevalência; IC- Intervalo de Confiança

Tabela 2. Distribuição das características sócio-demográficas e histórico obstétrico e associação com violência doméstica entre gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde no sul do Brasil, razão de prevalência bruta, ajustada e intervalo de confiança de 95%. n=712, Porto Alegre, 2007.

	Total (n =627)* n (%)	Violência doméstica na gravidez (n =100) n (%)	RP Bruta (95% IC)	p	RP Ajustada (95% IC)	p
Idade						
<= 19 anos	161 (25,7)	30 (18,6)	1,00	0,49		
20 a 29 anos	319 (50,9)	46 (14,4)	0,77(0,51-1,18)			
> 30 anos	147 (23,4)	24(16,3)	0,87(0,45-1,43)			
Escolaridade						
0-4 anos	85 (13,6)	14(16,5)	1,58 (1,04-2,38)	0,10		
5-8 anos	301 (48,0)	57(18,9)	1,37 (0,76-2,46)			
9+ anos	241 (38,4)	29(12,0)	1,00			
Atividade Remunerada						
Sim	261 (41,6)	30(11,5)	1,00		1,00	
Não	366 (58,4)	70(19,1)	1,67(1,12-2,48)	0,01	1,52 (1,03-2,25)	0,04
Renda Familiar (salários mínimos)						
<= 1	105 (16,7)	28(26,7)	1,87 (1,17-2,98)	0,003		
1,01- 3,00	326 (52,0)	44(13,5)	0,94 (0,61-1,47)			
>=3,01	196 (31,3)	28(14,3)	1,00			
Nº de pessoas na casa						
0-2	159 (25,4)	20(12,6)	1,00	0,02		
3-4	272 (43,4)	37(13,6)	1,08(0,65-1,79)			
5 +	196 (31,3)	43(21,9)	1,74(1,07-2,84)			
Gravidez Planejada						
Sim com companheiro	241 (33,9)	19 (9,1)	1,00	<0,01	1,00	<0,01
Sim sem companheiro	25 (3,5)	6 (28,6)	3,16 (1,42-7,04)		3,38 (1,55-7,38)	
Não com companheiro	322 (45,2)	53 (18,5)	2,04 (1,25-3,34)		1,71 (1,05-2,81)	
Não sem companheiro	124 (17,4)	22 (20,2)	2,23 (1,26-3,94)		2,16 (1,23-3,81)	
Nº de filhos						
Nenhum	289 (46,1)	36 (12,5)	1,00	0,005	1,00	0,02
1	163 (26,0)	23 (14,1)	1,13 (0,70-1,84)		1,15 (0,70-1,87)	
2 ou mais	175 (27,9)	41 (23,4)	1,88 (1,25-2,82)		1,73 (1,15-2,60)	
Consumo de álcool na gestação						
Não	523 (83,4)	77 (14,7)	1,00	0,000	1,00	0,000
Menos de 1 vez na semana	55 (8,8)	5 (9,1)	0,62(0,26-1,46)		0,58 (0,25-1,36)	
Mais de 1 vez na semana	49 (7,8)	18 (36,7)	2,50(1,64-3,80)		2,25 (1,50-3,37)	

RP – Razão de Prevalência; IC- Intervalo de Confiança

* mulheres que preencheram questionário de violência

Tabela 3. Características do companheiro associada a presença de sintomas depressivos e violência doméstica nas gestantes atendidas na Unidades Básicas de saúde, razão de prevalência ajustada com intervalo de confiança 95%. n=712, Porto Alegre, 2007.

	Total (n =563) n (%)	Sintomas Depressivos (6+) (n =148) n (%)	RP Ajustada* (95% CI)	Violência doméstica na gestação (n =73) n (%)	RP Ajustada ** (95% CI)
Atividade remunerada					
Sim	521 (92,5)	130 (24,8)	1.00	63 (13,8)	1.00
Não	42 (7,5)	18 (41,9)	1,57 (1,04-2.37)	10 (27,8)	1,70 (0,97-2,99)
Consumo de álcool					
Não	338 (47,5)	85 (25,1)	1,00	31 (10,3)	1,00
Menos 1 vez/sem	99 (13,9)	20 (20,2)	0,76 (0,49-1,17)	10 (11,9)	1,25 (0,66-2,34)
Mais de 1 vez/sem	127 (17,8)	43 (33,9)	1,23 (0,90-1,71)	32 (28,3)	2,35 (1,47-3,73)

* Ajustada por escolaridade da gestante, número de pessoas na casa e consumo de álcool pela gestante.
** Ajustada por atividade remunerada da gestante, planejar a gravidez, número de filhos e consumo de álcool pela gestante.

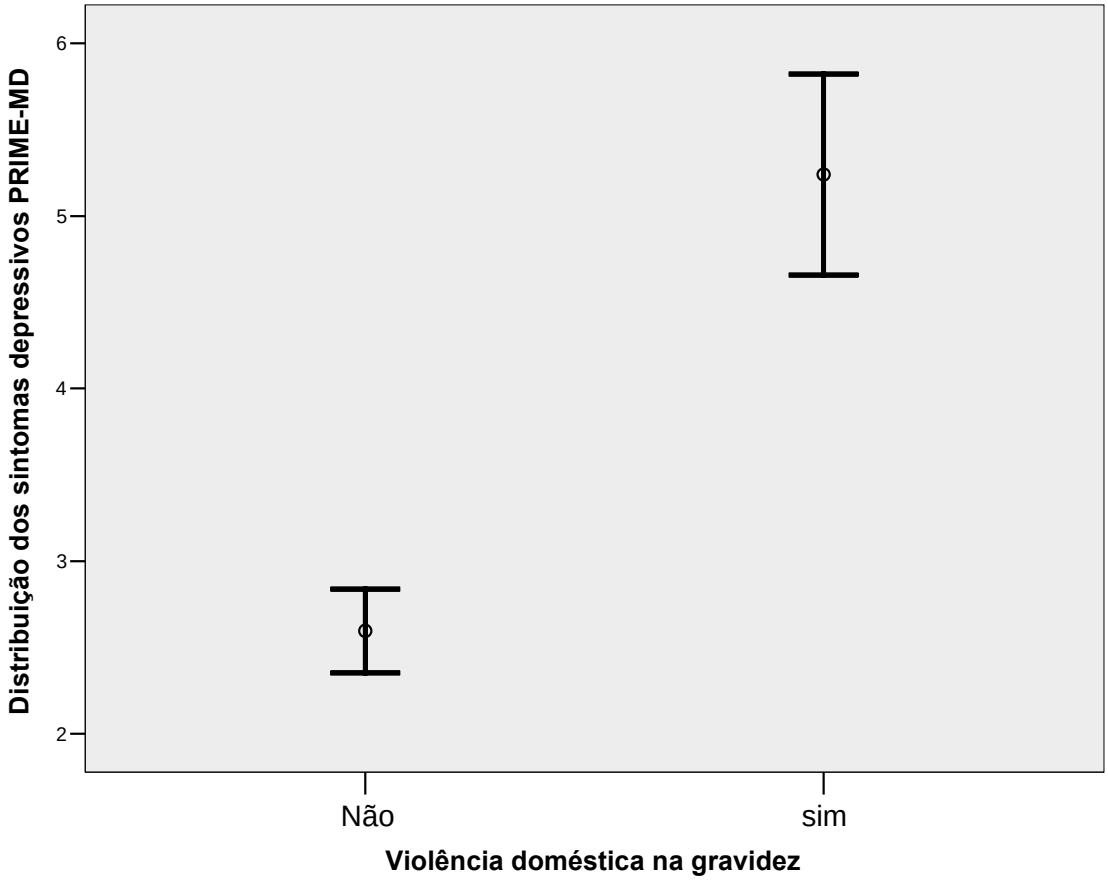

Figura 1. Distribuição da média de sintomas depressivos pelo PRIME-MD entre as gestantes que não sofreram e as que sofreram violência doméstica na gestação. n=712, Porto Alegre, 2007.

Tabela 4. Frações atribuíveis para presença de sintomas depressivos e violência doméstica na gestação entre algumas associações modificáveis. Porto Alegre, 2007.

	Proporção de exposição nas gestantes	RP Ajustada	Fração Atribuível (%)
Sintomas Depressivos na gestação			
Escolaridade			
0-4 anos	13,8	1,50	6,45
5-8 anos	49,4	1,19	8,58
Consumo de álcool na gestação			
Menos de 1 vez na semana	8,7	1,51	4,25
Mais de 1 vez na semana	7,9	1,61	4,60
Violência Doméstica na gestação			
Não ter atividade Remunerada	58,4	1,52	23,30
Gravidez não planejada com companheiro	45,2	1,71	24,30
Ter dois ou mais filhos	27,9	1,73	16,92
Consumo de álcool na gestação			
Mais de 1 vez na semana	7,8	2,25	8,88

ANEXO I – PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DEFESA DE PROJETO

VIOLÊNCIA E SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS EM GESTANTES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Mestranda: Patricia Manzolli

Orientadora: Profª. Drª.Maria Angélica Antunes Nunes

Porto Alegre
Maio de 2007

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título

Violência e sintomas psiquiátricos em gestantes de serviços públicos de saúde no sul do Brasil: prevalência e fatores associados

1.2. Pesquisadores

Patricia Manzolli

Maria Angélica Antunes Nunes

Maria Inês Schmidt

Bruce Bartholow Duncan

Cleusa Ferri

Rafael Marques Soares

Andressa Giacomello

Suzi Camey

Michele Drehmer

Caroline Buss

Juliana F. Hoffmann

Silvia Ozcariz

1.3. Local de origem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

1.4. Locais de realização

Bento Gonçalves – Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno Infantil.

Porto Alegre – Unidades Básicas de Saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo e Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

2. INTRODUÇÃO

A gestação é um período muito importante para a mulher e que modifica sensivelmente suas percepções em relação à vida. As alterações decorrentes de uma gravidez influenciam os estados de saúde físico e mental da gestante e, conseqüentemente, do bebê.

Alguns estudos têm mostrado uma prevalência de transtornos psiquiátricos durante a gestação de 14% (Andersson et al., 2003). No Brasil, um estudo com uma amostra de gestantes adolescentes encontrou uma prevalência de transtornos psiquiátricos de 27,6% (Mitsuhiro et al., 2006); outro, com gestantes atendidas em clínica privada, identificou a prevalência de ansiedade de 59,5% e de depressão de 45,3% (Faisal-Cury et al., 2007); enquanto que um estudo realizado na Suécia encontrou uma prevalência de 17% de sintomas depressivos no final da gravidez (Josefsson et al., 2001). A presença de transtornos como depressão e ansiedade durante a gravidez aumentam a chance de depressão pós-parto (Da-Silva et al., 1998;Heron et al., 2004). Além disso, podem levar à diminuição da ingestão alimentar pela mãe, não adesão ao pré-natal e risco de abusos de substâncias, somadas a complicações obstétricas(Andersson et al., 2004;Pinheiro et al., 2005). Outros estudos mostram associação entre ansiedade ou estresse e alterações congênitas(Hansen et al., 2000), baixo peso ao nascer (Hedegaard et al., 1993), atividade e desenvolvimento fetal

prejudicados (DiPietro et al., 2002) e problemas de transtornos do comportamento das crianças no decorrer do desenvolvimento (O'Connor et al., 2002).

A depressão materna nos períodos pré e pós-natal prediz um desenvolvimento prejudicado e alto risco de diarréias de repetição em neonatos, assim como afeta o desenvolvimento intelectual e psicológico da criança (O' Hara MW et al., 1996).

Um dos fatores que contribuem para gerar estresse materno, e conseqüente dano ao bebê, é a violência contra a gestante (Gazmararian et al., 1996). Estudos apontam a gravidez como fator de risco para a violência doméstica (Menezes TC. et al., 2003).

A violência é um dos mais importantes problemas de saúde pública na América do Sul e é predominantemente um fenômeno urbano (Menezes TC. and Faúndes, 2003;Valdez-Santiago et al., 1996;Valladares ME, 1996). A violência contra a mulher assume especial relevância, estimando-se que pelo menos um quinto da população feminina mundial já tenha sofrido violência física ou sexual em algum momento de suas vidas (1997), embora a sua real extensão ainda seja difícil de averigüar. No Brasil, dois estudos investigaram violência contra a mulher e, também, durante a gestação, revelando uma prevalência de 21% e 17%, respectivamente (Kronbauer et al., 2005;Schraiber et al., 2002). Outro estudo avaliou violência física doméstica, apresentando taxas de 13% e 7,4% antes e durante a gestação, respectivamente (Menezes TC. and Faúndes, 2003).

Sabe-se que a violência é um fator de risco para transtorno mental(1997)(Chambliss, 1997), mas que poucos profissionais de saúde estão habilitados para diagnosticar a presença de violência e dificilmente irão introduzir perguntas sobre o assunto durante a anamnese. O estudo de Rodriguez, em 1999, mostra que apenas de 9% a 11% dos médicos investigaram violência em pacientes que buscaram serviços de assistência primária à saúde (Rodriguez et al., 1999).

Pesquisas de países desenvolvidos demonstram que violência e depressão durante a gestação são prevalentes. A esposição à violência durante a gestação está associada com o baixo peso ao nascer, independente do nivel sócio-econômico (Gazmararian et al., 2000; Paarlberg et al., 1995). Já com o transtorno depressivo, a evidência mostra que a condição sócio-econômica tem um efeito modificador em relação à associação com o baixo peso ao nascer, só existindo em países em desenvolvimento (Patel et al., 2004; Lovisi et al., 2005) ou em populações desfavorecidas de países desenvolvidos, como a população negra norte-americana.

JUSTIFICATIVA

Atualmente, as informações a respeito da saúde mental no período gestacional são, na sua maioria, provenientes de investigações oriundas de coletas de dados no pós-parto imediato. Pouco se sabe a respeito da saúde mental das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, o mesmo acontecendo a respeito da violência sofrida pela mulher durante a gravidez.

A existência de instrumentos capazes de avaliar a presença de sintomas depressivos e de ansiedade e violência durante a gestação, na atenção primária, torna factível e útil essa investigação.

Assim, quantificando a presença de transtornos psiquiátricos e violência sofrida no período pré-natal, será possível realizar estudos de viabilidade para a implantação de rotinas de triagem para tais agravos nos atendimentos pré-natais, bem como de futuras intervenções.

Esse conjunto de conhecimentos também poderá subsidiar o planejamento de futuros estudos de intervenções com o intuito de melhorar a saúde mental das gestantes.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Medir a prevalência de violência e de sintomas psiquiátricos na gestação e estudar a associação de ambas as exposições.

3.2 Específicos

- Medir a prevalência de violência psicológica, física e sexual ao longo da vida e durante a gestação e identificar fatores associados;

- Medir a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade na gestação e identificar fatores associados;

- Estudar a associação entre sintomas depressivos e de ansiedade durante a gestação e violência sofrida ao longo da vida e na gestação.

4. MÉTODO

Este estudo faz parte de um projeto maior do grupo de pesquisa denominado ECCAGe (Estudo do Consumo e Comportamento Alimentar em Gestantes), intitulado "Medida do Padrão de Consumo Alimentar, Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Violência em uma Amostra de Gestantes", em 10 Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre e em 8 Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno Infantil de Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul.

4.1. Amostra

Gestantes, entre a 16ª e a 36ª semana gestacional, arroladas de forma consecutiva em sala de espera para consultas de pré-natal nos postos de saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo, em Porto Alegre; nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura de Porto Alegre; e Unidades Básicas de Saúde e Centro de Referência Materno Infantil de Bento Gonçalves.

4.2 Cálculo do tamanho da amostra

Várias estimativas de tamanho de amostra foram feitas considerando as diversas prevalências que serão medidas e avaliadas no Estudo ECCAGe. O tamanho de amostra necessário seria de 514 gestantes a partir da estimativa de uma prevalência de sintomas depressivos e ansiosos no pré-natal de 14%, com intervalo de confiança de 95%.

Para estabelecer o tamanho de amostra final para o Estudo ECCAGe, escolheu-se a amostra de maior tamanho calculada a partir da estimativa de uma prevalência de comportamento alimentar inadequado de 10%, com intervalo de confiança de 95%, de 8 a 12%. Os cálculos foram realizados na ferramenta STATCALC do software EPI INFO e resultaram em 864 gestantes. Para possíveis perdas e/ou recusas, haverá um acréscimo de 15%, totalizando 1.000 gestantes.

4.3 Delineamento

Estudo transversal.

4.4 Coleta de dados e variáveis

Fase 1 (linha de base): As gestantes serão arroladas consecutivamente em sala de espera para consulta pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde. Serão aplicados os seguintes questionários e intrumentos com entrevistadoras treinadas para a função, após a consulta pré-natal:

- Questionário sócio-demográfico;
- Instrumento Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (PRIME-MD);
- Questionário sobre violência;
- Questionário de Freqüência Alimentar (QFA);
- Instrumento *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q);
- Medidas antropométricas (peso e estatura).

Distribuição das variáveis:

- Características sócio-demográficas da gestante: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, número de habitantes na residência e renda familiar;

- Dados clínicos: idade gestacional, número de gestações, paridade, planejamento ou não da gravidez, presença de hipertensão arterial, diabete e outras doenças crônicas e uso de medicações;

- Hábitos de vida: fumo, consumo de bebida alcoólica e drogas na gravidez;

- Características do companheiro: idade, ocupação e ingestão de bebida alcoólica;

- Sintomas depressivos e de ansiedade: serão medidos através do intrumento PRIME-MD - Avaliação de Transtornos Mentais para Atenção Primária (*The primary care evaluation of mental disorders)* (Spitzer et al., 1994;Spitzer et al., 1999), traduzido e validado para o português brasileiro (Fraguas, Jr. et al., 2006), que abrange os transtornos de humor, de

ansiedade, alimentares, somatoformes e o provável abuso ou dependência de álcool, utilizando critérios diagnósticos do DSM-IV, quando aplicado por médicos.

No presente estudo, o PRIME-MD será administrado por estudantes universitárias e outras profissionais de saúde treinadas para a tarefa (nutricionistas, enfermeiras e psicólogas), sendo, então, considerado um instrumento de rastreamento de sintomas em virtude das referidas profissionais não estarem habilitadas para a realização de diagnósticos.

- Violência: será investigada utilizando o instrumento *Abuse Assessment Screen* (Reichenheim et al., 2000), adaptato. Serão acrescentadas questões sobre violência psicológica, violência física com e sem arma e violência sexual, separadamente, ao longo da vida e na atual gestação. E ainda, questões sobre o agressor, freqüência e solicitação de ajuda.

Ainda fazem parte do Estudo ECCAGe as seguintes variáveis:

- Consumo alimentar: caracterizado pelo consumo de energia, macronutrientes (carboidratos, gorduras, proteínas), fibras e micronutrientes (vitaminas e minerais) estimado pelo Questionário de Freqüência Alimentar (QFA), categorizado em insuficiente, adequado e excessivo, de acordo com as recomendações da DRIs (Sichieri R, 1998; Giacomello A, 2006).

- Comportamento alimentar: avaliado pelo *"Eating Disorders Examination Questionnaire EDE-Q",* instrumento constituído de 36 questões derivadas da entrevista semi-estruturada EDE, padrão ouro para transtornos alimentares (Fairburn et al., 1994).

4.5 Análise estatística:

A descrição geral dos dados será apresentada através de freqüências simples e relativas. Variáveis contínuas serão apresentadas através de média e desvio-padrão. Para estimar as

razões de prevalências, serão utilizados modelos log-binomiais por se tratar de desfechos comuns (Barros et al., 2003;Vigo, 2006).

Em todos os testes serão considerados o nível de significância estatística de 0,05 e suas estimativas de intervalo de confiança. Os softwares utilizados serão o SPSS v. 13 e o R v. 2.4.1.

5. CRONOGRAMA

	Ano 1				Ano 2				
Atividade	1°Tri	2° Tri	3° Tri	4° Tri	Jan/Fev/Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Organização Geral									
Revisão da Literatura	**X**	**X**							
Elaboração do Projeto	**X**	**X**							
Aprovação Ética		**X**							
Elaboração Questionários e Manuais		**X**							
Trabalho de Campo									
Treinamento de Equipes		**X**	**X**						
Piloto		**X**	**X**						
Coleta de Dados			**X**	**X**	**X**				
Montagem do Banco de Dados			**X**	**X**	**X**	**X**			
Análise dos Dados				**X**	**X**	**X**	**X**		
Apresentações/Publicações									
Defesa do projeto							**X**		
Redação do artigo							**X**	**X**	
Defesa fechada								**X**	
Defesa pública									**X**

6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aos responsáveis pelo Centro de Saúde-Escola Murialdo e às Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre e Bento Gonçalves, tendo sido aprovado em todos os locais.

Na sala de espera do posto de saúde, a gestante será convidada a participar da pesquisa, sendo assinalado que sua participação é livre e garantido que as informações fornecidas são estritamente sigilosas. Em local reservado, após a leitura, compreensão e assinatura do consentimento informado em duas vias será iniciada a aplicação dos questionários. Caso a gestante seja analfabeta, o entrevistador fará a leitura do consentimento informado para que a mesma avalie se realmente deseja participar. Os pais ou responsáveis deverão assinar o termo de consentimento informado quando a gestante tiver idade inferior a 14 anos.

O questionário sócio-demográfico e os instrumentos de consumo e comportamento alimentar serão aplicados pelos entrevistadores. Após, a gestante responderá ao questionário do paciente (PRIME_MD) e, de acordo com as respostas, o entrevistador avaliará a necessidade de buscar mais informações através do módulo específico. O questionário sobre violência será entregue no final da entrevista e, depois de preenchido pela gestante, será depositado em uma urna lacrada para evitar constrangimentos frente ao entrevistador. Em caso de necessidade de auxílio, a gestante terá a possibilidade de contatar uma profissional específica através do telefone disponibilizado no consentimento informado. A coordenadora do estudo ficará responsável pela definição dos diagnósticos psiquiátricos e encarregada de encaminhá-las aos locais de assistência.

Os dados do prontuário das gestantes como peso, estatura, nome, peso do bebê e data do parto poderão ser consultados pelos entrevistadores e coordenadores da pesquisa.

A análise dos dados será feita sem os nomes e outros identificadores pessoais, sendo cada entrevistada identificada apenas por um número. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com as informações individuais. Da mesma forma, nenhuma informação pessoal será repassada aos profissionais da Unidade Básica de Saúde ou da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A participação é voluntária e isenta de custos ou de qualquer outra responsabilidade. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e abandono do estudo, sem qualquer prejuízo à pessoa.

O estudo, por ser apenas de aplicação de questionários e revisão de prontuários, não gera risco às gestantes. A única inconveniência será o maior tempo de permanência das mesmas na Unidade Básica de Saúde. Os benefícios deste trabalho poderão ser revertidos a todas as gestantes de modo indireto.

7. ESTRATÉGIA DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados à comunidade científica por meio de congressos e revistas científicas, bem como aos profissionais (médicos, nutricionistas e psicólogos) das instituições colaboradoras por meio de palestras e estudos de grupo.

8. ORÇAMENTO

Material para Campo		
Recurso	**Descrição**	**Valor Aproximado**
Impressões	40.000 cópias dos questionários, termo de consentimento e manuais	R$ 1.700,00
Material de Consumo	Material de escritório (canetas, lápis, borracha, papel, grampeador, grampo, clips, tinta de impressora, pastas plásticas, crachás e pranchetas)	R$ 360,00
Material de Consumo	Uniformes – 15 jalecos	R$ 515,00
Material de Consumo	Caixas-arquivos para elaboração da urna	R$ 70,00
Material de Consumo	Mochilas e pastas	R$ 200,00
Passagens	Passagens de trasnporte urbano para entrevistadoras para deslocamento até os postos	R$ 4.200,00
Terceiros, pagamento de pessoa física	Contratação de entrevistadoras com carga de 20 horas semanais, durante 6 meses, para trabalho de campo	R$ 31.500,00
Terceiros, pagamento de pessoa física	Contratação de estatístico para análise dos dados	R$ 3.000,00
Equipamentos	Balança Filizolla	R$ 500,00
Equipamentos	Cartuchos de impressão	R$ 500,00
Equipamentos	Estante de metal	R$ 120,00
Equipamentos	Computador	R$ 5.000,00
Equipamentos	Impressora	R$ 500,00
Material Bibliográfico	Livros e artigos	R$ 1.300,00
	TOTAL	R$ 49.465,00

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World health organization. Violence against women; a priority health issue. 1997. Ref Type: Internet Communication

2. Andersson,L., Sundstrom-Poromaa,I., Bixo,M., Wulff,M., Bondestam,K., Astrom,M., 2003. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. Am J Obstet. Gynecol. 189(1), 148-154.

3. Andersson,L., Sundstrom-Poromaa,I., Wulff,M., Astrom,M., Bixo,M., 2004. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. Am J Epidemiol. 159(9), 872-881.

4. Barros,A.J., Hirakata,V.N., 2003. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC. Med. Res. Methodol. 3, 21.

5. Chambliss,L.R., 1997. Domestic violence: a public health crisis. Clin Obstet. Gynecol. 40(3), 630-638.

6. Da-Silva,V.A., Moraes-Santos,A.R., Carvalho,M.S., Martins,M.L., Teixeira,N.A., 1998. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. Braz. J Med. Biol. Res. 31(6), 799-804.

7. DiPietro,J.A., Hilton,S.C., Hawkins,M., Costigan,K.A., Pressman,E.K., 2002. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. Dev. Psychol. 38(5), 659-668.

8. Fairburn,C.G., Beglin,S.J., 1994. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? Int. J Eat. Disord. 16(4), 363-370.

9. Faisal-Cury,A., Rossi,M.P., 2007. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch. Womens Ment. Health 10(1), 25-32.

10. Fraguas,R., Jr., Henriques,S.G., Jr., De Lucia,M.S., Iosifescu,D.V., Schwartz,F.H., Menezes,P.R., Gattaz,W.F., Martins,M.A., 2006. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. J Affect. Disord. 91(1), 11-17.

11. Gazmararian,J.A., Lazorick,S., Spitz,A.M., Ballard,T.J., Saltzman,L.E., Marks,J.S., 1996. Prevalence of violence against pregnant women. JAMA 275(24), 1915-1920.

12. Gazmararian,J.A., Petersen,R., Spitz,A.M., Goodwin,M.M., Saltzman,L.E., Marks,J.S., 2000. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. Matern. Child Health J 4(2), 79-84.

13. Giacomello A, Schmidt MI Nunes MA Duncan BB Soares RM Manzolli P et al. Validade de questionário de freqüência alimentar relativa a recordatório, para uso em gestantes. Porto Alegre , 97. 2006. Ref Type: Generic

14. Hansen,D., Lou,H.C., Olsen,J., 2000. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. Lancet 356(9233), 875-880.

15. Hedegaard,M., Henriksen,T.B., Sabroe,S., Secher,N.J., 1993. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. BMJ 307(6898), 234-239.

16. Heron,J., O'Connor,T.G., Evans,J., Golding,J., Glover,V., 2004. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect. Disord. 80(1), 65-73.

17. Josefsson,A., Berg,G., Nordin,C., Sydsjo,G., 2001. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 80(3), 251-255.

18. Kronbauer,J.F., Meneghel,S.N., 2005. [Profile of gender violence by intimate partners]. Rev Saude Publica 39(5), 695-701.

19. Lovisi,G.M., Lopez,J.R., Coutinho,E.S., Patel,V., 2005. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. Psychol. Med. 35(10), 1485-1492.

20. Menezes TC.,A.M.S.L., Faúndes, 2003. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstetr 25(5), 309-316.

21. Mitsuhiro,S.S., Chalem,E., Barros,M.M., Guinsburg,R., Laranjeira,R., 2006. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. Rev Bras Psiquiatr. 28(2), 122-125.

22. O' Hara MW, Swain AM, 1996. Rates and risk pospartum depression: a metaanalysis. Int Rev Psychiatry 8, 37-54.

23. O'Connor,T.G., Heron,J., Glover,V., 2002. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry 41(12), 1470-1477.

24. Paarlberg,K.M., Vingerhoets,A.J., Passchier,J., Dekker,G.A., van Geijn,H.P., 1995. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. J Psychosom. Res. 39(5), 563-595.

25. Patel,V., Rahman,A., Jacob,K.S., Hughes,M., 2004. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. BMJ 328(7443), 820-823.

26. Pinheiro,S.N., Laprega,M.R., Furtado,E.F., 2005. [Psychiatric morbidity and alcohol use by pregnant women in a public obstetric service]. Rev Saude Publica 39(4), 593-598.

27. Reichenheim,M.E., Moraes,C.L., Hasselmann,M.H., 2000. [Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the screening of violence against pregnant women]. Rev Saude Publica 34(6), 610-616.

28. Rodriguez,M.A., Bauer,H.M., McLoughlin,E., Grumbach,K., 1999. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. JAMA 282(5), 468-474.

29. Schraiber,L.B., D'Oliveira,A.F., Franca,I., Jr., Pinho,A.A., 2002. [Violence against women: a study in a primary healthcare unit]. Rev Saude Publica 36(4), 470-477.

30. Sichieri R,E.JE., 1998. Validity of a brazilian food frequency questionarie against dietary recalls and estimated energy intake. Nutrition Research 18(10), 1649-1659.

31. Spitzer,R.L., Kroenke,K., Williams,J.B., 1999. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 282(18), 1737-1744.

32. Spitzer,R.L., Williams,J.B., Kroenke,K., Linzer,M., deGruy,F.V., III, Hahn,S.R., Brody,D., Johnson,J.G., 1994. Utility of a new procedure for diagnosing

mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA 272(22), 1749-1756.

33. Valdez-Santiago,R., Sanin-Aguirre,L.H., 1996. [Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight]. Salud Publica Mex. 38(5), 352-362.

34. Valladares ME, 1996. Low birth weight newborns and domestic violence: case-control study. Leon, Nicaragua, Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua. Source ID: PIP/143376 .

35. Vigo,A., 2006. [Modeling common outcomes: bias and precision]. Cad. Saude Publica 22(11), 2496-2497.

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2400 2º andar Fone: (51) 3316-5620
CEP: 90035-003 - POA - RS ppgepid@ufrgs.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

A gestação é um período importante para as mulheres. Estamos interessados em estudar o consumo alimentar das gestantes e verificar se problemas de ordem emocional e, tipos de violência sofridos interferem na evolução da gravidez tanto para a mãe quanto para o bebê.

1. A pesquisa é da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a colaboração do Centro de Saúde-Escola Murialdo de Porto Alegre e Secretarias Municipais de Saúde de Bento Gonçalves e Porto Alegre, RS.

2. Participar do estudo é responder perguntas que, por vezes serão intímas, sobre a sua saúde física e emocional, alimentos que consome, e tipos de violência sofridos. O tempo médio da entrevista é de 50 minutos. Faremos sua medida de peso e altura.

3. Os pesquisadores, no final da sua gestação, revisarão dados do seu prontuário como data do parto, peso e altura no final da gestação, peso e comprimento do bebê, intercorrências perinatais, para conhecimento do término da sua gestação.

4. Suas informações serão sigilosas. Os dados serão examinados sem os nomes, cada pessoa identificada por um número. Os resultados serão considerados no conjunto e não individuais. Nenhuma informação individual será repassada para as instituições colaboradoras. Caso seja detectado em você algum problema a coordenadora do estudo fará contato para lhe esclarecer sobre o mesmo e informar-lhe locais de ajuda.

5. Será feito um cadastro com o seu endereço, para um possível contato após o parto. A participação nesta primeira etapa não obriga a participação no segundo contato.

6. A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade.

7. É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A equipe do estudo está à disposição para dúvidas e esclarecimentos - Prof. Maria Angélica Nunes (51) (32316306).

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claras para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

_____

Assinatura da participante Data_____/_____/_____

_____

Assinatura do responsável Data_____/_____/_____
para gestantes com idade inferior a 14 anos

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta gestante para a participação neste estudo.

_____

Assinatura do responsável pela entrevista Data_____/_____/_____

ANEXO III - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFRGS

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

propesq

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

Número : 2006561

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

Pesquisador (es) :

NOME	PARTICIPAÇÃO	EMAIL	FONE
MARIA ANGÉLICA ANTUNES NUNES	PESQ RESPONSÁVEL		
ANDRESSA GIACOMELLO	PESQUISADOR	andress@italnet.com.br	
BRUCE BARTHOLOW DUNCAN	PESQUISADOR	bbduncan@orion.ufrgs.br	33165620
MARIA INES SCHMIDT	PESQUISADOR	bbduncan@vortex.ufrgs.br	33165591
RAFAEL MARQUES SOARES	PESQUISADOR	rmsoares@brturbo.com.br	

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

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

LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador do CEP-UFRGS

quinta-feira, 6 de julho de 2006 Página 3 de 8

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

N° do Quest

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

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

Pesquisa:**ECCAGe**

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

Questionário de Pesquisa

Entrevistador | Cod | Data / /

Cidade

☐ Porto Alegre ☐ Bento Gonçalves

UBS

Nome do Paciente

Número da Identidade

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

1) Onde você mora?

Rua/Av:

N°: | Complemento | Bairro

Cidade | CEP:

Telefone | Celular

2) Qual o Nome da sua mãe?

Nome

Qual o endereço dela?

Rua/Av:

N°: | Complemento | Bairro

Cidade | CEP:

Telefone | Celular

3978496826

N° do Quest

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

Nome2

Grau de Parentesco

Qual o endereço dele(a)?

Rua/Av:

N°: Complemento Bairro

Cidade CEP

Telefone Celular

4) Qual a data de seu nascimento? / /

5) Você é...**(ler as alternativas)?**

☐ Casada ☐ Mora com companheiro ☐ Solteira ☐ Viuva ☐ Separada/divorciada

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

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

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

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

☐ Estuda

☐ Trabalha

☐ Estuda e trabalha

☐ Não estuda nem trabalha

☐ NSA

☐ IGN

10) O seu companheiro costuma tomar bebida de álcool?

☐ Sim ☐ Não **PULAR PARA Q12** ☐ NSA ☐ IGN

SE SIM, Quantas vezes? **(ler as alternativas)**

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

☐ IGN ☐ NSA

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

☐ Nenhuma ☐ Às vezes ☐ Sempre ☐ IGN ☐ NSA

N° do Quest ☐☐☐☐

12) Até que ano da escola você completou? ☐☐ (999 = IGN, 000 = Sem escolaridade)

13) Você... **(ler as alternativas)**

☐ Estuda **PULAR PARA Q.15**

☐ Trabalha

☐ Estuda e trabalha

☐ Não estuda nem trabalha **PULAR PARA Q.15**

14) Que tipo de trabalho você faz? ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

15) Quantas pessoas moram na sua casa, incluíndo você? ☐☐

16) Quantas são crianças, menores de 5 anos? ☐☐

17) Das pessoas que moram em casa, quantas trabalham? ☐☐

18)No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? SMRS: R$350,00

Pessoa 1? R$ por mês ☐☐☐☐,☐☐ (9999,99 = IGN)

Pessoa 2? R$ por mês ☐☐☐☐,☐☐ (9999,99 = IGN)

Pessoa 3? R$ por mês ☐☐☐☐,☐☐ (9999,99 = IGN)

Pessoa 4? R$ por mês ☐☐☐☐,☐☐ (9999,99 = IGN)

Assinalar quem teve renda maior na casa:

☐ Entrevistada ☐ Companheiro ☐ Pais ☐ Outro

19) Você fuma ou já fumou?

☐ Sim **(ler as alternativas)** ☐ Não, nunca fumou **PULAR PARA A Q.20**

Situação da fumante

☐ Você fumava antes da gravidez e continua fumando — Quantos cigarro por dia? ☐☐☐ 888 =NSA, 999 = IGN

☐ Você fumava antes da gravidez e parou — Quantos cigarro por dia? ☐☐☐ 888 =NSA, 999 = IGN

☐ Você não fumava antes da gravidez e passou a fumar na gestação — Quantos cigarro por dia? ☐☐☐ 888 =NSA, 999 = IGN

20) Você usa ou já usou algum tipo de droga?

☐ Não, nunca usou **PULAR PARA A Q.21**

☐ Sim

SE SIM, Qual ?**(ler as alternativas)** Quantas vezes você usou nos **últimos 3 meses**?

Droga	Nenhuma	1 x/mês	1 x/sem	todos os dias	NSA
☐ maconha	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 888
☐ cola	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 888
☐ lolo	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 888
☐ crack	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 888
☐ cocaína	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 888
☐ pílulas para emagrecer	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 888
☐ outra	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 888
☐ NSA					

N° do Quest

Vamos conversar um pouco sobre a sua alimentação

21) Onde você realiza a maior parte das refeições? **(ler as alternativas)**

☐ Na sua casa ☐ Na casa de parente ☐ No trabalho ☐ Restaurantes ☐ Outro

22) Nas refeições você costuma estar sozinha ou acompanhada?

☐ Sozinha ☐ Acompanhada - de quem? ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

23)Durante um dia quantas refeições (incluir lanches) você faz? ☐☐

24) Você tem o hábito de beliscar alimentos? Sim ☐ Não ☐

25) Você já recebeu orientação de como se alimentar? ☐ Sim ☐ Não **PULAR PARA A Q.27** ☐ IGN

SE SIM, ela ocorreu: ☐ antes de engravidar
☐ durante a gestação
☐ antes de engravidar e durante a gestação
☐ NSA

26) Qual o objetivo da orientação alimentar? **(ler as alternativas)**

☐ diminuição do peso ☐ NSA

☐ aumento de peso ☐ IGN

☐ outros ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Agora gostaria de saber algumas informações sobre sua gravidez

27) Quantos meses você está de gravidez? ☐☐

28) Essa gravidez foi planejada? ☐ Sim ☐ Não

29) Você já ficou grávida antes? ☐ Sim ☐ Não **PULAR PARA A Q.32**

30) Quantas vezes já ficou grávida, incluindo está gestação? ☐☐ (88 NSA)

31) Quantos filhos você tem? ☐☐ (88 NSA)

32) Você esta esperando gêmeos? ☐ Sim ☐ Não ☐ IGN

33) Alguma vez o médico lhe disse que você tinha pressão alta (hipertensão arterial)?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, **ler as alternativas** ☐ antes da gestação ☐ nesta gestação ☐ NSA ☐ IGN

34) Alguma vez o médico lhe disse que você tinha açúcar no sangue (diabetes)?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, **ler as alternativas** ☐ antes da gestação ☐ nesta gestação ☐ NSA ☐ IGN

N° do Quest

35) Alguma vez o médico lhe falou que você tinha alguma outra doença?

☐ Não ☐ Sim, qual doença?

SE SIM, **ler as alternativas** ☐ antes desta gestação ☐ nesta gestação ☐ NSA ☐ IGN

SE SIM, o médico lhe indicou algum remédio para a(o)(dizer o nome da doença)?

☐ Sim, qual ?
☐ Não
☐ NSA
☐ IGN

36) O médico que acompanha sua gravidez recomendou que você tomasse algum suplemento?

☐ Sim ☐ Não **PULAR PARA Q.38**

SE SIM

37) Qual o nome do suplemento? E como você deveria tomar?

Suplemento 1 Quant Vezes/dia
Suplemento 2 Quant Vezes/dia
Suplemento 3 Quant Vezes/dia

38) Você teve algum desses sintomas nesta gestação? **(ler as alternativas)**

Azia ☐ Sim ☐ Não

SE SIM Quantas vezes você apresentou azia no último mês? (888 NSA) (999IGN)

Enjôo/Náusea ☐ Sim ☐ Não

SE SIM Quantas vezes você apresentou náusea no último mês? (888 NSA) (999IGN)

Vômito ☐ Sim ☐ Não

SE SIM Quantas vezes você vomitou no último mês? (888 NSA) (999IGN)

Desejo de alimento especial ☐ Sim ☐ Não

SE SIM Quantas vezes ocorreu no último mês? (888 NSA) (999IGN)

Desejo de comer coisas que não são alimentos, como giz, terra...? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM Quantas vezes ocorreu no último mês? (888 NSA) (999IGN)

39) Quanto você pesava antes de ficar grávida? , Kg (999IGN)

40) Quanto peso você acha que deve ganhar em toda a gestação? Kg

41)Onde você obteve esta informação? **(ler as alternativas)**

☐ médico ☐ revistas e jornais ☐ conversa com amigos ☐ nutricionista ☐ familiares ☐ outros

☐ NSA ☐ IGN

N° do Quest

AGORA VAMOS MEDIR SUA ALTURA E PESO

42) Peso atual: ☐☐☐,☐☐ Kg

43) altura: ☐☐☐ cm

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

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

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

46) Idade gestacional pela última menstruação ☐☐

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

48) Idade gestacional pela Ecográfia ☐☐ (99 IGN)

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

N° do Quest

QUESTIONÁRIO DE FREQÜÊNCIA ALIMENTAR

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

Primeiro pergunte: Com que freqüência você tem comido "nome do alimento"?
Caso ela refira consumir o alimento, perguntar: Quantas "ler a medida caseira"?
A cada 4 ou 5 alimentos lembrar a gestante que o questionário se refere alimentação durante a gestação.

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

N° do Quest

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

N° do Quest

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

N° do Quest

(Questionário para investigação de Transtornos do Comportamento Alimentar)

Instruções

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

Nos últimos 28 dias antes de sua gravidez, quantos dias.	Nenhum	1 -5 dias	6 -12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos dias
1 Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2 Desejou não ter barriga?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
3 Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
4 Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
5 Sentiu-se gorda?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
6 Teve um grande desejo de perder peso?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

N° do Quest

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.10**
[ ] Sim

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

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

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.12**
[ ] Sim

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

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.14**
[ ] Sim

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

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

[ ] Não **(PULAR PARA Q.16)**
[ ] Sim

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

N° do Quest

EXPLIQUE O INTERVALO DE 0 A 6 **Nos últimos 28 dias, antes de sua gravidez**	NADA		UM POUCO		MODERADAMENTE		MUITO
16 Seu peso modificou a forma como pensa sobre si?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
17 Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
18 Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez por semana durante as quatro semanas seguintes?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
19 Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
20 Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
21 Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
22 Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

N° do Quest

(Questionário para investigação de Transtornos do Comportamento Alimentar)

Instruções

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

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

N° do Quest

Nos ultimos 28 dias quantos dias	Nenhum	1 -5 dias	6 -12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos dias
12 Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
13 Sentiu-se gorda?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
14 Teve um grande desejo de perder peso?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

NAS ÙLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS)**(ler as alternativas)**

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

☐ 0-Nenhuma vez
☐ 1-Raramente
☐ 2-Às vezes
☐ 3- Metade dos dias
☐ 4-Muitas vezes
☐ 5-Quase sempre
☐ 6-Sempre

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.19**
[ ] Sim

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

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

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.21**
[ ] Sim

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

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.23**
[ ] Sim

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

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.25**
[ ] Sim

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

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.27**
[ ] Sim

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

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.29**
[ ] Sim

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

N° do Quest

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

Questionário do Paciente

N° do Quest

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

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

4309496825

N° do Quest

MÓDULO A

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

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

N° do Quest

Módulo B

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

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

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

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

10.Pouco apetite ou comendo demais? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

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

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

N° do Quest

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

N° do Quest

MÓDULO C

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

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

21. Você respondeu que teve uma crise de ansiedade **esse mês**, Isso já aconteceu antes?	☐ Sim	☐ Não
22. A crise acontece às vezes de repente sem que você espere? **Se não está claro:** Em situações onde você não espera estar nervoso ou desconfortável?	☐ Sim	☐ Não
23. Você tem se preocupado muito em ter uma outra crise ou que algo está errado com você?	☐ Sim	☐ Não

Pense em sua última crise realmente intensa.

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

24. Você sentiu falta de ar?	☐ Sim	☐ Não
25. Seu coração acelerou, deu pulo ou palpitação?	☐ Sim	☐ Não
26. Você teve dor ou pressão no peito?	☐ Sim	☐ Não
27. Você suou?	☐ Sim	☐ Não
28. Você sentiu como se estivesse sufocando	☐ Sim	☐ Não
29. Você teve ondas de calor e calafrios?	☐ Sim	☐ Não
30. Você teve náusea, desconforto no estômago ou a sensação de que teria diarréia?	☐ Sim	☐ Não
31. Você sentiu vertigem, desequilíbrio ou sensação que ia desmaiar?	☐ Sim	☐ Não
32. Você teve formigamento ou dormência em partes do corpo?	☐ Sim	☐ Não
33.Você teve tremores ou abalos?	☐ Sim	☐ Não
34. Você teve medo de morrer	☐ Sim	☐ Não

N° do Quest

CONTINUAÇÃO DO MÓDULO C

35. Você tem se sentido nervosa, ansiosa ou inquieta na maioria dos dias **no último mês?** ☐ sim ☐ não (Saída)

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

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

37.Cansando-se facilmente? Sim ☐ Não ☐

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

39.Dificuldade para adormecer ou continuar dormindo? Sim ☐ Não ☐

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

41.Ficar incomodado ou irritado facilmente? Sim ☐ Não ☐

42. Há 3 ou mais questões assinalados de Q.36 a Q.41?	Sim ☐ Não ☐ (Saída)
43. No **último mês** esses problemas a dificultaram para trabalhar, tomar conta da casa ou conviver com outras pessoas?	Sim ☐ Não ☐ (Saída)
44. Nos **últimos 6 meses** você tem estado muito preocupado com diversas coisas ? Considere como Sim apenas se Sim para: Isso aconteceu durante **mais da metade dos dias nos últimos 6 meses**?	Sim ☐ Não ☐ (Saída)
45. Quando você está preocupado desse jeito você descobre que não consegue parar?	Sim ☐ Não ☐ (Saída)

N° do Quest

MÓDULO D

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

AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL.

O PERÍODO REFERE-SE AOS ÚLTIMOS 6 MESES.

Seção B

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

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

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

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

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

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

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

N° do Quest

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

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

☐ Sim ☐ Não SE NÃO, PULAR PARA PERGUNTA 2

a) Quando isso aconteceu que idade você tinha?

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

b) Isso aconteceu durante esta gravidez?

☐ Sim ☐ Não

c) Quem a humilha ou humilhou?

☐ Companheiro (namorado, marido, noivo)

☐ Outro membro da família

☐ Amigo

☐ Estranho

d)Você solicitou algum tipo de ajuda?

☐ Não ☐ Sim Se "SIM" de quem?

☐ Familiar ☐ Justiça ☐ Serviço de Saúde ☐ Outro

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

☐ Sim ☐ Não SE NÃO, PULAR PARA PERGUNTA 3

a) Quando isso aconteceu que idade você tinha?

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

b) Isto aconteceu durante esta gravidez?

☐ Sim ☐ Não

c) Quem a agrediu?

☐ Companheiro (namorado, marido, noivo)

☐ Outro membro da família

☐ Amigo

☐ Estranho

d) Quantas vezes isso aconteceu?

☐ Uma vez ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes

e)Você solicitou algum tipo de ajuda?

☐ Não ☐ Sim Se "SIM" de quem?

☐ Familiar ☐ Justiça ☐ Serviço de Saúde ☐ Outro

N° do Quest

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

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

a) Quando isso aconteceu que idade você tinha?

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

b) Isso aconteceu durante esta gravidez?

☐ Sim ☐ Não

c) Quem a atacou?

☐ Companheiro (namorado, marido, noivo)
☐ Outro membro da família
☐ Amigo
☐ Estranho

d) Quantas vezes isso aconteceu?

☐ Uma vez ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes

e)Você solicitou algum tipo de ajuda?

☐ Não ☐ Sim Se "SIM" de quem?

☐ Familiar ☐ Justiça ☐ Serviço de Saúde ☐ Outro

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

☐ Sim ☐ Não **SE NÃO, PARE DE RESPONDER**

a) Quando isso aconteceu que idade você tinha?

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

b) Isso aconteceu durante esta gravidez?

☐ Sim ☐ Não

c) Quem a forçou?

☐ Companheiro (namorado, marido, noivo)
☐ Outro membro da família
☐ Amigo
☐ Estranho

d) Quantas vezes isso aconteceu?

☐ Uma vez ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes

e)Você solicitou algum tipo de ajuda?

☐ Não ☐ Sim Se "SIM" de quem?

☐ Familiar ☐ Justiça ☐ Serviço de Saúde ☐ Outro

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

ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE

Nº CQ | | | Nº do Quest | | | |

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

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

Questionário de controle de qualidade

Supervisor
☐ Andressa ☐ Maria Angélica
☐ Carlo ☐ Patricia
☐ Cristiane ☐ Rafael
☐ Juliana ☐ Vanusa

Cidade
☐ Porto Alegre ☐ Bento Gonçalves

Data
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Nome

Boa tarde! Eu sou supervisor da pesquisa sobre saúde das gestantes, que você deve ter respondido no posto onde faz pré-natal, vou lhe fazer algumas perguntas apenas para o controle de qualidade do trabalho! Não vai demorar mais de 3 minutos.

Quanto tempo ela ficou conversando com você?

1) Você é...(ler as alternativas)?

☐ Casada ☐ Mora com companheiro ☐ Solteira ☐ Viuva ☐ Separada/divorciada

2) Você mora com o companheiro? ☐ Sim ☐ Não PULAR PARA A Q.4

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

4) Até que ano da escola você completou? ☐☐

5) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? ☐☐

---

6) Você lembra que respondeu sobre o que e quanto comia? Gostaria de confirmar alguns itens...

		Mais de 3x/dia	2 a 3 x/dia	1 x/dia	5 a 6 x/sem	2 a 4 x/sem	1 x/sem	1 a 3 x/mês	Nunca/ Quase nunca
Feijão	☐☐,☐ concha méd	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0,79 ☐	0,43 ☐	0,14 ☐	0,07 ☐	0 ☐
Leite integral	☐☐,☐ copo	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0,79 ☐	0,43 ☐	0,14 ☐	0,07 ☐	0 ☐
Peixe fresco	☐☐,☐ filé ou posta	3 ☐	2 ☐	1 ☐	0,79 ☐	0,43 ☐	0,14 ☐	0,07 ☐	0 ☐

2589216610

Nº CQ ☐☐☐ Nº do Quest ☐☐☐☐

Nos últimos 28 dias antes de sua gravidez, quantos dias.	Nenhum	1 -5 dias	6 -12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos dias
7 Sentiu-se gorda?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.10**
[ ] Sim

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

Nos ultimos 28 dias quantos dias	Nenhum	1 -5 dias	6 -12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos dias
10 Teve medo de perder o controle sobre o quanto você comia?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

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

[ ] Não **PULAR PARA Q.13**
[ ] Sim

12 Quantas vezes nas últimas quatro semanas? ☐☐☐ (888 NSA)

Nos ultimos 28 dias quantos dias	NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO
13 Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

No útimo mês você tem se incomodado muito com:

14. Sentir-se "para-baixo" deprimida, ou sem esperança?

☐ Sim ☐ Não

Durante o mês passado

15. Você pensou que deveria diminuir o quanto você bebe de álcool?

☐ Sim ☐ Não

8043216611

ANEXO VI – MANUAL DE INSTRUÇÕES

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

MANUAL DE INSTRUÇÕES

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

ESTUDO ECCAGe

Maio de 2006

Índice

1. PROJETO DE PESQUISA 92

2. EQUIPE DO PROJETO.....92

3. ORIENTAÇÕES GERAIS 92

3.1. ROTINA DE TRABALHO.....92
3.2. ENTREVISTA.....93
3.3. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS 95

4. TRABALHO DE CAMPO 97

4.1. ABORDAGEM E CONSENTIMENTO INFORMADO 98

5. QUESTIONÁRIOS 101

5.1. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO 101
Procedimentos para medir peso 107
Procedimentos para medir altura.....108
5.2. QUESTIONÁRIO DE FREQÜÊNCIA ALIMENTAR 109
5.3. INVESTIGAÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES – QUESTIONÁRIO 112
Manual de Instruções do EDE-Q versão pré - gestação.....112
Manual de Instruções do EDE-Q versão gestação.....116
5.4. PRIME-MD.....122

FOLHAS DE CAMPO.....126

PLANILHA DE REGISTRO DE CAMPO.....126
PLANILHA DE REGISTRO DIÁRIO DE GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....126

1. Projeto de Pesquisa

O estudo do consumo e comportamento alimentar de gestantes (ECCAGE) será realizado pelo Programa de Pós Graduação em Epidemiologia (PPGEPIDEMIO) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2. Equipe do projeto

O projeto tem como coordenadora a Dra. Maria Angélica Antunes Nunes, Médica Psiquiatra e pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, os mestrandos Rafael Marques Soares, Andressa Giacomello e Patricia Manzolli e os pesquisadores Prof[a]. Dra. Maria Inês Schmidt e Prof Dr. Bruce Bartholow Duncan. Além destes, atuam no projeto Vanussa Mattiello como supervisora de campo na cidade de Bento Gonçalves, Carlo Manenti, Juliana Hoffmann e Cristiane Melere como supervisores em Porto Alegre e uma equipe de entrevistadores em cada cidade.

O endereço do Programa (PPGEPIDEMIO)

Porto Alegre: Rua Ramiro Barcelos, 2600, 4° Andar – Santana

O endereço de contato em Bento Gonçalves

Bento Gonçalves: Rua Olavo Bilac,633 – Cidade Alta

3. Orientações Gerais

3.1. Rotina de Trabalho

As entrevistadoras terão uma reunião a cada três (3) dias com o supervisor do trabalho de campo, com duração de aproximadamente 1h:30 min. As entrevistadoras de Porto Alegre deverão entregar diariamente os questionários preenchidos, no 4º andar do prédio do Ciclo Básico na UFRGS, na sala 419 do PPGEPI diretamente ao supervisor e revisar junto com ele possíveis problemas. As entrevistadoras de Bento Gonçalves entregarão os questionários preenchidos a supervisora nas Unidades Básicas de Saúde.

As atividades se concentrarão na realização das entrevistas, nas unidades básicas de saúde, em Porto Alegre no turno da tarde das 13h30min às 17h: 30min. Nas unidades de

Bento Gonçalves os horários de funcionamento das unidades são das 7h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min.

Para cada entrevistadora serão definidos unidade e turnos para realização das entrevistas. A entrevistadora deverá permanecer na unidade durante todo o expediente de atendimento, para evitar que alguma gestante deixe de ser entrevistada.

3.2. Entrevista

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são **IMPORTANTÍSSIMAS,** norteiam a conduta da entrevistadora durante todo o trabalho. Informações específicas são apresentadas adiante no manual.

- **Nunca esqueça**: A realização do nosso trabalho fornecerá resultados que propiciarão melhoria na qualidade da assistência da própria e de outras gestantes. **Reflita sobre a importância disso**. Seja interessada. A oportunidade de trabalhar como entrevistadora é única e muito rica. Seja sempre gentil e educada, pois as gestantes não têm obrigação de participar da pesquisa. A primeira impressão despertada na pessoa é **MUITO IMPORTANTE** para a realização do trabalho.

- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com a entrevistada, tratando-a com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Mantenha seu celular desligado enquanto estiver entrevistando. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **NEM PENSE EM FUMAR** quando estiver fazendo contato ou entrevistando uma gestante.

- Esteja sempre vestida com o **jaleco**, e porte sempre o seu **crachá de identificação**. Se necessário mostre sua **carta de apresentação**, ou ainda forneça o **número do telefone do PPGE** para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.

- Trate as entrevistadas adultas por Sra. sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pedir para ser tratada de outra forma.

- Chame a entrevistada **sempre** pelo nome **(p.ex., Dona Joana)**. Jamais chame por mãe. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.

- Durante a entrevista, com algum intervalo de tempo, faça referência ao nome da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse da entrevistada. Por exemplo: “Dona Joana, agora vamos falar sobre…” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre…”

- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não julgar, transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **NEUTRA** em relação às respostas. Deixe a surpresa e a própria inquietude frente às respostas para discutir com o supervisor.

- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.

- É essencial que você conheça **profundamente** o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só a entrevistada que tem o direito de hesitar.

- Seja claro na formulação das perguntas, utilizando o texto do questionário. **NÃO INVENTE.** Caso a entrevistada não entenda, repita. Só depois disso você deve reformular a questão para tentar que ela seja entendida.

- **Nunca** influencie ou sugira respostas. Siga com rigor as instruções que constam no MANUAL: quando ler as alternativas, quando não ler as alternativas. Tenha MUITA ATENÇÃO com os **PULOS e SAÍDAS** em algumas questões.

- Se a gestante for menor de 14 anos de idade ela deverá concordar em responder as questões mas é **OBRIGATÓRIO** que um responsável assine também. Se ela não souber escrever seu nome deverá ser utilizada a impressão digital do dedo polegar utilizando almofada de tinta. Se a gestante menor de 14 anos estiver sozinha ela terá que vir acompanhada pelo familiar responsável em outro dia. Ela não poderá responder aos questionários sem que o responsável concorde.

- Se a gestante estiver acompanhada você gentilmente deve assinalar que a entrevista é individual. Em caso de insistência do familiar para participar, seja gentil e procure mostrar que se trata de um questionário de questões privadas.

- Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As **SUAS DÚVIDAS** são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo.

- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis imprevistos favoráveis!

- **Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador** e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

3.3. Preenchimento dos questionários e formulários

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.

- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.

- Os questionários e formulários de controle devem ser preenchidos a caneta, sempre de cor azul ou preta e com muita atenção.

- As questões serão formuladas no feminino pois a amostra é de mulheres.

- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas e ABSOLUTAMENTE dentro do quadrado para cada item. Isso é MUITO importante para a utilização do aparelho que irá *scanear* os dados.

- Note que poderemos ter vários □□□ e as respostas podem ser uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo 1 2 3 ; o mais provável é que seja dezena 0 1 2 ou mesmo unidade 0 0 5. Então preencha dentro de cada quadrado respeitando a ordem de freqüência da esquerda para a direita- exemplo 0 1 2; exemplo 0 0 4.

- Use letra de forma. As letras deverão ser todas maiúsculas e obedecendo ao padrão Arial do Word:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

- Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0. Em especial, o 1 não tem pé. Quanto mais a gente capricha no 1, mais parecido ele fica com o 2… Não se corta o 7. Faça um 5 bem diferente do 9!

- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você poderá ter que localizar a entrevistada.

- Há duas codificações especiais muito importantes: **NÃO SE APLICA E IGNORADO**.

    - NÃO SE APLICA (NSA) = 88, 888 ou 8888. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Exemplo, se a pessoa não fuma, **não se aplica** perguntar quantos cigarros fuma/dia. Preencher com 88,888 ou 8888.

    - Todos os campos relativos a um bloco em que houve **PULO** devem ser sempre codificados com **8's.**

    - IGNORADO (IGN) = 99, 999 ou 9999. Este código deve ser usado quando a informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso, no verso do questionário, e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorada somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.

- Todas as frases que estiverem SUBLINHADAS servem para orientá-las e NÃO devem ser lidas para a entrevistadas

- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.

- Datas devem aparecer sempre na ordem: **dia - mês - ano** e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.

- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessária peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** segura de ter entendido o que foi dito pela entrevistada.

- Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo no verso da página. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta

fornecida pela entrevistada, ou pelo fato dela ter se mostrado particularmente insegura ou hesitante ao responder.

- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.

- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.

- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiáveis, tentar esclarecer com a entrevistada, e se necessário, anote a resposta por extenso no verso e apresente o problema ao supervisor.

- Use o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.

- Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.

- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

4. Trabalho de Campo

As gestantes serão entrevistadas nas unidades básicas de saúde, **após** (ou antes) de suas consultas de pré-natal. Em cada unidade será previamente combinado um local para a realização da entrevista. Quando a paciente for liberada do atendimento de pré-natal, a entrevistadora deverá convidar a gestante a participar da pesquisa.

- **CRITÉRIO DE INCLUSÃO – SOMENTE** participará do estudo a gestante que estiver entre a 16ª semana gestacional (última semana do 4° mês) e a 32ª semana gestacional (última semana do 8° mês).

- Serão consideradas **PERDAS** todas as situações em que a entrevistada não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar.

- Na situação que a gestante tiver ido embora antes que a entrevistadora possa convida-la para participar da pesquisa anotar sempre na planilha de campo no item "**EM FALTA**" significando que aquela gestante deverá ser convidada para participar na sua próxima visita ao posto. Anote alguns dados que possam identificar a gestante e dessa forma possa ser incluída em uma outra vinda ao posto de saúde.

- As **RECUSAS** são consideradas **sério problema** do ponto de vista da qualidade do trabalho de pesquisa. É quando a gestante não concordar em participar. Não devemos concordar rapidamente. Gentilmente conversar sobre o motivo da recusa, se necessário oferecer outro dia, outro horário que lhe fique mais conveniente. Como não fazemos substituições, uma recusa significa menos informação.

- Em caso de recusa, anotar na planilha os dados referentes a paciente para que possamos posteriormente pesquisar no prontuário e passe a informação para seu supervisor.

4.1. Abordagem e consentimento Informado

A primeira abordagem ocorrerá na sala de espera. Aproxime-se da gestante dizendo "*Boa tarde, qual seu nome? Eu me chamo XXXXX e faço parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sobre a saúde da gestante. Posso dar uma olhada no seu cartão de gestante?* A entrevistadora deverá buscar o selo de identificação, se a gestante já participou da pesquisa e confirmar a idade gestacional. Se for a primeira consulta da gestante aguarde o término da consulta pré - gestacional para confirmar a idade gestacional para apenas neste momento decidir se ela será ou não entrevistada. Caso ela não esteja no final do 4º mês diga - *Ok no momento estamos entrevistando apenas gestantes a partir do 4° mes sendo assim vamos aguardar a sra estar no tempo gestacional para conversarmos. obrigada".*

Outra possibilidade : *Ok, você disse que está com 5 meses de gestação então a sua colaboração é muito importante, pois, através disso conheceremos mais a saúde das gestantes, ajudando, assim, a melhorá-la". Após sua consulta de pré natal eu estarei aguardando-a para entrevistá-la caso a sr [a]. aceite em participar.*

Não esquecer que se ela tiver com menos de 4 meses de gravidez será entrevistada em um momento posterior. Caso esteja com mais de 8 meses de gravidez está fora dos nossos critérios de inclusão.

- Havendo a disposição da gestante em participar, a etapa seguinte é muito importante. A entrevistadora deverá permanecer atenta a saída da gestante da consulta pré-natal.

- Em alguns postos talvez o médico oriente a gestante para o local da entrevista da pesquisa.

Já no local reservado para a entrevista antes de tudo você deve obter **consentimento informado, que será em duas vias, uma que ficará com a entrevistada e a outra que ficará com o material da entrevistada**. É necessário que a entrevistadora leia os itens da **primeira página** do consentimento e quando terminar a leitura oferecer a gestante que ela mesma faça a leitura da **segunda página** do consentimento e então assine, se concordar.

Primeira página (ler)

A gestação é um período importante para as mulheres. Estamos interessados em estudar o consumo alimentar das gestantes e verificar se problemas de ordem emocional e, tipos de violência sofridos interferem na evolução da gravidez tanto para a mãe quanto para o bebê.

1. A pesquisa é da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a colaboração do Centro de Saúde-Escola Murialdo de Porto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, RS.

2. Participar do estudo é responder perguntas que, por vezes serão íntimas, sobre a sua saúde física e emocional, alimentos que consome, e tipos de violência sofridos. O tempo médio da entrevista é de 50 minutos. Faremos sua medida de peso e altura.

3. Os pesquisadores, no final da sua gestação, revisarão dados do seu prontuário como data do parto, peso e altura no final da gestação, peso e comprimento do bebê, intercorrências pré-natais, para conhecimento do término da sua gestação.

4. Suas informações serão sigilosas. Os dados serão examinados sem os nomes, cada pessoa identificada por um número. Os resultados serão considerados no conjunto e não individuais. Nenhuma informação individual será repassada para as instituições colaboradoras. Caso seja detectado em você algum problema a coordenadora do estudo fará contato para lhe esclarecer sobre o mesmo e informar-lhe locais de ajuda.

5. A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade.

6. É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A equipe do estudo está à disposição para dúvidas e esclarecimentos - Prof.ª Maria Angélica Nunes (51) (32316306).

- Após esta leitura, se colocar à disposição para responder qualquer outra pergunta da entrevistada. Então dar para ela ler a segunda página e após ela assina e também assina a entrevistadora. NÃO ESQUECER: UMA VIA do CONSENTIMENTO FICARÄ COM A ENTREVISTADA. Caso seja analfabeta a entrevistadora lê também essa página, mas será necessário que a gestante deixe a impressão digital do dedo polegar utilizando a almofada de tinta.
- Em caso de menores de 14 anos a gestante assina e também o responsável.

5. Questionários

5.1. Questionário Sócio-demográfico

A parte inicial deste questionário corresponde aos dados de identificação da gestante é importante que você preencha de forma detalhada e clara, para que possamos localizar a gestante futuramente.

Entrevistador ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cod ☐☐

Completar com o seu nome. E com o seu código de identificação que tem 2 dígitos.

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Anotar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia / mês/ ano. Nos casos de dias com apenas um dígito, colocar um zero na frente. Colocar o ano com 4 dígitos.

Cidade ☐ Porto Alegre

☐ Bento Gonçalves

Assinalar com um X exatamente dentro do quadrado a cidade onde esta ocorrendo a entrevista.

UBS ☐☐

Preencher com o código da unidade de saúde na qual está trabalhando

Porto Alegre serão as UBS de **02 a 08**

Bento Gonçalves serão as UBS de **09 a 19**

Nome do paciente ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Número da identidade ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

Solicitar a carteira de identidade da gestante e anotar o nome completo e o número do RG. Preencher com letra de forma e legível. Caso a gestante não esteja com o documento **você deve procurar, no final da entrevista, o número no prontuário da paciente.**

SEMPRE leia o texto que estiver **dentro das caixas**. Esses textos têm a finalidade de auxiliar a entrevistadora a introduzir um novo tópico com a gestante.

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

Questões 1, 2 e 3: Referem-se os dados de localização da gestante, e contatos como sua mãe e alguém próximo para que seja possível localizar essa gestante em estudos futuros. É importante que você registre de forma clara e detalhada. Não esquecendo o número da casa e possíveis telefones para contato. Caso a entrevistada não souber informar, por exemplo o CEP, deixe em branco.

Questão 4: Preencher o dia e o mês sempre com dois dígitos - se menor que 10, colocar um zero na frente. Nos quatro últimos espaços anotar o ano sempre com quatro dígitos.

Questão 5: Nessa questão existe a frase LER AS ALTERNATIVAS. Ela está SUBLINHADA então você não deve ler essa frase em voz alta. Você deve ler todas as alternativas para a gestante, e assinalar apenas com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 6: Marque **SIM** ou **NÂO**. Se a resposta for **NÃO,** PULAR PARA A Q.12.
Novamente ela está SUBLINHADA então você lê silenciosamente essa frase. Preencha todas as questões puladas com a alternativa **NSA= 888**
Se a resposta for **SIM** siga fazendo as perguntas em seqüência.

Questão 7: Marque **SIM** ou **NÃO**. com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 8: Anotar a idade em anos completos. Se a gestante não souber a idade colocar 999, em caso de não ter companheiro colocar **888 =NSA**.

Questão 9: Leia todas as alternativas para a gestante, frisando que elas se referem ao seu companheiro e assinale com um X exatamente dentro do quadrado.

Questão 10: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO, PULAR PARA A Q. 12**.
No caso da entrevistada responder às vezes considere **SIM**.
SE SIM, ler as alternativas.

Questão 11: Faça a pergunta e aguarde um tempo para ela responder, caso ela não saiba informar, leia as alternativas e peça para que ela informe em qual situação o companheiro se enquadra. Caso a gestante não entenda a palavra ALTERADO explique dizendo embriagado, bêbado, (tchuco). Assinale com um X exatamente dentro do quadrado

Questão 12: Registrar os anos completos de estudo.
Exemplo:
Esta cursando a 7 º série. Anos completos 006.
Entrevistada parou no 2º ano do 2º grau, no meio do ano. Anos completos 009.
Caso a gestante diga que nunca estudou complete com 000. E se ela não souber informar com 999.

Questão 13: Você deve ler todas as alternativas para a gestante, e assinalar apenas uma. Caso ela apenas estude, ou não trabalhe, **PULAR PARA A Q. 15.**

Questão 14: Caso a gestante trabalhe, registre o tipo de trabalho que ela faz. Exemplo: SECRETÁRIA, PROFESSORA, FAXINEIRA, etc... Sempre usando letras de forma, conforme o treinamento.

Questão 15: Registre o número de pessoas que moram na mesma casa que a gestante, incluindo a gestante no total.
São consideradas pessoas da mesma casa, todos os que usam a mesma cozinha. Assim, por exemplo, se a gestante referir que mora em uma "peça" ao lado da casa dos pais esta só será considerado um domicílio se tiver uma cozinha. Caso a gestante use a cozinha na casa da mãe, deve-se considerar o número de pessoas incluindo as das duas "peças".

Questão 16: Peça que ela informe se moram crianças menores de cincos na mesma casa que ela, podem ser outros filhos, irmãos, sobrinhos ou outras crianças. Registre o número total.

Questão 17: Registre o número total de pessoas que trabalham, não importando a tarefa que fazem.

Questão 18: Registre a renda de cada pessoa que trabalha, com os valores em reais. Pergunte quem teve a maior renda. Se a gestante não souber informar renda preencher com o código de **IGN** (9999)

Questão 19: Refere-se ao uso de cigarros, somente pular para a questão 20 se a gestante nunca fumou. Caso contrário você deve registrar em qual das alternativas 1, 2 ou 3 a entrevistada encontra-se. E para qualquer uma delas preencha o número de cigarros fumados por dia. Lembre-se que há 20 unidades num maço ou carteira de cigarros. Há uma forte tendência para as pessoas responderem em termos de maços – tente obter o número mais preciso possível. Caso ela não lembre registre 999.

Questão 20: Refere-se ao uso de drogas pela gestante, somente **PULAR PARA A Q. 21** se ela nunca usou. Se **SIM**, ler as alternativas dos tipos de drogas e se usou alguma das drogas você deve perguntar quantas vezes usou nos últimos 3 meses.

Nova caixa ler para introduzir novo assunto

Questão 21: Leia as alternativas para a entrevistada. Assinale com um X exatamente dentro do quadrado. No caso da resposta outro, coloque onde escrevendo por extenso ao lado.

Questão 22: Se a resposta for acompanhada, registre quem escrevendo com letra de forma exatamente uma letra dentro de cada quadrado

Questão 23: Peça para a gestante informar o total de refeições que ela faz durante o dia, incluindo os lanches e registre o numero total exatamente

Questão 24: Caso a gestante não entenda a pergunta, reformule-a dizendo "Você costuma comer fora de hora?"

Questão 25: Caso a gestante não entenda, explique "alguém já lhe falou quais alimentos você deveria comer e quais que não deveria?"

Se responder **NÃO**, **PULAR PARA QUESTÃO 27**, se responder **SIM**, pergunte quando isso ocorreu, e marcar apenas uma alternativa.

Questão 26: ler as alternativas, e caso a resposta seja outros, escrever o motivo por extenso ao lado do quadrado assinalado.

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃOS DENTRO DAS CAIXAS.

Agora, gostaria de saber algumas informações sobre sua gravidez

Questão 27 : Registrar o numero de meses inteiro. Se ela informar 3 meses e meio, registre 3 meses

Questão 28: Marque **SIM** ou **NÃO**.

Questão 29: Marque **SIM** ou **NÃO**. Se a resposta for **NÃO PULAR PARA QUESTÃO 32**

Questão 30: Nesta pergunta leve em consideração a gestação atual, e gestações anteriores incluindo abortos.

Questão 31: Esta pergunta se refere ao numero de filhos vivos.

Questão 32: Marque **SIM** ou **NÃO**. E **IGN** caso a gestante não saiba

Questão 33: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva. Se a resposta for **SIM** então leia as alternativas seguintes, pedindo que ela informe claramente em que momento isso ocorreu.

Questão 34: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva. Se a resposta for **SIM** então leia as alternativas seguintes, pedindo que ela informe claramente em que momento isso ocorreu.

Questão 35: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva se ela teve alguma outra doença Caso ela responda gripe esclareça que estamos interessadas em saber de alguma outra

doença que exigiu tratamento mais longo, várias visitas ao médico, uso de medicação a longo prazo

Se a resposta for **SIM** então leia as alternativas seguintes, pedindo que ela informe claramente em que momento isso ocorreu. A próxima questão você deve acrescentar o nome da doença que ela informou para perguntar se o médico lhe indicou remédio e qual foi o remédio.

Questão 36: Pergunte a gestante de forma clara e objetiva. Se a resposta for **SIM** então leia a pergunta 37. Se a resposta for **NÃO**, **PULAR PARA QUESTÃO 38**.

Questão 37: De acordo com a ANVISA **:** Suplemento é um produto elaborado com a finalidade de completar a dieta cotidiana de uma pessoa saudável que deseja compensar um possível deficit de nutrientes afim de alcançar os valores das doses diárias recomendadas.

Se a entrevistada não entender o que é suplemento explique que é um produto do tipo comprido, liquido ou pó que tem nutrientes para complementar sua alimentação.. Após pergunte o nome do suplemento e registre na coluna correspondente da tabela. Caso a gestante tome mais de um suplemento, anotar um nome em cada linha.

Em seguida, pergunte como deve tomar o suplemento, questionando o número de vezes ao dia e a quantidade por vez. Complete a tabela, sempre registrando as informações de cada suplemento na mesma linha.

Questão 38: Leia a pergunta e em seguida, leia as alternativas. Dê tempo ao final de cada alternativa para que a gestante responda **SIM** ou **NÃO.**

Caso a gestante responda **SIM**, perguntar quantas vezes ela apresentou o sintoma no último mês.

Caso a gestante responda **NÃO**, pule para a próxima alternativa. Neste caso, você deve colocar o número "0 – zero" no campo relativo a quantas vezes apresentou o sintoma.

Questão 39: Leia a pergunta e dê tempo para que a gestante responda. Se ela não souber informar o peso exato, questione para que diga em que faixa de peso estava e registre o número médio.

Por exemplo, se a gestante informar que pesava entre 60 e 63kg, registrar 61,5kg.

Questão 40: Leia a pergunta e deixe a gestante à vontade para responder o que ela pensa.
Se ela não souber responder, registro com código IGN (999), e pule a questão 41.
Se ela souber responder, leia a questão 41.

Questão 41: Leia a pergunta e deixe que a gestante responda. Caso ela não saiba responder, leia todas as alternativas e assinale a alternativa correspondente.

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃOS DENTRO DAS CAIXAS.

AGORA VAMOS MEDIR SUA ALTURA E PESO

Procedimentos para medir peso

As gestantes devem ser pesadas descalças, e usando roupas leves. Devem ser orientadas a retirar objetos pesados como chaves, cintos, óculos e telefones celulares.

Questão 42: Se for utilizar balança mecânica de plataforma:

- Certificar-se que a balança está afastada da parede.
- Destravar a balança.
- Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibra-la girando levemente o calibrador.
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados
- Travar novamente a balança, e então pedir à gestante que suba na plataforma.
- Posicionar a gestante de costas para a balança, no centro do equipamento, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
- Destravar a balança.
- Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos.
- Mover o cursor menor para marcar as gramas.
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
- Travar a balança.
- Pedir à gestante que dessa da balança.
- Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.

- Registrar o peso no questionário.
- Retornar os cursores ao zero na escala numérica.

Se for utilizar balança eletrônica.

- A balança deve estar ligada antes da gestante ser colocada sobre ela. Esperar que a balança chegue ao zero.
- Posicionar a gestante de costas para a balança, no centro do equipamento, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
- Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor.
- Registrar o peso no questionário.

Procedimentos para medir altura.

A estatura da gestante deve ser obtida através do antropômetro vertical da balança.

- Posicionar a gestante com a cabeça livre de adereços no centro da balança, em pé, ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
- Encostar os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede.
- Os ossos internos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés fazendo um ângulo reto com as pernas.
- Movimentar o antropômetro, fixando-o contra a cabeça com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
- Retirar a gestante do equipamento.
- Realizar a leitura da estatura.
- Registrar no questionário

SEMPRE LER OS TEXTOS QUE ESTÃOS DENTRO DAS CAIXAS.

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

Nas questões de 44 a 49, você deve copiar os dados que estão na carteirinha da gestante. Caso a gestante não esteja com sua carteirinha de pré-natal, pergunte se ela sabe informar data da última menstruação.

Na questão 44, 45, 47 e 49 caso a gestante não tenha feito a ecografia ou não saiba informar a data, registre os códigos para IGN (01/01/1980).

Na questão 48 caso a gestante não tenha realizado a ecografia ela não terá na carteirinha a idade gestacional pela ecografia, registre os códigos para IGN (99).

COLE UM DOS ADESIVOS COLORIDOS NO CANTO SUPERIOR DIREITO DA CAPA

5.2. Questionário de Freqüência Alimentar

As principais orientações para a aplicação do QFA estão descritas na primeira página do mesmo, em itálico.

Inicialmente deve ser lida a frase: **Gostaríamos que você respondesse com que freqüência você come alguns alimentos, neste momento que você está grávida, e também a quantidade de alimento que come a cada vez.**

Em seguida, deve iniciar perguntando **"Com quem freqüência você come (nome do alimento, Ex-arroz)?".**

Deixar que a gestante responda, e caso a mesma tenha dificuldade sugerir: **quantas vezes por dia, semana ou mês?**

Quando o alimento for consumido com freqüência nunca, preencher o número zero (0) na coluna da quantidade.

Quando o alimento for consumido com freqüência maior do que nunca, perguntar a quantidade lendo a medida caseira referente **"Quantas (medida caseira, Ex: colheres de sopa) você come cada vez?"**

Medida caseira é uma maneira de descrever a quantidade, através dos utensílios usados na alimentação, como unidade, colher de sopa, colher de arroz, copo, xícara, fatias, concha...

Quando a gestante referir a quantidade de consumo em número não inteiro (Ex: meia unidade), escrever o número usando vírgula (0,5) e não fração (1/2).

Caso a gestante refira a quantidade consumida em medida caseira diferente da que consta no questionário, registrar a quantidade por extenso no verso (Ex: arroz – 1 escumadeira).

Após o término da entrevista, fazer a transformação da medida caseira referida para a medida do questionário usando a Tabela 1 abaixo. Os casos que não constam da tabela devem ser discutidos com o supervisor.

Tabela 1 - Conversões das medidas caseiras do QFA.

Alimento	**Conversão**
Abacaxi	1 unidade média = 10 fatias
Abóbora	1 pedaço Médio 50g = 1,6 colh sopa
Açúcar	1 colh sopa = 2 colh sobremesa
Alface	1 colh sopa = 2 folhas 1 pé (130g) = 52 folhas
Arroz	1 colh servir = 2 colh sopa 1 escumadeira = 4 colh sopa 1 concha = 4 colh sopa
Atum	1 colh sopa = 0,1 lata
Bacon	1 colh sopa = 1 fatia 1 colh sobremesa = ½ fatia
Batata frita	2 colh sopa = 1 unidade
Beterraba	1 unidade = 5 fatias 1 colh sopa = 0,6 fatias
Bolacha doce	1 pacote = 36 unidades
Bolacha recheada	1 pacote = 30 unidades de biscoito doce (2 unidades biscoito para 1 bolacha recheada)
Bolacha salgada	1 pacote = 25 bolachas
Bolo	½ bolo = 6 fatias
Bom bom	1 caixa = 10 unidades
Bucho	1 concha = 2 pedaços
Camarão	1 colh sopa = 1,6 unidades
Cenoura	1 unidade = 4 colh sopa cheias
Chicórea	1 folha = 1 colh sopa
Chocolate	1 barra = 6 unidades
Chuchu	½ unidade = 2 colh sopa 1 unidade = 5 colh sopa
Coração de galinha	7 corações = 1 pedaço
Couve	1 folha = 1 colh sopa 1 maço = 12 colh
Feijão ou lentilha	1 concha = 4 colh sopa = 2 colh servir
Macarrão	1 escumadeira = 4 colh sopa
Mamão	½ mamão comum = 3 fatias
Manga	1 fatia = 0,5 unidade
Melancia	½ melancia = 11 fatias
Nescau	1 colh sopa = 2 colh sobremesa
Pão caseiro	1 unidade = 1 fatia
Pepino	½ unidade = 16 fatias
Pipoca	1 xícara = 0,7 saco
Polenta	2 colh sopa = 1 colh servir = 1 pedaço 1 concha = 2 pedaços
Repolho	1 pegador = 2 colh sopa 1 pires = 3 colh sopa 1 prato = 5 colh sopa 1 colh servir = 2 colh sopa
Salgado pequeno	1 unidade = 0,25 salgado
Sorvete	1 litro = 12 unidades
Tomate	1 undiade = 6 fatias

Vagem	1 bacia = 10 colh sopa

Importante: A cada 4 ou 5 alimentos, lembrar à gestante que ela deve referir a alimentação durante a gestação. Sempre que ela mencionar: antes eu comia, neste momento não como, lembrar que vale a alimentação na gestação.

5.3. Investigação de Transtornos Alimentares – Questionário

Manual de Instruções do EDE-Q versão pré - gestação

ATENÇÃO: TODAS AS FRASES QUE ESTÃO **SUBLINHADAS** NÃO DEVEM SER LIDAS.

QUESTÃO CHAVE: A MANEIRA COMO A NOSSA ENTREVISTADA PENSA SEU PESO E FORMA CORPORAL E COMPORTA-SE COM O SEU JEITO DE ALIMENTAR-SE INDEPENDE DO FATO DELA ESTAR GRÁVIDA.

O **EDE-Q** é um questionário cujo objetivo é servir de instrumento diagnóstico em uma versão simplificada e econômica em indivíduos que possam apresentar transtornos do comportamento alimentar (TA) É composto por **quatro sub-escalas** (restrição alimentar; preocupação com a comida; preocupação com o corpo; preocupação com o peso) **e um escore total** (EDE-Q-TOTAL).

Na pesquisa o instrumento será **aplicado duas vezes COM MODIFICAÇÕES**

Na **1ª. Vez** todas as questões do questionário referem-se aos **(28 dias) ÚLTIMAS 4 SEMANAS ANTES** da gravidez

Na **2ª. Vez** todas as questões referem-se às **ÚLTIMAS 4 SEMANAS (28 DIAS)** da gravidez.

ORIENTAÇÕES INICIAIS:

- **Leia** com atenção todas as perguntas **de forma clara e pausada**;
- caso necessário repita a leitura de toda a questão exatamente como está escrita. **NÃO INVENTE,** tentando auxiliar a entrevistada para que entenda. Caso isso ocorra, cada pergunta apresenta uma alternativa no Manual de Instruções**. RESPEITE ESSE PRINCÍPIO** para evitar que estejas alterando as questões que constituem o instrumento e, principalmente as respostas que não serão fidedignas. **ISSO é MUITO IMPORTANTE**!

AS QUESTÕES A SEGUIR INVESTIGAM (28 DIAS), QUATRO SEMANAS ANTES DA GRAVIDEZ.

Nos últimos 28 dias, antes da sua gravidez, quantos dias?

Questão 1. Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer? "Caso a entrevistada não compreenda a expressão "forma corporal" substitua pela expressão "**aparência corporal**"; " **aparência do**

corpo”, **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 2. Desejou não ter barriga**?** Caso a entrevistada não compreenda não ter barriga uma vez grávida **reforce** que estamos falando do período antes da sua gravidez**; Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 3. Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 4.Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda**?** Caso a entrevistada não compreenda referindo-se a gravidez esclareça que independente do desejo de estar grávida e de ter o bebê" ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 5. Sentiu-se gorda? Caso a entrevistada questione que existe a gravidez esclareça que independe da gravidez" ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 6. Teve um grande desejo de perder peso? Caso a entrevistada questione que existe a gravidez esclareça que independe da gravidez" ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. “...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias”

Questão 7. Nos 28 dias antes da sua gravidez, houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam como uma quantidade de comida maior que alguém comeria na mesma situação? Caso necessário repita a questão. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO** e **PULE PARA A QUESTÃO 10.** Caso a resposta seja POSITIVA, no

colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 8. Quanta vez teve este episódio nos 28 dias antes da gravidez? Nos colchetes acrescente o número de vezes de acordo com a freqüência. Note que podemos ter uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo, 123 vezes, mas o mais provável é que seja dezena (012) ou mesmo unidade (005). Então preencha respeitando a ordem de freqüência da esquerda para a direita- exemplo 012; exemplo 00 4.

Questão 9. Quantos destes episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle?

Questão 10. Nos 28 dias antes da sua gravidez você provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclarecer que **provocar vômito é forçar para vomitar.** No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A Q. 12.**

Questão 11. Quantas vezes nestes nos 28 dias antes da gravidez?

Questão 12. Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal? No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE Para A Q.14.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 13. Quantas vezes nos 28 dias antes da gravidez?

Questão 14. Tomou diurético (remédio para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal? No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 16.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 15. Quantas vezes nos 28 dias antes da gravidez?

As próximas questões deverão ter somente uma alternativa assinalada. As questões referem-se aos 28 dias antes da gravidez. Nesse bloco de perguntas é necessário que você oriente a gestante que ela deverá escolher uma opção em uma escala de 0 a 6 onde o 0 é nada e o 6 é muito. Leia as opções para a entrevistada a cada pergunta. **NADA, UM POUCO, MODERADAMENTE, MUITO.**

Após a escolha da entrevistada leia as alternativas numéricas referentes à resposta, exemplo se ela escolher à opção NADA, você oferece a opção 0 ou 1; se ela escolher à opção UM POUCO, você oferece a opção 2 ou 3; se ela escolher a opção MODERADAMENTE, você oferece a opção, 4 ou 5; se ela escolher a opção MUITO assinale a opção 6.

NOS ÚLTIMOS 28 DIAS, ANTES DE SUA GRAVIDEZ.

Questão 16. Seu peso modificou a forma como pensa sobre si? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 17. Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si?

Questão 18. Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez cada semana durante as quatro semanas seguintes? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 19. Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 20. Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 21. Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 22. Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x exatamente dentro do quadrado do número que se aplica a resposta da entrevistada.

Manual de Instruções do EDE-Q versão gestação

- **QUESTÃO CHAVE**: A MANEIRA COMO A NOSSA ENTREVISTADA PENSA SEU PESO E FORMA CORPORAL E O MODO COMO ELA SE ALIMENTA INDEPENDE DO FATO DELA ESTAR GRÁVIDA.

O **EDE-Q** é um questionário cujo objetivo é servir de instrumento diagnóstico em uma versão simplificada e econômica em indivíduos que possam apresentar transtornos do comportamento alimentar (TA). É composto por **quatro sub-escalas** (restrição alimentar; preocupação com a comida; preocupação com o corpo; preocupação com o peso) **e um escore total** (EDE-Q-TOTAL).

TODAS AS QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO REFEREM-SE ÀS ÚLTIMAS 4 SEMANAS (28 DIAS).

ORIENTAÇÕES INICIAIS:

- **Leia** com atenção todas as perguntas **de forma clara e pausada**;
- Caso necessário repita a leitura de toda a questão exatamente como está escrita. **NÃO INVENTE,** tentando auxiliar a entrevistada para que entenda. **Caso isso ocorra, cada pergunta apresenta uma alternativa no Manual de Instruções. RESPEITE ESSE PRINCÍPIO** para evitar que estejas alterando as questões que constituem o instrumento e, principalmente as respostas que não serão fidedignas. **ISSO é MUITO IMPORTANTE**!

QUESTÕES

NOS ULTIMOS 28 DIAS, QUANTOS DIAS:

Questão 1. Tentou diminuir a quantidade de comida para mudar seu peso e forma corporal? Caso a entrevistada não compreenda a expressão "forma corporal", substitua pela expressão "aparência corporal", ou " aparência do corpo" **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 2. Passou longos períodos de tempo (8 horas ou mais) sem comer para mudar seu peso e forma corporal? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 3. Tentou evitar comer alimentos preferidos para mudar seu peso e forma corporal? Caso a entrevistada não compreenda esclareça dizendo: evitar alimentos que mais gosta; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 4. Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 5. Desejou experimentar a sensação de ter o estômago vazio**?** Caso a entrevistada não compreenda a expressão "estômago vazio" substitua pela expressão "ausência de alimentos no estômago"; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 6. Pensou sobre comida ou quantidade de calorias a ponto de atrapalhar em sua capacidade de se concentrar em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 7. Teve medo de perder o controle sobre o quanto você comia? Caso a entrevistada não compreenda a expressão "perder o controle sobre o quanto comia" esclareça comer

MUITO mais do que precisaria comer; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 8. Teve episódios de ingestão alimentar compulsiva, ou seja, comer grandes quantidades de comida, num curto período de tempo, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia? Caso a entrevistada não compreenda a expressão "curto espaço de tempo" substitua pela expressão "mais curto que indivíduos normalmente comeriam uma grande quantidade de comida" ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 9. Comeu em segredo (não contar as vezes que comeu grande quantidade de comida, rapidamente, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia)? Caso necessário esclareça, "comer sem que ninguém visse"; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 10. Desejou não ter barriga? Esta é uma questão chave, na maioria das vezes você será questionada quanto ao fato da entrevistada estar grávida, mas o que importa é o desejo de não ter barriga. IMPORTANTE, estamos falando da barriga e não do bebê; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 11. Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa? **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 12 Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gorda**?** Caso a entrevistada não compreenda referindo-se a gravidez esclareça que independente do desejo de estar grávida e de ter o bebê ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 13 Sentiu-se gorda? Caso a entrevistada questione que existe a gravidez esclareça que independe da gravidez; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

Questão 14. Teve um grande desejo de perder peso? Caso a entrevistada questione que existe a gravidez esclareça que independe da gravidez ; **Aguarde a resposta** e somente leia para auxiliar a gestante referindo sempre o último número dos intervalos. "...5 dias...12 dias...15 dias...22 dias...27 dias...todos os dias"

NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS)

Questão 15. Quanta vez se sentiu culpada depois de comer, por causa do efeito que isso teria no peso e forma corporal (não conte as situações de ingestão alimentar compulsiva)? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclareça que significa culpa apenas por comer e temer que essa ingestão alimentar tenha efeito no peso e forma corporal ; leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um x dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 16. Nas últimas quatro semanas (28 dias), houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam como uma quantidade de comida maior que alguém comeria na mesma situação? Caso necessário repita a questão. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO** e **PULE PARA A QUESTÃO 19**. Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 17. Quanta vez teve este episódio nas últimas quatro semanas? Nos colchetes acrescente o número de vezes de acordo com a freqüência. Note que podemos ter uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo, 123 vezes, mas o mais provável é que seja dezena (012) ou mesmo unidade (005). Então preencha respeitando a ordem de freqüência da esquerda para a direita: exemplo 012; exemplo 00 4.

Questão 18. Quantos destes episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle?

Questão 19. Houve outras situações em que sentiu não ter controle e comeu muito, mas não comeu grande quantidade dadas as circunstâncias? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclareça que significa "sentiu não ter controle e comeu muito, mas não a quantidade exagerada mesmo que pudesse. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 21.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento".

Questão 20. Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

Questão 21. Nas últimas quatro semanas provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclarecer que provocar vômito é forçar para vomitar. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 23.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 22. Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

Questão 23. Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal? No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO E PULE PARA A QUESTÃO 25.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 24. Quantas vezes nas últimas quatro semanas? Nos colchetes acrescente o número de vezes de acordo com a freqüência que a entrevistada respondeu. Note que podemos ter uma unidade, uma dezena e uma centena, exemplo 123 vezes, mas o mais provável é que seja dezena (012) ou mesmo unidade (005). Então preencha respeitando a ordem de freqüência da esquerda para a direita -exemplo 012; exemplo 00 4.

Questão 25. Tomou diurético (remédios para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal? No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 27.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 26.Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

Questão 27. Fez exercício físico excessivo como um meio de controlar o seu peso e forma corporal? Caso a entrevistada tenha dificuldade em entender a questão, esclarecer que exercício excessivo, é mais de 5 horas de exercício como meiO de controlar o peso. No caso de resposta NEGATIVA assinale a opção **NÃO e PULE PARA A QUESTÃO 29.** Caso a resposta seja POSITIVA, no colchete coloque o número de vezes, 1, 2, 3 etc. Em caso da resposta positiva continue a seqüência do instrumento.

Questão 28. Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

As próximas questões deverão ter somente uma alternativa assinalada. As questões referem-se às **ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS).** Nesse bloco de perguntas é necessário que você oriente a gestante que ela deverá escolher uma opção em uma escala de 0 a 6 onde o 0 é nada e o 6 é muito. Leia as opções para a entrevistada a cada pergunta. NADA, UM POUCO, MODERADAMENTE, MUITO.

Após a escolha da entrevistada leia as alternativas numéricas referentes à resposta, exemplo se ela escolher à opção NADA, você oferece a opção 0 ou 1; se ela escolher ao opção UM POUCO, você oferece a opção 2 ou 3; se ela escolher a opção MODERADAMENTE, você oferece a opção, 4 ou 5; se ela escolher a opção MUITO assinale a opção 6.

Questão 29. Seu peso modificou a forma como pensa sobre si? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 30. Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 31. Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez cada semana durante as quatro semanas seguintes? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 32. Até que ponto se sentiu insatisfeita com seu peso? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 33. Até que ponto se sentiu insatisfeita com sua aparência? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 34. Até que ponto esteve preocupado com o fato de as outras pessoas a verem comer? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 35. Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

Questão 36. Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas? Leia as opções e peça para que ela escolha uma alternativa e você faz um X dentro do quadrado que se aplica a resposta da entrevistada.

5.4. PRIME-MD

É um questionário utilizado para o reconhecimento rápido e acurado do diagnóstico dos Transtornos Mentais mais comumente vistos em adultos em serviços de atenção primária.

O Prime-MD tem dois componentes. O primeiro é o **Questionário do Paciente (QP)** constituído de uma página, que é auto preenchido pelo paciente. O QP consiste de 10 questões **SIM/NÃO**, uma a respeito da intensidade dos problemas e outra questão acerca de saúde global. As 10 questões **SIM/NÃO** são organizadas em 4 grandes módulos de diagnósticos, que estarão identificados com letras **A,B,C e D.**

O segundo componente do Prime-MD é um **Guia de Avaliação Clínica (GAC),** o qual é usado para obter informações adicionais das áreas de diagnóstico onde o paciente responde positivamente no QP.

QUESTIONÁRIO DO PACIENTE (QP)

Este questionário **será fornecido a gestante** após terem sido completados os três primeiros questionários. Deverá ser explicado a ela que é necessário assinalar um **x** exatamente dentro do quadrado para cada item..

Neste questionário cada módulo será identificado com uma letra que terá o objetivo de identificar o que você deverá perguntar no GAC. De posse do questionário da paciente a entrevistadora avaliará a necessidade de aplicar um ou mais módulos do GAC.

GUIA DE AVALIAÇAO DO CLÍNICO (GAC)

Princípios Gerais:

Todas as frases que tiverem SUBLINHADAS não deverão ser lidas para a gestante

- Complete os módulos em que a entrevistada tiver assinalado no **QP** como indicado na série de 4 quadros.
- Faça a leitura de cada questão salientando o que estiver em negrito, por exemplo **"nos 2 últimos meses?"**
- Dentro de cada módulo, sempre proceda seqüencialmente de questão em questão ao menos que haja instruções "**PULAR PARA A Q**." ou "**SAÍDA**" do módulo.
- "**SAÍDA**" sempre significa sair do módulo. Então vá para o próximo módulo a ser avaliado.

Introdução ao Paciente (você deve ler ao paciente)

"Deixe-me ver suas respostas do questionário (QP). Eu vou fazer algumas perguntas para que você me ajude a compreender alguns dos sintomas que você assinalou. Eu vou anotar ao longo de nossa entrevista."

Inicie os módulos na ordem na qual eles aparecem no **GAC (A,B,C e D).** Escolha os módulos para iniciar baseado na resposta **SIM** da gestante no **QP** como segue:

A	B	C	D
Questão1	**Questões 2 ou 3**	**Questões 4, 5 ou 6**	**Pelo menos uma das Questões de 7 a 10**

Módulo A

- Você deve aplicar este módulo quando a **questão 1** está assinalada **SIM** no questionário do paciente.
- Para cada pergunta, a entrevistadora deve assinalar a resposta com um x no **SIM ou NÃO**.

Módulo B

- Você deve aplicar este módulo quando as questões **2 ou 3** estão assinaladas **SIM** no questionário do paciente.
- Para cada pergunta, a entrevistadora deve assinalar **SIM ou NÃO** com um **x** exatamente dentro do quadrado.
- Na primeira página do **modulo B** da questão 08 a 16 a entrevistadora deve frisar que o período que em que queremos saber são as **duas últimas semanas.**
- Na segunda página as questões 18 e 19 referem-se ao período de **2 anos**

Módulo C

Você deve aplicar este modulo quando as questões **4, 5 ou 6** estão assinaladas **SIM** no questionário do paciente

- Se a Questão 6 do **QP** esta assinalada **"Não"** você deve pular para a questão 35.

- Neste **Modulo** preste muita atenção no período de tempo de cada questão que esta grifada em negrito, e ressalte isso a gestante.

Módulo D

Você deve aplicar este modulo quando pelo menos uma das Questões de **7 a 10** estiver assinalada **SIM** no questionário do paciente

Agora faremos algumas perguntas sobre consumo de álcool

O período refere-se **aos últimos 6 meses.**

- Para cada pergunta, a entrevistadora deve assinalar **SIM ou NÃO** com um **x** exatamente dentro do quadrado.

Folhas de campo

Planilha de Registro de Campo

- MUITA ATENÇÃO – essa planilha é de extrema importância para avaliar sua produção e controle do material
- Entrevistadora – cada entrevistadora coloca seu nome e código

Na planilha você deve registrar:

- Nome da gestante
- RG o número da identidade da gestante
- UBS-o número da unidade de saúde
- Data da entrevista – data que foi realizada a entrevista
- Data provável de parto – dado que consta no questionário da pesquisa
- Entreg/revisado – constará à rubrica do supervisor que recebeu e revisou junto com você o questionário

Planilha de Registro diário de gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde

- Entrevistadora – cada entrevistadora coloca seu nome e código
- Numero do prontuário – da gestante da UBS
- Nome da gestante –
- UBS - o número da unidade básica de saúde
- Data da entrevista – registre a data da entrevista
- **Situação no Estudo –** você deve preencher este campo com os códigos que estão na legenda no final da planilha.

  R = Recusa **P = Perda**

  EF = "Em Falta" **OK = Entrevista Realizada**

Você deve sempre completar a planilha. A não ser que a entrevista tenha sido realizada.

- Idade – em anos completos
- Idade gestacional – copiar dado do prontuário da gestante
- Número de Gestações – número de vezes que a mulher esteve grávida. Dado que consta no prontuário da gestante
- Número de Partos - número de partos. Dado que consta no prontuário da gestante
- Observações – espaço para registro de alguma informação adicional

ANEXO VII – RELATÓRIO TRABALHO DE CAMPO

1. Cronograma

Dia	Atividade
16/05 terça	Entregar Manual e Questionários para entrevistadoras
19/05 sexta	Reunião pré-treinamento
20/05 sábado	TREINAMENTO
21/05 domingo	TREINAMENTO
22/05 segunda	Ensaio de campo em Bento Gonçalves
23/05 terça 19h	Reunião em Bento Gonçalves para avaliar ensaio
24/05 quarta	Teste do Teleform
25/05 quinta	Enviar os questionários para gráfica
26/05 sexta	Ensaio de campo em Porto Alegre
29/05 – 02/06	Semana de correção dos problemas de campo
01/06 quinta	Montar envelopes com questionário e entregar material definitivo para entrevistadoras
05/06	**INÍCIO DO CAMPO**

2. **Preparação dos instrumentos**

De acordo com os objetivos do Projeto elaborou-se um questionário padronizado e pré-codificado de variáveis sócio demográficas e os instrumentos questionário de freqüência alimentar(QFA),Eating disorder questionarie (EDE-Q) e PRIME-MD. Incluíram-se as medidas de peso, altura.

Os instrumentos foram testados e aprimorados durante a seleção e treinamento dos entrevistadores.

3. Seleção e treinamento dos entrevistadores

Foram recrutados 15 estudantes da área da saúde para treinamento, seleção. Destas 13 foram para participação do trabalho de campo, sendo 7 alocadas em Porto Alegre e 5 em bento Gonçalves (demissões desistências e trocas)

O treinamento foi realizado durante 2 dias, mediante o seguinte roteiro:

Primeiro dia (20/05/2006)

9h - 12 e 13 - 17h

- Apresentação Geral dos Pesquisadores
- Manufatura dos Crachás (como forma de integração)
- Apresentação dos projetos e objetivos gerais
- Fazer dinâmica de grupo, com leitura do texto e discussão do que foi entendido
- Leitura dos questionários e manual.

Segundo dia (21/05/2006)

9h - 12 e 13 - 17h

- Esclarecimentos de duvidas da leitura em casa
- Simulação de entrevistas
- Treinamento de caligrafia
- Treinamento de peso e altura
- Apresentação da postura do entrevistador , rigor da pesquisa e aspectos éticos

4. Estudo piloto

No dias 22/05 de 2006 foi realizado o estudo piloto em Bento Gonçalves no Centro de Referência Materno Infantil. Em Porto Alegre o ensaio foi realizado no dia 01/06 de 2006 nas UBS 03 e 05 do Centro de Saúde Escola Murialdo. O piloto objetivou também selecionar os entrevistadores, aprimorar os instrumentos e testar a logística.

5. Padronização

Durante os primeiros trinta dias de trabalho de campo reuniões semanais com toda a equipe com a intenção de padronizar as estratégias de coleta e solucionar possíveis dificuldades encontradas. E-mails diários com adendos ao manual foram enviados instruindo sobre novas mudanças

No início de julho foi necessário substituir uma entrevistadora. Por uma que havia participado do treinamento e do estudo piloto e cadastradas como reserva.

6. Controle de qualidade

Para o controle de qualidade elaborou-se um questionário simplificado com perguntas de pequena variação em relação ao tempo. Assim, de acordo com a entrega de questionários foram sorteados 10% das pessoas incluídas no estudo.

O controle de qualidade foi realizado concomitantemente ao trabalho de campo, pelos supervisores de campo. Inicialmente, a escolha de questionários para o controle foi aleatória.

No último mês, criou-se estrutura de entrada dos dados para o controle de qualidade de forma a assegurar uma distribuição mais equânime entre os entrevistadores e os setores incluídos no estudo.

7. Revisão de codificação

Desde o início do estudo os questionários individuais foram revisados pelos supervisores no momento da recepção. Possíveis erros de codificação eram corrigidos na hora na presença da entrevistadora. A segunda revisão foi realizada pelo aplicativo *Verifier* do programa Teleform V.10. Reuniões quinzenais foram realizadas para discutir os erros e em alguns casos, discutidos individualmente com as entrevistadoras.

8. Entrada dos dados

A entrada dos dados foi iniciada em junho de 2006 paralelamente ao início to trabalho de campo, através do programa Teleform para Windows NT de automatização de entrada de dados. Porto Alegre centralizou a verificação eletrônica e a entrada de dados para as duas cidades

O programa foi utilizado para:

- Desenho do formulário
- Regras de crítica dos campos
- Leitura dos formulários preenchidos
- Verificação dos dados
- Correção dos dados
- Saída em banco de dados

A leitura é feita através da digitalização da imagem de cada página do questionário onde são identicadas:

Marcas: similar ao utilizado em cartelas de loteria

OCR: escrita impressa ou datilografada

ICR: escrita à mão em letra de forma

Após ler os documentos, o Teleform realiza a crítica dos dados e caso o formulário seja aprovado, é armazenado no banco de dados. Caso seja rejeitado, é colocado na fila para que um operador visualize, verifique e corrija os dados lidos pelo Teleform.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Formulários de meia página, página inteira e multi-páginas em formato *portrait* ou *landscape*

Aceita múltiplos formulários simultaneamente

Reconhecimento automático do tipo de formulário

Armazenamento dos dados em SQL Server, Oracle, Sybase, DB2, dBase,Paradox, FoxPro, Excel, CSV, DIF

CRÍTICA DE CAMPOS:

- Tipo: numérico, alfanumérico, e outros
- Preenchimento obrigatório ou opcional
- Valores máximo e mínimo
- Valores válidos: um campo só aceita valores constantes de uma lista
- Checagem aritmética
- Validação contra base de dados