

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
MAYRA YARA MARTINS BRANCAGLION**

**ESTUDO SOBRE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS,  
QUALIDADE DE VIDA E TRAÇOS DE PERSONALIDADE  
ASSOCIADOS À DEPRESSÃO GESTACIONAL**

Belo Horizonte  
2013

**MAYRA YARA MARTINS BRANCAGLION**

**ESTUDO SOBRE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS, QUALIDADE DE  
VIDA E TRAÇOS DE PERSONALIDADE ASSOCIADOS À  
DEPRESSÃO GESTACIONAL**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado da Faculdade de Medicina da  
Universidade Federal de Minas Gerais, como  
requisito parcial à obtenção do título de Mestre  
em Medicina Molecular

Orientador: Rodrigo Nicolato

Belo Horizonte

2013

**MAYRA YARA MARTINS BRANCAGLION**

**ESTUDO SOBRE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS, QUALIDADE DE VIDA E  
TRAÇOS DE PERSONALIDADE ASSOCIADOS À DEPRESSÃO GESTACIONAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina Molecular

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Rodrigo Nicolato (Orientador) - UFMG

---

Prof. Dr. Humberto Corrêa da Silva Filho

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar

Belo Horizonte, 15 de julho de 2013

*Àquele que soube valorizar  
as Catarina e Filomenas de sua vida*

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por ser meu exemplo de força, pelo seu amor e cuidado e por sempre acreditar em mim.

Ao meu pai, pelo investimento na minha educação e por sempre me incentivar a sonhar.

Às minhas irmãs, Márcia, Mariana e Marina, por serem mulheres que me inspiram e por torcerem pelo meu sucesso.

Ao Eduardo, que sempre teve certeza de que eu daria conta.

Ao Fernando, companheiro nos momentos de folga, capaz de me instigar a pensar de forma crítica, sempre me fazendo crescer.

Aos meus amigos por compreenderem minhas ausências e por me ouvirem pacientemente falar sobre meus projetos.

Ao Tiago, colega de trabalho que se tornou um amigo.

Ao professor Humberto Corrêa, pela sua disponibilidade e pelo grande incentivo na minha formação.

Ao Nicolato, pela orientação profissional, pelo exemplo de competência, nunca deixando de ser humano e amigo.

Ao Sandro e ao Gustavo, pela ajuda no trabalho.

À Monaliza, por sempre se mostrar disponível e pelo trabalho no laboratório.

A todos os estagiários que nos auxiliaram a tornar o projeto realidade, Marina Ladeira, Patrícia Gandres, Fernanda Konzen, Andressa Protzner, Aline Santos, Thaís Souza, Nayon Gomes, Fernanda Veneroso, Carolina Versiani, Lorena Estrella.

Ao Leandro, por acreditar em seus alunos, pelos seus ensinamentos e por possibilitar a concretização do sonho de pesquisar.

A todos os colegas do Lin, que me ensinaram a amar a pesquisa e mostraram como é importante trabalhar em equipe.

Ao Maicon e à Rachel, pela ajuda na produção final do trabalho.

À Nair e à Mariana, família que me adotou, apoiou e ajudou muito.

Às pacientes, não apenas pela imensa colaboração com nosso trabalho, mas por nos deixar fazer parte de um período tão importante de suas vidas.

## RESUMO

A depressão maior (DM) é um transtorno psiquiátrico considerado problema de saúde em todo o mundo, uma vez que está presente em pessoas de todas as nacionalidades. Estima-se que 17% das mulheres preencherão critérios para o diagnóstico de DM em algum momento da vida e o risco de desenvolver o primeiro episódio de depressão parece ser maior durante o período reprodutivo. A depressão no pré-natal é nomeada como depressão gestacional (DG) e pode trazer prejuízos severos para a mãe e para o desenvolvimento do feto. Uma coorte de 180 mulheres que fizeram o pré-natal no Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), teve seus dados coletados no segundo e terceiro trimestres da gestação e analisados neste estudo, sendo separadas em grupos de alto risco obstétrico e risco obstétrico habitual. Para isso, foram preenchidas entrevistas semiestruturadas com questões formuladas pelos pesquisadores responsáveis por esse estudo; entrevista psiquiátrica estruturada (MINI Plus 5.0); questionários de sintomas depressivos: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS); Inventário de Depressão de Beck (BDI); e a Escala de Depressão de Hamilton - 17 itens (HAM-D 17), além de um questionário de qualidade de vida (*Whoqol-bref*) e Inventário de Traços de Personalidade (TCI). Como conclusão, esse estudo corrobora com a noção de que a etiopatologia da DG é multifatorial. Há condições psicossociais que influenciam no desenvolvimento da DG: quantidade de filhos, comorbidade de Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) e situação socioeconômica. O risco obstétrico e traços de personalidade também influenciam no desencadeamento da DG. A qualidade de vida das mulheres com DG é imensamente alterada durante a gestação, portanto, repetições independentes em amostras maiores e investigações das implicações dos resultados no pós-parto seriam de relevante importância.

**Palavras-chave:** Depressão Gestacional. Aspectos psicossociais. Qualidade de vida. Risco obstétrico. Traços de personalidade.

## ABSTRACT

The Major Depression (MD) is considered a psychiatric disorder health problem in all word, since it is present in people of all nationalities. It is estimated that 17% of women meet criteria for the diagnosis of DM at some point in life and the risk of developing a first episode of depression seems to be higher during the reproductive period. The development of depression in the antenatal period is named gestational depression (GD) and can bring severe damage to the mother and the developing fetus. A cohort of one hundred and eighty women who had prenatal care at the Hospital of the Federal University of Minas Gerais (HC-UFMG) had their data collected during the second and third trimesters of pregnancy. It was analyzed in this study, and the subjects were separated into groups high obstetric risk and standard obstetric risk. In order to achieve this, there were applied semi-structured interview questions composed by the researchers responsible for this study; structured psychiatric interview (MINI Plus 5.0); questionnaires of depressive symptoms: Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), Beck Depression Inventory (BDI) and Hamilton Depression Scale - 17 items (HAM-D 17), and also a quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF) and the Temperament and Character Inventory (TCI). In conclusion, this study corroborates the notion that the etiopathology of GD is influenced by multiple factors. There are psychosocial conditions that influence the development of GD: number of children, comorbidity of premenstrual dysphoric disorder (TDPM), and socioeconomic status. The obstetric risk and personality traits also influence the onset of GD. The quality of life of women with GD is greatly altered during pregnancy, therefore, replications of this study in larger samples and independent investigations of the implications of the results in postpartum would be of great importance.

**Keyword:** Gestational depression. Psychosocial factors. Personality traits. Quality of life. Obstetric risk.

## LISTA DE SIGLAS

AD -	Auto-direcionamento
AT -	Auto-transcendência
BDI -	Escala Beck de Depressão
BN -	Busca por novidade
COEP -	Comitê de Ética e Pesquisa
Coop -	Cooperatividade
DM -	Depressão Maior
DG -	Depressão Gestacional
DPP -	Depressão no Pós-Parto
DSM-IV -	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ED -	Esquiva a dano
EPDS -	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
DG -	Dependência de gratificação
HAM-D 17 -	Escala de Depressão de Hamilton, 17 itens
HC -	Hospital das Clínicas
MINI Plus -	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
Per -	Persistência
TAB -	Transtorno Afetivo Bipolar
TAG -	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TEPT -	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TDAH -	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TCI -	Inventário de Traços de Personalidade
TDPM -	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
TOC -	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência dos transtornos psiquiátricos de acordo com o MINI Plus.....	25
Tabela 2 – Associação entre fatores de risco e frequência de depressão nos 2º e 3º trimestres de gestação.....	27
Tabela 3 - Associação entre risco obstétrico e frequência de depressão nos 2º e 3º trimestres de gestação.....	28
Tabela 4 - Medidas de DG entre os trimestres.....	29
Tabela 5 - Teste de Mann-Whitney associando DG e qualidade de vida.....	30
Tabela 6 - Significância dos traços de personalidade.....	31
Tabela 7 - Análise dos fatores da personalidade na regressão logística.....	31

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Depressão na gestação.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 A prevalência da depressão gestacional (DG).....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 Depressão na gestação e consequências para o bebê e para a mãe... </b>	<b>13</b>
<b>1.4 Depressão na gestação e fatores de risco relacionados.....</b>	<b>14</b>
<b>1.5 Qualidade de vida e gestação.....</b>	<b>15</b>
<b>1.6 Inventário de temperamento e caráter de Cloninger.....</b>	<b>15</b>
<b>1.7 Traços de personalidade e depressão maior.....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 Da seleção da amostra.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Dos instrumentos utilizados.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Da análise estatística.....</b>	<b>22</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Das características gerais.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Das análises dos fatores de risco associados à DG.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3 Das análises da DG associado ao risco obstétrico.....</b>	<b>28</b>
<b>4.4 Das análises das escalas que descrevem sintomas da DG.....</b>	<b>29</b>
<b>4.5 Das análises da influência da depressão gestacional na qualidade de vida.....</b>	<b>30</b>
<b>4.6 Dos traços de personalidade do modelo de psicobiológico.....</b>	<b>31</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A depressão maior (DM) é caracterizada por um humor deprimido persistente associado à diminuição do interesse e do prazer nas atividades. Em geral, essa alteração do humor leva também à alteração do sono, do apetite, da energia e das funções motoras. Comumente, pacientes deprimidos relatam dificuldade de concentração e na autoestima.

A DM é considerada um problema de saúde em todo o mundo, uma vez que está presente em pessoas de todas as nacionalidades. Estudos de prevalência apontam que 5% a 9% das mulheres são afetadas pela DM, atualmente. Estima-se que 17% das mulheres preencherão critérios para o diagnóstico de DM em algum momento da vida (HASIN *et al.*, 2005) e o risco de desenvolver o primeiro episódio de depressão parece ser maior durante o período reprodutivo (BEBBINGTON *et al.*, 2003; KESSLER, 2003).

Os primeiros relatos de transtornos psiquiátricos relacionados à reprodução foram associados às psicoses e datam em torno de 430 a.C., em anotações de Hipócrates. Apesar de evidências antigas, durante muitos anos acreditava-se que a gestação era uma fase de bem-estar psicológico que possivelmente protegia a mulher de desenvolver transtornos psiquiátricos. A partir da última década, tem-se investido mais em produção científica acerca das psicopatologias desenvolvidas durante o pré-natal e no pós-parto. A gestação é um dos eventos mais significativos na vida da mulher, sendo que as mudanças ocorridas nesse período atingem nos aspectos, físico, social e psicológico (CAMPAGNE, 2003).

### 1.1 Depressão na gestação

Um estudo australiano, de Buist *et al.* (2006), discutiu a relevância de tornar o rastreio de transtornos psiquiátricos, em especial da DM durante a gestação, uma prática rotineira, favorecendo o diagnóstico e o tratamento precoce desse transtorno. No Brasil, os programas ginecológicos de atendimento pré-natal tendem a focar seus trabalhos na saúde física das pacientes e no desenvolvimento do feto, havendo pouco investimento no rastreio de questões psiquiátricas. O desenvolvimento do quadro de depressão antenatal ainda é classificado como DM, não havendo na nosologia psiquiátrica atual a diferenciação entre DM e depressão gestacional (DG).

Além da não especificação do quadro, as mudanças psicológicas e fisiológicas comuns na gestação contribuem para dificultar o diagnóstico de depressão, havendo em grande parte do mundo o subdiagnóstico da depressão na gestação e no pós-parto (KAMMERER *et al.*, 2009).

Os estudos sobre DG e depressão no pós-parto (DPP) também afirmam a relevância de se realizar a triagem para transtornos psiquiátricos durante a gestação, uma vez que os transtornos do humor desenvolvidos, tanto no pré-natal quanto no pós-parto, afetam diretamente o bem-estar da mãe e o desenvolvimento do feto. Revisões da literatura (BENNETT *et al.*, 2004; ROBERTSON *et al.*, 2004) apontam que a DG é um fator de risco para a depressão no pós-parto, sendo a prevalência da DG maior do que a DPP.

Em um estudo de 2005, realizado no Brasil, os autores afirmam que quase 50% das mulheres com DPP tiveram DG (LOVISI *et al.*, 2005). Na mesma linha de raciocínio, alguns estudos da última década alegam que a prevalência de DPP tem sido menor que a esperada, uma vez que em grande parte dos casos a DPP é consequência da DG (HERON *et al.*, 2004).

## **1.2 A prevalência da depressão gestacional (DG)**

A prevalência da DG ainda vem sendo muito estudada e discutida. Estudos americanos encontraram uma faixa de prevalência que varia de 8% a 51% da população (GOTLIB *et al.*, 1989; DA COSTA *et al.*, 2000). Outros estudos reportam uma variação de 10% a 25% da DG (ANDERSON *et al.*, 2004; MARCUS *et al.*, 2004; De TYCHEY *et al.*, 2005; STOWE, HOSTETTER, NEWPORT, 2005). Em um estudo longitudinal realizado na Inglaterra, em 2001, as prevalências da depressão durante a gestação e da depressão pós-parto foram comparadas. Os autores descreveram que cerca de 14% das mulheres, das 9028 que participaram do estudo, apresentaram depressão durante o terceiro trimestre de pré-natal (32 semanas de gestação), enquanto 9,1% apresentaram depressão ao ser avaliada 8 semanas após o parto (EVANS *et al.*, 2001).

Em 2005, foi publicado um estudo francês com 277 pacientes, no qual a prevalência de DG foi de cerca de 20%, enquanto que a DPP acometeu 11% da amostra (DE TYCHEY *et al.* 2005). Em um estudo chinês, Li *et al.* (2012) encontraram uma prevalência de 40% de DG em uma amostra de 454 gestantes.

Kim *et al.* (2008) avaliaram 1584 mulheres no terceiro trimestre de gestação, utilizando a Escala de Edimburgo e obtiveram 7,7% da amostra na faixa de risco para depressão. Estima-se que a DG em países desenvolvidos atinja entre 7% e 15% da população, enquanto em países com menor potencial econômico essa taxa seja de 19% a 25% das mulheres grávidas (O'KEANE; MARSH, 2007). Os pesquisadores brasileiros Pereira e Lovisi (2008) encontraram também diferença de prevalência, sendo ela de 15% em países desenvolvidos e 20% em países em desenvolvimento.

A depressão no pré-natal pode variar de acordo com o trimestre de gestação. Estudos americanos relataram que 15% das mulheres que estavam no primeiro trimestre gestacional apresentaram DG, em comparação a 14% no segundo trimestre e 30% no terceiro trimestre (SETSE *et al.*, 2009). Em um estudo realizado na China (LI *et al.*, 2012), a prevalência de DG no primeiro trimestre foi de 36,4%, no segundo trimestre atingiu 40,2% e no último trimestre gestacional foi de 39,8%, demonstrando que a prevalência da DG atinge seu pico no segundo trimestre corroborando dados prévios da literatura.

A alta variabilidade de índices de prevalência encontrada nos estudos pode ser explicada pelos instrumentos utilizados e os pontos de corte adotados. A maioria das pesquisas utiliza questionários criados para rastrear e caracterizar a depressão, mas não especificamente diagnosticar. A Escala de Edimburgo é amplamente utilizada nos estudos, tanto de pré-natal quanto de pós-parto. Apesar de já ter sido validada para avaliar ambos os períodos da mulher, a escala foi criada especificamente para o rastreamento da depressão pós-parto.

Os sintomas da DG são muito similares aos sintomas da DM e, em geral, incluem baixo-afetivo, fadiga contínua, excesso ou falta de sono, dificuldade de concentração, alteração no apetite, sintomas de ansiedade e irritabilidade. É de extrema importância a avaliação da magnitude dos sintomas para se chegar ao diagnóstico que, em geral, é baseado nos critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Uma ferramenta altamente utilizada em pesquisas para auxiliar no diagnóstico de psicopatologias é o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI Plus).

Além do diagnóstico de depressão, para fins de compreensão do quadro e tratamento, a caracterização dos sintomas é realizada principalmente utilizando a Escala Beck de Depressão (BDI) e a Escala de Hamilton, que avaliam e quantificam

as alterações físicas e de humor mais comuns na DM. Contudo, o período gestacional traz muitas mudanças físicas e oscilações de humor para a mulher, o que dificulta, em grande parte, a diferenciação dessas mudanças dos sintomas de depressão, dessa forma, foi desenvolvida a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), na tentativa de identificar os sintomas depressivos se esquivando de sintomas físicos comuns à gestação.

### **1.3 Depressão na gestação e consequências para o bebê e para a mãe**

A depressão na gestação interfere diretamente no desenvolvimento da criança. Ela é associada ao retardo do crescimento fetal, principalmente nos casos em que a depressão leva a mãe à perda de apetite e privação de comida, quadro que, em geral, proporciona o baixo peso do bebê ao nascer (EVANS *et al.*, 2001). O mau desenvolvimento intrauterino pode refletir em prejuízos no desenvolvimento infantil e baixo desempenho na escala Apgar (APGAR, 1953), podendo ser associados a problemas neurológicos e comportamentais durante a infância. Contrações precoces e parto prematuro também são associados ao estado de humor das gestantes (FIELD; HERNANDEZ-REIF; DIEGO, 2006). Estudos já consideram a possibilidade de uma influência direta do humor deprimido da mãe no desenvolvimento físico do feto, gerando alterações diversas, incluindo malformações do sistema nervoso central e sistema circulatório (O'CONNOR *et al.*, 2002; ALLISTER *et al.*, 2001).

Além dos prejuízos para a criança, a depressão pode gerar distorções cognitivas que afetam a capacidade de decisão da mãe, que passa a ter pouca motivação para seguir tratamentos e principalmente as orientações médicas do pré-natal. Não é incomum o quadro de humor deprimido estar associado a abuso de substâncias (PAJULO *et al.*, 2001).

Kelly, Russo e Katon (2001) perceberam também que a depressão pode amplificar os sintomas somáticos presentes na gestação, como enjoo, vômito, desconforto físico, fadiga e cansaço. Além dos sintomas já comuns à gestação, a depressão pode aumentar o risco de fatores complicadores, como hipertensão arterial e diabetes (KUEKI *et al.*, 2000). O agravamento do quadro de depressão eleva o risco de desenvolvimento quadros psicóticos e de comportamentos impulsivos, influenciando na autoagressividade das pacientes, podendo resultar em

tentativas de autoextermínio (O'KEANE; MARSH, 2007; GAUSIA *et al.*, 2009). Barnes (2009) afirmou que mães que apresentam DG possuem maior risco de desenvolver episódios de depressão no futuro.

#### **1.4 Depressão na gestação e fatores de risco relacionados**

Apesar de haver na literatura poucas evidências sobre a etiopatologia do quadro de DG, grande parte dos estudos busca apontar os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento. As alterações fisiológicas da gravidez são de extrema relevância, uma vez que a gestação é um período de demanda metabólica e de grande alteração das taxas hormonais. Matthews e Meaney (2005) propuseram um estudo sobre as alterações fisiológicas que levam a mulher a um estado de vulnerabilidade para o quadro de depressão.

Além dos aspectos biológicos, outros aspectos da vida da mulher são apontados como fatores de risco associados ao desenvolvimento da DG. As evidências mais fortes apontam para a história pregressa de DM, associada à baixa autoestima (ROBERTSON *et al.*, 2004; CARTER; KOSTARAS, 2005; LEIGH; MILGROM, 2008; KAAYA *et al.*, 2010; SHAH *et al.*, 2011; HARTLEY *et al.*, 2011), falta de suporte e planejamento familiar, eventos negativos durante a vida (O'HARA, 1986), pouca escolaridade da mãe, baixa classe social (O'KEANE; MASH, 2007; DAYAN *et al.*, 2006).

Alguns estudos associam a DG à baixa idade da gestante, pouca escolaridade, não ser casada (FIELD; HERNANDEZ-REIF; DIEGO, 2006; LINDGREN, 2001). Os estudos de Zayas *et al.* (2002) e Smith *et al.* (2004) afirmaram que mulheres que pertencem às minorias sociais estão mais sujeitas a desenvolver DG. Lau e Yin (2010) afirmaram que mulheres que possuem gestação não planejada apresentam maiores níveis de estresse, o que aumenta a vulnerabilidade à depressão.

Distinguindo dos achados presentes na literatura, um estudo suíço publicado em 2011 avaliou parâmetros sociodemográficos e obstétricos de 137 gestantes, encontrando como principais preditores de DG contrações prematuras, indicando risco de aborto, náusea e constipação e uso de analgésicos durante a gestação (ALDER, *et al.*, 2011).

## 1.5 Qualidade de vida e gestação

Estudos epidemiológicos realizados em diferentes culturas sugerem que a gravidez é associada a mudanças significativas na qualidade de vida da mulher. Há na literatura, atualmente, uma quantidade significativa de estudos que apontam que sintomas de depressão durante a gravidez afetam de forma significativa a qualidade de vida das gestantes (NICHOLS *et al.*, 2006; ORR *et al.*, 2007; SETSE *et al.*, 2009).

Li *et al.* (2012) utilizaram um questionário de qualidade de vida para avaliar mulheres durante o pré-natal e evidenciaram que mulheres com DG apresentavam baixa pontuação no instrumento ao serem comparadas com mulheres sem transtorno do humor. Um estudo inglês publicado por Meadows *et al.* (1996) reportou que a manifestação da diabetes é associada a diminuição da qualidade de vida. Angermeyer *et al.* (2002) publicaram um estudo longitudinal sobre depressão e qualidade de vida no qual observaram que mulheres com depressão não apresentam apenas uma mudança na qualidade de vida geral, mas, especificamente, nas relações sociais e nas suas condições de vida.

Em 2009, foi publicado um estudo longitudinal, realizado na Alemanha, no qual avaliaram 90 gestantes que faziam acompanhamento pré-natal em um hospital público, utilizando *Whoqol-bref* para avaliação de qualidade de vida e EPDS para avaliação de sintomas de depressão na gestação e no pós-parto. Entre as pacientes, 18 possuíam hipertensão arterial, 11 diabetes, 32 tiveram partos prematuros e 29 eram controles. Na análise dos sintomas de depressão, observaram que houve uma queda dos sintomas ao longo da gestação. Sobre a qualidade de vida, os pesquisadores observaram que as gestantes apresentavam menor qualidade de vida ao serem comparadas com as que estavam no período pós-parto. Durante a gestação, houve uma queda significativa da qualidade do domínio físico. Entretanto, os pesquisadores não encontraram uma associação significativa entre qualidade de vida e sintomas de depressão (MAUTNER *et al.*, 2009).

## 1.6 Inventário de temperamento e caráter de Cloninger

A personalidade é um constructo psicológico avaliado de diversas maneiras, variando de acordo com o referencial teórico de diferentes autores. A grande maioria



das teorias sobre a personalidade tende a separar aspectos psicológicos e biológicos. O modelo psicobiológico de personalidade desenvolvido pelo psiquiatra Claude Robert Cloninger (1987) visa a unir esses dois aspectos, sendo composto por sete dimensões: quatro traços de temperamento - busca por novidades, dependência de gratificação, esquiva a danos e persistência - e três traços de caráter - autodirecionamento, autotranscendência e cooperatividade.

A busca por novidade é um traço complexo que abrange quatro características: excitabilidade exploratória, impulsividade, extravagância e desorganização. Pessoas com alta busca por novidade tendem a ser curiosas, entusiasmadas, impulsivas, desorganizadas e facilmente entediadas. O prejuízo do traço é a possível presença de raiva excessiva e a desistência impulsiva de compromissos que frustram as expectativas.

A dependência de gratificação é um traço que abrange características como sentimentalismo, apego e dependência emocional. Pessoas com alta dependência de gratificação tendem a ser compassivas, amáveis, sensíveis, dedicados, dependentes e sociáveis. O prejuízo do traço é a vulnerabilidade a influências e opiniões de outras pessoas, que pode levar a perda de seus próprios objetivos.

O traço esquiva a danos abrange características como medo, preocupação antecipada, timidez, fadiga. Pessoas com alta esquiva a danos tendem a ser precavidas, cuidadosas, medrosas, tensas, apreensivas, tímidas, desconfiadas, inseguras, negativistas, passivas e pessimistas. O prejuízo do traço é a alta sensibilidade a críticas e punições.

A persistência é uma dimensão do temperamento que diz respeito à manutenção de comportamento e abrange características como vontade de responder a situações, capacidade de antecipar recompensas, ambição diante de frustrações, perseverança e perfeccionismo. Pessoas com alta persistência tendem a ser trabalhadoras, persistentes e estáveis e a não desistir facilmente diante das dificuldades. O prejuízo do traço é relacionado à baixa persistência.

Em 2000, Cloninger publicou um artigo de revisão integrativa sobre a biologia das dimensões da personalidade. Nesse estudo, há a associação dos traços de temperamento ao funcionamento de neurotransmissores e estruturas cerebrais.

A busca por novidades apresenta forte correlação com os sistemas dopaminérgico e noradrenérgico. Sugiura *et al.* (2000), encontraram a associação desse fator da personalidade com a ativação do córtex paralímbico, com o cíngulo

esquerdo anterior e com a insula direita. O traço de dependência de gratificação é associado também aos circuitos noradrenérgico, e correlacionado, negativamente, com estruturas paralímbicas (giro parahipocampal bilateral, insula esquerda, cíngulo anterior) e diferentes regiões corticais do córtex frontal e temporal. A esquizofrenia está associada à ativação da serotonina, com correlação negativa com regiões paralímbicas (giro hipocampal esquerdo e junção orbitoinsular direita), assim como várias regiões corticais frontais, parietais e temporais.

Os traços de caráter são menos associados às bases biológicas, uma vez que sofrem maior influência do meio. O autodirecionamento é um traço associado à responsabilidade, objetivo, pró-atividade e bons hábitos. Pessoas com alto autodirecionamento são descritas como seguras, autossuficientes, responsáveis, confiáveis, construtivas, focadas e integradas.

A autotranscendência é um traço de caráter que descreve a capacidade de ultrapassar suas próprias barreiras, envolvendo-se fortemente naquilo que estão focadas. Não é incomum as pessoas com alta autotranscendência esquecer o lugar em que estão ou aparentarem estar “fora do ar”.

O traço de cooperatividade está relacionado à empatia, à compaixão, à aceitação social e aos princípios associados à consciência social. Pessoas com alta cooperatividade tendem a ser compreensivas, tolerantes, leais, em geral são pessoas que demonstram empatia e gostam de interagir e servir outras pessoas.

O modelo psicobiológico da personalidade e o Inventário de Temperamento e Caráter (TCI) têm sido utilizados em áreas diversificadas de estudos incluindo neuropsicologia, bases genéticas da personalidade em pessoas saudáveis, neuroimagem e traços de personalidade, desenvolvimento de anormalidades e traços de personalidade que representam riscos para pessoas que passam por determinados procedimentos médicos (YOUN *et al.*, 2002; BOEKER *et al.*, 2006; SHIMIZU *et al.*, 2006; KARACA *et al.*, 2007; TURHAN-HAKTANIR *et al.*, 2010)

O instrumento de avaliação da personalidade desenvolvido para esse modelo psicobiológico foi adaptado e validado no Brasil em 2000, sendo uma ferramenta completa, não apenas utilizada em pesquisas, mas eficiente para avaliar a variabilidade dos traços biológicos, quanto à influência cultural na determinação da personalidade (FUENTES *et al.*, 2000).

## **1.7 Traços de personalidade e depressão maior**

Cloninger (2000) inaugurou uma série de estudos que associam os traços de personalidade a psicopatologias, no intuito de fornecer uma ferramenta eficiente para o diagnóstico diferencial. Nesse sentido, pesquisas apontam para uma correlação forte entre DM e a presença do traço esquiva a danos no indivíduo, associado ao baixo autodirecionamento. Os traços de alta busca por novidades e baixa cooperatividade podem ser encontrados em subtipos específicos da depressão.

Em estudos com famílias de sujeitos que desenvolveram a DM, encontra-se alta esquiva a danos e baixo autodirecionamento. A busca por novidades e a dependência de gratificação diminuem o risco de depressão, enquanto, a persistência, a cooperatividade e a autotranscendência não exerceram influência.

Especificamente tratando de saúde mental das mulheres, dados da literatura associam maior dependência de gratificação, cooperatividade, esquiva a danos, sendo, possivelmente, mais predispostas a desenvolver psicopatologias associadas à depressão e à ansiedade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a prevalência e os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão maior durante o pré-natal de gestantes de alto risco e risco habitual atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Avaliar se há diferenças entre os trimestres em relação ao desenvolvimento de psicopatologias, principalmente acerca de DG;
2. Analisar se os riscos obstétricos habituais ou altos podem influenciar nas taxas de DG;
3. Estimar o impacto da DG na qualidade de vida das pacientes durante o pré-natal;
4. Estabelecer, dentre os traços de personalidade avaliados, aqueles capazes de discriminar pacientes que desenvolveram depressão maior no período gestacional.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Da seleção da amostra**

O presente estudo é um recorte de um estudo longitudinal, prospectivo e observacional, que está sendo realizado em uma parceria entre professores do Departamento de Saúde Mental, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte.

A literatura traz muitos fatores de risco associados à depressão em mulheres, principalmente durante o pré-natal e o pós-parto. No presente estudo, foram avaliados nove aspectos psicossociais, selecionados a partir da revisão da literatura, como possíveis preditores de DG. Todos os aspectos foram analisados em relação ao diagnóstico de depressão avaliado no segundo e terceiro trimestres gestacional.

A coleta de dados é realizada no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte. A amostra foi composta por 211 pacientes, entretanto, devido à presença de muitos dados incompletos e desistências das participantes na continuidade do estudo, a amostra foi reduzida para 180 pacientes. Todas as participantes foram devidamente orientadas a respeito do protocolo de pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para participação do trabalho (ANEXO 1). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, sob o protocolo n.º 227/05.

Não houve restrições acerca da idade das pacientes, sendo avaliadas mulheres na faixa etária entre 13 e 45 anos. O único critério de exclusão adotado foi a capacidade de compreensão dos questionários, sendo excluídas mulheres que demonstravam claramente incapacidade de responder os questionários de autorrelato, seja por baixa escolaridade, analfabetismo ou atraso no desenvolvimento cognitivo.

As gestantes participantes foram avaliadas em dois momentos do pré-natal: no primeiro, entre 13 e 27 semanas de gestação e, no segundo, entre 28 e 40 semanas de gestação. Para essa avaliação, foram utilizadas entrevistas estruturadas, escalas e instrumentos de avaliação psicológica.

Na entrevista inicial, as mulheres responderam a um questionário socioeconômico que abrangia idade, religião, escolaridade, estado civil, planejamento da gravidez, número de filhos e de gestações pregressas, presença de

outros filhos, aborto prévio e relacionamento com o companheiro. Foi pesquisada também a história psiquiátrica e clínica prévia, além de risco gestacional atual das gestantes participantes do estudo (ANEXO 2).

### 3.2 Dos instrumentos utilizados

Para avaliação de história psiquiátrica prévia e do diagnóstico atual foi utilizado o MINI-Plus (AMORIM, 2000) como entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas). A versão Plus do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV. O MINI é organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivos.

As escala de sintomas de depressão de Hamilton, versão de 17 itens (HAM-D - 17), é uma escala preenchida pelo pesquisador, com o intuito de descrever a presença e a intensidade de sintomas de depressão presentes na paciente. Hamilton não propôs um ponto-padrão de corte, mas na prática se aceita que escores acima de 25 pontos identifiquem pacientes gravemente deprimidos; entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; e entre 7 e 17, pacientes levemente deprimidos. (HAMILTON, 1960) (ANEXO 3).

O BDI, por sua vez, é uma escala de autorrelato validado para no Brasil em 2001 (CUNHA, 2001), também utilizada para caracterização de sintomas de depressão, constituída por 21 itens, referentes a sintomas e atitudes presentes nos últimos sete dias. A intensidade de cada item varia de 0 a 3, permitindo escore abrangente de 0 a 63 (BECK *et al.*, 1961). De acordo, com esse autor, em amostra de pacientes deprimidos, escore menor que 10 indica ausência de depressão; de 10 a 18, depressão leve; de 19 a 29, depressão moderada; e de 30 a 63, depressão grave (ANEXO 4).

A EPDS, escala de autoaplicação composta por 10 itens, é reconhecida como o instrumento de rastreio mais sensível e específico para DPP (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999). Entretanto, na literatura, há estudos de validação da utilização dessa escala para rastreio também de DG (MURRAY; CAROTHERS, 1990;

MATTHEY *et al.* 2006). A escala avalia a intensidade dos sintomas depressivos nos últimos sete dias, não havendo consenso na literatura sobre o ponto de corte ideal para a escala EPDS (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987; FIGUEIRA *et al.*, 2009). As pontuações mais utilizadas para afirmar a existência de depressão no pós-parto e na gestação são 12 e 13 (KIM *et al.* 2008; ALDER *et al.* 2011). (ANEXO 5)

Foi aplicado, também, o instrumento de qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, na sua versão abreviada - o WHOQOL-bref, questionário de autopreenchimento composto por 26 questões que avaliam quatro diferentes domínios da qualidade de vida (domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente), além de duas questões sobre o julgamento do próprio sujeito acerca da sua qualidade de vida (ANEXO 6).

Para a avaliação de traços de personalidade das pacientes, foi utilizado o Inventário de Temperamento e Caráter desenvolvido pelo Cloninger, que é composto por 240 perguntas de autopreenchimento, nas quais o sujeito classifica as afirmativas como verdadeiras ou falsas (CLONINGER, 1987) (ANEXO 7).

Importante relatar que a avaliação de risco obstétrico procedeu-se de duas formas diferentes, sendo elas: percepção/relato das gestantes, através de pergunta simples contida na entrevista semiestruturada, aplicada no segundo trimestre; e classificações colhidas do prontuário médico do pré-natal, que foi revisado ao término da gestação.

### **3.3 Da análise estatística**

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico SPSS - 17. A caracterização da amostra foi realizada através da análise descritiva, empregando média e desvio padrão. As pacientes com risco gestacional e sem risco gestacional foram comparadas, verificando-se a frequência e utilizando teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) na associação do risco gestacional com a depressão gestacional.

Foram realizadas duas avaliações das pacientes durante a gestação e na comparação entre esses dois momentos utilizou-se o Teste t. A escala usada para avaliar qualidade de vida das gestantes foi corrigida a partir da ferramenta publicada por Pedroso *et al.* (2010) desenvolvida para o programa *Microsoft Excel*.

O Inventário de Temperamento e Caráter também foi corrigido a partir do programa *Microsoft Excel*. Utilizou-se análise de regressão logística com o objetivo

de produzir um modelo para prever os traços de personalidade que influenciam de maneira mais significativa a variável dependente depressão gestacional.

Os dados obtidos a partir do questionário *Whoqol-bref* foram utilizados para comparar a qualidade de vida de mulheres com DG e sem DG. Por se tratar de uma comparação entre dois grupos não pareados, sem distribuição normal, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*. As significâncias para cada medida estatística foram atendidas quando o valor de “p” atingiu o valor estabelecido de 0,05.



## 4 RESULTADOS

### 4.1 Das características gerais

As gestantes que participaram do presente estudo possuem a média de idade de 28 anos (SD 7.2; 13 - 45 anos), tendo estudado cerca de 10 anos (SD 2.79; 0 - 16 anos), sendo que 42,9% das pacientes finalizaram o segundo grau. Sobre o estado civil, 38,6% são casadas, 30,99% são solteiras e 26,32% estão amasiadas.

A maioria das pacientes avaliada estava esperando o primeiro (50%) ou o segundo filho (33,14%). Quase todas as mulheres que participaram desse estudo (93,57%) afirmam receber apoio durante o pré-natal. 92,41% das gestantes participantes desse estudo possuem religião, sendo que 47,47% delas são evangélicas, 41,14% católicas e o restante, 3,8%, dividem-se em adventistas, espíritas e cristãs.

44,12% da amostra foram compostas de mulheres que se classificam como pardas; 25,88% consideram-se brancas; 21,18%, negras; 7,65% amarela;, o restante, 1,18 %, afirma pertencer a outra etnia.

Na classificação socioeconômica, verificou-se que a maior parte da amostra encontra-se nas classes B2 (32,32%) e C1(31,10%), e que a renda média por pessoa da família é de R\$ 2.565,00 e R\$ 1.541,00, respectivamente. Mais da metade (51,74%) das mulheres avaliadas trabalham fora de casa.

Segundo informações colhidas nos prontuários das pacientes, 67,44% delas apresentavam alguma condição física que tornava a sua gestação de risco. Entretanto, quando questionadas durante a entrevista estruturada se apresentavam algum risco gestacional, o número de pacientes que respondiam afirmativamente diminuiu para 53,53% da amostra. Apenas 25 pacientes (15,82%) afirmaram serem tabagistas e fumarem, inclusive durante o pré-natal. 14 pacientes (8,81%) afirmaram que consomem bebida alcoólica na gestação. 91,12% delas têm a expectativa de ter um parto por cirurgia cesariana.

Entre as entrevistadas, a maioria afirmou não ter planejado ter um filho nesse momento (59,88%), 19,77% delas relatam ter pensado em abortar a criança, sendo que 24,42% já passaram por uma experiência de aborto prévio. Boa parte da amostra (86,05%) afirma estar junto com o pai da criança, e, em 27,45% dessas relações, apresentam desentendimentos e brigas frequentes. Em 31,82%, há

agressões verbais entre o casal e a agressão física está presente em 11,76% das relações. 78,14% das mulheres afirmaram durante a entrevista estar satisfeita com a relação que possui com o companheiro.

Ao serem questionadas sobre histórico de doenças psiquiátricas, 52,35% afirmaram nunca ter desenvolvido DM, anteriormente, entretanto, 8,82% já desenvolveu um quadro de DPP. 84,12% afirmam nunca ter desenvolvido nenhum quadro psiquiátrico na vida. Mais da metade das pacientes (59,41%) tem histórico de quadro psiquiátrico na família.

Baseando-se no MINI Plus, verifica-se a existência de uma variedade de diagnósticos psiquiátricos durante a gestação. O diagnóstico de maior prevalência na amostra, tanto no segundo trimestre, quanto no terceiro trimestre gestacional foi o de depressão maior, com 19,08% e 13,76%. Além de um índice significativo de DM durante a gestação, no presente estudo encontrou-se um alto índice do diagnóstico de quadros depressivos anteriores à gestação (33,55% e 25,69%, respectivamente).

Na comparação entre o 2º trimestre gestacional e 3º trimestre gestacional, houve uma tendência de queda das prevalências dos transtornos diagnosticados, indicando que, possivelmente, o 2º trimestre gestacional é um período em que a gestante encontra-se mais exposta ao risco de desenvolver transtornos psiquiátricos, conforme mostra TAB. 1.

Tabela 1 - Frequência dos transtornos psiquiátricos de acordo com o MINI Plus

Diagnóstico	2º trimestre gestacional			3º trimestre gestacional		
	N	Frequência	Porcentagem	N	Frequência	Porcentagem
Depressão atual	152	29	19,08	109	15	13,76
Depressão prévia	152	51	33,55	109	28	25,69
Distímia atual	166	3	1,81	116	1	0,86
Distímia prévia	166	4	2,41	116	1	0,86
TAB atual	166	1	0,60	116	1	0,86
TAB prévia	166	10	6,02	116	5	4,31
Pânico atual	165	3	1,82	116	2	1,72
Pânico prévio	164	6	3,66	116	3	2,59
Agorafobia atual	164	14	8,54	115	5	4,35
Agorafobia prévia	163	12	7,36	115	3	2,61
Fobia social	164	24	14,63	115	7	6,09
Fobia específica	164	43	26,22	115	21	18,26
TOC atual	164	5	3,05	115	0	0,00
TOC prévio	159	5	3,14	113	2	1,17
TEPT atual	164	2	1,22	114	0	0,00
TEPT prévio	163	10	6,13	114	3	2,63

Diagnóstico	2º trimestre gestacional			3º trimestre gestacional		
	N	Frequência	Porcentagem	N	Frequência	Porcentagem
Abuso de álcool atual	164	1	0,610	115	0	0,00
Abuso de álcool prévio	164	10	6,10	115	6	5,22
Dependência de álcool atual	164	2	1,22	115	1	0,87
Dependência de álcool prévia	164	5	3,05	115	2	1,74
Abuso de substâncias atual	164	0	0,00	115	0	0,00
Abuso de substâncias prévio	163	4	2,45	115	1	0,87
Dependência de substâncias atual	164	13	7,93	115	2	1,74
Dependência de substâncias prévio	164	15	9,15	115	11	9,57
Transtorno psicótico atual	164	2	1,22	115	0	0,00
Transtorno psicótico prévio	164	7	4,27	115	3	2,61
Anorexia atual	164	0	0,00	115	0	0,00
Anorexia prévia	161	1	0,62	114	0	0,00
Bulimia atual	164	1	0,61	115	0	0,00
Bulimia prévia	162	2	1,23	111	1	0,90
TAG atual	164	16	9,76	115	9	7,83
TAG prévio	160	15	9,38	113	8	7,08
Transtorno de personalidade dissocial	164	2	1,22	115	1	0,87
Somatização atual	164	0	0,00	115	0	0,00
Somatização prévio	164	1	0,61	115	1	0,87
Hipocondria	164	0	0,00	115	0	0,00
Transtorno dismórfico corporal	164	2	1,22	115	0	0,00
Transtorno doloroso	164	1	0,61	115	0	0,00
TDAH atual	164	3	1,83	114	1	0,88
TDAH prévio	164	10	6,10	114	4	3,51
Transtorno de ajustamento	164	12	7,32	114	5	4,39
Transtorno disfórico pré-menstrual	164	50	30,49	114	20	17,54
Ansiedade-depressão atual	164	1	0,61	114	1	0,88
Ansiedade-depressão prévio	164	2	1,22	114	0	0,00

Fonte: a autora

## 4.2 Das análises dos fatores de risco associados à DG

Tabela 2 - Associação entre fatores de risco e frequência de depressão nos 2º e 3º trimestres de gestação

	2º trimestre		3º trimestre	
	Depressão atual (%)	OR (CI95%) <i>p</i> -valor	Depressão atual (%)	OR (CI95%) <i>p</i> -valor
<b>TDPM (MINI)</b>		2.634		1.317
Não	16/110(14.55)	(1.152 - 6.023)	12/91 (13.19)	(0.330 - 5.251)
Sim	13/42 (30.95)	<b>0.021</b>	3/18 (16.67)	0.695
<b>Número de filhos</b>		3.214		1.468
0	7/70 (10.0)	( 1.300 - 7.947)	6/52 (11.54)	( 0.483 - 4.458)
≥1	20/76 (26.32)	<b>0.011</b>	9/56 (16.07)	0.496
<b>Aborto prévio</b>		2.104		1.947
Não	17/110 (15.45)	( 0.868 - 5.098)	10/84 (11.90)	( 0.600 - 6.316)
Sim	26/36 (27.78)	0.098	5/24 (20.83)	0.265
<b>Agressão física</b>		2.647		1.540
Não	17/116 (14.66)	( 0.841 - 8.335)	10/87 (11.49)	( 0.295 - 8.041)
Sim	5/16 (31.25)	0.095	2/12 (16.67)	0.607
<b>Agressão verbal</b>		2.364		1.111
Não	11/89 (12.36)	( 0.945 - 5.912)	8/68 (11.76)	( 0.306 - 4.034)
Sim	11/44 (25.00)	0.065	4/31 (12.90)	0.872
<b>Apoio no pré-natal</b>		0.252		0.308
Não	4/9 (44.44)	( 0.068 - 0.934)	1/3 (33.33)	( 0.029 - 3.226)
Sim	23/117 (16.79)	<b>0.038</b>	14/105 (13.33)	0.323
<b>Gravidez planejada</b>		0.784		0.317
Não	17/85 (20.00)	( 0.331 - 1.859)	12/64 (18.75)	( 0.088 - 1.145)
Sim	10/61 (16.39)	0.580	3/44(6.82)	0.078
<b>Anos de estudo</b>		1.146		0.345
Até 10 anos	11/63 (17.46)	( 0.489 - 2.686)	10/48 (20.83)	( 0.113 - 1.060)
11 ou mais (2º completo)	16/82 (19.51)	0.753	5/60 (8.33)	0.062
<b>Classificação socioeconômica</b>				
A-B1	1/5 (20.00)	0.302	0/6 (0.00)	<b>0.006</b>
B2	7/46 (15.22)		4/33 (12.12)	
C1	7/45 (15.56)		4/33 (12.12)	
C2	7/33 (21.21)		2/24 (8.33)	
D	5/12 (41.67)		5/9 (55.56)	
<b>Etnia</b>				
Branca	6/40 (22.22)	0.427	2/31 (6.45)	0.541
Negra	9/21 (33.33)		4/22 (18.18)	
Amarela	2/16 (16.67)		1/10 (10.00)	
Parda	10/61 (16.39)		7/43 (16.28)	
<b>Idade</b>				
<20	1/21 (4.76)	0.325	2/11 (18.18)	0.893
20-29	13/69 (18.84)		6/53 (11.32)	
30-39	11/47 (23.40)		6/38 (15.79)	
≥40	2/9 (22.22)		1/6 (16.67)	

Fonte: a autora

O aspecto que apresentou maior influência sobre a DG foi a classificação socioeconômica referente à faixa que vai de A1 a B1, quando avaliada DG entre 32 e 40 semanas de gestação, apresentando  $p=0,006$ . O fato de a mulher possuir mais de um filho, assim como a presença de transtorno disfórico pré-menstrual como comorbidade e apoio no pré-natal apresentaram uma associação significativa com o desenvolvimento de DG no segundo trimestre gestacional, com valores de  $p$  0,011; 0,021 e 0,038, respectivamente (TAB. 2)

### 4.3 Das análises da DG associado ao risco obstétrico

Segundo informações colhidas nos prontuários das pacientes, 116 delas apresentavam alguma condição que tornava a sua gestação de risco (57,44%), como por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, hipo/hipertireoidismo, gemelaridade, etc. Já 56 (32,56%) tinham risco habitual. Entretanto, quando avaliados os dados da entrevista semiestruturada, o número de pacientes que respondiam, afirmativamente, diminuiu para 91 (53,53%) e as que respondiam risco habitual subiram para 79 (46,47%). Foram cruzados os dados de risco acima com os da DG, identificada pelo MINI, no segundo e terceiro trimestres. Encontrou-se correlação positiva apenas entre a variável alto risco obstétrico percebido/relatado pelas gestantes e DG no segundo trimestre ( $p$ : 0.017) (TAB. 3).

Tabela 3 - Associação entre risco obstétrico e frequência de depressão nos 2º e 3º trimestres de gestação

	2º trimestre		3º trimestre	
	Depressão atual (%)	OR (CI95%) <i>p</i> -valor	Depressão atual (%)	OR (CI95%) <i>p</i> -valor
<b>Risco objetivo</b>		<b>1.248</b>		<b>1.813</b>
Baixo	8/49 (16.33)	(0.502 - 3.103)	3/32 (9.38)	(0.479 - 6.856)
Alto	19/97 (19.59)	0.632	12/76 (15.79)	0.379
<b>Risco percebido</b>		<b>3.008</b>		<b>1.833</b>
Baixo	7/67 (10.45)	(1.211 - 7.468)	5/49 (10.20)	(0.585 - 5.747)
Alto	20/77 (25.97)	0.017*	10/58 (17.24)	0.296

Nota: \* $p < 0,05$ .

Fonte: a autora

A associação entre o risco gestacional e o risco de desenvolver DG não foi significativa nos casos em que o risco gestacional foi relatado no prontuário das pacientes. Dessa forma, é possível perceber que muitas vezes as gestantes não estão cientes de seu quadro clínico, de acordo com a TAB. 3

A análise do risco gestacional associado ao risco de desenvolver DG no período entre 13 e 27 semanas de gravidez mostra que as mulheres que apresentam algum tipo de alteração, que classifica seu quadro clínico como uma gestação de risco, apresentam mais chances de entrar em um quadro depressivo. Entretanto, essa associação entre risco gestacional e risco de DG só é significativa nos casos em que a mulher tem ciência de que o seu quadro clínico apresenta risco obstétrico. Quando o risco gestacional foi relatado pelas pacientes no terceiro trimestre gestacional, entre 28 e 40 semanas, esse não representou risco significativo para o desenvolvimento de depressão gestacional.

#### 4.4 Das análises das escalas que descrevem sintomas da DG

Tabela 4 - Medidas de DG entre os trimestres

Escala	Tipo de comparação	n	Percentual no segundo trimestre	n	Percentual no terceiro trimestre	Valor de p
% DG	Pareada	95	0.1579 (15)	95	0.1263 (12)	0.4054
	Não-pareada	152	0.1905 (29)	109	0.1376 (15)	0.258
% DM prévia	Pareada	95	0.2842 (27)	95	0.2526 (24)	0.2568
	Não-pareada	152	0.3355 (51)	109	0.2569 (28)	0.173
BDI	Pareada	99	10.4343	99	9.4848	0.1017 <b>0.0722</b>
	Não-pareada	161	11.5839	108	9.4352	<b>0.0440</b> <b>0.0656</b>
HDRS	Pareada	95	7.2526	95	7.0632	0.7432 <b>0.9569</b>
	Não-pareada	160	8.3938	106	6.8868	<b>0.0359</b> <b>0.0648</b>
EPDS	Pareada	49	7.4286	49	5.4898	<b>0.0063</b> <b>0.0036</b>
	Não-pareada	94	8.9787	80	6.3250	<b>0.0049</b> <b>0.0095</b>

Fonte: a autora

Na comparação entre o diagnóstico de depressão gestacional, avaliado a partir do questionário de rastreio diagnóstico MINI Plus com as escalas de sintomas de humor BDI, HDRS e EPDS, a escala EPDS apresentou maior correlação com o diagnóstico de depressão, tanto no segundo quanto no terceiro trimestres. A escala BDI é um instrumento de rastreio que obteve correlação moderada com o MINI Plus, com valores de  $p=0,044$  e  $p=0,065$ , sendo ambas as escalas de autopreenchimento

A escala de Hamilton é uma escala preenchida pela equipe clínica e apresentou menor correlação com os resultados encontrados no MINI Plus, com valores de  $p=0,743$  e  $p=0,956$  nas análises do segundo e terceiro trimestres gestacional. (TAB. 7)

#### 4.5 Das análises da influência da depressão gestacional na qualidade de vida

Tabela 5 - Teste de Mann-Whitney associando DG e qualidade de vida

Teste de Mann-Whitney								
	Domínio Físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental	Percepção da saúde	Qualidade de vida geral	Idade	Escolaridade
Mann-Whitney U	142,000	127,500	156,500	190,000	159,000	102,500	338,000	329,500
Wilcoxon W	493,000	478,500	507,500	541,000	510,000	453,500	689,000	680,500
Z	-3,596	-3,868	-3,366	-2,717	-3,342	-4,313	,000	-,163
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,007	,001	,000	1,000	,870

Fonte: a autora

Considerando que a amostra de pacientes gestantes do Hospital das Clínicas pode ser separada em dois grupos independentes, não pareados, aquelas com depressão gestacional e aquelas sem depressão durante o pré-natal, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para compará-las. Analisou-se a idade e escolaridade e verificou-se a presença de alterações no fator qualidade de vida.

O teste de *Mann-Whitney* do presente estudo apontou que há diferença entre os dois grupos se considerar a qualidade de vida geral ( $p=0,000$ ) e em três fatores específicos avaliados pelo *Whoqol*, no domínio físico ( $p=0,00$ ), domínio psicológico ( $p=0,00$ ) e social ( $p=0,001$ ), além da percepção geral da própria saúde ( $p=0,01$ ). (TAB. 8).

#### 4.6 Dos traços de personalidade do modelo de psicobiológico

Foram colhidos dados sobre a personalidade de 80 mulheres da amostra, com o objetivo de verificar quais traços de personalidade influenciam o desenvolvimento de depressão na gestação.

Variáveis Dependentes	
Valor original	Valor adotado
Sem	0
Com	1

As gestantes foram divididas em dois grupos, com depressão gestacional e sem essa depressão.

Tabela 6 - Significância dos traços de personalidade

		Escore	Df	Sig.
<b>Variáveis</b>	<b>BN</b>	1,858	1	,173
	<b>ED</b>	7,551	1	,006
	<b>DG</b>	0,865	1	,355
	<b>Per</b>	0,014	1	,906
	<b>AD</b>	12,038	1	,001
	<b>Coop</b>	1,966	1	,161
	<b>AT</b>	4,370	1	,037
<b>Estatística global</b>		17,434	7	,015

Notas: \* BN=Busca por novidade; ED=Esquiva a dano; DG=Dependência de gratificação; Per= Persistência; AD=Auto-direcionamento; Coop=Cooperatividade; AT=Auto-transcendência

Fonte: a autora

A análise da significância dos traços de personalidade indica que as variáveis mais significativas são Autodirecionamento, Esquiva a danos e Autotranscendência. A TAB. 9 mostra que a estatística residual do qui-quadrado é 17,434. A adição de uma ou mais dessas variáveis pode afetar o seu poder preditivo.

Tabela 7 - Análise dos fatores da personalidade na regressão logística

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
BN	-,104	,064	2,611	1	,106	,901
ED	,061	,070	,763	1	,383	<b>1,063</b>
DG	-,019	,097	,037	1	,848	,982
Pers	-,031	,201	,023	1	,879	,970



	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
AD	-,116	,066	3,069	1	,080	,890
Coop	-,020	,075	,069	1	,792	,980
AT	,049	,059	,675	1	,411	1,050
Constant	3,379	3,957	,730	1	,393	29,351

Notas: \* BN=Busca por novidade; ED=Esquiva a dano; DG=Dependência de gratificação;  
Per= Persistência; AD=Auto-direcionamento; Coop=Cooperatividade;  
AT=Auto-transcendência

Fonte: a autora

A TAB. 10 fornece as estimativas para os coeficientes dos preditores e da constante. A coluna Exp(B) indica-nos o valor do *Odds Ratio*, e quando o valor é superior a 1, significa que a presença dessa variável aumenta a probabilidade de ocorrer a depressão gestacional, sendo um fator de risco. Quando o valor da variável é menor que 1, significa que essa pode ser considerada como um fator de proteção para DG. Variáveis com valor 1 indicam que a sua presença não aumenta e não diminui o risco de DG.

Os valores de B encontrados apontam para uma possível influência no traço de temperamento esquiva a dano e no traço de caráter autotranscendência no desenvolvimento da DG. Entretanto, a presença do traço de caráter autodirecionamento pode ser vista como um possível fator de proteção dessa psicopatologia.

## 5 DISCUSSÃO

A partir de dados da literatura, estima-se que a prevalência da DG seja em torno de 20%. Nesse trabalho, as informações obtidas se aproximam do descrito em muitos artigos, principalmente tratando-se de uma população constituída por inúmeras minorias, que, teoricamente, estariam mais vulneráveis ao desenvolvimento dessa psicopatologia - 19,08% das gestantes da amostra foram diagnosticadas com DG no segundo trimestre gestacional, e 13,76% no terceiro trimestre. Melo Júnior. *et al.* (2012), em um estudo realizado no Brasil, nas cidades de Recife e Campinas, encontrou a prevalência de 12% de DG em mulheres no terceiro trimestre de gestação, dado aproximado ao encontrado no presente estudo.

O risco gestacional vem sendo considerado como importante fator influenciador no desenvolvimento de DG. Os dados encontrados mostram que a consciência de problemas físicos presentes no princípio da gravidez, momento de vulnerabilidade da mulher, pode gerar alterações fisiológicas e de humor que agravam a chance de desenvolver quadros psiquiátricos, principalmente depressão. Não foram encontrados na literatura dados que tratavam especificamente sobre a relação entre a ciência do risco gestacional e o desenvolvimento de DG. Verdoux *et al.* (2002) encontraram evidências de que mulheres expostas a complicações obstétricas no pré-natal apresentavam maior vulnerabilidade à depressão gestacional, independentemente das demais condições psicossociais, usualmente associados ao desenvolvimento do quadro de humor deprimido estarem presentes.

Alder *et al.* (2011) descreveram em seus estudos aspectos físicos que influenciavam na DG, não encontrando correlação significava entre essa patologia e fatores psicossociais. Nesse estudo realizado no Hospital das Clínicas, foram selecionados nove aspectos psicossociais associados à DG para serem avaliados e comparados, dos quais apenas três fatores foram associados ao desenvolvimento de DG no segundo trimestre gestacional: já ter tido pelo menos um filho antes dessa gestação; possuir transtorno disfórico pré-menstrual; e não receber apoio durante o pré-natal.

A falta de suporte e apoio no pré-natal é comumente descrita como um fator de risco para DG. Em alguns estudos, salienta-se o fato das mulheres não serem casadas para discutir a falta desse suporte durante a gestação e o pós-parto (FIELD; HERNANDEZ-REIF; DIEGO, 2006, O'HARA, 1986), entretanto, no presente estudo

a presença de apoio familiar foi associada ao risco de desenvolver DG. Observa-se que grande parte das pacientes (93,57%) afirma receber apoio no pré-natal, não sendo especificadas as condições em que elas consideram esse apoio, sendo necessário um investimento de pesquisa para melhor compreender essa relação.

Poucos estudos associam a DG ao número de filhos da paciente, sendo esse um achado que vem acrescentar aos estudos que refletem sobre riscos e, principalmente, a prevenção dessa doença. A influência da quantidade de filhos pode estar associada ao pouco investimento no planejamento familiar (LEIGH; MILGROM, 2008), aspecto comum em países em desenvolvimento como o Brasil.

O TDPM é caracterizado por mudanças significativas do humor no período de uma semana que antecede a menstruação. Em geral, as mulheres que possuem esse transtorno apresentam irritabilidade, tensão, depressão, inchaço, mastalgia e dores de cabeça nesse período. Segundo Bernstein e Gabbe (1996), a prevalência do TDPM entre mulheres de 18 a 45 anos oscila entre 10% e 20%. A etiopatologia da TDPM ainda não é definida, mas evidências apontam uma baixa da serotonina durante alguns momentos do ciclo menstrual como importante fator no desencadeamento desse transtorno (YOUNG *et al.*, 1998). Dessa forma, as mulheres com TDPM que possuem alterações no padrão da serotonina enquanto menstruam, podem também possuir esse tipo de alteração na gestação, estando mais suscetíveis a desenvolver DG. Dessa forma, as duas patologias parecem compartilhar de uma alteração biológica no processamento da serotonina que pode exercer um papel etiopatogênico em comum.

Considerando os mesmos fatores de risco associados à DG no terceiro trimestre gestacional, a classificação socioeconômica foi o único aspecto psicossocial significativamente importante. Mulheres que se encontravam nas classes de A1 a B1 apresentaram maior risco de desenvolver DG nesse período. Esse dado vai contra os estudos que investigam fatores de risco, que apontam um aumento da DG no terceiro trimestre e associam o baixo *status* socioeconômico a um maior risco de depressão (GAZMARARIAN; JAMES; LEPKOWSKI, 1995).

O questionário diagnóstico MINI Plus foi utilizado como a referência para o diagnóstico de depressão no segundo e terceiro trimestres gestacionais. As escalas de humor foram utilizadas no presente estudo como alternativa de rastreio da depressão e como possível forma de caracterização dos sintomas, sendo possível

comparar a visão das pacientes sobre seu estado e humor e a visão dos profissionais clínicos que participaram do estudo.

As escalas BDI e EPDS obtiveram resultados compatíveis àqueles encontrados a partir do MINI Plus. As duas escalas são amplamente utilizadas em estudos sobre depressão gestacional e depressão pós-parto, sendo bons instrumentos de rastreio do transtorno de humor, apesar de não serem escalas utilizadas para diagnóstico. A escala de Hamilton, por outro lado, não obteve correlação positiva com o diagnóstico efetuado através do MINI Plus. Apesar dessa também ser uma escala amplamente utilizada, acredita-se que a aplicação por parte dos pesquisadores do presente estudo não tenha sido adequada, uma vez que esse é uma escala de heterorrelato, tendo os pesquisadores uma tendência a pontuar mais acentuadamente os sintomas de depressão, tornando os sintomas encontrados através da Hamilton mais significativos do que de fato o diagnóstico de depressão. A pontuação elevada nessa escala pode ocorrer também pelo fato de a própria gestação acarretar mudanças fisiológicas significativas nas gestantes que foram consideradas pelos aplicadores, mas que não pode ser associadas a um quadro depressivo.

A DG afeta, intensamente, a vida da mulher e, conseqüentemente, altera a sua qualidade de vida. Na análise da relação do desenvolvimento dessa psicopatologia e das mudanças na vida da gestante, encontra-se uma diminuição geral da qualidade de vida e alterações significativas nos domínios físico, psicológico e social, alterando a percepção geral da gestante sobre a própria saúde. Mautner *et al.* (2009) realizou um estudo utilizando o *Whoqol-bref* durante a gestação e no pós-parto e verificou, também, um declínio da qualidade de vida global e no aspecto físico, principalmente durante a gestação, uma vez que as pacientes sofrem muitas mudanças corporais nesse período. Os achados reafirmam a ideia de que as mudanças na qualidade de vida da mulher durante a gestação podem alterar de forma negativa a sua percepção sobre o período gestacional, deixando de ser vivenciado como um período de alegria e expectativa, mas de dificuldade.

O modelo psicobiológico proposto por Cloninger (1987) sugere que os traços de personalidade são responsáveis pela modulação do humor e aponta para a possibilidade de prever o desenvolvimento de psicopatologias a partir da análise dos traços de personalidade. Diante desse modelo, começou o desenvolvimento de estudos sobre o perfil de personalidade presente em cada quadro clínico. Em 1993,

Cloninger publicou um artigo descrevendo o perfil de temperamento e caráter que aumenta a vulnerabilidade ao desenvolvimento da depressão maior. Segundo esse autor, alta esquivia a danos e baixo autodirecionamento são os fatores mais fortemente associados à vulnerabilidade, enquanto baixa busca por novidade e baixa cooperatividade podem, também, estar presentes em alguns quadros de depressão.

Farmer *et al.* (2003), realizaram um estudo com famílias sobre os traços de temperamento e caráter associados a hereditariedade da depressão maior e encontraram que traços de alta esquivia a danos e baixo autodirecionamento prediziam melhor a vulnerabilidade à depressão maior, corroborando com os achados de Cloninger.

No presente estudo, os achados se assemelham ao modelo de Farmer *et al.* (2003), entretanto a significância encontrada não foi tão expressiva. A presença do traço de temperamento esquivia a dano foi apontada como o melhor preditor da depressão gestacional, seguido do traço de caráter autotranscendência. Dessa forma, a tendência a responder de maneira intensa a sinais de recompensa com o objetivo de obter prêmio pode ser considerada um comportamento de risco para o desenvolvimento da DG, assim como a tendência de identificação de si mesmo como uma parte integrante da unidade de todas as coisas, de um todo independente. Aspectos místicos e religiosos do conceito de universo, relação próxima com criatividade, fantasia e imaginação, podem ser características individuais que influenciam em comportamentos que deixam as mulheres mais vulneráveis à DG.

Em contrapartida, o traço de caráter autodirecionamento pode ser qualificado como um protetor da depressão durante a gestação, característica na qual há uma identificação de si como um indivíduo autônomo e denota uma capacidade de controlar e regular a conduta a fim de ajustá-la aos princípios, metas e crenças pessoais.

Apesar de os resultados se assemelharem aos da literatura, a amostra avaliada nesse estudo foi pequena, não sendo possível uma afirmação mais assertiva da relação existente entre personalidade e psicopatologia. Os resultados apontam para a necessidade de maiores investimentos na investigação dessa relação para a obtenção de dados mais confiáveis.

Khatum *et al.* (2009) realizaram um estudo prospectivo que avaliou mulheres que tiveram DG 14 anos após o parto e concluíram que as pacientes que apresentaram sintomas mais severos de depressão durante o pré-natal encontravam-se mais vulneráveis a desenvolver depressão maior anos depois, reafirmando a necessidade de rastreio da depressão durante a gestação, tratamento dos sintomas e acompanhamento periódico das mulheres ao longo da vida.

Nesse sentido, pesquisadores têm investido cada vez mais no estudo das alternativas de tratamento para gestantes, uma vez que as intervenções também podem causar prejuízos para a mãe e para o feto. Kim *et al.* (2011) realizaram um estudo comparando a aceitação das mulheres com DG das indicações de tratamento: psicoterapia, tratamento medicamentoso e estimulação magnética transcraniana. Cerca de 45% das gestantes preferiram a psicoterapia, 30% optaram por não se tratar, 5% escolheram por intervenção medicamentosa e menos de 1% faria a estimulação magnética transcraniana. Esse estudo aponta para a necessidade de se conhecer mais os efeitos da própria DG na mulher e no bebê, em curto e longo prazos, e os efeitos e as perspectivas de sucesso de cada modalidade de tratamento para que as pacientes possam discutir com o médico e decidir com maior segurança sobre a melhor propedêutica realizada.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo é uma coorte de um estudo longitudinal ainda em desenvolvimento, que reitera a necessidade de investimentos em estudos sobre os transtornos de humor que afetam a mulher nos anos que compõem o período fértil, mais especialmente durante a gestação e o pós-parto.

O objetivo geral proposto reflete os achados na literatura científica, apontando a necessidade de avaliar a prevalência e os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão maior durante o pré-natal. Sendo a prevalência encontrada pelos pesquisadores envolvidos no projeto semelhante às presentes nas referências.

Dentre os objetivos específicos da pesquisa, avaliou-se diferenças entre os trimestres em relação ao desenvolvimento de psicopatologias, principalmente acerca da depressão gestacional. Na análise dos riscos obstétricos habituais ou altos podem influenciar nas taxas de DG, sendo possível reafirmar a relevância do segundo trimestre gestacional no desenvolvimento de transtornos de humor. Os achados atuais corroboram com a ideia de que a etiopatologia da depressão gestacional é multifatorial, havendo condições biológicas e psicossociais envolvidas.

Quanto às consequências da DG na vida da mulher, a pesquisa propôs estimar o impacto da DG na qualidade de vida das pacientes durante o pré-natal, encontrando um impacto muito significativo em todos os aspectos da vida das pacientes que desenvolveram o transtorno depressivo durante o pré-natal.

Por último, a pesquisa objetivou estabelecer, dentre os traços de personalidade avaliados, aqueles capazes de discriminar pacientes que desenvolveram depressão maior no período gestacional, sendo possível associar traços de personalidade ao risco de DG e levantar traços que podem agir como fatores de proteção ao desenvolvimento desse transtorno.

Todos os objetivos propostos pelos pesquisadores foram contemplados durante a execução do trabalho. A partir dos resultados foi possível associar aspectos psicossociais ao desenvolvimento da depressão gestacional, outrossim associar traços de personalidade ao risco de desenvolver DG e à proteção a esse transtorno. Além disso, pode-se avaliar objetivamente o impacto da DG na vida das pacientes a partir da análise da qualidade de vida.

A DG deve ser considerada um problema de saúde pública, não apenas pelo seu alto índice de prevalência, mas principalmente por causa dos impactos que ela proporciona na vida da gestante, no meio social em que ela está inserida e, fatalmente, no desenvolvimento do bebê, que pode sofrer prejuízos imediatos, durante o parto, como também em longo prazo no desenvolvimento cognitivo.

É cada vez mais discutida a pluralidade de eventos e fatores que podem interferir no desenvolvimento dessas psicopatologias, de modo que os programas de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal vêm se atentando para a necessidade de uma assistência multidisciplinar à mulher.

O presente estudo demonstra a sua relevância devido à sua complexidade, uma vez que abrange o diagnóstico de DG associado ao risco gestacional, às condições psicossociais, à qualidade de vida e aos traços de personalidade. Apesar de haver uma diversidade de estudos sobre a DG no Brasil, que discutem a complexidade do quadro, poucos abordam tal variedade de aspectos que influenciam a instauração da depressão e seu desenvolvimento.

Os fatores etiopatológicos têm sido amplamente estudados, sendo consideradas condições psicossociais associados à depressão gestacional. Dentre os mais comuns na literatura estão a condição socioeconômica, a idade da mulher e o risco obstétrico da gravidez. Esse estudo vem ressaltar a necessidade de observação também de comorbidades psiquiátricas no desenvolvimento do quadro de depressão.

Abrangendo as condições psicológicas que podem ser apresentadas como fatores de risco ao desenvolvimento da DG, estão os traços de personalidade, formados por padrões habituais de comportamento, desenvolvidos ao longo da vida. A literatura apresenta traços que são associados à depressão maior, mas pouco se sabe sobre os traços associados à depressão gestacional e se há diferenças entre eles. No presente estudo encontrou-se um traço mais marcadamente caracterizado como um fator de proteção à DG, o traço de caráter de autodirecionamento, que já havia sido discutido na literatura como um bom protetor para o desenvolvimento da DM.

Uma das limitações do estudo é o pequeno número da amostra que participou da análise dos traços de personalidade, sendo necessário maior investimento na investigação dessa relação de traços de temperamento e caráter e DG. Por se tratar de uma coorte de um estudo longitudinal ainda em



desenvolvimento, existe a possibilidade de uma análise de dados mais consistente no futuro.

A DM é um quadro que interfere de forma negativa em vários aspectos da vida do paciente. Da mesma forma, a DG parece dificultar a vida das gestantes de forma generalizada. O último aspecto avaliado no estudo foi a relação existente entre DG e qualidade de vida. Como era esperado, encontraram-se alterações nos aspectos físicos, psicológicos e das relações sociais da qualidade de vida, confirmando o impacto negativo desse transtorno não apenas para o desenvolvimento fetal e para a mãe, mas acarretando consequências no ambiente social em que estão inseridos.

A coorte atual corrobora com a necessidade de maiores estudos sobre a DG, que possam reconhecer seus preditores e protetores para o desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento que sejam mais eficientes, diminuindo os impactos pessoais e sociais desse transtorno.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDER, J. *et al.* Identification of antenatal depression in obstetric care. *Arch. Gynecol. Obstet.*, v. 284, p. 1403-1409, 2011.
- ALLISTER, L. *et al.* The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Developmental Neuropsychology*, v. 20, p. 639-651, 2001.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.
- ANDERSON, L. *et al.* Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetric Gynecology*, v. 104, p. 467–476, 2004.
- ANGERMEYER, M. C. *et al.* Depression and quality of life: results of a follow-up study. *Int. J. Soc. Psychiatry*, v. 48, p. 189-199, 2002.
- APGAR, V. A. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr. Res. Anaesth Analgesia (Anesthesia and Analgesia)*, v. 32, p. 260–267, 1953.
- BARNES, J. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring. *Evidence Based Mental Health*, v. 12, n. 4, p. 125, 2009.
- BEBBINGTON, P. *et al.* The influence of age and sex on the prevalence of depression conditions: A report from the National Survey of Psychiatry Morbidity. *International Review of Psychiatry*, v. 15, p. 74-83, 2003.
- BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 6, p. 561–71, 1961.
- BENNETT, H. A. *et al.* Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet. Gynecol.*, v. 103, p. 698-709, 2004.
- BERNSTEIN, I.; GABBE, S. G. Intrauterine growth restriction. In: GABBE S. G. *et al.* (eds). *Obstetrics: normal and problem pregnancy*. New York: Churchill Livingstone, 1996. p. 863-886.
- BOEKER, H., *et al.* Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. *Compr. Psychiatry*, v. 47, p. 7-19, 2006.
- BUIST, A., *et al.* Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J. Affect. Disord.*, v. 93, p. 233-7, 2006.
- CAMPAGNE, D. M. Screening depressive patients in pregnancy with the pregnancy mood profile. *J. Reprod. Med.*, v. 48, n. 10, p. 813-8, 2003.

CARTER, D., KOSTARAS, X. Psychiatric disorders in pregnancy. *BC Med. J*, v. 47, p. 96-9, 2005.

CLONINGER, C. R. A systematic method for clinical description and classification of personality variance: a proposal. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 44, p. 573-588, 1987.

CLONINGER, C. R.; SVRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. R. A psychobiological model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 50, p. 975-990, 1993.

CLONINGER, C. R. Biology of personality dimensions. *Behavioural Medicine*, v. 13, p. 611-616, 2000.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1 jun. 1987.

CUNHA, J. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DA COSTA, D. *et al.* Psychosocial correlate of prepartum and postpartum depressed mood. *J. Affect. Disord.*, v. 59, p. 31-40, 2000.

DAYAN, J. *et al.* Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom. Med.*, v. 68, p. 938-946, 2006.

DE TYCHEY, C. *et al.* Pre and postnatal depression and coping: a comparative approach. *J. Affect. Disord.*, v. 85, p. 323-6, 2005.

EVANS, J. *et al.* Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, v. 323, n. 7037, p. 257-60, 2001.

FARMER, A., *et al.* A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory in major depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 60, p. 490-496, 2003.

FIELD, T.; HERNANDEZ-REIF, M.; DIEGO, M., Risk factors and stress variables that differentiate depressed from nondepressed pregnant women. *Infant. Behav. Dev.*, v. 29, p. 169-174, 2006.

FIGUEIRA, P. *et al.* Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, supl. 1, p. 79-84, 2009.

FUENTES, D. *et al.* Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger: Validação da Versão em Português. In: GORENSTEIN, C. *et al.* (Org.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. 1 ed. São Paulo: Editora Lemos, 2000, p. 363-376.

GAZMARARIAN, J. A.; JAMES, S. A.; LEPKOWSKI, J. M. Depression in black and with women. The role of marriage and socio-economic status. *Ann. Epidemiol.*, v. 5 p. 455-63, 1995.

GAUSIA, K. *et al.* Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study. *Arch. Womens Ment Health*, v. 12, p. 351-358, 2009.

GOTLIB, I. H., *et al.* Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J. Cons. Clin. Psychol.*, v. 57, p. 269-74, 1989.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, v. 23, p. 56-63, 1960.

HARTLEY, M. *et al.* Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reprod. Health*, v. 8 p. 9, 2011.

HASIN, D. S. *et al.* Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatr.*, v. 62, p. 1097-1106, 2005.

HERON, J. *et al.* The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J. Affect Disord.*, v. 80, p. 65-73, 2004.

KAAYA, S. F. *et al.* Socio-economic and partner relationship factors associated with antenatal depressive morbidity among pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, v. 12, p. 23-35, 2010.

KAMMERER, M. *et al.* Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and postpartum. *Arch. Womens Ment. Health*, v. 12, p. 135-141, 2009.

KARACA, S. *et al.* Temperament and character profile in patients with essential hyperhidrosis. *Dermatology*, v. 214, p. 240-245, 2007.

KELLY, R. H.; RUSSO, J.; KATON, W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited. *General Hospital Psychiatry*, v. 23, p. 107-113, 2001.

KESSLER, R. C., Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, v. 74, p. 5-13, 2003.

KHATUM, M. *et al.* Common symptoms during pregnancy to predict depression and health status 14 years post partum. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 104, p. 214-217, 2009.

KIM, J. J. *et al.* The utility of maternal depression screening in the third trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 199, p. 509.e1-509.e5, 2008.

KIM, R. D. *et al.* A survey of patient acceptability of repetitive transcranial magnetic stimulation (TMS) during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, v. 129, p. 385-390, 2011.

KUEKI, T. *et al.* Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetric and Gynecology*, v. 95, p. 487-490, 2000.

LAU, Y.; YIN L., Maternal, obstetric variables perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. *Midwifery*, v. 27, n. 5, p. 668-673, 2010.

LEIGH, B.; MILGROM, J., Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, v. 8, p. 24, 2008.

LI, J. *et al.* Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China, *Matern. Child Health J.*, v. 16, p. 1355-1363, 2012.

LINDGREN, K., Relationship among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Res. Nurs Health*, v. 24, p. 203-217, 2001.

LOVISI, G. M. *et al.* Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol. Med.*, v. 35, p. 1495-92, 2005.

MARCUS, S. M. *et al.* Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Women's Health*, v. 12, p. 373-380, 2004.

MATTHEWS S. G., MEANEY M. J., Maternal adversity, vulnerability and disease. In: RIECHER ROSSLER, A.; STEINER, M. (ed.). *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders*. Karger, 2005. p. 28-49.

MATTHEY, S. *et al.* Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh postnatal depression scale: implications for clinical and research practice. *Arch. Womens Ment. Health*, v. 9, p. 309-315, 2006.

MAUTNER, E. *et al.* Quality of life outcomes in pregnancy and postpartum complicated bay hypertensive disorders, gestational diabetes and preterm birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, v. 30, n. 4, p. 231-237, 2009.

MEADOWS, K. *et al.* The diabetes health profile (DHP): a new instrument for assessing the psychological profile of insulin requiring patients – development and psychometric evaluation. *Qual. Life Res.*, v. 5, p. 242-254, 1996.

MELO JÚNIOR, E. F. *et al.* The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, v. 136, p. 1204-1208, 2012.

MURRAY, L.; CAROTHERS, A. D., The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *Br. J. Psychiatry*, v. 157, p. 288-290, 1990.

NICHOLS, W. K. *et al.* Depressive symptoms and health related quality of life in early pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, v. 107, p. 798-806, 2006.

O'CONNOR, T. G. *et al.* Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postpartum depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 41, p. 1470- 1477, 2002.

O'HARA, M. W., Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 43, p. 569-73, 1986.

O'KEANE, V.; MARSH, M. Depression during pregnancy. *BMJ*, v. 334, p. 1003-5, 2007.

ORR, S. T. *et al.* Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J. Womens Health (Larchmt)*, v. 16, p. 535-542, 2007.

PAJULO, M. *et al.* Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, v. 65, n. 1, p. 9-17, 2001.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista brasileira de qualidade de vida*, v. 2, p. 31-36, 2010.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G.M. Prevalence of gestacional depression and associated factors. *Revista de Psiquiatria e Clínica*, v. 35, p. 144-153, 2008.

ROBERTSON, E. *et al.* Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen. Hosp. Psychiatry*, v. 26, p. 189-195, 2004.

SANTOS, M. F.; MARTINS, F. C.; PASQUALI L. Scales for self evaluation of postpartum depression: study in Brazil. *Revista de Psiquiatria y Clinica*, v. 26, p. 90 1999.

SETSE, R. *et al.* Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the health status in pregnancy study. *Maternal and Child Health Journal*, v. 13, n. 5, p. 577-587, 2009.

SHAH, S. M. *et al.* Prevalence of antenatal depression: comparison between Pakistani and Canadian women. *J. Pak Med. Assoc.*, v. 61, p. 242-246, 2011.

SHIMIZU, E., *et al.* Association between angiotensin I-converting enzyme insertion/deletion gene functional polymorphism and novelty seeking personality in health females. *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry*, v. 30, p. 99-103, 2006.

SMITH, M. V. *et al.* Screening for and detection of depression, panic disorder and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatry Serv.*, v. 55, p. 407-414, 2004.

STOWE, Z. N.; HOSTETTER, A. L.; NEWPORT, D. J. The onset of postpartum depression implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 192, p. 522-6, 2005.

SUGIURA, M. *et al.* Correlation between Human Personality and Neural Activity in Cerebral Cortex. *NeuroImage*, v. 11, p. 541-546, 2000.

TURHAN-HAKTANIR, N. *et al.* Temperament and character traits on women admitted for breast reduction and comparison with body perception. *Aesth. Plast. Surg.*, v. 34, p. 359-364, 2010.

VERDOUX, H. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the Matquit cohort. *Acta Psychiatr. Scand*, v. 106, p. 212-219, 2002.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International statistical classification of disease and related health problems, 10th revision (ICD-10)*. Geneva: WHO, 1993.

YOUNG, H. *et al.* Treatment of premenstrual dysphoric disorder with sertraline during the luteal phase, a randomized double blind, placebo controlled, crossover trial. *J Clin. Psychiatry*, 1998.

YOUN, T. *et al.* Relationship between personality trait and regional cerebral glucose metabolism assessed with positron emission tomography. *Biol. Psychol.*, v. 60, p. 109-120, 2002.

ZAYAS, L. H. *et al.* Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. *Women's Health Issues*, v. 12, p. 16-22, 2002.

## ANEXOS

### ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: Depressão na gravidez e/ou pós-parto e seus impactos sobre o desenvolvimento infantil (gestantes)

A Sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa longitudinal para avaliar a incidência da depressão pós-parto em gestantes de alto-risco, durante a gestação e no pós-parto, e possíveis impactos desse transtorno psiquiátrico no desenvolvimento infantil. O grupo no qual está inserida será comparado a gestantes de risco habitual, assistidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte. A depressão maior é altamente comum na gestação e é a doença mais comum após o parto, com taxa média de prevalência entre 10-15. Dentre gestantes de alto risco a prevalência de depressão na gestação e no pós-parto é, possivelmente, ainda mais elevada. Os impactos da depressão no pós-parto são mais bem estudados e sabemos que leva a prejuízos significativos tanto para a saúde da mãe quanto para o desenvolvimento da criança, entretanto menos é conhecido sobre o impacto da depressão na gestação. As informações abaixo servirão para lhe informar sobre o estudo e esclarecer suas dúvidas. Você poderá participar ou não dessa pesquisa como voluntária, sendo que não é prevista remuneração para os participantes. Se a Sra. optar por participar, deverá, inicialmente, assinar este termo, no qual não estará abrindo mão dos seus direitos legais. Em seguida, participará de uma entrevista com objetivo coletar informações sobre o seu histórico médico e psicológico, após a qual será coletado 5 ml de sangue, para análise genética. Responderá alguns questionários e testes durante o último semestre de sua gestação e será novamente contatada após o parto. O tempo despendido para as entrevistas será, em média, de uma hora. Os atendimentos pós-natais realizados pelo pediatra seguirão a rotina do mesmo, além da livre demanda dos pais-crianças, sem nenhuma interferência no mesmo. Durante esses atendimentos serão realizadas mensuração de peso, comprimento e diâmetro cefálico e atendimento rotineiro por pediatra com orientações específicas quanto às demandas das mães e as necessidades alimentares, vacinais e de estimulação e controle ambiental para evitar acidentes para cada idade específica, além da identificação de intercorrências e hospitalizações que as crianças passaram no período de intervalo entre os atendimentos. Durante esses atendimentos, seu filho pode ser selecionado para ser avaliado. O desenvolvimento da criança será avaliado por meio da Escala de Bayley aos seis meses de vida, 12 meses, 18 meses, 24 meses, 36 meses e 48 meses. Sendo que os pesquisadores responsáveis (Dr. Humberto, Dr. Rodrigo e Dr. Leandro) assumem o compromisso de guardar sigilo sobre os dados coletados. Os procedimentos previstos no estudo são considerados



de baixo risco, entretanto é possível que alguns pacientes se sintam desconfortáveis ao tomar conhecimento acerca de determinadas informações a respeito da depressão pós-parto. Caso ocorra algum incômodo decorrente das entrevistas, os pesquisadores envolvidos no estudo, todos os pesquisadores, estarão disponíveis para prestar esclarecimentos. A recusa em participar desse estudo não implicará em prejuízo de relacionamento profissional ou pessoal. Em qualquer etapa da pesquisa a Sra. terá acesso aos profissionais responsáveis pelo mesmo para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os profissionais responsáveis, Dr. Humberto Corrêa da Silva Filho, Dr. Rodrigo Nicolato, Dr. Leandro Fernandes Malloy-Diniz e Mayra Yara Martins Brancaglioni, podem ser contactados por telefone a qualquer momento no Departamento de Saúde Mental de UFMG (31 3409-9785).

Comitê de Ética em pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade administrativa II – 2º andar – sala 2005. CEP: 31270-901 – BH-MG telefax (031) 3409-4592. O nome da Sra. e quaisquer outras informações que possam lhe identificar não aparecerão em nenhuma apresentação ou publicação resultantes desse estudo. O participante deve ter ciência que a qualquer momento ele pode retirar o seu consentimento de participação, sem que isso implique em perda de direitos pré-existentes ou prejuízo no relacionamento profissional, pessoal e no tratamento de sua patologia.

Confirmo que fui devidamente esclarecida sobre os propósitos e os procedimentos desse estudo e livremente aceito participar desta pesquisa.

Nome por extenso:

Assinatura:

Local e data:

Declaro que pessoalmente expliquei ao participante os propósitos e procedimentos do estudo:

Rodrigo Nicolato \_\_\_\_\_

Mayra Brancaglioni \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 - PROJETO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE – Número do Prontuário:			
Nome:		Data de nascimento:	
Anos de estudo:	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0 – fundamental <input type="checkbox"/> – médio incompl. <input type="checkbox"/> 2 – médio compl. <input type="checkbox"/> 3 - superior incompl. <input type="checkbox"/> 4 – superior <input type="checkbox"/> 5 – pós-graduada		
Ocupação atual: <input type="checkbox"/> 0 – trabalhando <input type="checkbox"/> 1 – desempregada <input type="checkbox"/> 2 – aposentada <input type="checkbox"/> 3 – afastada <input type="checkbox"/> 4 – do lar <input type="checkbox"/> 5 – estudante		Profissão:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> 0 – solteira <input type="checkbox"/> 1 – casada <input type="checkbox"/> 2 – viúva <input type="checkbox"/> 3 – separada <input type="checkbox"/> 4 – divorciada <input type="checkbox"/> 5 – amasiada			
Número de filhos:	Etnia: <input type="checkbox"/> 0 – branca <input type="checkbox"/> 1 – negra <input type="checkbox"/> 2 – amarela <input type="checkbox"/> 3 – parda/mulata <input type="checkbox"/> 999 – outra		
Anos de estudo do parceiro:	Escolaridade do parceiro: <input type="checkbox"/> 0 – fundamental <input type="checkbox"/> 1 – médio incompl. <input type="checkbox"/> 2 – médio completo <input type="checkbox"/> 3 – superior incompl. <input type="checkbox"/> 4 – superior <input type="checkbox"/> 5 – pós-graduado		
Classificação sócio-econômica: <input type="checkbox"/> – A1 <input type="checkbox"/> – A2 <input type="checkbox"/> – B1 <input type="checkbox"/> – B2 <input type="checkbox"/> – C1 <input type="checkbox"/> 5 – C2 <input type="checkbox"/> 6 – D <input type="checkbox"/> 7 – E			
Informações de contato:			
Rua:		Nº:	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
Telefone residencial:		Celular:	Trabalho:

DADOS DO PRIMEIRO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL		
Data:	Período da gestação (semanas):	
Fargestron:	Cage:	TCI:
BDI:	Hamilton:	

### Entrevista:

- 1 - Você trabalha fora de casa?
  - Sim                      Quantos turnos? \_\_\_\_\_
  - Não
  
- 2 – A sua gestação foi planejada?
  - Sim                      Você conhece métodos contraceptivos? \_\_\_\_\_
  - Não                      Quais? \_\_\_\_\_
  
- 3 – Você tem recebido apoio de alguém durante o pré-natal?
  - Sim                      De quem? \_\_\_\_\_
  - Não
  
- 4 – Em algum momento você pensou em não prosseguir com a gestação?
  - Sim
  - Não
  
- 5 – Você já passou por um aborto anteriormente?
  - Sim                      Foi espontâneo? \_\_\_\_\_
  - Não                      Quantos abortos? \_\_\_\_\_
  
- 6 – Você e o pai da criança estão juntos?
  - Sim
  - Não

- 7 – Quanto tempo tem o relacionamento de vocês? \_\_\_\_\_anos\_\_\_\_\_meses
- 8 – No relacionamento de vocês existem desentendimentos e brigas frequentes:  
 Sim Com qual a frequência elas ocorrem? \_\_\_\_\_  
 Não
- 9 – Você alguma vez foi verbalmente ofendida por seu companheiro?  
 Sim Com qual frequência esses episódios acontecem? \_\_\_\_\_  
 Não
- 10 – Alguma vez você foi agredida fisicamente pelo seu companheiro?  
 Sim Com qual frequência esses episódios acontecem? \_\_\_\_\_  
 Não
- 11 – Como você está com relação ao seu relacionamento?  
 Completamente satisfeita  
 Satisfeita  
 Nem satisfeita, nem insatisfeita  
 Insatisfeita  
 Completamente insatisfeita
- 12 – Em algum momento da sua vida você apresentou quadro de depressão?  
 Sim Quando? \_\_\_\_\_  
 Não Foi diagnosticada por médico? \_\_\_\_\_
- 13 – Em algum momento de sua vida você desenvolveu algum outro quadro psiquiátrico?  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
- 14 – Você já apresentou depressão pós-parto em gestações anteriores?  
 Sim Quando / Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 Não
- 15 – Durante os seus períodos menstruais, você apresentava algum sintoma depressivo ou ansioso?  
 Sim Depressivo ou ansioso? \_\_\_\_\_  
 Não
- 16 – Alguém da sua família possui algum quadro psiquiátrico?  
 Sim Quem? Qual quadro? \_\_\_\_\_  
 Não
- 17 – A sua gestação é considerada de risco (pressão alta, diabetes, hipotireoidismo, algum outro problema de saúde) ?  
 Sim Qual foi a complicação? \_\_\_\_\_  
 Não
- 18 – Fez uso de alguma medicação durante o pré-natal?  
 Sim Quais medicamentos utilizou? \_\_\_\_\_  
 Não
- 19 – Qual a previsão para o parto?  
 Parto normal  
 Cesariana
- 20 – Alguém vai te acompanhar durante o parto?  
 Sim Quem? \_\_\_\_\_  
 Não

21 – Você tem religião? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

22 – Você considera a sua gestação traumática?

- Sim  
 Não

22 – Onde pretende realizar o acompanhamento pediátrico do bebê?

DADOS DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL – Entre 7 e 9 meses	
Data: _____	
Tempo de gestação pelo cartão	Semana de amenorreia: _____
	Ultrassom: _____

1 – A sua gestação é considerada de risco (pressão alta, diabetes, hipotireoidismo, algum outro problema de saúde)?

- Sim                      Qual é o risco? \_\_\_\_\_  
 Não                      Esse risco gerou alguma complicação? \_\_\_\_\_

2- Você está consultando com algum psiquiatra / psicólogo atualmente?

- Sim                      Por quê? \_\_\_\_\_  
 Não

3 – Atualmente, você está tomando algum remédio ou suplemento?

- Sim                      Qual? \_\_\_\_\_  
 Não

4 – Você passou por algum trauma desde a última vez que participou da pesquisa?

- Sim  
 Não

## **ANEXO 3 – ESCALA DE HAMILTON PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO (HAM-D)**

**Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número que melhor caracteriza o paciente na última semana.**

### **1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)**

- 0 ( ) Ausente.
- 1 ( ) Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
- 2 ( ) Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
- 3 ( ) Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
- 4 ( ) Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente.

### **2. SENTIMENTOS DE CULPA**

- 0 ( ) Ausente
- 1 ( ) Autorrecriinação; sente que decepcionou os outros.
- 2 ( ) Ideias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações.
- 3 ( ) A doença atual é um castigo.
- 4 ( ) Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

### **3. SUICÍDIO**

- 0 ( ) Ausente.
- 1 ( ) Sente que a vida não vale a pena.
- 2 ( ) Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
- 3 ( ) Ideias ou gestos suicidas.
- 4 ( ) Tentativa de suicídio ( qualquer tentativa séria, marcar 4).

### **4. INSÔNIA INICIAL**

- 0 ( ) Sem dificuldades para conciliar o sono.
- 1 ( ) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
- 2 ( ) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

### **5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA**

- 0 ( ) Sem dificuldades.
- 1 ( ) O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
- 2 ( ) Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2( exceto p/ urinar).

### **6. INSÔNIA TARDIA**

- 0 ( ) Sem dificuldades.
- 1 ( ) Acorda de madrugada, mas volta a dormir
- 2 ( ) Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

## 7. TRABALHO E ATIVIDADES

0 ( ) Sem dificuldades.

1 ( ) Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.

2 ( ) Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).

3 ( ) Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4 ( ) Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

## 8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0 ( ) Pensamento e fala normais.

1 ( ) Leve retardo à entrevista.

2 ( ) Retardo óbvio à entrevista.

3 ( ) Entrevista difícil.

4 ( ) Estupor completo.

## 9. AGITAÇÃO

0 ( ) Nenhuma.

1 ( ) Inquietude.

2 ( ) Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.

3 ( ) Mexe-se, não consegue sentar quieto.

4 ( ) Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

## 10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0 ( ) Sem dificuldade.

1 ( ) Tensão e irritabilidade subjetivas.

2 ( ) Preocupação com trivialidades.

3 ( ) Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.

4 ( ) Medos expressos sem serem inquiridos.

## 11. ANSIEDADE SOMÁTICA (Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como: **Gastrintestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; Cardiovasculares: palpitações, cefaleia; Respiratórios: hiperventilação, suspiros; sudorese; ter que urinar frequentemente**)

0 ( ) Ausente :

1 ( ) Leve

2 ( ) Moderada

3 ( ) Grave

4 ( ) Incapacitante

**12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS**

0 ( ) Nenhum

1 ( ) Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen

2 ( ) Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

**13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL**

0 ( ) Nenhum

1 ( ) Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias. Perda de energia e cansaço.

2 ( ) Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

**14. SINTOMAS GENITAIS**

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0 ( ) Ausentes

1 ( ) Leves

2 ( ) Intensos

**15. HIPOCONDRIA**

0 ( ) Ausente

1 ( ) Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2 ( ) Preocupação com a saúde

3 ( ) Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.

4 ( ) Ideias delirantes hipocondríacas.

**16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)**

A - Quando avaliada pela história clínica

0 ( ) Sem perda de peso.

1 ( ) Provável perda de peso associada à moléstia atual.

2 ( ) Perda de peso definida ( de acordo com o paciente)

3 ( ) Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0 ( ) Menos de 0,5 Kg de perda por semana.

1 ( ) Mais de 0,5 Kg de perda por semana.

2 ( ) Mais de 1 Kg de perda por semana.

3 ( ) Não avaliada.

**17. CRÍTICA**

0 ( ) Reconhece que está deprimido e doente.

1 ( ) Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2 ( ) Nega estar doente.

**ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 17 ITENS: \_\_\_\_\_(Faixa de variação: 0-50)**

## ANEXO 4 - ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu **NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1.  0 = não me sinto triste  
 1 = sinto-me triste  
 2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto  
 3 = estou tão triste e infeliz que não posso aguentar
  
2.  0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro  
 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro  
 2 = sinto que não tenho nada por que esperar  
 3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
  
3.  0 = não me sinto fracassado(a)  
 1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio  
 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos  
 3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
  
4.  0 = obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer  
 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar  
 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma  
 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
  
5.  0 = não me sinto particularmente culpado(a)  
 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo  
 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo  
 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo
  
6.  0 = não sinto que esteja sendo punido(a)  
 1 = sinto que posso ser punido(a)  
 2 = espero ser punido(a)  
 3 = sinto que estou sendo punido(a)
  
7.  0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)  
 1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)  
 2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)  
 3 = eu me odeio
  
8.  0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa  
 1 = critico minhas fraquezas ou erros  
 2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas  
 3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem



9.  0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar  
 1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante  
 2 = gostaria de me matar  
 3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10.  0 = não costumo chorar mais do que o habitual  
 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes  
 2 = atualmente choro o tempo todo  
 3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
11.  0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época  
 1 = fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava  
 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo  
 3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12.  0 = não perdi o interesse nas outras pessoas  
 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas  
 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas  
 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13.  0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época  
 1 = adio minhas decisões mais do que costumava  
 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes  
 3 = não consigo mais tomar decisões
14.  0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser  
 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos  
 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos  
 3 = considero-me feio(a)
15.  0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes  
 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa  
 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa  
 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16.  0 = durmo tão bem quanto de hábito  
 1 = não durmo tão bem quanto costumava  
 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir  
 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17.  0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito  
 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava  
 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa  
 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa

18.  0 = o meu apetite não está pior do que de hábito  
 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser  
 2 = meu apetite está muito pior agora  
 3 = não tenho mais nenhum apetite
19.  0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente  
 1 = perdi mais de 2,5 kg *#estou deliberadamente*  
 2 = perdi mais de 5,0 kg *tentando perder peso,*  
 3 = perdi mais de 7,0 kg *comendo menos:  sim  não*
20.  0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde  
 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre  
 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso  
 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21.  0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual  
 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava  
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente  
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

<b>TOTAL:</b> _____
---------------------

## ANEXO 5 - ESCALA DE EDIMBURGO

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

- Sim, todo o tempo.
- Sim, na maior parte do tempo.
- Não, nem sempre.
- Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo", na última semana.

Por favor, assinale as questões seguintes **do mesmo modo**.

### Nos últimos sete dias

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- Como eu sempre fiz.
- Não tanto quanto antes.
- Sem dúvida menos que antes.
- De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:

- Como sempre senti.
- Talvez menos do que antes.
- Com certeza menos.
- De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- Não, de maneira alguma.
- Pouquíssimas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- ) Sim, muitas vezes.
- ) Sim, algumas vezes.
- ) Não muitas vezes.
- ) Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:

- ) Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- ) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- ) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- ) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir:

- ) Sim, na maioria das vezes.
- ) Sim, algumas vezes.
- ) Não muitas vezes.
- ) Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

- ) Sim, na maioria das vezes.
- ) Sim, muitas vezes.
- ) Não muitas vezes.
- ) Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado:

- ) Sim, quase todo o tempo.
- ) Sim, muitas vezes.
- ) De vez em quando.
- ) Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- ) Sim, muitas vezes, ultimamente.
- ) Algumas vezes nos últimos dias.
- ) Pouquíssimas vezes, ultimamente
- ) Nenhuma vez.

**ANEXO 6 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA –  
(WHOQOL)**

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

## Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre: **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão agradável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, etc.)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem insatisfeito nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Você tem algum comentário sobre o questionário? \_\_\_\_\_

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



## ANEXO 7 – INVENTÁRIO DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE (TCI)

O próximo questionário apresenta frases afirmativas que as pessoas usam para descrever suas atitudes, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais.

Após a leitura de cada frase você deve responder **Verdadeiro** se a mesma descrever uma característica sua ou **Falso** se você achar que a frase não descreve uma característica sua. Tente responder de acordo com como você é normalmente e não como você se sente apenas neste momento.

Se você tiver qualquer dúvida quanto a forma de preenchimento deste questionário ou se não souber o significado de alguma palavra contida nele, o examinador terá prazer em auxiliá-lo. Leia cuidadosamente cada frase, responda com sinceridade, mas não demore muito para respondê-las. É importante que você responda a todas as questões, mesmo que em algumas você não tenha muita certeza da resposta. E lembre-se, estamos interessados na sua opinião, portanto não existem respostas certas ou erradas.

**Obrigado por sua colaboração.**

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
1 - Muitas vezes tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.		
2 - Em geral sou confiante que tudo vai dar certo, mesmo em situações que deixam muitas pessoas preocupadas.		
3 - Muitas vezes fico profundamente comovido por uma fala delicada ou por uma poesia.		
4 - Muitas vezes sinto que sou vítima das circunstâncias		
5 - Em geral consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando são muito diferentes de mim.		
6 - Acredito que milagres acontecem.		
7 - Gosto de me vingar de quem me agride.		
8 - Muitas vezes, quando estou concentrado em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.		
9 - Muitas vezes sinto que minha vida tem pouco propósito ou sentido.		
10 - Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.		
11 - Eu provavelmente conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.		
12 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
13 - Muitas vezes faço as coisas baseado em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.		
14 - Geralmente faço as coisas à minha maneira — ao contrário de ceder às vontades das outras pessoas.		
15 - Muitas vezes me sinto tão ligado às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.		
16 - Em geral não gosto de pessoas que tenham ideias diferentes de mim.		
17 - Na maioria das situações minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.		
18 - Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico e famoso, mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.		
19 - Sou muito mais reservado e controlado do que a maioria das pessoas.		
20 - Com frequência tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.		
21 - Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.		
22 - Tenho menos energia e me canso mais rapidamente do que a maioria das pessoas.		
23 - Muitas vezes sou chamado de “distraído”, pois fico tão envolvido no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.		
24 - Raramente me sinto livre para escolher o que quero fazer.		
25 – Muitas vezes levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.		
26 - Na maior parte do tempo eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas) ao contrário de ficar quieto e inativo por algumas horas.		
27 - Muitas vezes evito encontrar estranhos porque fico inseguro com pessoas que não conheço.		
28 - Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.		
29 - Gosto muito mais das maneiras “antigas e comprovadas” de fazer as coisas do que experimentar maneiras “novas e melhoradas”.		
30 - Em geral não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim devido à falta de tempo.		
31 - Frequentemente faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.		
32 - Muitas vezes gostaria de ser mais esperto que todos os outros.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
33 - Me dá satisfação ver meus inimigos sofrerem.		
34 - Gosto de ser muito organizado e, sempre que posso, estabelecer regras para as pessoas.		
35 - É difícil para mim manter os mesmos interesses por muito tempo porque minha atenção frequentemente se desloca para outras coisas.		
36 - Pela repetição de certas práticas adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.		
37 - Em geral sou tão determinado que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.		
38 - Fico fascinado por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.		
39 - Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.		
40 - Muitas vezes espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.		
41 - Com frequência gasto dinheiro até "ficar liso" ou então ficar cheio de dívidas.		
42 - Acho que terei muita sorte no futuro.		
43 - Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse do que a maioria das pessoas.		
44 - Não me aborreceria de ficar sozinho o tempo todo.		
45 - Muitas vezes tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.		
46 - Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas.		
47 - Em geral tento conseguir o que quero para mim mesmo pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer a todos.		
48 - Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.		
49 - Acho que não compreendo muito bem as pessoas.		
50 - Não é preciso ser desonesto para ter sucesso nos negócios.		
51 - Algumas vezes me sinto tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.		
52 - Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.		
53 - Perco a paciência mais depressa do que a maioria das pessoas.		
54 - Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido que a maioria das pessoas.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
55 - Sou mais sentimental que a maioria das pessoas.		
56 - Pareço ter um “sexto sentido” que algumas vezes me permite saber o que está para acontecer.		
57 - Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.		
58 - Minhas atitudes são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.		
59 - A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.		
60 – Muitas vezes gostaria de ser mais forte do que todos os outros.		
61 - Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão.		
62 - Sou mais trabalhador do que muita gente.		
63 - Muitas vezes preciso tirar um cochilo ou um período de descanso extra, pois me canso facilmente.		
64 - Gosto de ser útil aos outros.		
65 - Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, eu sempre acho que tudo acabará bem.		
66 - É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.		
67 - Em geral fico calmo e seguro em situações que para muitas pessoas representariam perigo físico.		
68 - Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo.		
69 - Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.		
70 - Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.		
71 - Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas.		
72 - Não consigo ficar com a consciência tranquila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.		
73 - As pessoas geralmente me dizem como se sentem.		
74 - Muitas vezes gostaria de ficar jovem para sempre.		
75 - Normalmente fico mais aborrecido pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.		
76 - Algumas vezes me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e no espaço.		
77 - Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.		
78 - Tento ser atencioso aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
79 - Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos.		
80 - Provavelmente ficaria descontraído e seguro ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado que eles não eram cordiais.		
81 - Normalmente fico mais preocupado que alguma coisa possa dar errado no futuro do que a maioria das pessoas.		
82 - Em geral penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.		
83 - Acho mais importante ser simpático e compreensivo com os outros do que ser prático e racional.		
84 - Muitas vezes sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.		
85 - Muitas vezes gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem.		
86 - As pessoas me controlam demais.		
87 - Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.		
88 - As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito de minha vida.		
89 - Frequentemente aprendo muito com as pessoas.		
90 - A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom em muitas coisas que me ajudam a ser bem sucedido.		
91 - Em geral consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.		
92 - Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.		
93 - Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.		
94 - Não quero ser mais rico do que todos.		
95 - Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.		
96 - Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.		
97 - Algumas vezes senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior do que qualquer ser humano.		
98 - Em geral gosto de ser mau com quem foi mau comigo.		
99 - Tenho reputação de ser muito prático e de não agir pelas emoções.		
100 - É fácil para mim organizar meus pensamentos enquanto falo com alguém.		
101 - Muitas vezes reajo tão fortemente à notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
102 - Fico profundamente comovido por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).		
103 - Normalmente me esforço muito mais do que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor de que sou capaz.		
104 - Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim.		
105 - Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções em longo prazo para meus problemas.		
106 - Muitas vezes não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.		
107 - Muitas vezes gostaria de poder parar o tempo.		
108 - Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.		
109 - Prefiro gastar dinheiro do que economizá-lo		
110 - Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém.		
111 - Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.		
112 - Se eu ficar embaraçado ou humilhado, supero isso rapidamente.		
113 - É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas porque fico muito tenso, cansado ou preocupado.		
114 - Normalmente exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.		
115 - Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.		
116 - Acho que percepção extrassensorial (PES, como telepatia ou premonição) é realmente possível.		
117 - Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.		
118 - Com frequência fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.		
119 - Quase sempre estou relaxado e despreocupado, mesmo quando quase todos estão com medo.		
120 - Acho filmes e canções tristes um tanto chatos.		
121 - As circunstâncias muitas vezes me forçam a fazer coisas contra a minha vontade.		
122 - Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.		
123 - Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
124 - Eu gostaria mais de ser gentil do que me vingar quando alguém me agride.		
125 - Muitas vezes fico tão encantado com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado naquilo — é como se eu estivesse “desligado” do tempo e do espaço.		
126 - Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.		
127 - Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.		
128 - Estou satisfeito com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.		
129 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.		
130 - Muitas vezes sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.		
131 - As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.		
132 - Muitas vezes sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam.		
133 - Em geral é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.		
134 - Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.		
135 - Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim — eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo.		
136 - Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros sabem mais do que eu a respeito de alguma coisa.		
137 - Em geral tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.		
138 - Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.		
139 - Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.		
140 - Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.		
141 - Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, frequentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.		
142 - Sinto-me muito confiante e seguro em quase todas as situações sociais.		
143 - Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
144 - Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se muita gente me diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.		
145 - Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.		
146 - Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.		
147 - Tenho mais energia e demoro mais a cansar do que a maioria das pessoas.		
148 - Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.		
149 – Muitas vezes paro o que estou fazendo porque fico preocupado, mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.		
150 - Muitas vezes gostaria de ser mais poderoso do que todo mundo.		
151 - Em geral sou livre para escolher o que vou fazer.		
152 - Com frequência fico tão envolvido no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço de onde estou .		
153 - Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.		
154 - Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de pára-quedas ou voar de asa delta) do que ficar quieto e inativo por algumas horas.		
155 - Como eu, freqüentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.		
156 - Não saio do meu caminho para favorecer outra pessoa.		
157 - Não fico tímido com estranhos de jeito nenhum.		
158 - Frequentemente cedo aos desejos dos amigos.		
159 - Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias mas não realmente importantes para mim.		
160 - Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.		
161 - Muitas vezes tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.		
162 - Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valem a pena.		
163 - Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor — como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.		
164 - Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.		



<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
165 - Quase nunca fico tão agitado a ponto de perder o controle.		
166 - Muitas vezes desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.		
167 - Prefiro começar uma conversa do que ficar esperando que os outros falem comigo.		
168 - Na maior parte do tempo perdoo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.		
169 - As minhas ações são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.		
170 - Muitas vezes tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.		
171 - Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.		
172 - Em geral respeito as opiniões dos outros.		
173 - Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim que me senti muito entusiasmado e feliz.		
174 - Me divirto em comprar coisas para mim.		
175 - Acredito ter eu mesmo experimentado a percepção extrassensorial.		
176 - Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.		
177 - Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.		
178 - De modo geral é tolice promover o sucesso de outras pessoas.		
179 - Muitas vezes gostaria de poder viver para sempre.		
180 - Normalmente gosto de ficar indiferente e “desligado” das outras pessoas.		
181 - É mais provável eu chorar em um filme triste do que a maioria das pessoas.		
182 - Recupero-me de pequenas doenças ou estresse mais rapidamente do que a maioria das pessoas.		
183 - Muitas vezes quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso.		
184 - Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que seja capaz de confiar em mim mesmo em diversas situações tentadoras.		
185 - Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto falam.		
186 - Todos deveriam ser tratados com dignidade e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.		
187 - Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
188 - Em geral tenho sorte em tudo o que tento fazer.		
189 – Em geral, estou certo de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia).		
190 – Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.		
191 – Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas.		
192 – Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.		
193 – Os direitos individuais são mais importantes do que as necessidades de qualquer grupo.		
194 – Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.		
195 – Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado a tudo o que existe.		
196 – Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.		
197 – A maioria das pessoas parecem mais desembaraçadas do que eu.		
198 – Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.		
199 – Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.		
200 – Muitas vezes me sinto como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.		
201 – Mesmo quando estou com amigos, prefiro “não me abrir muito”.		
202 – Em geral posso ficar ocupado o dia inteiro sem Ter que me forçar a isso.		
203 – Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.		
204 – Não sou muito bom em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado fazendo algo errado.		
205 – Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.		
206 – O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.		
207 – Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos de longo prazo.		
208 – Acredito que toda vida depende de algum poder ou ordem espiritual que não pode ser completamente explicada.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
209 – Acho que eu ficaria confiante e relaxado ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado que eles estão zangados comigo.		
210 – As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um “ombro amigo”.		
211 – Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas ideias e atividades.		
212 – Tenho problemas em mentir, mesmo quando pretendo poupar os sentimentos de alguém.		
213 – Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.		
214 – Não quero ser mais admirado do que todos os outros.		
215 – Muitas vezes quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso — tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.		
216 – A maioria das pessoas que conheço preocupa-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.		
217 – Em geral me sinto tenso e preocupado quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.		
218 – Muitas vezes me esforço ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.		
219 – Algumas pessoas acham que eu sou muito avarento ou pão-duro com meu dinheiro.		
220 – Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos ou esperanças.		
221 – Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações mesmo sabendo que sofrerei as consequências.		
222 – Odeio ver alguém sofrer.		
223 – Sei o que quero fazer na minha vida.		
224 – Regularmente levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.		
225 – As coisas costumam dar errado para mim a menos que eu seja muito cuidadoso.		
226 – Se estou me sentindo aborrecido, em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho.		
227 - Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.		
228 - Muitas vezes as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado de tudo que está acontecendo ao meu redor.		
229 - Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.		
230 - Menti bastante nesse questionário.		
231 - Geralmente evito situações sociais onde teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro de que eles serão amigáveis.		

<b>QUESTÕES</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>
232 - Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.		
233 - Em geral encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.		
234 - As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.		
235 - A desonestidade só causa problemas se você for apanhado.		
236 - Em geral me sinto muito mais confiante e com energia do que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.		
237 - Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.		
238 - Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.		
239 - Às vezes fico aborrecido.		
240 - De vez em quando falo das pessoas "por trás".		