UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

LÍVIA MUZZI DINIZ BRITO

Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto.

Ribeirão Preto

2018

Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas.

ORIENTADOR: PROF.DR. RICARDO DE CARVALHO CAVALLI

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)”

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Brito, Livia Muzzi Diniz

Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto.

Orientador: Ricardo de Carvalho Cavalli.

Tese de dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP. Área de concentração em Ginecologia e Obstetrícia. Ribeirão Preto, 2018.

1. Parto pré-termo. 2. Estresse. 3. Depressão. 4. Violência. 5. Apoio social

NOME: BRITO, Livia Muzzi Diniz

TÍTULO: Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto.

Tese de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para do Título de Mestre em Ciências Médicas.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr.: _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr.: _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

“Every stress leaves an indelible scar, and the organism pays for its survival after a stressful situation by becoming a little older.”

Hans Selye

Dedico este trabalho à minha mãe, Ermi.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, meus maiores exemplos de profissionalismo, dedicação, caráter e perseverança, mesmo nos momentos mais extremos da vida. Obrigada pelo amor e pela sabedoria com que me guiaram até aqui.

Ao meu esposo Rafael por todo o incentivo, paciência, pelo apoio nas horas de ausência e pela ajuda técnica imprescindível desde a elaboração do projeto deste trabalho.

Aos nossos filhos: Cecília, que estreou nessa caminhada no ano da minha qualificação; e Samuel, que aguardamos em breve. Vocês são minha melhor realização.

Aos meus irmãos Laura e Lucas, pelo amor e pela torcida, mesmo à distância.

À minha amiga Camila, pelo apoio incondicional.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo Cavalli, pela oportunidade, respeito e confiança, em meio a todas as intensas circunstâncias vividas nesses três anos de pós graduação.

Ao Prof. Dr. Geraldo Duarte, pelo exemplo e inspiração, desde a minha chegada nesta cidade.

A todos os queridos colegas e amigos do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Obrigada pelo acolhimento caloroso, pelas grandes amizades que fiz, pelo constante crescimento profissional pelo mundo de oportunidades que recebi. Serei eternamente grata.

Aos meus professores Dr. Frederico Perét e Dra. Beatriz Amélia, pelo grandioso e saudoso exemplo durante minha residência médica em Belo Horizonte.

Às pacientes e seus filhos que colaboraram com este estudo.

RESUMO

BRITO, Livia Muzzi Diniz. Estresse, violência, depressão e baixo suporte social durante a gestação e sua associação com parto pré-termo: avaliação de coorte de pré-natal em Ribeirão Preto. 2018. Tese (mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

O parto pré-termo, definido como nascimento antes de 37 semanas de gestação, é causa importante de morbidade e mortalidade neonatais, além de possíveis sequelas a longo prazo. Este trabalho trata-se de uma coorte prospectiva cujo objetivo foi analisar quatro possíveis fatores etiológicos do parto pré-termo: estresse, depressão, violência e baixo suporte social, baseado nos dados do projeto temático original: “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras”.

Um total de 1400 gestantes da cidade de Ribeirão Preto foram entrevistadas durante o pré-natal e logo após o parto, obtendo-se informações sobre história obstétrica e sócio-econômica, grau de estresse, depressão, apoio social e violência doméstica; dados do parto e do recém nascido. Foram identificados 133 (9,7%) partos prematuros, dentre estes 95 (6,9%) partos prematuros espontâneos, excluindo-se partos induzidos e cesarianas eletivas.

Foram realizadas análises simples entre os possíveis fatores e também análises ajustadas a diversos itens da história social e obstétrica de cada gestante. O estresse e a depressão foram os dois únicos itens que mostraram associação com o desfecho prematuridade. O estresse foi o único fator que manteve a associação nos modelos ajustados de análise. Verificou-se um risco relativo bruto de 1,82 (IC 1,2 – 2,7) e de 1,60 a 1,75, nos modelos ajustados. O apoio social e histórico de violência física, sexual ou psicológica não mostraram interferência estatisticamente significativa no desfecho.

Os resultados são consistentes com dados da literatura atual e apontam a importância de se observar certos sinais e sintomas durante o pré-natal, assim como discutir novas estratégias de acolhimento e tratamento, consequentemente prevenindo o parto pré-termo.

Palavras chaves: 1. Parto pré-termo. 2. Estresse. 3. Violência. 4. Depressão. 5. Apoio social.

ABSTRACT

BRITO, Livia Muzzi Diniz. Stress, violence, depression and low social support during pregnancy and its association with preterm delivery: evaluation of prenatal cohort in Ribeirão Preto. 2018. Thesis (masters degree) Faculty of Medicine of Ribeirão Preto. University of Sao Paulo.

Preterm birth, defined as birth before 37 weeks of gestation, is an important cause of neonatal morbidity and mortality, as well as possible long-term sequelae. This work is a prospective cohort whose objective was to analyze four possible etiological factors of preterm birth: stress, depression, violence and low social support, based on data from the original thematic project: "Etiologic factors of preterm birth and consequences of perinatal factors on child health: birth cohorts in two Brazilian cities".

A total of 1400 pregnant women from the city of Ribeirão Preto were interviewed during prenatal care and after delivery, obtaining information on obstetric and social history, stress level, depression, social support, domestic violence, birth data and type of delivery. A total of 133 (9.7%) preterm births were identified, of which 95 (6.9%) were spontaneous preterm births, excluding induced births and elective cesareans.

Straight analyzes were performed with the possible etiological factors and also adjusted analyzes with several items of the social and obstetric history of each woman. Stress and depression were the only two items that demonstrated association with prematurity. Stress was the only factor that maintained the association in the adjusted models of analysis. There was a crude relative risk of 1.82 (CI 1.2-2.7) and 1.60-1.75 in the fitted models. The social support and history of physical, sexual or psychological violence did not show statistically significant interference in the outcome.

The results are consistent with data from the current literature and point out the importance of observing certain signs and symptoms during prenatal care, as well as discussing new strategies for the diagnosis and treatment, consequently preventing preterm delivery.

Key words: 1. Preterm birth. 2. Stress. 3. Violence. 4. Depression. 5. Social support.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACTH: Hormônio Adrenocorticotrófico

CES –D: Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

CPPT: Corioamniorrexe Prematura Pré-Termo

CRH: Hormônio Liberador de Corticotrofina

HHA: (eixo) Hipotálamo – Hipófise – Adrenal

IC: Intervalo de Confiança

PPT: Parto Pré-Termo

PSS: Perceived Stress Scale (“Escala de Estresse Percebido”)

OR: *Odds Ratio* (“razão de chances”)

RR: Risco Relativo

LS: Limite Superior

LI: Limite Inferior

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	ESTRESSE E PARTO PRÉ-TERMO	14
1.2	VIOLÊNCIA E PARTO PRÉ-TERMO	16
1.3	SUORTE SOCIAL E PARTO PRÉ-TERMO	18
1.4	DEPRESSÃO E PARTO PRÉ-TERMO	19
2	JUSTIFICATIVA.....	21
3	OBJETIVOS	22
3.1	OBJETIVOS GERAIS	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4	MÉTODOS.....	23
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	23
4.2	DESENHO E ÁREA DE ESTUDO	23
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	24
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	24
4.5	QUESTIONÁRIOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	25
4.5.1	ESTRESSE	27
4.5.2	DEPRESSÃO	28
4.5.3	VIOLÊNCIA	29
4.5.4	APOIO SOCIAL	29
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	30
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	43
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
9	ANEXOS	52

1 INTRODUÇÃO

O parto pré-termo (PPT) é definido como o nascimento que ocorre antes de 37 semanas de gestação (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2012). Aproximadamente 15 milhões de crianças nascem prematuramente por ano (WHO, 2012). A prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatais, assim como maior responsável por morbidade neurológica a longo prazo (SHAPIRO et al, 2013).

Globalmente tem sido notado um aumento nas taxas de prematuridade, mesmo em países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, as taxas de prematuridade foram de 10,6% em 1990 para 12,8% em 2006 e 11,7% em 2011 (TSIMIS et al, 2015). Em países europeus a taxa variou entre 5 e 7%, também sofrendo aumento discreto. No Brasil, estudos entre 2000 e 2011 mostraram estimativa semelhante às norte-americanas, entre 11,7 e 12,3% (MATIJASEVICH et al, 2013, JR et al, 2014).

O parto pré-termo pode ser espontâneo ou realizado por indicação médica. No primeiro caso, pode ser precedido por trabalho de parto prematuro ou devido à ruptura prematura de membranas (MATTISON et al., 2001). Dentre os partos induzidos medicamente, parece haver uma parcela indicada de forma errônea, causando prematuridade iatrogênica (BARROS et al, 2005). O aumento na taxa de cesarianas no Brasil tem sido associado a índices elevados de nascimento prematuros, muitas vezes sem indicação clínica real (BETTIOL et al. 1998, GOMES et al. 1999). Todavia, é desconhecida a porcentagem real de partos prematuros iatrogênicos.

A prematuridade tem etiologia multifatorial. Há fatores mais conhecidos e mais fáceis de mensurar do ponto de vista clínico, como infecções, hipertensão, história anterior de parto prematuro. Outros fatores parecem remontar à questão psicossocial, como uso de drogas ilícitas, tabagismo, baixa escolaridade, ganho de peso insuficiente, trabalho extenuante. Diversos trabalhos recentes têm buscado definir de forma mais detalhada a real influência do estresse materno na deflagração de mecanismos que levariam ao trabalho de parto pré-termo. A percepção de estresse é de difícil mensuração e vários meios foram propostos para esta

avaliação, como questionários, entrevistas, análise de biomarcadores endógenos. Mais recentemente, alguns trabalhos tem analisado também a questão da violência (psicológica, física e/ou sexual) contra a mulher como fator multidimensional provocador de estresse e potencialmente associado também ao trabalho de parto prematuro (RAO et al, 2016; SANCHEZ et al, 2013a; CHAMBLISS et al, 2008).

As causas citadas inicialmente correspondem apenas a um terço dos partos prematuros (KRAMER et al. 2000), levando a concluir que ainda há muito que se pesquisar se quisermos identificar fatores preveníveis de prematuridade. A melhoria deste entendimento tem papel crucial na criação de medidas e intervenções apropriadas para redução da incidência de nascimentos pré-termo e consequentemente, diminuição da morbi-mortalidade associada a essa condição (GOLDENBERG et al. 2008).

1.1 ESTRESSE E PARTO PRÉ-TERMO

Estresse é definido como a consequência psicopatológica de algum evento que desafia a capacidade de enfrentamento do indivíduo. Eventos estressantes são situações com potencial de exigir algum grau de adaptação, sendo que estresse percebido seria a repercussão individual às situações estressoras. (SHAPIRO et al, 2013).

Em 1936, Hans Selye publicou uma nota na revista Nature (SELYE et al, 1936), na qual ele observava uma resposta comum em ratos submetidos a diversos elementos estressores, e que essa 'resposta não específica' poderia levar a uma série de comorbidades. Começava o estudo formal dos efeitos do estresse no organismo e suas repercussões.

Selye denominou esta resposta como Síndrome Geral da Adaptação. Esta seria dividida em três fases: fase de alarme, ou fase aguda, com duração de minutos ou horas e que se relaciona com a liberação de catecolaminas pela medula da supra-renal. A fase de resistência, que se inicia horas depois do início da ação estressora e depende da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), com liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que estimula secreção de

cortisol. A fase de descompensação ou exaustão, quando se estabelece um processo patológico pela não adaptação ao estressor.

O interesse pela possível associação entre estresse materno e prematuridade surgiu pouco tempo depois. Um boletim da OMS observou aumento entre as taxas de prematuridade entre as mulheres negras de baixa renda, que viviam em ambientes com mais fatores estressantes tais como violência doméstica, dificuldades financeiras, desestruturação familiar (WORTIS et al, 1962). A falta de instrumentos para qualificar e quantificar o estresse, assim como a falta de acompanhamento de pré-natal e a precariedade de exames complementares da população estudada tornou difícil estimar riscos e confirmar a correta idade gestacional nos casos analisados. O trabalho, publicado em 1960, sugeria que o estresse vivenciado em determinadas situações de vida teria grande impacto no aumento de partos prematuros.

Desde então, vem surgindo evidência crescente de que o estresse vivenciado pela gestante durante o pré-natal é fator de risco para desfechos adversos no nascimento. O aumento do nascimento prematuro relacionado ao estresse pode estar associado a questões biológicas, comportamentais e sociais (LEDERMAN, 1995, WARREN et al. 2006).

A associação entre o estado psicológico materno e os níveis de hormônio adrenocorticotrópico, beta-endorfina e cortisol plasmático foi defendida por WADHWA et al (1996). As substâncias químicas liberadas pela mãe frente às emoções vivenciadas no dia-a-dia poderiam então alterar a composição do sangue materno e modificar o ambiente intra-uterino. O desequilíbrio da homeostase hormonal causado pelo estresse pode contribuir para o parto prematuro (RUIZ et al. 2003, BARRIOS et al, 2014). Além disso, o estresse também tem sido associado a comportamentos de risco, transtornos de humor e má adesão ao pré-natal, fatores estes também associados ao parto prematuro.

A falta de suporte social para suavizar eventos estressantes vivenciados pelas gestantes está associada a piores resultados na gravidez segundo Nuckolls et.al, 1972. Um estudo caso controle em gestantes no Peru mostrou que estresse moderado a grave estaria associado a aumento de 11,07 vezes no risco de parto

premature (SANCHEZ et al, 2013b). Outra análise publicada pelo mesmo grupo publicada em 2014 mostrou que os riscos de parto prematuro aumentam em mais de duas vezes nas mulheres que vivenciaram certos eventos estressores durante a gestação, tais como morte de familiar, dificuldade financeira, problemas conjugais ou até casamento de parente próximo (segundo o estudo, o casamento no país envolve grande mobilização financeira e social de toda a família, o que tradicionalmente é um fator estressor). No caso de três ou mais eventos estressores, houve aumento de até 4,26 vezes nas chances de parto prematuro (BARRIOS et al, 2014).

Um estudo dinamarquês (HEDEGAARD et al, 1996) abordando eventos semelhantes, mostrou que seria o tipo de enfrentamento individual (“estilo de *coping*”) frente ao estresse o fator crítico para risco de parto prematuro, e não a ocorrência dos eventos por si só.

Outros estudos mostraram que os efeitos do estresse materno na gestação estariam relacionados ao tempo de exposição e intensidade do fator estressante (LAPLANTE et al, 2004). Em São Paulo, uma amostragem de 865 gestantes entre 1997 e 2000 foi avaliada para estresse nos três trimestres da gestação e comprovou-se a associação entre estresse e prematuridade (RONDO et al, 2003).

1.2 VIOLÊNCIA E PARTO PRÉ-TERMO

A lei nº 11.340, de 2006, divide a Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher em cinco categorias: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Segundo a lei, a violência contra a mulher é definida como “(...) qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (...), de ocorrência no espaço físico doméstico, no âmbito familiar ou ainda em qualquer relação íntima de afeto” (BRASIL, 2006).

As consequências da violência doméstica são inúmeras. As vítimas podem desenvolver problemas com abuso de substâncias (álcool, drogas) numa tentativa

de diminuir a dor física e emocional. A maioria das mulheres com Transtorno de Estresse Pós Traumático e abuso de substâncias tem história de violência física ou sexual (CHAMBLISS et al, 2008)

A violência contra a mulher é assunto de interesse da política pública mundial, ao colocar em risco a vida e o bem estar de mulheres e seus filhos, assim como da sociedade como um todo (ELLSBERG et al, 2005).

Todavia, ainda são escassos os trabalhos de pesquisadores brasileiros que tem como objeto de estudo as consequências da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. É comum a omissão de socorro por parte das vítimas, o que dificulta ainda mais o diagnóstico e a intervenção, com piora das consequências (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O problema da violência física praticada pelo parceiro é de grande magnitude. É o que mostra um estudo multi-países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica. Os autores mostraram prevalência de até 71% de violência doméstica na zona rural da Etiópia, sendo de 37 e 29%, respectivamente, na zona rural de Pernambuco e na cidade de São Paulo. Das brasileiras entrevistadas, 8% sofreu violência física e 11% violência sexual, sendo o parceiro o maior responsável por violência contra a gestante no domicílio (GARCIA-MORENO et al, 2005).

Esses dados mostram que a violência contra a mulher é evento tão comum como a maioria das condições tratadas no pré-natal, como pré-eclâmpsia ou diabetes, e carrega consigo repercussões igualmente graves. A violência doméstica tem sido associada a aumento no risco de corioamnionite, parto prematuro, má adesão ao pré-natal, pielonefrite, drogadição, baixo peso ao nascer, sem contar a mortalidade e morbidade materno-fetal diretamente relacionadas ao ato da violência física (CHAMBLISS, 2008).

Estudo na Austrália acompanhou 537 pacientes durante o pré-natal até o parto, sendo 157 vítimas de violência doméstica e 380 controles, porém não mostrou diferenças estaticamente significativas em relação às complicações obstétricas antes do parto entre os dois grupos (QUILIVAN; EVANS, 2001).

A Índia tem o maior número absoluto de mortes maternas, casos de parto prematuro e mortalidade infantil do mundo, assim como altos índices de violência doméstica. Das 27,2 milhões de crianças nascidas anualmente no país, cerca de 3,5 milhões são definidas como pré-termo, resultando em taxas elevadas de prematuridade – cerca de 13% (RAO et al, 2016). Este estudo recente encontrou aumento significativo do risco de prematuridade em mulheres submetidas a violência psicológica (OR 3,9 IC 1,19-12,82) e portadoras de sintomas depressivos médios a graves (OR 3,3 IC 0,99-11,17).

1.3 SUPORTE SOCIAL E PARTO PRÉ-TERMO

O suporte social é constituído da rede de pessoas, familiares ou não, que oferecem suporte à família ou ao indivíduo promovendo melhoria da qualidade de vida, e é fator fundamental para a manutenção da saúde mental. Brito e Koller (1999) definem o amparo social como sendo “o conjunto de sistemas e pessoas significativas que compõem os elos de relacionamentos recebidos e percebidos do indivíduo”.

O apoio da rede social próxima ao indivíduo ajuda no alívio do estresse físico e mental, e promove efeitos benéficos nos processos fisiológicos relacionados ao sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico, sendo importante para o enfrentamento de situações estressantes (“*coping*”) (DESSEN; BRAZ, 2000).

A rede de apoio social é fundamental durante o pré-natal, momento de mudanças importantes que podem alterar a dinâmica familiar e os relacionamentos interpessoais. Uma boa rede de apoio pode melhorar o funcionamento pessoal e proteger o indivíduo de efeitos negativos causados por adversidades e estresse (NEWCOMB, 1990).

O suporte social é construto multifacetado e complexo, avaliado por conceitos subjetivos e objetivos, que ainda precisa de melhor precisão para sua definição (DESSEN & BRAZ, 2000).

Um bom suporte social é fonte de apoio em momentos importantes da vida humana, tais como gravidez e parto, fornecendo às gestantes segurança, controle, esperança, proteção e autonomia (DESSEN & BRAZ, 2000). Estes laços, então, teriam influência na manutenção da saúde pois proporcionam condutas adaptativas em situações de estresse, beneficiando a saúde e o bem estar do indivíduo (GRIEP et al, 2005). Revisão recente (SHAPIRO et al., 2013) evidenciou que estudos mostraram relação inversa entre suporte social e biomarcadores de estresse materno (ACTH, cortisol), sugerindo que os efeitos do estresse possam ser reduzidos com intervenções. Porém os resultados que associam a existência de bom suporte social e a diminuição do desfecho prematuridade ainda são escassos.

1.4 DEPRESSÃO E PARTO PRÉ-TERMO

Transtornos do humor são até duas vezes mais comuns em mulheres do que homens, e frequentemente surgem durante os anos reprodutivos (SURI et al, 2007). Sintomas depressivos podem acometer até 15% das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, mais frequentemente durante o período gestacional do que no pós parto. Há evidências crescentes de que tais transtornos podem estar relacionados ao parto pré-termo (SANCHEZ et al, 2013b).

Trabalho realizado entre 2010 e 2013 (VENKATESH et al, 2016) avaliou questionário de 10 itens, focado em sintomas psíquicos e menos somáticos, do qual 7,267 mulheres foram classificadas como tendo depressão durante a gestação. Os resultados mostraram aumento do risco de prematuridade em 1,27 (IC 1,04 - 1,55) e de prematuridade extrema (abaixo de 32 semanas) em 1,82 (IC 1,09 - 3,02). Os resultados mostraram ainda que o uso de medicamentos para tratamento do quadro depressivo resultou em fator protetor: ao selecionar apenas as pacientes tratadas não houve aumento do risco de prematuridade.

Estudo de coorte populacional na Suécia (LIU et al, 2016) analisou 366499 mulheres, mostrando incidência aumentada de parto prematuro nas mulheres com transtorno depressivo recente (OR 1,34 IC 1,22-1,46) e recorrente (OR 1,43 IC 1,32 – 1,53), verificado através de prontuários médicos digitais em todo o país.

Em revisão de 2015, STANEVA et al. analisou 14 estudos, sendo que em oito deles houve aumento significativo do desfecho prematuridade associado à depressão, com razões de chances entre 1,13 e 3,93. Um estudo populacional mostrou também que havia relação dose-dependente, com aumento do risco de prematuridade conforme a severidade dos sintomas e quadro depressivo. A ferramenta mais comumente utilizada nos estudos avaliados foi a CES-D, também utilizada neste projeto (STANEVA et al, 2015).

Dada a alta prevalência de tais sintomas e suas possíveis e graves repercussões no bem estar materno-fetal, justifica-se a melhor investigação de associações entre sintomas e desfechos neonatais, assim como o resultado de intervenções, como o uso de medicação anti-depressiva.

É admitido hoje que o desencadeamento da morbidade psiquiátrica possa resultar de uma exposição aguda ou crônica a estressores, com uma adaptação inadequada. Na depressão, a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-tireóide se encontra inibida. Reciprocamente, a inibição deste eixo também provoca depressão.

2 JUSTIFICATIVA

A prematuridade, como grande complicação obstétrica que gera repercussões em toda a sociedade, é um problema de saúde pública. Compreender melhor os seus fatores etiológicos é poder atuar melhor na prevenção e recorrência, visando minimizar os seus grandes custos sociais e econômicos.

Os fatores psicossociais e sua etiologia na prematuridade ainda são controversos com resultados divergentes na literatura. Acredita-se que, apesar da grande subjetividade do tema e de sua abordagem, é de suma importância que sejam melhor estudados, dadas as recentes evidências de sua associação direta com a deflagração dos mecanismos de parto pré-termo.

O estresse, os sintomas depressivos, a violência em todas as suas formas e a falta de suporte social são extremamente prevalentes, ainda mais em níveis sociais menos favorecidos. Determinar melhor a influência destes fatores - tão comuns às nossas pacientes - nos desfechos obstétricos nos parece oportuno e poderá representar grande avanço na predição e prevenção da prematuridade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Avaliar a influência da depressão, estresse materno, da violência doméstica e do baixo suporte social como fatores na etiologia da prematuridade, numa coorte de pré-natal em Ribeirão Preto.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a distribuição e prevalência das variáveis estudadas numa amostra populacional de 1400 gestantes em Ribeirão Preto.

Avaliar se há associação de risco entre tais fatores (estresse, violência, baixo suporte social e depressão) e o parto pré-termo.

Analisar os resultados e discutir possibilidades futuras de prevenção para o desfecho do parto pré-termo.

4 MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRPUSP) em 2008, processo número 11157/2008 (anexo). Todas as pacientes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado.

4.2 DESENHO E ÁREA DE ESTUDO

Foram utilizados dados do estudo de coorte brasileiro BRISA, que consiste em um estudo caso-controle aninhado a uma coorte prospectiva. A coorte é descrita no projeto temático “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras- BRISA”. O estudo foi desenvolvido e realizado em Ribeirão Preto (SP) e em São Luís (MA), com objetivo inicial de realizar análise comparativa entre duas cidades com características sócio-econômicas contrastantes.

Para esta tese foram considerados os dados de Ribeirão Preto, considerando que cuja população em 2010 era de 604.682 habitantes¹. Trata-se de uma cidade localizada em área rica e industrializada, ocupando o 10º lugar no Estado de São Paulo e o 24º lugar no Brasil no ranking de PIB a preços correntes². A principal atividade econômica é a agroindústria da cana-de-açúcar, comércio e serviços. É também um centro universitário regional por excelência.

¹ DATASUS – Banco de dados de Informações de Saúde. Ministério da Saúde. [Informação obtida em <http://www.datasus.gov.br>, 24 abril 2015]

² IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. [Informação obtida em <https://www.ibge.gov.br/>, 01 março 2018]

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo realizado foi um coorte prospectivo com uma amostra de conveniência da população de mulheres grávidas em Ribeirão Preto. As pacientes foram recrutadas na rede municipal de saúde da cidade, convidadas a participar do projeto em consulta de pré-natal. As pacientes que demonstraram interesse foram encaminhadas para coleta de dados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e realizadas duas entrevistas: a primeira entre a 20 e 25ª semana de gestação e a segunda após o nascimento. Do total de 1400 mulheres, 1370 gestantes foram avaliadas após o parto, com um total de 133 partos pré-termo.

Não é possível se obter uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas de uma população, pela inexistência de registros de mulheres grávidas ou de mulheres que fazem pré-natal. Por este motivo foi utilizada amostra de conveniência. As mulheres foram recrutadas em hospitais e unidades de saúde pertencentes ao sistema público de saúde, atendendo predominantemente à população de rendas média e baixa. Os dados desta coorte não são representativos da população dos municípios, mas cumpriram o objetivo de obtenção de números adequados de mulheres em cada uma das categorias das variáveis do estudo para se realizar um análise com adequado poder estatístico.

O projeto original recrutou inicialmente 1500 mulheres em cada uma das duas cidades avaliadas (Ribeirão Preto e São Luís do Maranhão). Com uma prevalência média esperada de prematuridade de 10 a 12%, o esperado seria entre 300 e 360 casos de prematuridade. De acordo com o cálculo estatístico, tal amostragem teria um poder de 80% para detectar um Odds Ratio de 1,7, mesmo na presença de fatores confundidores.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram recrutadas gestantes residentes em Ribeirão Preto com gestação única, realizando pré natal nas unidades básicas de saúde (UBS) e nos ambulatórios

de pré-natal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP- USP). Todas deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídas aquelas cuja idade gestacional foi definida por Ultrassonografia realizada antes da 20ª semana de gestação. Foram excluídas gestações múltiplas e fetos com malformações diagnosticadas previamente.

4.5 QUESTIONÁRIOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foi utilizado, na primeira entrevista, um questionário padronizado para coleta de dados (VIDE ANEXOS), dividido em blocos.

BLOCO A – Dados de identificação

BLOCO B – Dados da saúde reprodutiva

BLOCO C – Características da gravidez atual

BLOCO D – Características e hábitos de vida da mãe

BLOCO E – Dados demográficos e sociais

BLOCO F – Dados para contato

As perguntas do *bloco A - dados de identificação* foram questões referentes ao: número de identificação, nome da mãe, data do nascimento da mãe e local da realização do pré-natal e da entrevista as questões serão: data, horário e entrevistador.

O *bloco B - dados da saúde reprodutiva* foram referentes a: número de gestações, idade do primeiro parto, paridade, número de nascidos vivos e mortos, número de abortos e recém-nascidos com baixo peso ao nascer. Todas as gestações anteriores foram interrogadas em relação ao hábito de fumar, realização do pré-natal, data do término e tempo de gestação, peso ao nascer, prematuridade, sexo e, caso tenha ocorrido, idade do óbito fetal ou neonatal.

O *bloco C - características da gravidez atual* continha perguntas relacionadas: mês de início do pré-natal, escolha do local do pré-natal, número de consultas, exames realizados, data da última menstruação e a duração da gestação em semanas e investigada a ocorrência de doenças no pré-natal, infecções genitais, morbidade e internação durante a gravidez.

O *bloco D - Características e hábitos de vida da mãe* foram indagados: idade, escolaridade, cor, ocupação e situação conjugal da mãe, idade do primeiro coito, número de parceiros sexuais, uso de condom, se a mãe fuma, com que idade começou a fumar, há quantos anos fuma, o que fuma, quantas vezes a mãe fumava antes e durante a gravidez, o consumo e tipo de bebidas e a quantidade de café consumido durante a gravidez;

O *bloco E – refere-se aos dados demográficos e sociais*: características do chefe da família (foi considerado chefe da família a pessoa de maior renda), renda familiar e *per capita* em salários mínimos, trabalho, relação no emprego e ocupação do chefe de família, classificação econômica da família, condições de moradia, existência de água encanada e saneamento.

O *bloco G - dados para contato* consta dados do nome da mãe, nome do hospital e número do questionário, endereço, ponto de referência, bairro e telefones para contato.

Entrevista ao nascimento

Por ocasião do nascimento as mulheres foram entrevistadas novamente. Os hospitais envolvidos foram monitorados diariamente para a identificação das mulheres pertencentes à coorte. Todas as mulheres foram instruídas para comunicar que pertencem à coorte quando chegarem ao hospital e a se identificar com o cartão/diploma da pesquisa

Algumas informações do questionário foram atualizadas por ocasião do parto (uso de substâncias psicoativas, atividade sexual, emprego, violência doméstica, ganho de peso durante a gestação e a ocorrência de complicações da gravidez). Outras serão obtidas ao nascimento (peso de nascimento, idade gestacional) (VIDE ANEXOS).

As etapas dos questionários referentes às variáveis principais deste trabalho (estresse, violência, depressão e suporte social) são descritas a seguir.

4.5.1 ESTRESSE

A avaliação de estresse é melhor realizada pela percepção individual frente aos mais variados eventos ou situações vivenciadas pela gestante. Neste trabalho, a percepção subjetiva do estresse materno foi avaliada pela Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale, PSS) (Cohen; Kamarck; Merlmeistein, 1983), traduzida e validada para o português (Luft et al, 2007). A escala é composta de 14 questões cujas pontuações variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3= quase sempre e 4=sempre). A estrutura da versão de 14 itens foi avaliada para a população brasileira, mas os autores da versão original propuseram ainda uma versão reduzida desta escala contendo somente 10 itens – PSS 10, sendo retirados os itens 4,5,12 e 13 que apresentaram cargas fatoriais menores. Na validação brasileira, também foi notado um aumento da consistência interna ao se testar a nova versão. Portanto, para esta análise foram utilizados apenas os itens 1,2,3,6,7,8,9,10,11 e 14 sendo que os itens 6,7,9 e 10 são somados de forma invertida.

A soma total de cada item resulta em uma pontuação que vai de zero a 40 pontos. Não há para este teste divisão de escores em números pré-estabelecidos. Os autores não recomendaram tal agrupamento pois diminuiria a precisão da mensuração do estresse em diferentes pessoas (Cohen, Kamarck e Mermelstein, 1983). Desta forma, para realizar a análise, as gestantes foram divididas em tercís de distribuição da amostra (níveis menores, médios e maiores). Para avaliação em relação ao desfecho prematuridade, consideramos o terceiro grupo, aquele com os maiores níveis.

A ocorrência de eventos estressores nos últimos 12 meses foi avaliada por questionário específico, que menciona ocorrência de morte de ente querido, dificuldade financeira, rompimento de relacionamento, entre outros. As gestantes foram divididas pelo número de eventos relatados (“zero”; “um evento” e “dois ou mais eventos”).

4.5.2 DEPRESSÃO

Foi utilizada a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D (Weissman et al, 1977), traduzida e adaptada para o português em 1998. Consiste em um instrumento auto-aplicável com 20 itens com o objetivo de detectar sintomas depressivos, com perguntas relacionadas a humor, comportamento e percepção. As gestantes foram inquiridas a respeito de quantos dias na última semana sentiram os sintomas de depressão e o escore total foi obtido pela soma das pontuações de cada item da CES – D, após a inversão dos itens 4,8,12 e 16. Os 20 itens são divididos em 4 fatores (humor, psicomotor, bem estar e relações interpessoais). Para classificação da amostra considerou-se os níveis: sintomas não relevantes (pontuação igual ou inferior a 16 pontos); possivelmente deprimidos (de 16 a 23 pontos) e provavelmente deprimidos (pontuação igual ou superior a 24 pontos) (Chung et al, 2008). Para realizar a análise associativa, considerou-se apenas as gestantes classificadas como provavelmente deprimidas.

4.5.3 VIOLÊNCIA

O questionário utilizado para avaliar violência consistia em 13 questões, obtidas da versão em português de questionário da Organização Mundial de Saúde no estudo Violência contra Mulher. Consiste em instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, traduzido e validado para o Brasil (Schraiber et al, 2010). Ele avalia três tipos de violência: sexual, física e psicológica. Os itens permitem que a voluntária responda “não”, “uma vez”, “poucas vezes” ou “ muitas vezes”. Qualquer resposta positiva, em qualquer dos itens, foi classificada como SIM para efeito de análise associativa. As respostas foram divididas posteriormente pelo tipo de violência sofrido. Recentemente, Ribeiro et al. publicou recentemente um estudo que valida o questionário utilizado no país para avaliação multidimensional da violência contra mulheres grávidas (RIBEIRO et al, 2014).

4.5.4 APOIO SOCIAL

Há poucos instrumentos no Brasil validados para medir apoio social. Os poucos estudos existentes utilizaram a escala de apoio social do Medical Outcomes Study (TARLOV et al, 1989). Esta escala foi traduzida e adaptada para o português, depois validada e utilizada no Estudo Pró-Saúde, uma coorte de funcionários de uma Universidade pública brasileira (CHOR et al, 2001; FAERSTEIN et al, 2005).

Esta escala foi concebida para atingir cinco dimensões de apoio social: material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação. Há cinco opções de resposta, semelhantes às respostas para grau de estresse percebido: nunca (1), raramente(2), às vezes(3), frequentemente(4) e constantemente(5). São perguntas a respeito da existência de alguém que a ajude caso a pessoa ficar doente, se existe alguém que demonstre afeto, que ouça , que confie para compartilhar preocupações, para dar conselhos em situações de crise, que lhe distraia e divirta, entre outras (GRIEP et al, 2005).

Este foi o mesmo instrumento utilizado no Estudo Pró-Saúde(CHOR et al, 2001), com pequenas alterações, adaptado para ser respondido por gestantes e preparado para o processo de codificação.

O grau de apoio social foi dividido de forma semelhante ao grau de estresse percebido, em tercís de distribuição diante do resultado da amostra, separando-se as gestantes em três grupos, classificadas como tendo apoio social “baixo, médio e alto”.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados foram analisados em tabelas no programa Excel (versão 2016) e reunidas as informações necessárias para este trabalho em uma tabela única. Nas linhas foram colocados os números de controle referentes a cada gestante e nas colunas, as variáveis e covariáveis.

Selecionamos como variáveis principais o estresse, violência, depressão e suporte social, assim como o número de eventos estressantes e o número de pessoas com quem contar. O desfecho principal, isto é, a prematuridade, também ficou separado em uma coluna que continha a idade gestacional ao nascer (em dias).

Como covariáveis, foram selecionados dados relativos ao uso de álcool, drogas, tabaco; escolaridade; estado civil; renda familiar e relação de bens; tipo de parto ; número de partos prévios; idade.

Os dados foram então classificados e categorizados. Para o desfecho prematuridade utilizou-se o parto com menos de 37 semanas completas, isto é, até 258 dias.

Para depressão, utilizamos as categorias “Sintomas irrelevantes – 1”; “Possivelmente deprimidas – 2” e “ Provavelmente deprimidas – 3”. Para o grau de estresse e de apoio social, dividimos as gestantes em tercís de distribuição conforme a pontuação total, dividindo então em estresse “leve, moderado e severo” e apoio social “baixo, médio, alto”.

Para o critério violência foram selecionados como “SIM – resposta positiva” qualquer resposta positiva às perguntas sobre os variados tipos de violência (sexual, física e psicológica). Posteriormente foram separadas as respostas por SIM e NÃO em colunas individuais por tipo de violência sofrida.

Nas covariáveis, foram divididas as gestantes por distribuição etária (1:adolescentes; 2: 18 a 35 anos e 3: acima de 35 anos) e paridade (1:primípara; 2: dois filhos e 3: três ou mais filhos). O uso de drogas lícitas ou ilícitas foi categorizado por tipo de uso, sendo que uma resposta positiva bastava para pontuar.

O critério escolaridade foi dividido em 5 grupos: 1: analfabetos e/ou fundamental 1 incompleto; 2: fundamental 1 completo e/ou fundamental 2 incompleto; 3: ensino fundamental completo e/ou ensino médio incompleto; 4: ensino médio completo e/ou superior incompleto; 5: superior completo. Para fins de análise estatísticas, esses grupos foram divididos em escolaridade BAIXA (até fundamental incompleto – grupos 1 e 2) ; MÉDIA (até ensino médio incompleto – grupo 3) e ALTA (com ensino médio completo e acima – grupos 4 e 5).

A divisão por renda familiar foi realizada de maneira simplificada com fins de facilitar a análise estatística. As gestantes foram agrupadas em 3 categorias de ‘classe social’ de acordo com a renda familiar mensal : baixa, média e alta. Classe baixa se referia a renda inferior a 2 salários mínimos ; classe média entre 2 e 10 salários mínimos; e classe alta com renda familiar acima de 10 salários mínimos.

Além disso, dividiu-se também as gestantes pela situação conjugal (1- com união estável; 0 - sem união estável) e pelo tipo de parto (1- parto vaginal – operatório ou não; 2 – cesariana)

Para se associarem as variáveis estudadas com a ocorrência de prematuridade, foram estimados riscos relativos e seus respectivos intervalos de confiança 95%, através do ajuste de modelos de regressão log-binomiais. Foram considerados modelos simples (apenas uma variável independente), resultando em riscos relativos brutos e modelos múltiplos (duas ou mais covariáveis independentes) resultando em riscos relativos ajustados. O software utilizado foi o SAS 9.3.

5 RESULTADOS

Foram obtidos dados do parto e desfecho gestacional de 1370 mulheres. A distribuição sócio demográfica da população estudada pode ser avaliada na Tabela 1. A idade variou entre 12 e 45 anos, com média de 25,7 anos. Cerca de 85% das participantes do estudo tinham entre 18 e 35 anos; sendo 7,8% adolescentes (abaixo de 18 anos) e 7,3% acima de 35 anos. Relataram estar em união estável (casadas e amasiadas) 80,8% das mulheres. Em relação à paridade, 676 pacientes passavam pela primeira gestação (48,3% da amostra); 401 pacientes tinham apenasum filho(a) mais velho e 293 eram múltiparas (dois ou mais partos anteriores). A multiparidade foi associada a aumento de prevalência de todas as variáveis estudadas (baixo apoio social, estresse severo, depressão e violência), sendo que no quesito estresse severo e baixo apoio social, os valores são praticamente duas vezes maiores em múltiparas do que nas primíparas.

Dentre as variáveis avaliadas, o grau de estresse e apoio social foram divididos em tercis de distribuição amostral, classificados respectivamente entre estresse leve, moderado e grave; apoio social baixo, médio e alto.

Na variável depressão, observou-se uma incidência de 25,1% de mulheres classificadas como provavelmente deprimidas, ou seja, 351 pacientes.

Em relação à violência, 635 mulheres (45,4% da amostra) relataram ter sofrido algum tipo de violência durante a gravidez, sendo que a violência psicológica foi a mais comum (620 pacientes, 44,3% da amostra). Esse quesito inclui insultos, ameaças, depreciação verbal, humilhação. A violência física foi relatada por 173 gestantes (12,4%) e o abuso sexual por 53 gestantes (3,8%). Para fins de classificação e análise, foi considerada a hipótese de violência como um todo. Da população que referiu ter sofrido algum episódio de violência, mais de 50% também referiu algum tipo de vício. Das usuárias de drogas ilícitas, 62% relatou algum tipo de violência durante a gestação.

No quesito uso de substâncias, o mais comum foi a ingestão de bebida alcoólica durante a gestação, confirmada por 25,2% das pacientes, no total 353

casos. Apenas 4,2% informaram uso de drogas ilícitas e 12,8%, relataram uso de cigarro comum.

O tipo de parto foi dividido entre vaginal, incluindo os partos vaginais operatórios com uso de fórceps ou vácuo-extrator (817 mulheres, 58,3%) e cesariana (553 mulheres, 39,5%). Dos partos vaginais, foi relatado o uso de fórceps ou vácuo extrator em 58 casos (4,1%).

Tabela 1. Características sócio-econômicas da amostra populacional e frequência (número total e porcentagem) das principais variáveis do estudo em cada grupo.

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	N (%)	Principais Variáveis N(%)			
		Violência	Estresse Severo	Provavelmente Deprimidas	Baixo Apoio Social
Idade Materna					
<18 anos	109 (7,8)	53 (48,6)	25 (22,9)	21 (19,3)	32 (29,4)
18 - 35 anos	1189 (84,9)	540 (45,4)	412 (34,7)	301 (25,3)	389 (32,7)
>35 anos	102 (7,3)	42 (41,2)	30 (29,4)	29 (28,4)	46 (45,1)
Uso de Substâncias					
Álcool	353 (25,2)	184 (52,1)	143 (40,5)	111 (31,4)	142 (40,2)
Cigarro	179 (12,8)	103 (57,5)	87 (48,6)	59 (33,0)	75 (41,9)
Drogas	59 (4,2)	37 (62,7)	33 (55,9)	22 (37,3)	20 (33,9)
Paridade					
1	676 (48,3)	290 (42,9)	173 (25,6)	142 (21,0)	166 (24,6)
2	401 (28,6)	182 (45,4)	141 (35,2)	93 (23,2)	150 (37,4)
3 ou mais	293 (20,9)	146 (49,8)	141 (48,1)	108 (36,9)	141 (48,1)
Escolaridade					
Analfabeta - Fundamental 1 Incompleto	32 (2,3)	16 (50,0)	11 (34,4)	8 (25,0)	16 (50,0)
Fundamental 1 Completo - Fundamental 2 Incompleto	197 (14,1)	80 (40,6)	78 (39,6)	57 (28,9)	87 (44,2)
Fundamental 2 Completo - Ensino Médio Incompleto	1051 (75,1)	481 (45,8)	349 (33,2)	263 (25,0)	338 (32,2)
Ensino Médio Completo - Superior Incompleto	51 (3,6)	29 (56,9)	15 (29,4)	13 (25,0)	13 (25,5)
Ensino Superior Completo	63 (4,5)	27 (42,9)	14 (22,2)	9 (14,3)	12(19,0)
Classe Social					
E (<2 salários mínimos)	391 (27,9)	197 (50,4)	164 (41,9)	123 (31,5)	160 (40,9)
D (2 a 4 salários mínimos)	504 (36,0)	202 (40,1)	151 (30,0)	108 (21,4)	150 (29,8)
C (4 a 10 salários mínimos)	331 (23,6)	157 (47,4)	95 (28,7)	75 (22,7)	113 (34,1)
B (10 a 20 salários mínimos)	30 (2,1)	16 (53,3)	5 (16,7)	5 (16,7)	9 (30,0)
A (>20 salários mínimos)	9 (0,6)	4 (44,4)	4 (44,4)	2 (22,2)	1 (11,1)
Tipo de parto					
Normal	759 (54,2)	342 (45,1)	259 (34,1)	186 (24,5)	261 (34,4)
Cesárea	553 (39,5)	255 (46,1)	177 (32,0)	147 (26,6)	182 (32,9)
Fórceps ou Vácuo Extrator	58 (4,1)	21 (36,2)	19 (32,8)	10 (17,2)	14 (24,1)
Companheiro					
Sim	1131 (80,8)	473 (41,8)	352 (31,1)	265 (23,4)	385 (34,0)
Não	265 (18,9)	160 (60,4)	115 (43,4)	85 (32,1)	81 (30,6)
História de Parto Pré-termo Anterior					
Sim	114 (8,1)	52 (45,6)	50 (43,9)	41 (36,0)	52 (45,6)
Não	1250 (89,3)	562 (45,0)	404 (32,3)	300 (24,0)	402 (32,2)

Além disso, foi realizada a análise do tipo de prematuridade , espontânea ou ‘não-espontânea’, incluindo-se nesta categoria os partos induzidos ou realizados de forma eletiva por outros motivos, tais como complicações clínicas maternas, restrição de crescimento, alterações de vitalidade fetal, entre outros. Esta divisão foi feita com base na análise das respostas das pacientes ao questionário do parto. As perguntas incluíam o motivo da procura pelo hospital, sensação de dor ou perda líquida, se teve contrações ou se o parto foi agendado pelo médico. As pacientes com história sugestiva de corioamniorrexe prematura pré-termo (CPPT) foram classificadas na categoria prematuridade espontânea.

Dos 133 casos de prematuridade, 95 foram considerados espontâneos (71,4% dos prematuros) e 38 “não-espontâneos” (28,5%).

O nível de estresse severo e depressão foram os dois únicos quesitos dentre as principais variáveis estudadas que mostraram aumento de risco estatisticamente significativo em relação ao desfecho prematuridade. Além deles, apenas o uso de TABACO, uma covariável, se mostrou também associado ao parto prematuro de maneira estatisticamente significativa. Os riscos relativos brutos associados às taxas de prematuridade geral e espontânea estão nas tabelas 3 e 4.

Em relação ao estresse, foi realizada também uma análise contínua entre a pontuação no questionário de Estresse Percebido (PSS) que varia de 0 a 40 pontos, sendo 40 o nível máximo de estresse relatado; e a idade gestacional ao nascer. Esta informação está no Gráfico 1 (Estresse Percebido x Idade Gestacional). O gráfico mostra a distribuição dos casos de prematuridade, por idade gestacional ao nascer, em relação ao grau de estresse percebido. Contudo, o gráfico nos mostra uma distribuição homogênea. Apesar do estresse se mostrar associado ao maior risco de prematuridade, não identificamos relação entre o grau de estresse (pontuações mais altas) e a idade gestacional mais precoce ao nascer. Vide Tabela 2.

Tabela 2. Média da idade gestacional ao nascer (em dias) de todos os casos de prematuridade observados, distribuídos de acordo com o grau de estresse percebido pela gestante.

Grau de Estresse	Casos de Prematuridade (N)	Média da Idade Gestacional (Dias)
1 (Leve)	33	236,09
2 (Moderado)	40	245,02
3 (Severo)	60	240,67

Nas pacientes classificadas como estresse ‘severo’, o risco relativo (RR) bruto em relação à taxa de prematuridade geral foi de 1,822 (IC 1,21 – 2,73) e em relação à prematuridade “espontânea” 1,603 (IC 0,92-2,79). Nota-se perda da significância estatística nessa segunda análise, ao considerar somente os partos prematuros espontâneos. Veja a tabela 3.

O resultado de risco relativo em relação ao estresse foi ajustado inicialmente ao uso de tabaco e à depressão – as variáveis que se mostraram significativas em análise primária. Depois, foi ajustado também em relação às covariáveis socioeconômicas (escolaridade, presença ou não de parceiro em união estável, uso de drogas e substâncias, classe social) e covariáveis clínico-obstétricas (idade, paridade, história de parto prematuro e tipo de parto), separadamente. Nas três subanálises, o estresse se manteve como fator preditivo de parto prematuro, com riscos relativos variando entre 1,69 a 1,75, todos com intervalos de confiança adequados.

Tabela 3: Resultado das análises entre estresse e parto pré-termo (PPT) , com os respectivos riscos relativos (RR) e seus intervalos de confiança (IC).

Estresse x PPT	RR bruto	IC 95%	
		LI	LS
RR bruto para PPT geral	1,82	1,22	2,73
RR bruto para PPT espontâneo	1,60	0,91	2,79
RR ajustado para depressão e tabagismo	1,69	1,03	2,78
RR ajustado para risco social	1,65	1,07	2,54
RR ajustado para risco obstétrico	1,75	1,15	2,65

A depressão materna – classificada como aquelas gestantes ‘provavelmente deprimidas’ em relação às com sintomas considerados ‘irrelevantes’ – mostrou aumento do risco de prematuridade apenas quando avaliada isoladamente (Risco Relativo bruto de 1,68; IC 1,07-2,64) . Foram realizadas também subanálises, ajustando-se o RR para depressão ao estresse e tabaco, depois às covariáveis socioeconômicas e clínico-obstétricas, em todas as quais não houve mais significância estatística. Veja Tabela 4.

Tabela 4: Resultado das análises entre depressão e parto pré-termo (PPT) , com os respectivos riscos relativos (RR) e seus intervalos de confiança (IC).

Depressão x PPT	RR bruto	IC 95%	
		LI	LS
RR bruto para PPT geral	1,49	1,02	2,18
RR bruto para PPT espontâneo	1,68	1,07	2,64
RR ajustado para estresse e tabagismo	1,01	0,63	1,61
RR ajustado para risco social	1,40	0,94	2,09
RR ajustado para risco obstétrico	1,30	0,88	1,93

O grau de apoio social, que de acordo com a hipótese deveria mostrar efeito protetor para o parto pré-termo, não mostrou nenhuma associação estatisticamente

significativa. Também foi avaliado o número de eventos estressantes, sem associação significativa com o parto pré-termo.

Tabela 5: Resultado das análises entre apoio social e eventos estressantes e parto pré-termo (PPT) , com os respectivos riscos relativos (RR) e seus intervalos de confiança (IC).

Apoio social e eventos estressantes x PPT	RR bruto	IC 95%	
		LI	LS
Apoio social	0,99	0,62	1,59
Eventos estressantes (2 ou mais)	1,61	0,92	2,87

O relato de violência não foi associado a aumento de taxas de prematuridade, mesmo quando avaliado separadamente por tipo ou de forma geral, sendo que os riscos relativos brutos e ajustados permaneceram próximos de 1,0 com intervalos de confiança que mostram ausência de significado estatístico. Vide Tabela 6.

Tabela 6: Resultado das análises entre estresse e parto pré-termo (PPT) , com os respectivos riscos relativos (RR) e seus intervalos de confiança (IC).

Violência x PPT	RR bruto	IC 95%	
		LI	LS
Violência geral	1,22	0,82	1,79
Violência psicológica	1,27	0,86	1,87
Violência física	1,11	0,63	1,95
Violência sexual	0,81	0,27	2,49

Por último, foram também avaliadas as influências de cada covariável (risco social e obstétrico) em relação ao desfecho. Isoladamente, as únicas covariáveis que mostraram associação direta de aumento de risco foram o uso de cigarro com

RR 1,64 (IC1,1-2,4) e o tipo de parto cesárea com RR 1,59 (IC 1,1 – 2,2). Vide Tabela 7.

Tabela 7: Resultado das análises entre os itens classificados como covariáveis (história social e obstétrica) e o parto pré-termo (PPT); e seus respectivos riscos relativos (RR) e intervalos de confiança (IC).

Covariáveis X PPT	PPT N(%)		RR Bruto	IC	
	NÃO 1237(90,3)	SIM 133(9,7)		LI	LS
Idade Materna					
<18 anos	99 (8)	9 (6,77)	0,87	0,46	1,67
18 - 35 anos	1053 (85,13)	111 (83,46)	ref	ref	ref
>35 anos	85 (6,87)	13 (9,77)	1,39	0,81	2,38
Uso de Substâncias					
Álcool	306 (24,82)	39 (29,32)	1,23	0,86	1,75
Cigarro	150 (12,17)	26 (19,55)	1,64	1,10	2,45
Drogas	52 (4,24)	3 (2,27)	0,55	0,18	1,68
Paridade					
1	617 (49,88)	59 (44,36)	ref	ref	ref
2	362 (29,26)	39 (29,32)	1,11	0,76	1,64
3 ou mais	258 (20,86)	35 (26,32)	1,37	0,92	2,03
Escolaridade					
Analfabeta - Fundamental 2 Incompleto	197 (15,98)	27 (20,30)	1,34	0,67	2,66
Fundamental 2 Completo - Ensino Médio Incompleto	935 (75,83)	96 (72,18)	1,03	0,56	1,92
Ensino Médio Completo - Superior Completo	101 (8,19)	10 (7,52)	ref	ref	ref
Classe Social					
Baixa (até 4 salários mínimos)	343 (30,68)	38 (31,67)	ref	ref	ref
Média (4 a 10 salários mínimos)	742 (66,37)	78 (65,00)	0,95	0,66	1,38
Alta (acima de 10 salários mínimos)	33 (2,95)	4 (3,33)	1,08	0,41	2,87
Tipo de parto					
Vaginal	753 (60,87)	64 (48,12)	ref	ref	ref
Cesárea	484 (39,13)	69 (51,88)	1,59	1,15	2,20
Companheiro					
Sim	229 (18,54)	33 (24,81)	1,39	0,96	2,02
Não	1006 (81,46)	100 (75,19)	ref	ref	ref
História de Parto Pré-termo Anterior					
Sim	1132 (91,88)	118 (89,39)	ref	ref	ref
Não	100 (8,12)	14 (10,61)	1,30	0,77	2,19

6 DISCUSSÃO

Este trabalho analisa quatro importantes itens relacionados ao bem estar e saúde da mulher que muitas vezes podem ser subestimados ou passar despercebidos em consultas de rotina. São, contudo, fatores que podem influenciar de forma direta nos desfechos materno-fetais – da mesma forma que as doenças mais ‘comuns e prevalentes’, como síndromes hipertensivas e diabetes. É preciso atentarmos a eles.

À primeira vista, os itens podem parecer pouco relacionados entre si. Inclusive da forma como foram analisados, em separado. Porém, ao nos aprofundarmos nos mecanismos de reação ao estresse, e como este pode ser influenciado por situações opressivas – tais como a violência em si; e como pode ser minimizado em pessoas que desenvolvem redes de apoio e mecanismos melhores de tolerância (“coping”), percebemos como são itens intrinsecamente interligados.

A violência como causadora de estresse físico e psíquico; a depressão como possível situação desencadeada por má adaptação ao estresse crônico; o suporte social como amenizador psíquico de tais circunstâncias; e o estresse como ponto em comum entre todos estes fatores. Percebemos que todas as situações estão profundamente conectadas. Mensurá-las de forma separada se justifica pela necessidade de utilizarmos questionários validados e testados, que por sua vez são específicos para cada fator. Porém, é importante perceber como há um fluxo em comum que começa ou termina no ponto-chave deste trabalho, o estresse.

A grande dificuldade em trabalhos que lidam com o estresse é, mais uma vez, sua mensuração. Apesar de utilizarmos questionários validados, todos são falhos e incompletos na sua missão de colocar em números ou tabelas toda a subjetividade do estresse percebido, assim como do humor deprimido, da sensação de ter apoio em sua rede social.

Apesar de estarem interligados, nem todos os fatores analisados mostraram correlação com risco de parto pré-termo. Não foi possível demonstrar associação neste estudo entre a violência e o suporte social em relação a prematuridade. Por outro lado, o estresse percebido se manteve como fator de risco em todas as

análises, mesmo no modelo ajustado. A depressão mostrou-se associada a prematuridade apenas na análise direta.

Os resultados relativos ao estresse apresentados são consistentes com a literatura atual, que tem se tornado cada vez mais estabelecidos. Na mais recente revisão sistematizada de SHAPIRO et al, 2013, foram avaliados 107 artigos e a maioria dos estudos demonstrou resultados positivos, com riscos relativos variando entre 1.2 e 2.1 para a associação entre graus maiores de estresse percebido e parto prematuro.

Nessa mesma revisão, também demonstrou-se que a contagem do número de eventos estressores não mostrou valor preditor para o parto prematuro. Assim como no presente trabalho, o ponto que mostrou valor para associação foi o estresse percebido. Acredita-se que uma grande limitação da abordagem por 'evento estressor' é que ela falha em analisar outros fatores estressores crônicos ou da vida diária, que para aquela gestante podem gerar incômodo muito maior e desencadear repercussões metabólicas.

Em relação a depressão, os dados ainda são controversos. Estudo recente realizado em 7267 mulheres em Massachusetts (VENKATESH et al, 2016) mostrou forte associação entre gestantes com triagem positiva para depressão antenatal e parto prematuro, mesmo ajustado às covariáveis. Outro estudo ainda mais numeroso, com 366499 gestantes na Suécia (LIU et al, 2016) confirmou associação entre depressão materna e parto prematuro. Ambos, diferentemente do presente projeto, são estudos voltados diretamente para avaliação de transtorno depressivo, em populações maiores e com acesso fácil a prontuário eletrônico, dados como uso de antidepressivos e consultas anteriores. O fato de depender apenas de um questionário auto-aplicado para triagem, com baixa especificidade, é uma limitação desta pesquisa e pode ter minimizado os resultados.

Revisão realizada na Austrália (STANEVA et al., 2015) avaliou a associação entre estresse, ansiedade e depressão na etiologia do parto prematuro. A influência da depressão foi avaliada em 14 estudos. Nos estudos com baixo risco de viés, a associação notou riscos relativos positivos entre 1.13 e 3.93, porém o risco não se manteve nos estudos com alto e moderado risco de viés. Do total de estudos

avaliados, oito destes mostraram um risco relativo significativo de parto prematuro em pacientes triadas para depressão durante o pré natal. A ferramenta mais utilizada foi a CES-D.

Nosso estudo mostrou associação direta apenas quando não ajustado às covariáveis, o que pode ser decorrente da amostragem menor e de menos recursos para triagem de transtornos depressivos.

Em relação à violência doméstica, nosso estudo não mostrou associação significativa. Por outro lado, estudo com 150 gestantes realizado na Índia, país com maior número absoluto de mortes maternas do mundo e altíssimos índices de violência doméstica, mostrou aumento do risco de prematuridade de 3,9 (IC 1,19-12,82) associado a violência psicológica. No Peru, em 2012, um estudo com 959 mulheres mostrou um risco relativo de 2,1 (IC 1,59 – 2,68) associado a história de violência causada pelo parceiro.

Por se tratar de população mais homogênea, em cidade localizada em um dos estados mais ricos do país, acreditamos que o grau de violência sofrido seja expressivamente menor do que aqueles observados em populações mais carentes e em locais menos desenvolvidos, o que pode ter contribuído para a ausência de associação direta entre os fatores e o desfecho.

Um estudo realizado em cidade paulistana de Campinas com amostragem semelhante (1400 mulheres, das quais 1229 completaram as informações) também não mostrou quaisquer associação entre violência sofrida pela mulher e prematuridade (AUDI et al, 2008).

Por fim, apesar do suporte social ser considerado como o grande mecanismo para tentar ‘diminuir os efeitos negativos’ do estresse e ajudar a própria gestante a desenvolver mecanismos para lidar com eventos estressores, não tem se comprovado na literatura este “efeito protetor”. O resultado relativo ao suporte social deste trabalho não foi diferente. Revisão recente com 16 estudos não mostrou associação direta entre suporte social e parto prematuro, apenas quando esta variável era analisada em conjunto com avaliações de estresse percebido (HETHERINGTON et al, 2015).

Um ponto forte deste estudo é a grande amostra não randomizada de uma população geral, o fato de terem sido utilizados questionários validados internacionalmente e utilizados em estudos similares. A avaliação de violência foi confidencial, o que aumenta a confiabilidade. Todas as pacientes foram submetidas a duas entrevistas, realizadas em dois momentos importantes, no segundo trimestre e após o parto, realizadas por pessoal treinado.

As limitações incluem não reavaliar o questionário de violência após o parto, ausência de seguimento do paciente desde o recrutamento até o nascimento e não ter realizado coleta de marcadores séricos de estresse. Diferentemente de estudos realizados em países desenvolvidos, não há prontuário eletrônico universal e com informações mais consistentes de história pessoal de cada gestante, assim como uso de antidepressivos, internações ou diagnósticos prévios. As informações de saúde levadas em conta são somente aquelas colhidas nos questionários, que podem estar sujeitas aos vieses de coleta. Em relação às informações relativas ao parto, também foram consideradas aquelas relatadas pelas pacientes, o que também está sujeito a erro, principalmente no que diz respeito aos procedimentos realizados e motivo que ultimou a prematuridade.

7 CONCLUSÃO

Foi avaliada uma amostra populacional majoritariamente adulta (85% entre 19 e 35 anos), com união estável (80,8%), cursando a primeira ou segunda gestação (78% primigestas e secundigestas), com ensino médio incompleto (91,5%) e com renda familiar dividida entre graus de pobreza (63% com renda de até quatro salários mínimos) e classe média (23% com renda entre quatro e 10 salários mínimos).

Nesta amostra, graus elevados de estresse percebido durante a gestação estão associados ao parto prematuro. Sintomas depressivos maiores, que por questionários validados classificam a gestante como 'provavelmente deprimida', também mostram associação direta ao aumento da prematuridade.

O efeito da violência doméstica como fator etiológico assim como o nível de suporte social como fator protetor não mostraram associação direta com a etiologia do parto pré-termo.

O estresse percebido foi o único fator que se mostrou estatisticamente significativo mesmo quando ajustado aos demais cofatores de risco social e obstétrico.

Conclui-se que um alto grau de estresse percebido e sinais de transtorno depressivo, ambos triados facilmente com perguntas direcionadas e treinamento, são importantes fatores de risco para o parto pré-termo. Contudo, é necessário aprofundar estudos sobre qual a melhor abordagem multidisciplinar que possa atuar como amenizador e como prevenção do parto pré-termo, em cada caso.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

AUDI, Celene Aparecida Ferrari et al. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. **Jornal de pediatria**, v. 84, n. 1, p. 60-67, 2008.

AUSTIN, Marie-Paule; LEADER, Leo. Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. **Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology**, v. 40, n. 3, p. 331-337, 2000.

BARBIERI, Marco A. et al. Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 596-602, 2000.

BARRIOS, Yasmin V. et al. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal experience of serious life events during pregnancy. **International journal of women's health**, v. 6, p. 249-257, 2014.

BARROS, Fernando C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847-854, 2005.

BETTIOL, Heloisa et al. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 18-28, 1998.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRITO, Raquel Cardoso; KOLLER, Silvia Helena. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: A. M. Carvalho (Ed.). **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

CHAMBLISS, Linda R. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 51, n. 2, p. 385-397, 2008.

CHARMANDARI, Evangelia; TSIGOS, Constantine; CHROUSOS, George. Endocrinology of the stress response. **Annu. Rev. Physiol.**, v. 67, p. 259-284, 2005.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023), sistema autor-data.

CHOR, Dóra et al. Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: pre-tests and pilot study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior**, p. 385-396, 1983.

CHUNG, Esther K. et al. Depressive symptoms in disadvantaged women receiving prenatal care: the influence of adverse and positive childhood experiences. **Ambulatory Pediatrics**, v. 8, n. 2, p. 109-116, 2008.

COLE-LEWIS, Heather J. et al. Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. **Health Psychology**, v. 33, n. 9, p. 1033-1045, 2014.

COPPER, Rachel L. et al. The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 175, n. 5, p. 1286-1292, 1996.

DATASUS. Informações de Saúde. Ministério da Saúde: Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>> . Acesso em: 24 abr. 2015.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

DOLE, Nancy et al. Maternal stress and preterm birth. **American journal of epidemiology**, v. 157, n. 1, p. 14-24, 2003.

ELLSBERG, Mary Carroll et al. Researching violence against women: practical guidelines for researchers and activists. 2005.

FAERSTEIN, Eduardo et al. Estudo Pró-Saúde: observações adicionais sobre temas e métodos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 474-476, 2005.

FIGUEIREDO, Felipe Pinheiro de. **Interação genético-ambiental nos estados depressivos periparto**. 2016. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

GARCIA-MORENO, C. et al. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva. World Health Organization, 2005.

GOLDANI, Marcelo Zubaran et al. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. **Cadernos de saude publica**, v. 16, n. 4, p. 1041-1047, 2000.

GOLDENBERG, Robert L. et al. Epidemiology and causes of preterm birth. **The lancet**, v. 371, n. 9606, p. 75-84, 2008.

GOMES, Uilho A. et al. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, n. 4, p. 687-694, 1999.

GREENBERG, Jerrold S. **Administração do estresse**. São Paulo: Editora Manole , 2002.

GRIEP, Rosane Harter et al. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pro-Saude Study. **Cadernos de saude publica**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

HEDEGAARD, Morten et al. Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery?. **Epidemiology**, p. 339-345, 1996.

HETHERINGTON, Erin et al. Preterm Birth and Social Support during Pregnancy: a Systematic Review and Meta-Analysis. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 29, n. 6, p. 523-535, 2015.

HOBEL, Calvin J. et al. Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in preterm delivery. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 180, n. 1, p. S257-S263, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Brasil. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 mar.2018.

JOHNSTON, Richard B. et al. Overview: new perspectives on the stubborn challenge of preterm birth. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 15, n. s2, p. 3-6, 2001.

JOSEPH, K. S. et al. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. **New England Journal of Medicine**, v. 339, n. 20, p. 1434-1439, 1998.

JOSEPH, K. S.; DEMISSIE, Kitaw; KRAMER, Michael S. Obstetric intervention, stillbirth, and preterm birth. In: **Seminars in perinatology**. Elsevier, 2002. p. 250-259.

KAJEEPETA, Sandhya et al. Sleep duration, vital exhaustion, and odds of spontaneous preterm birth: a case–control study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 337, 2014.

KELLER, B.; COELHO, R. W. **Estudo comparativo dos níveis de cortisol salivar e estresse em atletas de luta olímpica de alto rendimento**. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2007.

KRAMER, Michael S. et al. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly?. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 14, n. 3, p. 194-210, 2000.

LAPLANTE, David P. et al. Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. **Pediatric research**, v. 56, n. 3, p. 400, 2004.

LEDERMAN, Regina P. Relationship of anxiety, stress, and psychosocial development to reproductive health. **Behavioral Medicine**, v. 21, n. 3, p. 101-112, 1995.

LEVINE, Terri A. et al. Prenatal stress and hemodynamics in pregnancy: a systematic review. **Archives of women's mental health**, v. 19, n. 5, p. 721-739, 2016.

LILLIECREUTZ, Caroline et al. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 5, 2016.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 76, 2000.

LIU, Can et al. Prenatal parental depression and preterm birth: a national cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 12, p. 1973-1982, 2016.

LOCKWOOD, Charles J. Stress-associated preterm delivery: the role of corticotropin-releasing hormone. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 180, n. 1, p. S264-S266, 1999.

LUFT, Caroline Di Bernardi et al. Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007

LUKASSE, Mirjam et al. Antenatal maternal emotional distress and duration of pregnancy. **PloS one**, v. 9, n. 7, p. e101682, 2014.

MANCUSO, Roberta A. et al. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. **Psychosomatic Medicine**, v. 66, n. 5, p. 762-769, 2004.

MARTÍNEZ, Roberth Alirio Ortiz; CASTILLO, Alejandro. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 45, n. 2, p. 75-83, 2016.

MATIJASEVICH, Alicia et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 4, p. 557-564, 2013.

MEIJER, Judith L. et al. PRegnancy Outcomes after a Maternity Intervention for Stressful EmotionS (PROMISES): study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, v. 12, n. 1, p. 157, 2011.

NAST, Irina et al. How to measure prenatal stress? A systematic review of psychometric instruments to assess psychosocial stress during pregnancy. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 27, n. 4, p. 313-322, 2013.

NEWCOMB, Michael D. Social support and personal characteristics: A developmental and interactional perspective. **Journal of social and clinical psychology**, v. 9, n. 1, p. 54-68, 1990.

NUCKOLLS, Katherine B.; CASSEL, John; KAPLAN, Berton H. Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. **American journal of Epidemiology**, v. 95, n. 5, p. 431-441, 1972.

QUINLIVAN, Julie A.; EVANS, Sharon F. A prospective cohort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 14, n. 1, p. 17-23, 2001.

RAO, Deepa et al. The impact of domestic violence and depressive symptoms on preterm birth in South India. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 51, n. 2, p. 225-232, 2016.

RIBEIRO, Eleonora RO et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 136-142, 2000.

RIBEIRO, Marizélia Rodrigues Costa et al. Confirmatory factor analysis of the WHO violence against women instrument in pregnant women: results from the BRISA Prenatal Cohort. **PLoS One**, v. 9, n. 12, p. e115382, 2014.

RONDÓ, Patricia HC et al. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. **European journal of clinical nutrition**, v. 57, n. 2, p. 266, 2003.

RUIZ, Roberta J.; FULLERTON, Judith; DUDLEY, Donald J. The interrelationship of maternal stress, endocrine factors and inflammation on gestational length. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 58, n. 6, p. 415-428, 2003.

SANCHEZ, Sixto E. et al. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. **Maternal and child health journal**, v. 17, n. 3, p. 485-492, 2013a.

SANCHEZ, Sixto E. et al. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal depressive, anxiety and stress symptoms. **The Journal of reproductive medicine**, v. 58, p. 25-33, 2013b.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia PL; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde pública**, v. 40, p. 112-120, 2006.

SELYE, Hans et al. A syndrome produced by diverse nocuous agents. **Nature**, v. 138, n. 3479, p. 32, 1936.

SELYE, Hans. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. **The journal of clinical endocrinology**, v. 6, n. 2, p. 117-230, 1946.

SHAPIRO, Gabriel D. et al. Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. **Journal of perinatal medicine**, v. 41, n. 6, p. 631-645, 2013.

SHAW, Jonathan G. et al. Posttraumatic stress disorder and risk of spontaneous preterm birth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 124, n. 6, p. 1111-1119, 2014.

SILVA, Antônio Augusto Moura da. A. et al. Trends in low birth weight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15-year interval in Ribeirao Preto, Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 76, n. 1, p. 73, 1998.

SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 17, n. 6, p. 1412-1423, 2001a.

SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 15, n. 3, p. 257-264, 2001b.

SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Evaluation of data quality from the information system on live births in 1997-1998. **Revista de saude publica**, v. 35, n. 6, p. 508-514, 2001c.

SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Which factors could explain the low birth weight paradox?. **Revista de saude publica**, v. 40, n. 4, p. 648-655, 2006.

STANEVA, Aleksandra et al. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. **Women and Birth**, v. 28, n. 3, p. 179-193, 2015.

SURI, Rita et al. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. **American Journal of Psychiatry**, v. 164, n. 8, p. 1206-1213, 2007.

TARLOV, Alvin R. et al. The medical outcomes study. **Jama**, v. 262, n. 7, p. 925-930, 1989.

THEME FILHA, Mariza Miranda et al. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos vivos Hospitalares no município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S83-S91, 2004.

TSIMIS, M. E. et al. Prematurity: present and future. **Minerva ginecologica**, v. 67, n. 1, p. 35, 2015

VENKATESH, Kartik K. et al. Association of antenatal depression symptoms and antidepressant treatment with preterm birth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 127, n. 5, p. 926-933, 2016.

VOELLMIN, Annette et al. Maternal positive affect over the course of pregnancy is associated with the length of gestation and reduced risk of preterm delivery. **Journal of psychosomatic research**, v. 75, n. 4, p. 336-340, 2013.

WADHWA, Pathik D. et al. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. **Psychosomatic medicine**, v. 58, n. 5, p. 432-446, 1996

WAINSTOCK, Tamar et al. Exposure to life-threatening stressful situations and the risk of preterm birth and low birth weight. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 125, n. 1, p. 28-32, 2014.

WARREN, Susan L. et al. Maternal panic disorder: infant prematurity and low birth weight. **Journal of anxiety disorders**, v. 20, n. 3, p. 342-352, 2006.

WEISSMAN, Myrna M. et al. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. **American journal of epidemiology**, v. 106, n. 3, p. 203-214, 1977.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, & Save the Children. Born too soon: The global action report on preterm birth. WHO. 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. 2002.

WORTIS, Helen, FREEDMAN, Alfred M. **Maternal Stress and Premature Delivery**. WHO Expert Committee on Maternal and Child Health, November 1960.

WORTIS, Helen; FREEDMAN, Alfred M. Maternal stress and premature delivery. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 26, n. 2, p. 285, 1962.

YONKERS, Kimberly Ann et al. Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. **Jama Psychiatry**, v. 71, n. 8, p. 897-904, 2014.

ZHU, Peng et al. Prenatal life events stress: implications for preterm birth and infant birthweight. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 203, n. 1, p. 34. e1-34. e8, 2010.

9 ANEXOS

QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO

BLOCO M – ESCALA DE STRESSE PERCEBIDO (PSS-14)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam parecidas, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

Neste último mês, com que frequência:

1M. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS1	☐
2M. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS2	☐
3M. Você tem se sentido nervosa e "estressada"?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS3	☐
4M. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS4	☐
5M. Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS5	☐
6M. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS6	☐
7M. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS7	☐
8M. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS8	☐
9M. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS9	☐
10M. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS10	☐
11M. Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS11	☐
12M. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS12	☐
13M. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS13	☐
14M. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0. ☐ Nunca	1. ☐ Quase nunca	2. ☐ Às vezes	3. ☐ Quase sempre	4. ☐ Sempre	PSS14	☐

BLOCO N – RELATO DE EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES

As próximas perguntas referem-se a alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.

1N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você teve algum problema de saúde que a impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE1	☐
2N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você esteve internada em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE2	☐
3N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro, filho ou irmão)?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE3	☐
4N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você enfrentou dificuldades financeiras mais severas do que as habituais?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE4	☐
5N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi forçada a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE5	☐
6N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE6	☐
7N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi assaltada ou roubada, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE7	☐
8N. Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você foi vítima de alguma agressão física?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE8	☐

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você se sentiu discriminada por alguma instituição ou pessoa, por alguma das razões abaixo?				
9N. Sua cor ou raça?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE9	☐
10N. Ser mulher?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE10	☐
11N. Sua religião ou culto?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE11	☐
12N. Sua opção ou preferência sexual?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE12	☐
13N. Doença ou deficiência física?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE13	☐
14N. Sua idade?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE14	☐
15N. Sua condição social ou econômica?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE15	☐
16N. OUTRAS (especifique): _____?	1. ☐ Sim	2. ☐ Não	REVE16	☐

BLOCO P - ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante a semana passada.

	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)	
1P. Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD1 ☐
2P. Não tive vontade de comer; tive pouco apetite	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD2 ☐
3P. Senti não conseguir mudar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD3 ☐
4P. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maiores delas	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD4 ☐
5P. Senti dificuldade de me concentrar no que estava fazendo	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD5 ☐
6P. Senti-me deprimida	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD6 ☐
7P. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD7 ☐
8P. Senti-me otimista com relação ao futuro	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD8 ☐
9P. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD9 ☐
10P. Senti-me amedrontada	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD10 ☐
11P. Meu sono não foi repousante	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD11 ☐
12P. Estive feliz	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD12 ☐
13P. Falei menos que o habitual	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD13 ☐
14P. Senti-me sozinha	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD14 ☐
15P. As pessoas não foram amistosas comigo	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD15 ☐
16P. Aproveitei minha vida	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD16 ☐
17P. Tive crises de choro	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD17 ☐
18P. Senti-me triste	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD18 ☐
19P. Senti que as pessoas não gostavam de mim	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐	CESD19 ☐

20P. Não consegui levar adiante minhas coisas	0. ☐	1. ☐	2. ☐	3. ☐
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

CESD20

☐

BLOCO R - Abuse Assessment Screening (AAS)

1R. Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?
1. ☐ Sim
2. ☐ Não
2R. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?
1. ☐ Sim
2. ☐ Não

AAS1

☐

AAS2

☐

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque uma ou mais opções)

	Número de vezes
3R. ☐ Marido	
4R. ☐ Ex-marido	
5R. ☐ Namorado	
6R. ☐ Estranho	
7R. ☐ Outro	

AAS3

☐ ☐

AAS4

☐ ☐

AAS5

☐ ☐

AAS6

☐ ☐

AAS7

☐ ☐

8R. Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?
1. ☐ Sim
2. ☐ Não

AAS8

☐

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque uma ou mais opções)

	Número de vezes
9R. ☐ Marido	
10R. ☐ Ex-marido	
11R. ☐ Namorado	
12R. ☐ Estranho	
13R. ☐ Outro	

AAS9

☐ ☐

AAS10

☐ ☐

AAS11

☐ ☐

AAS12

☐ ☐

AAS13

☐ ☐

Marque a área traumatizada no diagrama do corpo humano.

Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir.
(Escolha a descrição com o maior número)

1. Ameaças de maus-tratos/agressão, inclusive com uma arma
2. Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura
3. Soco, chute, machucado/"mancha roxa", cortes e/ou dor contínua
4. Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados
5. Danos na cabeça, internos e/ou permanentes
6. Uso de armas, ferimento por arma

14R. Neste último ano (12 meses), alguém forçou você a realizar atividades sexuais?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

AAS14

☐

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque uma ou mais opções)

	Número de vezes
15R. ☐ Marido	
16R. ☐ Ex-marido	
17R. ☐ Namorado	
18R. ☐ Estranho	
19R. ☐ Outro	

AAS15

☐ ☐

AAS16

☐ ☐

AAS17

☐ ☐

AAS18

☐ ☐

AAS19

☐ ☐

20R. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

AAS20

☐

BLOCO S – Escalas de Rede e Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

1S. Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo, companheiro, ou filhos nesta resposta). 0. ☐ Nenhum _____ parentes	MOS1	☐
2S. Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo, companheiro, ou filhos nesta resposta). 0. ☐ Nenhum _____ amigos	MOS2	☐
3S. Nos últimos 12 meses , você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não	MOS3	☐
4S. Caso sim, com que frequência? 1. ☐ Uma vez por semana 2. ☐ Mais de uma vez por semana 3. ☐ 2 a 3 vezes por semana 4. ☐ Uma vez no ano 5. ☐ Algumas vezes no ano	MOS4	☐
5S. Nos últimos 12 meses , você participou de reuniões de associação de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos ? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não	MOS5	☐
6S. Caso sim, com que frequência? 1. ☐ Uma vez por semana 2. ☐ Mais de uma vez por semana 3. ☐ 2 a 3 vezes por semana 4. ☐ Uma vez no ano 5. ☐ Algumas vezes no ano	MOS6	☐
7S. Nos últimos 12 meses , você participou de trabalho voluntário não remunerado , em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não	MOS7	☐
8S. Caso sim, com que frequência? 1. ☐ Uma vez por semana 2. ☐ Mais de uma vez por semana 3. ☐ 2 a 3 vezes por semana 4. ☐ Uma vez no ano 5. ☐ Algumas vezes no ano	MOS8	☐

A seguir, apresentaremos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:

9S. Que a ajude, se ficar de cama?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS9 ☐
10S. Para lhe ouvir, quando você precisa falar?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS10 ☐
11S. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS11 ☐
12S. Para levá-la ao médico?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS12 ☐
13S. Que demonstre amor e afeto por você?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS13 ☐
14S. Para se divertir junto?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS14 ☐
15S. Para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS15 ☐
16S. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS16 ☐
17S. Que lhe dê um abraço?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS17 ☐
18S. Com quem relaxar?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS18 ☐
19S. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS19 ☐
20S. De quem você realmente quer conselhos?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS20 ☐
21S. Com quem distrair a cabeça?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS21 ☐
22S. Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS22 ☐
23S. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS23 ☐
24S. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS24 ☐
25S. Com quem fazer coisas agradáveis?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS25 ☐
26S. Que compreenda seus problemas?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS26 ☐
27S. Que você ame e que faça você se sentir querida?	0. ☐ Nunca 1. ☐ Raramente 2. ☐ Às vezes 3. ☐ Quase sempre 4. ☐ Sempre	MOS27 ☐

BLOCO T - Questionário de violência da OMS

Quando pessoas casam, vivem juntas ou namoram, e mesmo no trabalho, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaríamos de fazer, à senhora, algumas perguntas sobre seus relacionamentos. Se tiver dúvidas, peça ajuda ao entrevistador. Asseguramos, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo.

Durante essa gravidez, alguém, alguma vez

1T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS1	☐
2T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS2	☐
3T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS3	☐
4T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS4	☐
5T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS5	☐
6T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS6	☐
7T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS7	☐
8T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS8	☐
9T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS9	☐
10T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS10	☐
11T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS11	☐
12T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS12	☐
13T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? 0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	OMS13	☐
14T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta) 1. ☐ Atual Marido / companheiro / namorado 2. ☐ Ex-marido / companheiro / namorado 3. ☐ Pai 4. ☐ Padrasto 5. ☐ Mãe 6. ☐ Madrasta 7. ☐ Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você 8. ☐ Familiar que não reside com você 9. ☐ Vizinho ou outra pessoa conhecida 10. ☐ Outros: _____ 88. ☐ Não houve violência	OMS14	☐ ☐

SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

15T. Por causa de violência durante essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema?	
1. ☐ Sangramento vaginal	
2. ☐ Ameaça de aborto	
3. ☐ Ameaça de parto prematuro	
4. ☐ Outros _____	
8. ☐ Não houve violência	
16T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde?	
1. ☐ Sim 2. ☐ Não	

OMS15

☐

OMS16

☐

Agora queremos saber sobre os seus relacionamentos nos 12 últimos meses anteriores à gravidez atual.

Nos 12 meses anteriores a essa gravidez, alguém, alguma vez

17T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
18T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
19T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
20T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
21T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
22T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
23T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
24T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
25T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
26T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
27T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
28T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	
29T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	
0. ☐ Não 1. ☐ Uma vez 2. ☐ Poucas vezes 3. ☐ Muitas vezes	

OMS17

☐

OMS18

☐

OMS19

☐

OMS20

☐

OMS21

☐

OMS22

☐

OMS23

☐

OMS24

☐

OMS25

☐

OMS26

☐

OMS27

☐

OMS28

☐

OMS29

☐

30T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta)

1. ☐ Atual Marido / companheiro / namorado
2. ☐ Ex-marido / companheiro / namorado
3. ☐ Pai
4. ☐ Padrasto
5. ☐ Mãe
6. ☐ Madrasta
7. ☐ Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você
8. ☐ Familiar que não reside com você
9. ☐ Vizinho ou outra pessoa conhecida
10. ☐ Outros: _____
11. ☐ Não houve violência

OMS30

☐☐

SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

31T. Por causa de violência nos 12 meses anteriores a essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema?

1. ☐ Sangramento vaginal
2. ☐ Ameaça de aborto
3. ☐ Ameaça de parto prematuro
4. ☐ Outros _____
8. ☐ Não houve violência

OMS31

☐

32T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não

OMS32

☐

BLOCO U – CONSUMO DE DROGAS

1U. Você utilizou ou tem utilizado alguma droga (maconha, merla, cocaína, crack, outras) nos três meses antes ou durante a gestação atual?

1. ☐ Sim
 2. ☐ Não **Se você marcou esta opção, não precisa responder às demais questões**
 9. ☐ Não sabe

DROGAS

☐

Caso sim, qual a droga utilizada e quantidade?

Nos 3 meses antes da gravidez	Não usou 0	Diária mente 1	Semanal mente 2	Mensal mente 3	Rara mente 4	Não sabe 9
2U. Maconha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3U. Merla	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4U. Cocaína	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5U. Crack	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6U. Outras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nos 3 primeiros meses de gravidez	Não usou 0	Diária mente 1	Semanal mente 2	Mensal mente 3	Rara mente 4	Não sabe 9
7U. Maconha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8U. Merla	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9U. Cocaína	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10U. Crack	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11U. Outras	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Do 4º. mês em diante	Não usou 0	Diária mente 1	Semanal mente 2	Mensal mente 3	Rara mente 4	Não sabe 9
12U. Maconha	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13U. Merla	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14U. Cocaína	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15U. Crack	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16U. Outras	☐	☐	☐	☐	☐	☐

MACONHA

☐

MERLA

☐

COCAINA

☐

CRACK

☐

OUTRAS

☐

MACONHA1T

☐

MERLA1T

☐

COCAINA1T

☐

CRACK1T

☐

OUTRAS1T

☐

MACONHA4

☐

MERLA4

☐

COCAINA4

☐

CRACK4

☐

OUTRAS4

☐

ANEXO II

Carta de Aprovação do projeto BRISA

<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p> <p>www.hcrp.fmrp.usp.br</p>	<p>USP - RIBEIRÃO assistência - ensino - pesquisa</p>
<p>Ribeirão Preto, 13 de novembro de 2008</p>		
<p>Ofício nº 4116/2008 CEP/RCC</p>		
<p>Prezados Professores,</p>		
<p>O trabalho intitulado “FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTOS EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS”, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 276ª Reunião Ordinária realizada em 10/11/2008, e enquadrado na categoria: <u>APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.</u></p>		
<p><i>Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.</i></p>		
<p><i><u>Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.</u></i></p>		
<p>Atenciosamente.</p>		
<p> PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP</p>		
<p>Ilustríssimos Senhores PROF. DR. MARCO ANTONIO BARBIERI PROFª. DRª. HELOISA BETTIOL Depto. de Puericultura e Pediatria</p>		
<hr/> <p>Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP- Campus Universitário FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4 Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP</p>		