



Suporte familiar e transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas

Family support and common mental disorders among pregnant teenagers

Silvia Maués Santos Rodrigues^[a], Silvia dos Santos de Almeida^[b],
Edson Marcos Leal Soares Ramos^[c]

^[a] Médica psiquiatra, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará (UFPA), professora adjunta I de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Belém, PA - Brasil, e-mail: silviamaués@ufpa.br

^[b] Professora Doutora adjunta III da Faculdade de Estatística da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA - Brasil.

^[c] Professor Doutor adjunto III da Faculdade de Estatística da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA - Brasil.

Resumo

A qualidade do suporte familiar se apresenta como fator importante para adolescentes grávidas na busca de resolução de dificuldades e conflitos inerentes a esta importante fase do ciclo vital. Este estudo objetiva verificar a ocorrência de associação entre suporte familiar e saúde mental em adolescentes grávidas e, para tanto, foi realizado um estudo de caso controle de 72 primigestas de 12 a 18 anos atendidas em programa de pré-natal público em Belém, PA, no mês de julho de 2009. Foram aplicados três instrumentos na coleta de dados: um questionário para investigar variáveis demográficas e comportamentais; o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), para investigar três dimensões do suporte familiar – afetivo-consistente, adaptação e autonomia familiar; e o Questionário de Saúde Geral (QSG), para rastrear transtornos mentais comuns (TMC). O rastreamento com o QSG permitiu a classificação de dois grupos de adolescentes grávidas: um com 31 portadoras de TMC (casos) e outro com 41 não portadoras de TMC (controles). Na análise estatística, utilizaram-se as razões de prevalência (RP) para comparação dos grupos (casos e controles) com as variáveis sociodemográficas e com as dimensões do suporte familiar. Nos resultados, encontrou-se no grupo de casos uma RP duas vezes maior na variável relacionada ao acompanhamento da gestação pelo parceiro (RP 2,27 IC 95% 1,01 a 5,08) e quatorze vezes maior no grupo com suporte familiar na média baixa (RP 14,55 IC 95% 1,98 a 106,78). Concluiu-se existir uma forte associação entre baixo suporte familiar e TMC entre as adolescentes gestantes investigadas.

Palavras-chave: Suporte familiar. Gravidez na adolescência. Fatores de risco.

Abstract

The quality of family support is presented as an important factor for pregnant teenagers in seeking resolution of difficulties and conflicts inherent to this important life cycle stage. This study aims to verify the occurrence of association between family support and mental health for pregnant adolescents and to this end was performed a case control study of 72 primigravida of 12 to 18 years old seen at a prenatal public program in Belem, PA, in July 2009. Three instruments were applied in data collection: a questionnaire to investigate demographic and behavioral variables, the Perception Inventory of Family Support (PIFS) to investigate the three dimensions of family support – emotional-consistent, family adaptation and family autonomy, and the General Health Questionnaire (GHQ), to track common mental disorders. The screening with the GHQ allowed the classification of two groups of pregnant adolescents: a group with 31 carriers of TMC (cases) and another with 41 non-carriers of TMC (controls). Prevalence ratios (PR) were used in statistical analysis to compare groups (cases and controls) with the social demographic variables and their associations with the dimensions of family support. In the results of the cases group was met a PR two times higher in the variable related to the monitoring of pregnancy by their partners (PR 2.27 95% CI 1.01 to 5.08) and fourteen times higher in the score family support in the medium low (PR 14.55 95% CI 1.98 to 106.78). It was found a strong association between low family support and CMD in pregnant teenagers investigated.

Keywords: Group psychology. Art therapy. Winnicott. Psychosocial Care Centers – CAPS.

Introdução

A gravidez na adolescência vem sendo considerada nas últimas décadas como um problema de saúde pública em decorrência de sua elevada prevalência (Chalem, Mitsuhiro, Ferri, Barros, Guinsburg & Laranjeira, 2007). Na América Latina, a gravidez em menores de 20 anos corresponde a um terço das gestações (WHO, 2007). No Brasil, a gravidez de adolescentes corresponde a cerca de um quarto do total de partos realizados, com variações em decorrência de particularidades regionais (Chalen et al., 2007; Freitas & Botega, 2002).

Na região norte do Brasil, a cidade de Belém, capital do Estado do Pará, embora venha apresentando uma redução gradual – no período de 2003-2007 – no número de internações relativas à gravidez, ao parto e ao puerpério na faixa etária dos 10 aos 19 anos – da ordem de 27,45% para 25,07% – acompanha a tendência brasileira (Brasil, 2008). O fenômeno, em sua complexidade, é influenciado por diferenças sociais, culturais e econômicas da adolescente que vivencia a gestação precocemente.

A responsabilidade imposta pela gravidez, paralela ao processo de desenvolvimento da adolescente, ainda em curso, pode predispor a dificuldades em assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve e constituir-se em experiência emocionalmente difícil (Sabroza, Leal, Souza Jr. & Gama, 2004).

Do mesmo modo, a instabilidade das relações conjugais durante o período da adolescência pode também contribuir para a ocorrência de prejuízos emocionais e até mesmo de transtornos de ordem afetiva na jovem grávida que podem ser agravados por um ambiente familiar pouco acolhedor e muito mobilizado pela notícia da gestação (Sabroza et al., 2004). Para além disso, o risco futuro dos filhos serem vítimas de maus-tratos na vigência de uma gravidez indesejada é maior conforme indicado em alguns estudos (Sabroza et al., 2004).

Assim, a gravidez adolescente que se desenvolve em um contexto de dificuldades sociais e econômicas pode evidenciar déficits das competências necessárias tanto para desenvolver relacionamentos de apoio com os outros como para realizar de maneira adequada as tomadas de decisão necessárias para a resolução de seus problemas sociais. Essas lacunas no desenvolvimento da gestão de impulsos, das tensões pessoais e dos conflitos sociais podem favorecer a criação de um círculo vicioso, com gestações repetidas e consumo de drogas (McDonell, Limber & Connor-Godbey, 2007).

A literatura aponta de um lado resultados negativos relacionados à gravidez adolescente como: nascimento de bebês pré-termo e com baixo peso, mortalidade materna aumentada, dentre outros (Chen, Wen, Fleming, Demissie, Rhoads, & Walker, 2007; WHO, 2007). Outros estudos revelam resultados positivos como: escolaridade avançada, satisfação

pessoal e *status* elevado em subculturas em que a maternidade é um aspecto central na identidade feminina (Stevens-Simon, Kelly, & Singer, 1996; Zeck, Bjelic-Radisic, Haas, & Greimel, 2007; WHO, 2007).

A controvérsia desses achados pode estar ligada ao contexto socioeconômico e cultural e possivelmente alguns resultados adversos da gravidez adolescente estão relacionados ao baixo nível econômico (Padin, Silva, Chalem, Mitsuhiro, Barros, Guinsburg et al., 2009). Outros atributos psicológicos que se acredita influenciarem os riscos da gestação adolescente, como o estresse psicológico, a falta de apoio familiar e a repetição de modelos parentais, carecem de maior investigação (Chen et al., 2007; Padin et al., 2009).

O suporte familiar teria um efeito de proteção diante dos estressores pessoais, daí sua importância nos estudos de resiliência psicológica (McDonell, Limber, & Connor-Godbey, 2007; Baptista, 2005). No transcurso de uma gravidez na adolescência, entende-se que a família assume um papel relevante na manutenção de suporte para as jovens grávidas tanto em seu contexto intrafamiliar quanto em sua comunidade. A fragilidade ou ruptura desses suportes, familiar e comunitário, pode estar associada à ocorrência de sintomas mentais nessas jovens (Baptista, Souza & Alves, 2008).

A investigação acerca do suporte familiar abrange a complexidade de relações que se estabelecem entre os membros de uma família e resulta em tarefa de difícil investigação. Nesse contexto, alguns estudos brasileiros foram realizados por Baptista (2005) e Baptista, Souza, e Alves (2008) com o objetivo de desenvolver um questionário, nomeado Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), para investigar o suporte familiar. Os autores adotaram um constructo fundamentado na teoria sistêmica familiar, a partir de um modelo apresentado por Olson, Russell, & Sprenkle (1983) baseado em três dimensões principais: coesão, adaptabilidade e comunicação.

Neste estudo, por tratar-se de população em processo de maturação, mostra-se particularmente interessante mensurar a qualidade do suporte familiar recebido entendendo-se que esse fator é crucial na busca de resolução de dificuldades e de conflitos inerentes a essa importante fase do ciclo vital tanto da gestante como do bebê em formação. A percepção de falta de suporte pela jovem grávida pode levar ao estresse, a sintomas depressivos e a

uma tendência para a violência física (Quinlivan, Luehr, & Evans, 2004).

Objetivo

Verificar a associação do suporte familiar com o perfil de saúde mental em adolescentes grávidas em uma unidade de referência para gravidez de risco no município de Belém, capital do Estado do Pará (Brasil), em julho de 2009.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, de caso controle, realizado em um serviço de referência para gravidez de risco na cidade de Belém, a Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente (Uremia).

Foi selecionada uma amostra de conveniência tomada da população atendida no mês de julho de 2009 na faixa etária dos 12 aos 18 anos. Obteve-se um total de 72 grávidas adolescentes que consentiram em participar voluntariamente do estudo, as quais, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam aos instrumentos de pesquisa.

Neste estudo foram utilizados três instrumentos: um questionário para investigar variáveis demográficas e comportamentais para caracterizar a amostra; o Questionário de Saúde Geral (QSG) destinado a rastrear a prevalência de transtornos mentais comuns na amostra; e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) para investigar dimensões do suporte familiar.

O QSG foi concebido por Goldberg em 1970 como um instrumento de rastreamento para transtornos mentais não psicóticos. Com uma sensibilidade de 95,8% e especificidade de 87,8%, tem sido amplamente utilizado em pesquisas de morbidade em saúde mental (Goldberg, 1972; Goldberg & Blackwell, 1970). A versão utilizada é composta de 60 itens e aferida em escala de 4 graus do tipo *Likert* e origina um escore geral que expressa a ocorrência de transtornos mentais comuns. O ponto de corte do perfil sintomático corresponde àquele obtido na adaptação brasileira para o gênero feminino (Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda, & Ramos, 1996).

Os transtornos mentais comuns são encontrados com frequência e a maioria dos indivíduos relata queixas como tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia (Kac, Silveira, Oliveira, & Mari, 2006).

A aplicação do QSG revelou uma prevalência de 43% de TMC na amostra já reportada em outra pesquisa pela autora (Rodrigues, 2009). A partir do rastreamento foram obtidos os dois grupos para estudo nesta pesquisa: um grupo composto por adolescentes grávidas portadoras de TMC (casos) e outro formado pelas que não apresentavam TMC (controle).

O IPSF concebido por Baptista (2005, 2007) e aperfeiçoado por Baptista et al. (2008) é composto de 42 itens e aferido em escala de três graus do tipo *Likert* e origina um escore geral (fator geral) composto pela totalidade dos itens e três escores parciais relativos às seguintes dimensões: afetivo-consistente, adaptação familiar e autonomia familiar. Foi realizada a análise dos componentes principais com as respostas de 72 adolescentes grávidas e a seguir procedeu-se a uma análise fatorial com a extração dos fatores. Assim, foram estabelecidos cinco perfis de acordo com o 20º, 40º, 60º, 80º e 100º percentil e estabelecidas cinco faixas para os escores do suporte familiar baseados no cálculo da variância da amostra, a saber: alta, média alta, média, média baixa e baixa.

A análise estatística incluiu a obtenção dos alfas de Cronbach para avaliar a consistência interna do IPSF, as razões de prevalência e os intervalos de confiança nas três dimensões do IPSF e nas variáveis demográficas de interesse, além da aplicação dos testes de independência do Qui-quadrado e teste exato de Fisher na comparação dos casos e dos controles.

Para o desenvolvimento desta investigação, foi obtida inicialmente a adesão da direção da Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente (Uremia) e, posteriormente, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

Resultados

A partir do rastreamento das 72 adolescentes grávidas com a aplicação do QSG, obtiveram-se dois grupos: um de 31 jovens grávidas que atingiram

o perfil sintomático de algum tipo de transtorno mental comum e outro formado por 41 pessoas que não apresentaram TMC.

A média das idades entre os casos de TMC foi de 15,5 anos (DP = 1,3) e a média das idades entre os controles foi de 15,6 (DP = 1,2), com um nível descritivo altamente significativo ($p < 0,0001$) no teste de independência do Qui-quadrado entre os grupos.

O grupo das adolescentes com transtornos mentais comuns corresponde a 43,06% do total, com maior prevalência de gestações desejadas (36,11%) e não planejadas (27,78%); no segundo trimestre gestacional (23,61%); com *status* conjugal: casada ou em união estável (22,22%); em sua maioria pertencente ao estrato econômico C2 (19,44%); de escolaridade entre a 4ª e a 7ª série do ensino fundamental (22,22%); que não pararam de estudar em decorrência da gestação (23,61%); que não moram com o pai do bebê (25%), porém, mantêm relacionamento com os mesmos (20,83%), os quais aceitam (37,50%) e acompanham a gestação (26,39%).

O grupo controle corresponde a 56,94% do total, com maior prevalência de gestações desejadas (48,61%) e não planejadas (41,67%); no segundo trimestre gestacional (34,72%); com *status* conjugal: solteira (30,56%); em sua maioria pertencente ao estrato econômico C2 (20,83%); de escolaridade entre a 4ª e a 7ª série do ensino fundamental (33,33%); que não pararam de estudar em decorrência da gestação (25%); que não moram com o pai do bebê (30,56%), porém, mantêm relacionamento com os mesmos (36,11%), os quais aceitam (55,56%) e acompanham a gestação (47,22%).

No que se refere às variáveis demográficas e comportamentais – desejo de engravidar; planejamento da gravidez; idade gestacional; estado civil; classe econômica; escolaridade; interrupção de estudos em razão da gravidez; se morava ou mantinha relacionamento com o pai do bebê e se este aceitava a gestação –, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Apenas a variável relativa ao acompanhamento da gestação pelo pai do bebê revela uma razão de prevalência com significância estatística cerca de duas vezes maior para transtornos mentais comuns entre as adolescentes que não recebiam esse acompanhamento. Ao mesmo tempo, a presença do acompanhamento da gestação pelo pai do bebê representa um fator de proteção no grupo dos controles (Tabela 1).

Tabela 1 - Razões de prevalência e intervalos de confiança encontrados na população de casos de transtornos mentais comuns e de controles em adolescentes grávidas da Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente (Uremia), em julho de 2009

(Continua)

Variáveis	Fator de risco	Casos		Controles		RP	IC inf	IC sup	p-valor
		n	%	n	%				
Gravidez desejada	Total	31	43.06	41	56.94				
	Sim	26	36.11	35	48.61	0.98	0.8	1.2	0.4379
	Não	5	6.94	6	8.33	1.1	0.37	3.28	0.4379
Gravidez planejada	Total	31	43.06	41	56.94				
	Sim	11	15.28	11	15.28	1.32	0.66	2.65	0.2977
	Não	20	27.78	30	41.67	0.88	0.64	1.21	0.2977
Semanas de gestação	Total	31	43.06	41	56.94				
	1 a 12	4	5.56	6	8.33	0.88	0.27	2.86	0.4468
	13 a 24	17	23.61	25	34.72	0.9	0.6	1.35	0.3891
	25 a 36	7	9.72	9	12.50	1.03	0.43	2.46	0.4119
	Não especificado	3	4.17	1	1.39				
Estado civil	Total	31	43.06	41	56.94				
	Solteira	13	18.06	22	30.56	0.78	0.47	1.29	0.2274
	Casada/ união estável	16	22.22	17	23.61	1.24	0.76	2.05	0.2686
	Não especificado	2	2.78	2	2.78				
Classe econômica	Total	31	43.06	41	56.94				
	B2	1	1.39	5	6.94	0.26	0.03	2.15	0.1754
	C1	7	9.72	9	12.50	1.03	0.43	2.46	0.4119
	C2	14	19.44	15	20.83	1.23	0.71	2.16	0.3114
	D	6	8.33	11	15.28	0.72	0.30	1.74	0.3230
	E	3	4.17	1	1.39	3.97	0.43	36.34	0.2095
Escolaridade	Total	31	43.06	41	56.94				
	4ª a 7ª série ens. fund.	16	22.22	24	33.33	0.88	0.58	1.35	0.3647
	EFC ^a / EMI ^b	15	20.83	16	22.22	1.24	0.73	2.1	0.2898
	EMC ^c / ESI ^d			1	1.39				
Parou de estudar em razão da gravidez	Total	31	43.06	41	56.94				
	Sim	10	13.89	14	19.44	0.94	0.49	1.84	0.4665
	Não	17	23.61	18	25.00	1.25	0.78	2.0	0.2479
	Não especificado	4	5.56	9	12.50				

Tabela 1 - Razões de prevalência e intervalos de confiança encontrados na população de casos de transtornos mentais comuns e de controles em adolescentes grávidas da Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente (Uremia), em julho de 2009

(Conclusão)

Mantém relacionamento com o pai do bebê?	Total	31	43.06	41	56.94				
	Sim	12	16.67	18	25.00	0.88	0.5	1.55	0.4203
	Não	18	25.00	22	30.56	1.08	0.72	1.64	0.4471
	Não especificado	1	1.39	1	1.39				
Mora com o pai do bebê?	Total	31	43.06	41	56.94				
	Sim	15	20.83	26	36.11	0.76	0.5	1.17	0.1504
	Não	13	18.06	13	18.06	1.32	0.72	2.44	0.2588
	Não especificado	3	4.17	2	2.78				
Pai do bebê aceita a gestação?	Total	31	43.06	41	56.94				
	Sim	27	37.50	40	55.56	0.89	0.77	1.03	0.1036
	Não	4	5.56	1	1.39	5.29	0.62	45.01	0.1036
Pai do bebê acompanha a gestação?	Total	31	43.06	41	56.94				
	Sim	19	26.39	34	47.22	0.74	0.54	1.01	0.0365
	Não	12	16.67	7	9.72	2.27	1.01	5.08	0.0365

Fonte: Protocolo de pesquisa, julho/2009.

Legenda: ^a = ensino fundamental completo; ^b = ensino médio incompleto; ^c = ensino médio completo; ^d = ensino superior incompleto.

Com relação ao IPSF, foi realizada a análise da consistência interna do instrumento por meio do alfa de Cronbach, o qual revelou, na dimensão afetivo-consistente, um alfa de 0,87; na dimensão adaptação familiar, um alfa de 0,85 e na dimensão autonomia familiar, um alfa de 0,68. O alfa geral para os 42 itens foi de 0,91.

A pontuação do instrumento que mede a percepção do suporte familiar (IPSF) indica que quanto maior o escore melhor a percepção do suporte familiar. Assim, a primeira dimensão do IPSF – afetivo-consistente – revela uma razão de prevalência com significância estatística cerca de três vezes maior para o grupo de casos de transtornos mentais comuns entre as adolescentes com escores na média baixa e, ao mesmo tempo, a presença de escores na média alta representa um fator de proteção no grupo dos controles (Tabela 2).

A segunda dimensão do IPSF – adaptação familiar – revela uma razão de prevalência com significância estatística cerca de seis vezes maior para o grupo de casos de transtornos mentais comuns entre as adolescentes com escores na média baixa (Tabela 2).

A terceira dimensão do IPSF – autonomia familiar – revela uma razão de prevalência com significância estatística cerca de três vezes maior para o grupo de casos de transtornos mentais comuns entre as adolescentes com escores na média baixa e, ao mesmo tempo, a presença de escores na média alta representa um fator de proteção no grupo dos controles (Tabela 2).

Finalmente, a quarta dimensão do IPSF – suporte familiar total – revela uma razão de prevalência com significância estatística cerca de quatorze vezes maior para o grupo de casos de transtornos mentais comuns entre as adolescentes com escores na média baixa e, ao mesmo tempo, a presença de escores na

média alta representa um fator de proteção no grupo dos controles, com uma RP próxima do zero (Tabela 2).

Os intervalos de confiança (IC) 95% maiores que a unidade confirmam os fatores de risco e os menores que a unidade confirmam os de proteção, nas diferentes faixas de escores do IPSF, em cada uma das dimensões, confirmados por um nível descritivo menor do que 5%.

Foram realizados testes estatísticos para avaliar a independência entre os grupos de casos e controles – o teste do Qui-quadrado e o teste exato de Fischer, cujos níveis descritivos para um alfa de 0,05 confirmam as diferenças estatisticamente significativas entre os casos e controles (Tabela 2).

Tabela 2 - Quantidade e percentual de dimensões do IPSF, razões de prevalência e intervalos de confiança encontrados na população de casos e controles de transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas da Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente (Uremia), em julho de 2009

Dimensões IPSF	Fator de risco	Casos		Controles		RP	IC inf	IC sup	p-valor	Teste de independência	
		n	%	n	%					χ^2	Exato de Fisher
Afetivo-consistente	Total	31	43.06	41	56.94						
	Média alta	3	4.17	15	20.83	0.26	0.08	0.83	0.0097	0.0195	0.0082
	Média	18	25.00	22	30.56	1.08	0.72	1.64	0.4471	0.8942	0.4476
	Média baixa	10	13.89	4	5.56	3.31	1.14	9.56	0.0184	0.0368	0.0185
Adaptação familiar	Total	31	43.06	41	56.94						
	Média alta			12	16.67						0.0005
	Média	15	20.83	26	36.11	0.76	0.5	1.17	0.1504	0.3008	0.1504
	Média baixa	14	19.44	3	4.17	6.17	1.94	19.62	0.0003	0.0005	0.0002
	Baixa	2	2.78								0.1819
Autonomia familiar	Total	31	43.06	41	56.94						
	Média alta	3	4.17	17	23.61	0.23	0.07	0.73	0.0033	0.0066	0.0025
	Média	14	19.44	18	25.00	1.03	0.61	1.73	0.4471	0.8942	0.5524
	Média Baixa	13	18.06	5	6.94	3.44	1.37	8.63	0.0045	0.0090	0.0045
	Baixa	1	1.39	1	1.39	1.32			0.3005		0.6792
Suporte total	Total	31	43.06	41	56.94						
	Média alta	1	1.39	13	18.06	0.1	0.01	0.74	0.0032	0.0065	0.0019
	Média	19	26.39	27	37.50	0.93	0.65	1.33	0.4398	0.8797	0.4387
	Média baixa	11	15.28	1	1.39	14.55	1.98	106.78	0.0003	0.0007	0.0002

Fonte: Protocolo de pesquisa, julho/2009.

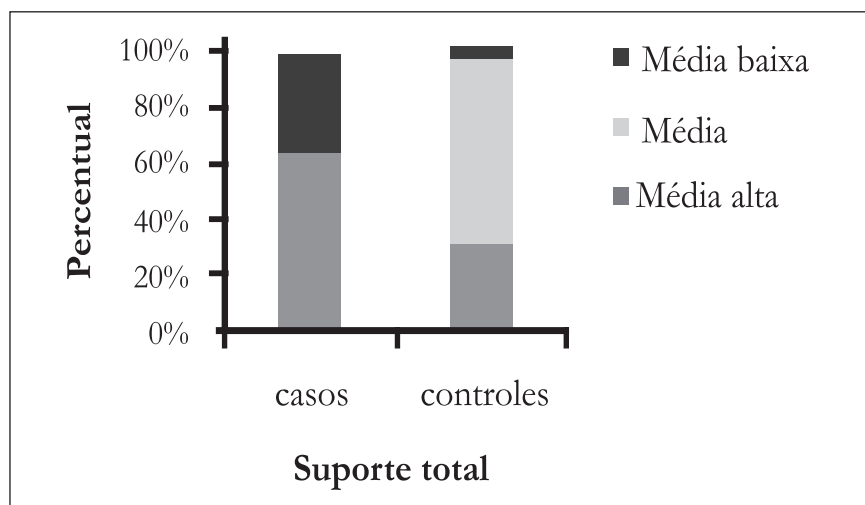


Gráfico 1 - Prevalência das faixas de escores do suporte familiar total nos grupos de casos e controles das adolescentes da Uremia, julho/2009

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

Neste estudo, observa-se que as amostras obtidas de adolescentes em pré-natal (casos e controles) não apresentam diferenças estatisticamente significativas com relação à maior parte das variáveis demográficas e comportamentais. Destacam-se as diferenças, dentre os casos de transtornos mentais comuns e os controles, relacionadas às variáveis indicativas de suporte familiar e social.

Relações sociais de suporte podem desempenhar um importante papel na proteção ao estresse experimentado por mães adolescentes, podendo assim influenciar positivamente em seu bem-estar psicológico e sua capacidade para a maternidade (Roye, & Balk, 1996).

A investigação de membros da rede de apoio social, como pais, mães e parceiros, tem sido associada a resultados psicológicos positivos para adolescentes grávidas (Gee & Rhodes, 2007). Também tem sido relatada a possibilidade de que essas adolescentes superestimem e idealizem o suporte das redes disponíveis na ajuda futura aos cuidados para seu filho (Quinlivan et al., 2004).

Desse modo, os achados neste estudo corroboram a associação de níveis elevados de suporte social, quer sejam eles ofertados pela família ou pelo parceiro com ausência de transtornos mentais comuns. O suporte dado pelo parceiro, obtido com a variável “O pai do bebê está acompanhando a gestação?” (Tabela 1), destaca-se como fator de risco

quando a resposta é negativa e como fator de proteção quando a resposta é positiva, sendo ambas as respostas com significância estatística, principalmente quando comparadas com as variáveis que confirmam a manutenção do vínculo conjugal (“Mora com o pai do bebê?” e “Mantém relacionamento com o pai do bebê?”) e a aceitação da gestação (“Pai do bebê aceita a gestação?”), as quais não se apresentam como fatores de proteção no nível que é alcançado pela variável que confirma comportamento suportivo do parceiro em relação à gestação.

Com relação às dimensões do IPSF, observa-se que a maior contribuição para a elevada razão de prevalência total na faixa de escore média baixa – de 14,5 – é dada pela dimensão adaptação familiar, com uma RP seis vezes maior, em questões que investigam a expressão de sentimentos negativos em relação à família, como isolamento, exclusão, raiva, vergonha, relações agressivas com brigas e gritos, irritação, incompreensão e ainda percepção de relações de competição, interesse e culpabilidade entre os membros da família em situações de conflito.

Por outro lado, observa-se que os escores nas faixas mais elevadas das diversas dimensões do IPSF também apresentam contribuições diferenciadas para o índice de suporte total e podem ser compreendidas como fatores de proteção em relação à prevalência de transtornos mentais comuns ou menores.

Alguns estudos sugerem que uma proporção significativa de gestações na adolescência resulta mais de atitudes – idealizadas como

positivas – relacionadas à gravidez, à maternidade e à mudança pessoal do que por acidente ou atitudes negativas em relação à contracepção (Quinlivan et al., 2004).

Assim, a elevada prevalência de gestações desejadas neste estudo, por um lado, não apresenta associação significativa para ambos os grupos (casos e controles) e, por outro, sugere a possibilidade de uma atitude de idealização da gestação por parte dos controles, já que muitos estudos têm relatado que adolescentes grávidas superestimam a quantidade de suporte social viável no período pré-natal comparado com a realidade seis meses após o parto (Quinlivan et al., 2004; McVeigh, & Smith, 2000).

A utilização do IPSF na avaliação do suporte familiar em adolescentes grávidas demonstrou ser um instrumento de boa consistência interna para pesquisas nesse estrato populacional, revelando aspectos importantes que podem passar despercebidos no acompanhamento pré-natal de adolescentes, principalmente para aquelas em risco de transtornos mentais menores.

Em que pese este estudo apresentar as naturais limitações de um estudo de caso/controle, seus achados apontam para a necessidade de realizarem-se novas pesquisas, como estudos de coorte, que possam trazer luz para as lacunas apresentadas.

Conclusões

A associação de baixo suporte familiar com transtornos mentais comuns está evidenciada entre as adolescentes gestantes investigadas, assim como o acompanhamento da gestação pelo pai do bebê e o elevado suporte familiar funcionam como fatores de proteção para a prevalência de transtornos mentais comuns.

Agradecimentos

Agradecemos ao curso de Pós-Graduação em Bioestatística da Universidade Federal do Pará, no qual a pesquisa foi conduzida como parte da monografia de Especialização em Bioestatística – *Fatores associados a transtornos mentais em adolescentes grávidas* – de um dos autores (S. M. S. R.). Às psicólogas da Uremia, Giselle Correa e Cristina Ferreira, e à doutora Itamara Souza, diretora da Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente, pelo apoio inestimável ao desenvolvimento da pesquisa.

Referências

- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF). *Psico-USF*, *10*(1), 11-19.
- Baptista, M. N. (2007). Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): Estudo componencial em duas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, *27*(3), 496-509.
- Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. S. (2008). Validade entre EDEP e IPSF. *Psico-USF*, *13*(2), 211-220.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde/DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **IDB – 2008 – Indicadores e dados básicos**. Recuperado em 03 dez. 2009, em www.datasus.org.br/idb
- Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C. M., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(1), 177-186.
- Chen, X., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G., & Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, *36*(2), 368-373.
- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *48*(3), 245-249.
- Gee, C. B., & Rhodes, J. E. (2007). A social support and social strain measure for minority adolescent mothers: a confirmatory factor analytic study. *Child: Care, Health and Development*, *34*(1), 87-97.
- Goldberg, D. P., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, *2*, 439-443.
- Goldberg, D. P. (1972). **The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness**. London: Oxford University Press.

- Kac, G., Silveira, E. A., Oliveira, L. C., & Mari, J. J. (2006). Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um centro de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, *22*(5), 999-1007.
- McDonell, J. R., Limber, S. P., & Connor-Godbey, J. (2007). Pathways teen mother support project: longitudinal findings. **Children and Youth Services Review** *29*, 840-855.
- McVeigh, C., & Smith, M. (2000). A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support. **Midwifery**, *16*(4), 269-276.
- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. **Family Process**, *22*(1), 69-83.
- Padin, M. F. R., Silva, R. S., Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Barros, M. M., Guinsburg, R. et al. (2009). Brief report: a socio-demographic profile of multiparous teenage mothers. **Journal of Adolescence**, *32*(3), 715-721.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J., & Ramos, A. L. (1996). **Questionário de saúde geral de Goldberg: Manual técnico**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Quinlivan, J. A., Luehr, B., & Evans, S. F. (2004). Teenage mother's predictions of their support levels before and actual support levels after having a child. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, *17*(4), 273-278.
- Rodrigues, S. M. S. (2009). **Fatores associados a transtornos mentais em adolescentes grávidas**. Monografia de Especialização em Bioestatística, Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Exatas e Naturais, Pará.
- Roye, C. F., & Balk, S. J. (1996). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: a review. **Journal of Adolescent Health**, *19*(2), 86-93.
- Sabroza, A. R., Leal, M. C., Souza Jr., P. R., & Gama, S. G. N. (2004). Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cadernos de Saúde Pública**, *20*(Sup. 1), S130-37.
- Stevens-Simon, C., Kelly, L., & Singer, D. (1996). Absence of negative attitudes toward childbearing among pregnant teenagers. A risk factor for a rapid repeat pregnancy? **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, *150*(10), 1037-43.
- World Health Organization—WHO. (2007). **Adolescent pregnancy: Unmet needs and undone deeds: A review of the literature and programmes**. Geneva: World Health Organization.
- Zeck, W., Bjelic-Radisic, V., Haas, J., & Greimel, E. (2007). Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. **Journal of Adolescent Health**, *41*(4), 380-388.

Recebido: 31/03/2010
Received: 03/31/2010

Aprovado: 25/08/2010
Approved: 08/25/2010