

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Vanessa Görniak de Oliveira**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E INTERNAÇÃO  
PSIQUIÁTRICA DURANTE A GESTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNO  
DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

**UFCSPA**

**Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre**

**Porto Alegre**

**2025**

VANESSA GÖRNIK DE OLIVEIRA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E INTERNAÇÃO  
PSIQUIÁTRICA DURANTE A GESTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNO  
DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

**ORIENTADOR: YGOR ARZENO FERRÃO**  
**COORIENTADOR: LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES**

**Porto Alegre**  
**2025**

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Catologação na Publicação

Oliveira, Vanessa Görniak de  
ASSOCIAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E INTERNAÇÃO  
PSIQUIÁTRICA DURANTE A GESTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM  
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO / Vanessa Görniak  
de Oliveira. -- 2025.

119 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de  
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2025.

Orientador(a): Ygor Arzeno Ferrão ; coorientador(a):  
Lucas Primo de Carvalho Alves.

1. Gestação. 2. Internação Psiquiátrica. 3. Saúde  
Mental. 4. Traumas na infância. 5. Psicologia Hospitalar.  
I. Título.

**APRESENTAÇÃO PÚBLICA**  
**Folha de Aprovação**

VANESSA GÖRNIAC DE OLIVEIRA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TRAUMAS NA INFÂNCIA E INTERNAÇÃO  
PSIQUIÁTRICA DURANTE A GESTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM TRANSTORNO  
DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

**ORIENTADOR: YGOR ARZENO FERRÃO**  
**COORIENTADOR: LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES**

Aprovado em: 20/05/2025

**BANCA EXAMINADORA**

---

Flávio Milman Shansis – Psiquiatra - UFCSPA

---

Alessandra Rodrigues Dias Lessa – Psicóloga – ULBRA

---

Andrea Gonçalves Bandeira – Enfermeira - PUCRS

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a mulheres vítimas de traumas na infância, sejam gestantes ou não, para que possam cuidar da sua saúde mental de forma constante. Também é dedicado a quem cuida destas, seja rede de apoio familiar ou social, para que tenham um olhar humanizado sempre.

## AGRADECIMENTOS

Ao olhar para trás e percorrer mentalmente essa trajetória até aqui, meu coração se enche de gratidão. Esta dissertação não é apenas o resultado de anos de estudo, mas também desta trajetória de quase nove anos em ambiente hospitalar, sendo estagiária, residente e profissional. É resultado do cuidado com mulheres, que sempre foram o foco do meu olhar enquanto psicóloga, e de incontáveis momentos de apoio, incentivo e amor que recebi ao longo do caminho.

A Deus, minha base e fortaleza, agradeço pela fé, que me guia e me impulsiona, sem Ele esta conquista não seria possível.

A meu marido, minha maior parceria nesta jornada, agradeço pelas palavras de apoio, pelos abraços silenciosos e por ser meu porto seguro. Você é a prova de que o amor está no cuidado.

A minha família agradeço por sempre serem meu alicerce. A meus pais agradeço pelo amor incondicional, pelos ensinamentos e pelo exemplo de dedicação e resiliência, também ao meu irmão, minha cunhada, meus avós e demais familiares, vocês sempre acreditaram em mim e foram meu refúgio nos dias difíceis.

A meus amigos de formação e da vida, agradeço pela caminhada, onde a companhia de vocês a tornou infinitamente mais rica e especial. Esta vitória também é de vocês.

A meus orientadores e professores, que me conduziram com paciência e sabedoria e a meus colegas do grupo de *pesquisa Pregnancy Lifestyle and Wellness Program* (PREGWELL), por compartilharem seus conhecimentos, a cada espaço de orientação, a cada dúvida respondida e a cada incentivo, meu profundo agradecimento.

A minhas pacientes e suas famílias, que me ensinaram tanto sobre humanidade, dor, superação e esperança. Vocês me transformam, a cada dia, e reafirmam minha paixão pela psicologia e pelo cuidado humanizado.

Ao trabalho multiprofissional, que sempre me encantou e me mostrou o valor da escuta, do compartilhamento de saberes e do olhar integral sobre o outro. Aprendi que, juntos, podemos fazer mais, podemos fazer melhor.

Por fim, sou feliz pela coragem de começar, pela resiliência de continuar e pela persistência de concluir. Esta dissertação carrega amor pelo que faço.

**EPÍGRAFE**

“É bom viver porque viver é começar  
sempre, a cada instante.”  
Cesare Pavese.

## RESUMO

Este estudo investigou a relação entre traumas na infância e a internação psiquiátrica durante a gestação, além da associação destes traumas com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Utilizando um delineamento de estudo observacional do tipo caso-controle, foram analisados três grupos: gestantes internadas em unidade psiquiátrica, mulheres não gestantes internadas em unidade psiquiátrica por transtornos mentais e puérperas sem histórico de internação psiquiátrica na gestação. O objetivo foi compreender o impacto de experiências adversas na infância sobre a saúde mental materna e a necessidade de hospitalização psiquiátrica durante a gestação. A amostra incluiu 149 mulheres, sendo 42 gestantes internadas, 65 não gestantes internadas e 42 puérperas. Os dados foram coletados por meio de questionários sociodemográficos, da *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5)* e do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI). A análise estatística foi realizada utilizando testes de qui-quadrado com um nível de significância de 0,05. Os resultados indicaram maior prevalência de abuso emocional, abuso físico, negligência emocional e negligência física entre as gestantes internadas. O abuso sexual, por outro lado, apresentou alta prevalência em todos os grupos. Quando controlados para todos os tipos de trauma, apenas o abuso emocional aumentou em mais de três vezes a chance de internação psiquiátrica durante a gestação (OR = 3,23; IC95% = 1,24 – 8,4). No entanto, as gestantes internadas apresentaram menos negligência emocional do que não-gestantes internadas (OR = 0,42; IC 95% = 0,18 – 0,98). Houve uma maior associação entre traumas na infância e TEPT no ciclo gravídico-puerperal (gestantes e puérperas), no qual foi encontrada associação com abuso emocional, abuso físico, negligência emocional e física, do que no grupo de não gestantes, em que a associação foi apenas marginal com a negligência física. Além disso, a prevalência de Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) foi significativamente maior entre as gestantes internadas. O estudo também identificou que o suporte social influencia a saúde mental materna. As puérperas sem internação tiveram maior tendência a morar com o companheiro, sugerindo um fator protetor. Em contraste, gestantes e não gestantes internadas apresentaram maior probabilidade de residir com familiares ou amigos, o que aumentou em mais de três vezes a chance de internação psiquiátrica. Conclui-se que traumas na infância estão fortemente

associados à prejuízos em relação à saúde mental de mulheres, especialmente durante a gestação, aumentando o risco de internação psiquiátrica durante a gestação e desenvolvimento de TEPT no período gravídico-puerperal. A pesquisa destaca a necessidade de políticas públicas e intervenções clínicas voltadas à prevenção e tratamento dos traumas na infância. Estudos futuros devem explorar a viabilidade de avaliação de traumas na infância durante o pré-natal, visando melhores desfechos na saúde mental materna.

**Palavras-chave:** Gestação; Internação Psiquiátrica, Saúde Mental; Traumas na Infância; Psicologia Hospitalar.

## ABSTRACT

This study investigated the relationship between childhood trauma and psychiatric hospitalization during pregnancy, as well as the association of such trauma with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Using an observational case-control design, three groups were analyzed: pregnant women hospitalized in a psychiatric unit, non-pregnant women hospitalized for mental disorders, and postpartum women with no history of psychiatric hospitalization during pregnancy. The aim was to understand the impact of adverse childhood experiences on maternal mental health and the need for psychiatric hospitalization during pregnancy. The sample comprised 149 women, including 42 hospitalized pregnant women, 65 hospitalized non-pregnant women, and 42 postpartum women. Data were collected using sociodemographic questionnaires, the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5), and the Childhood Trauma Questionnaire (QUESI). Statistical analyses were conducted using chi-square tests with a significance level of 0.05. Results indicated a higher prevalence of emotional abuse, physical abuse, emotional neglect, and physical neglect among hospitalized pregnant women. Sexual abuse, on the other hand, was highly prevalent across all groups. When controlling for all types of trauma, only emotional abuse increased the odds of psychiatric hospitalization during pregnancy more than threefold (OR = 3.23; 95% CI = 1.24–8.4). However, hospitalized pregnant women reported lower rates of emotional neglect than hospitalized non-pregnant women (OR = 0.42; 95% CI = 0.18–0.98). A stronger association between childhood trauma and PTSD was observed in the perinatal period (pregnant and postpartum women), where emotional abuse, physical abuse, and both emotional and physical neglect were associated with PTSD, compared to the non-pregnant group, in which only physical neglect showed a marginal association. Furthermore, the prevalence of Substance Use Disorder (SUD) was significantly higher among hospitalized pregnant women. The study also identified that social support influences maternal mental health. Postpartum women with no psychiatric hospitalization were more likely to live with a partner, suggesting a protective factor. In contrast, both hospitalized pregnant and non-pregnant women were more likely to live with family or friends, which increased the odds of psychiatric hospitalization by more than three times. In conclusion, childhood trauma is strongly associated with impaired mental health in women, particularly during pregnancy, increasing the risk of psychiatric

hospitalization and the development of PTSD in the perinatal period. The study highlights the need for public policies and clinical interventions aimed at the prevention and treatment of childhood trauma. Future studies should explore the feasibility of assessing childhood trauma during prenatal care to improve maternal mental health outcomes.

**Key-words:** Pregnancy; Psychiatric Hospitalization, Mental Health; Childhood Trauma; Hospital Psychology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desenho do estudo, grupos incluídos e momento em que foram realizadas as entrevistas .....	28
Figura 2. Histórico de Violência através do QUESI em pacientes gestantes e não gestantes internadas em unidade psiquiátrica e puérperas sem internação psiquiátrica durante a gestação.....	36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Traumas na infância e consequências na vida adulta.....	23
Tabela 2. “Tradução para o português do <i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i> : Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)” .....	30
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica e frequência de transtornos mentais...	33
Tabela 4. Associação entre traumas na infância e internação psiquiátrica na gestação.....	37
Tabela 5. Associação entre Traumas (QUESI) e TEPT.....	38

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACE -	<i>Adverse Childhood Experiences</i>
APA -	<i>American Psychiatric Association</i>
CECA -	<i>Child Experience of Care and Abuse</i>
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CTI -	<i>Child Trauma Interview</i>
CTQ -	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
CTQ-PV -	<i>Childhood Trauma Questionnaire – Portuguese Version</i>
DSM -	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>
ETI -	<i>Early Trauma Inventory</i>
GI -	Gestantes Internadas em Unidade Psiquiátrica
HD -	<i>Hard Disk</i>
HMIPV -	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
IIQ -	Intervalo Interquartil
NGI -	Não Gestantes Internadas em Unidade Psiquiátrica
OR -	<i>Odds Ratio</i>
PSI -	Puérperas sem Internação Psiquiátrica Durante a Gestaçã
QUESI -	Questionário sobre Traumas na Infância
SCID-5 -	<i>Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders</i>
SUS -	Sistema Único de Saúde
TAB -	Transtorno Afetivo Bipolar
TCC -	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCC-FT -	Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM -	Transtorno Depressivo Maior
TEPT -	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
THQ -	<i>Trauma History Questionnaire</i>
TSCC -	<i>Trauma Symptom Checklist for Children</i>
TUS -	Transtorno por Uso de Substâncias
UFCSPA -	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UNISINOS -	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 PROBLEMA.....	15
1.2 OBJETIVOS .....	15
<b>1.2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>15</b>
1.3 JUSTIFICATIVA .....	16
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
2.1 TRANSTORNOS MENTAIS E A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA FEMININA: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	17
2.2 IMPACTO DA GESTAÇÃO NA SAÚDE MENTAL .....	18
2.3 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DURANTE A GESTAÇÃO .....	19
2.4 TRAUMAS NA INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL DA GESTANTE.....	21
<b>2.4.1 Traumas na infância, conforme o QUESI, e seu impacto no desenvolvimento</b> .....	<b>22</b>
2.5 TRAUMAS NA INFÂNCIA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO (TEPT).....	25
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>26</b>
3.1 DESENHO DO ESTUDO .....	26
3.2 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	26
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	27
3.4 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE COLETA .....	27
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	27
<b>3.5.1 Avaliação de dados sociodemográficos</b> .....	<b>29</b>
<b>3.5.2 Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5 (SCID-5). ...</b>	<b>29</b>
<b>3.5.3 Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI)</b> .....	<b>29</b>
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
4.1 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS: .....	35
4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESI.....	35
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>

<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA (QUESI) .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO D – <i>STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-5 DISORDERS</i> (SCID-5) .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS E – CERTIFICADOS DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DURANTE O MESTRADO E ARTIGO DA DESCRIÇÃO DO ESTUDO PUBLICADO .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A – ARTIGO SUBMETIDO .....</b>	<b>98</b>
<b>ASSOCIATION BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION DURING PREGNANCY AND ITS RELATIONSHIP WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER .....</b>	<b>98</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>98</b>
<b>1.INTRODUCTION.....</b>	<b>100</b>
<b>2. METHODOLOGY.....</b>	<b>102</b>
2.1 STUDY DESIGN, SAMPLE, AND INCLUSION CRITERIA .....	102
2.2 EXCLUSION CRITERIA .....	102
2.3 DATA COLLECTION PROCEDURES.....	102
<b>2.3.1 Assessment of Sociodemographic Data .....</b>	<b>103</b>
<b>2.3.2 Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5) .....</b>	<b>103</b>
<b>2.3.3 Childhood Trauma Questionnaire – Portuguese Version (CTQ-PV) .....</b>	<b>103</b>
2.4 DATA ANALYSIS .....	104
<b>3. RESULTS.....</b>	<b>105</b>
3.1 PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS.....	106
3.2 ANALYSIS OF CTQ-PV RESULTS.....	107
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>110</b>
<b>5. CONCLUSIONS.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação, culturalmente, é vista como um momento de felicidade, o que pode ofuscar algumas vulnerabilidades. Este momento constitui um período crítico no ciclo vital feminino, caracterizado por transformações biopsicossociais que podem exacerbar vulnerabilidades prévias à saúde mental (Robertson *et al.*, 2004). Por exemplo, estudos epidemiológicos evidenciam que até 36,4% das mulheres já sofreram violência doméstica em algum momento da vida, tendo 97,1% relatado violência psicológica (Okada, 2015), fator que pode estar associado a maior incidência de transtornos mentais, principalmente depressão perinatal. Conforme destacado por Herman (1992), traumas desenvolvimentais tendem a se reatualizar em momentos de transição identitária, como a maternidade, exigindo abordagens terapêuticas sensíveis ao ciclo reprodutivo. No entanto, persistem lacunas nos protocolos brasileiros para identificação precoce dessas vulnerabilidades em serviços pré-natais (Brasil, 2022).

Além disso, Yehuda e Lehrner (2018) oferecem subsídios para compreender como alterações hormonais gestacionais interagem com respostas hiperativas ao estresse em mulheres traumatizadas. Essa disfunção pode precipitar crises psiquiátricas agudas durante a gravidez, reforçando a necessidade de práticas integradas entre obstetrícia e saúde mental visando o cuidado das gestantes.

A literatura científica já evidencia a escassez de estudos sobre gestantes que vivenciam situações de trauma assim como estudos comparativos entre gestantes em unidades psiquiátricas e outros grupos populacionais, possivelmente devido ao estigma associado a essa condição. De acordo com Paulino *et al.* (2022), aproximadamente metade das gestantes internadas em hospitais psiquiátricos não recebia acompanhamento prévio de saúde mental. Ademais, mulheres com histórico de traumas na infância podem apresentar risco elevado de agudização psiquiátrica durante a gravidez, gerando impactos multidimensionais no desenvolvimento fetal e nas relações familiares (Howard; Piot; Stein, 2014), o que ressalta a vulnerabilidade desse grupo e a necessidade de maior atenção por parte dos serviços de saúde.

O intuito principal desse estudo é testar a hipótese de que traumas infantis interferem significativamente na chance de hospitalização psiquiátrica durante a gestação. Esse dado é crucial para aprimorar programas de prevenção na atenção primária do SUS, pois, como ressaltam Felitti *et al.* (1998), no marco do estudo

*Adverse Childhood Experiences (ACE)*, “a carga cumulativa de adversidades precoces demanda intervenções precoces”.

## 1.1 PROBLEMA

Mulheres que sofreram traumas na infância podem vivenciar a maternidade como um período de intensa angústia, devido ao medo de repetir os padrões negativos vivenciados com seus próprios cuidadores (Maldonado, 2002). Persistem lacunas sobre o fato de gestantes internadas em unidade psiquiátrica apresentarem prevalência significativamente maior de traumas infantis quando comparadas a outros grupos femininos internados, ou não, em psiquiatria. Essa incerteza dificulta a implementação de políticas públicas direcionadas à prevenção no SUS (Brasil, 2022), perpetuando ciclos de retraumatização em mulheres vulneráveis durante a gravidez (Herman, 1992). Desse modo, a hipótese deste estudo é de que a ocorrência de eventos traumáticos na infância possa ser causa da agudização dos sintomas de saúde mental e, por conseguinte, da internação psiquiátrica, durante a gestação.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre traumas na infância e internações psiquiátricas de gestantes hospitalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por agudização de transtornos mentais.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Analisar a distribuição de subtipos de traumas infantis (abuso físico/emocional/sexual e negligência física/emocional) entre os grupos casos (gestantes internadas) e controles (não-gestantes internadas e puérperas que não internaram na gestação), testando a hipótese de que gestantes internadas em unidade psiquiátrica apresentam maior frequência de traumas.

- Identificar preditores sociodemográficos e clínicos independentes para internação psiquiátrica na gestação.
- Avaliar a associação entre Traumas na Infância e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) durante a gestação.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

A investigação sobre os determinantes psicossociais das internações psiquiátricas de gestantes poderia ser, ainda mais, uma prioridade de saúde pública no Brasil. Gestantes são um grupo pouco estudado no campo da saúde mental, e a presença de transtornos psiquiátricos durante a gestação já é amplamente estigmatizada. No entanto, a internação psiquiátrica nesse período carrega um estigma ainda maior, contribuindo para barreiras no acesso ao cuidado e para lacunas no conhecimento científico.

Do ponto de vista clínico-interventivo, a ausência de instrumentos padronizados para triagem de traumas infantis na rede básica de saúde contribui para diagnósticos tardios e tratamentos inadequados (Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi, 2006). A utilização do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), versão traduzida em 2006 pelo Rodrigo Grassi e colaboradores do instrumento *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* desenvolvido por Bernstein e colaboradores em 1994, permitiria mapear subtipos específicos de adversidades precoces associadas à crise psiquiátrica gestacional.

Socialmente, a pesquisa se alinha às diretrizes da Rede Cegonha (Brasil, 2023), Rede Alyne (2024) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2011), que destacam a necessidade de práticas integradas entre saúde mental e obstetrícia para redução da mortalidade materna indireta. Esta pesquisa poderá embasar propostas de capacitação profissional voltadas para a avaliação de traumas infantis no pré-natal, incluindo a adaptação do QUESI ao período gestacional e à atenção básica. Adicionalmente, os achados deste estudo poderão contribuir para um maior entendimento sobre a relação entre traumas na infância e saúde mental na gestação, fornecendo subsídios para pesquisas futuras e aprimoramento de instrumentos de triagem.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gestação é entendida socialmente como uma fase de realização e felicidade na vida das mulheres, por vezes descrita como um dos momentos mais especiais e gratificantes na jornada da maternidade (Piccinini *et al.*, 2008). No entanto, essa visão tradicionalmente positiva da gravidez não considera as complexas vulnerabilidades psicológicas que podem surgir durante esse período (Lucena; Ottati; Cunha, 2019). A necessidade de internação psiquiátrica durante a gravidez é uma situação frequentemente permeada por estigmas e negligenciada tanto na prática médica quanto nos estudos científicos (Silva *et al.*, 2023).

Apesar de serem necessárias e benéficas em alguns casos, tais internações são vistas com receio e, muitas vezes, geram tabu entre profissionais de saúde e nos círculos sociais das gestantes (Paulino *et al.*, 2022). Ao não enfrentar abertamente essa questão, limita-se a compreensão completa das necessidades em relação a saúde mental das gestantes, subestimando a importância de cuidados psiquiátricos integrados.

### 2.1 TRANSTORNOS MENTAIS E A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA FEMININA: ASPECTOS HISTÓRICOS

A internação psiquiátrica feminina historicamente esteve ligada às concepções sociais e aos avanços na área médica sobre a saúde mental das mulheres. No século XIX e início do XX, diagnósticos como histeria e melancolia eram comuns, refletindo não apenas a medicina da época, mas também normas culturais e controle social, onde mulheres que se desviavam dos papéis de gênero eram frequentemente institucionalizadas (Ussher, 1991). A medicalização de comportamentos e condições femininas, discutida por Busfield (2017), reforça como o processo de definir questões de saúde como problemas médicos frequentemente refletia normas culturais e estruturais de poder. Este controle médico e social se manifestava através de diagnósticos que eram usados para institucionalizar mulheres que não se conformavam aos padrões sociais estabelecidos, mostrando como a psiquiatria era utilizada para perpetuar desigualdades de gênero.

Com o progresso da psiquiatria no século XX, houve uma mudança em direção a diagnósticos mais precisos e tratamentos mais humanizados, embora o

estigma das mulheres com transtornos psiquiátricos persista, exacerbando desigualdades no acesso ao cuidado de saúde mental (Morrow; Weisser, 2012). As barreiras sociais e econômicas que as mulheres enfrentam no acesso ao tratamento psiquiátrico são significativas, e a medicalização excessiva pode levar a diagnósticos inadequados e negligenciar o contexto biopsicossocial das pacientes (Busfield, 2017). No entanto, abordagens que integram cuidados comunitários e suporte multidisciplinar são sugeridas como alternativas mais eficazes para o tratamento intensivo, promovendo a reintegração social (Storm; Edwards, 2013).

A maternidade e a saúde mental são interligadas, especialmente em casos de mulheres gestantes ou puérperas com transtornos psiquiátricos graves, que frequentemente enfrentam estigma e medo de perder a guarda dos filhos, dificultando o acesso a tratamentos adequados (Dolman; Jones; Howard, 2013). A necessidade de serviços de saúde mental especializados para essas mulheres é fundamental, oferecendo suporte humanizado durante a gestação e o puerpério. Além disso, a discussão sobre políticas de saúde mental femininas ainda destaca a prevalência de modelos que favorecem a internação involuntária, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, apontando a urgência de estratégias que priorizem o cuidado comunitário (Sayce, 2016).

## 2.2 IMPACTO DA GESTAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

A gestação é um período de grandes transformações físicas, hormonais e psicológicas. Estudos demonstram que a vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos pode aumentar nesse período, especialmente em mulheres com histórico de transtornos psiquiátricos anteriores. Segundo Yonkers, Vigod e Ross (2011), a gravidez pode intensificar sintomas de ansiedade e depressão em mulheres predispostas. Além disso, o impacto social e econômico da gravidez pode agravar condições psiquiátricas, como discutido por Lancaster *et al.* (2010), que destacam fatores como baixo suporte social e estresse financeiro como contribuintes significativos.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) indicam que cerca de 10% das gestantes e 13% das mulheres que acabaram de dar à luz experimentam algum transtorno mental, principalmente depressão e ansiedade, o que pode ser influenciado pelas alterações hormonais, como o aumento dos níveis de estrogênio

e progesterona (Bloch *et al.*, 2000). A relação entre gestação e saúde mental é multifacetada e pode variar conforme fatores individuais e contextuais.

Outro aspecto relevante é a relação entre complicações obstétricas e risco psiquiátrico. Evidências sugerem que condições como baixo peso do recém-nascido e parto prematuro estão associados a maiores taxas de depressão e ansiedade perinatal (Grote *et al.*, 2010). Estratégias de intervenção precoce, como suporte psicoterapêutico e programas de educação perinatal, podem ser fundamentais para minimizar o impacto negativo da gestação na saúde mental das mulheres.

Gestar pode ser uma tarefa solitária, e estudos indicam que, independentemente de estarem em companhia de parceiros ou familiares, muitas mulheres experimentam um senso de isolamento devido às mudanças físicas e emocionais complexas que ocorrem durante essa fase (Taubman-Ben-Ari; Chasson; Abu-Sharkia, 2021). Estes autores também ressaltam como a solidão durante a gravidez está associada a uma menor satisfação nos relacionamentos e maiores níveis de ansiedade, sugerindo a necessidade de intervenções direcionadas. O envolvimento ativo da equipe de saúde em oferecer informações claras e suporte emocional pode ajudar a aliviar as preocupações das gestantes, criando uma sensação de segurança e suporte (Razurel *et al.*, 2017). Além disso, a presença e o apoio contínuos da família podem melhorar a resiliência das mulheres grávidas, permitindo-lhes enfrentar os desafios emocionais da gravidez de forma mais eficaz (Kingston *et al.*, 2012).

### 2.3 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DURANTE A GESTAÇÃO

A internação psiquiátrica durante a gestação é uma intervenção crítica em casos em que há descompensação de transtornos mentais graves, pois busca salvaguardar a saúde tanto da mãe quanto do bebê. Mulheres que sofrem de transtornos como esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão e uso de substâncias psicoativas enfrentam um risco elevado de complicações psiquiátricas ao longo da gravidez, podendo necessitar de hospitalização para garantir o manejo adequado de sua condição (Bharadwaj *et al.*, 2022; Chauhan; Potdar, 2022). Além disso, mulheres com um histórico de traumas na infância tendem a manifestar sintomas psiquiátricos mais severos, assim como problemas de memória, de atenção, de aprendizagem e de funcionamento executivo, além disso podem prejudicar a saúde

física, causando maior risco a doenças cardiovasculares e obesidade, por exemplo (Hye; Chaiyapruk, 2023).

O processo de internação psiquiátrica durante a gestação demanda um planejamento meticuloso para minimizar riscos e maximizar os benefícios para ambos, mãe e bebê. O manejo clínico efetivo inclui o uso de abordagens psicofarmacológicas seguras para o período gestacional, além de suporte psicoterapêutico e social (Bharadwaj *et al.*, 2022). Estudos indicam que intervenções precoces, junto a um acompanhamento multidisciplinar, não só reduzem a duração das internações como facilitam a recuperação e fazem com que o retorno ao ambiente familiar e social seja mais efetivo (Oliveira, 2013). Assim, a hospitalização pode ser fundamental na estabilização do quadro psiquiátrico, prevenindo desfechos adversos, como partos prematuros ou depressão pós-parto.

Em relação a internação psiquiátrica, de forma geral, fora do período gestacional, o primeiro fator relevante são os diagnósticos de esquizofrenia e transtornos de humor, como a depressão e o transtorno bipolar, também situações de risco de autoagressão e/ou heteroagressão, risco de exposição moral, entre outras que são prevalentes entre as mulheres e frequentemente associados à hospitalização (Cardoso; Galera, 2011). Mulheres não gestantes, internadas em unidade psiquiátrica, podem apresentar semelhanças em relação aos motivos de internação das gestantes, porém, a pressão social sobre a maternidade e o bem-estar do bebê, podem causar a intensificação dos sintomas negativos em relação a saúde mental e faz-se necessário os tratamentos mais intensivos, incluindo a internação hospitalar. Isto demonstra a complexidade das interações entre fatores biológicos e sociais durante períodos críticos na vida das mulheres (Mori; Coelho, 2004). Sendo assim, diferentes momentos do ciclo vital feminino geram formas distintas de enfrentamento, gerando um impacto único e singular na saúde mental.

Finalmente, a necessidade de internação psiquiátrica durante a gestação salienta a importância de programas preventivos e de vigilância da saúde mental materna. Modelos de atenção perinatal integrados, que englobam triagem precoce para transtornos mentais, suporte psicológico contínuo, com intervenções terapêuticas que abordam diretamente as necessidades das mães, e acesso simplificado a serviços de saúde mental, são estratégias recomendadas para reduzir o risco de crises psiquiátricas graves durante a gravidez (Lefkovic *et al.*, 2018). Investimentos em cuidados especializados não apenas auxiliam na minimização de

internações, mas também promovem melhorias na qualidade de vida das gestantes em sofrimento psíquico.

## 2.4 TRAUMAS NA INFÂNCIA E SAÚDE MENTAL DA GESTANTE

Quando se fala sobre traumas na infância, é importante pensar em eventos adversos que ocorrem durante o desenvolvimento infantil e que podem ter impactos duradouros na saúde mental, fazendo com que suas marcas apareçam em todos ciclos da vida. Esses eventos podem incluir abuso físico, sexual e emocional, bem como negligência, exposição à violência doméstica e separação parental abrupta (Felitti *et al.*, 1998). Estudos evidenciam que adultos que vivenciaram traumas na infância podem apresentar déficits no desenvolvimento intelectual e físico (Borges; Dell'aglio, 2008; Bücken *et al.*, 2012), além de uma probabilidade maior em apresentarem comportamento delinquente e abuso de substâncias psicoativas. (Hildyard; Wolfe, 2002; Pedroso; Leite, 2023; Putnam, 2003; Ford *et al.*, 2010; Greeson *et al.*, 2014).

Possivelmente, Bion (1962) é um dos psicanalistas mais reconhecidos por estudar as consequências de traumas na infância na vida adulta. Ele propôs que a capacidade de uma mãe em oferecer um ambiente psíquico seguro e acolhedor, o que ele chamou de "função alfa", é essencial para o desenvolvimento emocional saudável da criança. A função materna de continência envolve metabolizar as experiências emocionais brutas da criança, que ainda não consegue processá-las autonomamente. Essa transformação facilita que ele internalize um sentido de segurança e comece a desenvolver sua capacidade de pensar e entender o mundo. Bion (1962) destacou a importância de a mãe ser responsiva e emocionalmente presente, ajudando a criança a lidar com emoções intensas e desconfortáveis, ao invés de deixá-la sobrecarregada por essas experiências.

Pensando no suporte que é fundamental para o desenvolvimento de uma criança, mulheres que sofreram trauma infantil podem apresentar dificuldades em responder adequadamente às necessidades emocionais da criança, pois esses eventos adversos podem resultar em dificuldades com a regulação emocional e gerar mecanismos de defesa que evitem o confronto com sentimentos dolorosos frente a frustrações.

De fato, a literatura aponta que indivíduos que vivenciaram traumas na infância apresentam maior risco de desenvolver transtornos psiquiátricos na vida adulta, incluindo depressão, transtornos de ansiedade e estresse pós-traumático, além de um estilo de vida inadequado (Anda *et al.*, 2006; Green *et al.*, 2010). Além disso, esses eventos podem impactar negativamente as habilidades de regulação emocional, aumentando a vulnerabilidade a estressores futuros. Teicher e Samson (2016) demonstraram que alguns abusos, como emocional e sexual, “parecem atingir especificamente regiões cerebrais (córtex auditivo, visual e somatossensorial) e vias que processam e transmitem a experiência aversiva”.

Tendo em vista os grandes impactos que traumas na infância trazem para o desenvolvimento e para a vida adulta, torna-se essencial compreender a sua relação com a saúde mental ao longo da vida, para que a formulação de estratégias preventivas e terapêuticas esteja sempre em pauta.

#### **2.4.1 Traumas na infância, conforme o QUESI, e seu impacto no desenvolvimento**

O Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), instrumento traduzido (Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi, 2006), originalmente conhecido como *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*, é importante para investigar experiências traumáticas ocorridas durante a infância. Desenvolvido por Bernstein e colaboradores em 1994, tendo um estudo com amostra clínica de população psiquiátrica de adolescentes em 1997 e uma revisão em 2003, que resultou em uma versão mais concisa de 28 itens que mantém as propriedades psicométricas do original, sendo de aplicação mais rápida e após sendo adaptada para o português (Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi, 2006).

Examinando o impacto do trauma através de instrumentos de medida, como o QUESI, identificamos diversas categorias de traumas. Neste estudo serão avaliadas as adversidades na tabela 1, sendo suas características e desfechos na vida adulta investigadas por diversos autores:

Tabela 1. Traumas na infância e consequências na vida adulta

<b>Tipo de trauma:</b>	<b>Exemplos:</b>	<b>Possíveis consequências:</b>
<b>Abuso Emocional</b>	Inclui insultos, humilhações e manipulações emocionais.	Pode prejudicar no desenvolvimento da autoestima e criar problemas de ansiedade ao longo da vida (Edwards <i>et al.</i> , 2003).
<b>Abuso Físico</b>	Refere-se à violência física direta que a criança pode sofrer.	Resultados potenciais de fobias, insônia e agressividade no futuro (Gilbert <i>et al.</i> , 2009).
<b>Abuso Sexual</b>	Envolve qualquer atividade sexual imposta ou forçada sobre uma criança.	Associada ao surgimento de transtornos dissociativos e dificuldade em formar relações saudáveis, assim como maior risco a depressão e abuso de substâncias (Putnam, 2003).
<b>Negligência Física</b>	Caracteriza-se pela omissão de cuidados básicos, como alimentação e vestuário adequados, também questões como abandono e negligência educacional.	Pode afetar o desenvolvimento físico e emocional, repercutindo em sintomas de ansiedade, depressão, dificuldades de aprendizados e comportamento agressivo e delinquente na vida adulta. (Hildyard; Wolfe, 2002; Pedroso; Leite, 2023).
<b>Negligência Emocional</b>	Relaciona-se à falta de apoio emocional, carinho e estímulo.	Comprometendo a capacidade da criança em desenvolver empatia e vínculos emocionais futuros (Hildyard; Wolfe, 2002; Trickett; McBride-Chang, 1995).

Outros questionários que podem ser usados para avaliação de traumas na infância são:

- *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*, de John Briere (1996), que analisa sintomas de trauma psicológico em crianças e adolescentes, fornecendo uma medida das consequências emocionais e comportamentais de experiências traumáticas.
- *Trauma History Questionnaire (THQ)*, questionário autorrelatado de 24 itens que investiga experiências com potencial traumático como crimes, desastres em geral, abuso físico e sexual (Green, 1996; Fiszman *et al.*, 2005).
- *Child Trauma Interview (CTI)*, uma entrevista breve semiestruturada, que foca seis áreas de traumas interpessoais na infância: separações e perdas; negligência física; abuso emocional; abuso físico; testemunhar violência; e abuso sexual (Fink *et al.*, 1995)
- *Child Experience of Care and Abuse (CECA)*, que avalia experiências traumáticas antes dos 17 anos de idade. (Bifulco; Brown; Harris, 1994)
- *Early Trauma Inventory (ETI)*, é uma entrevista semiestruturada com 52 itens, que são aplicados pelo clínico, e se destina a explorar eventos traumáticos ocorridos na infância e suas consequências psicossociais (Mello *et al.*, 2010).

A maioria dos instrumentos acima podem ser aplicados em crianças e adolescentes. A principal vantagem do QUESI é a validação e adaptação para a população brasileira, assim como a possibilidade de uso em adultos.

O entendimento detalhado das especificidades dos traumas na infância é essencial para a formulação de intervenções psicoterapêuticas que visem a reduzir as suas consequências na vida de mulheres adultas, estando elas gestantes ou não. Estratégias como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e métodos de reestruturação emocional têm mostrado eficácia na redução dos sintomas associados, também, ao TEPT e na promoção do bem-estar psicológico (Foa *et al.*, 2009; Putnam, 2003). Dentro do cuidado em saúde mental, é fundamental destacar que a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) é uma abordagem psicossocial baseada nos princípios da TCC de Judith Beck (2013), direcionada especificamente para tratar sintomas associados ao trauma em crianças

e adolescentes, que também tem apresentados bons resultados no cuidado a adolescentes e suas famílias (Cohen; Deblinger; Mannarino, 2016).

## 2.5 TRAUMAS NA INFÂNCIA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma condição psiquiátrica caracterizada por sintomas intrusivos, evitativos e de hiperexcitabilidade após a exposição a um evento traumático. De acordo com o DSM-5, os critérios diagnósticos incluem revivência do trauma, evitação de estímulos associados ao evento, alterações negativas na cognição e humor e hiperatividade fisiológica (*American Psychiatric Association - APA, 2013*).

Ao longo das edições do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)*, a conceituação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) passou por diversas modificações. No *DSM-III (APA, 1980)*, publicado em 1980, o transtorno foi formalmente incluído como uma resposta específica a eventos traumáticos extremos, com base principalmente em estudos sobre veteranos de guerra. No *DSM-IV (APA, 1994)*, a definição foi expandida para incluir uma gama mais ampla de eventos traumáticos e enfatizar os sintomas dissociativos. Já no *DSM-5 (APA, 2013)*, houve uma reorganização dos critérios diagnósticos, separando o TEPT dos transtornos de ansiedade e estabelecendo um grupo próprio para transtornos relacionados a traumas e estressores, além de acrescentar sintomas relacionados a alterações na cognição e no humor. Essas mudanças refletem uma compreensão mais ampla do impacto dos traumas sobre a saúde mental e sua manifestação clínica ao longo da vida.

O TEPT pode se desenvolver após experiências traumáticas como abuso, violência, acidentes graves ou catástrofes naturais. Estudos indicam que mulheres são mais suscetíveis ao desenvolvimento do TEPT do que homens, especialmente aquelas que sofreram traumas na infância (Breslau *et al.*, 1997). Além disso, a presença do TEPT durante a gestação pode aumentar o risco de complicações obstétricas e impactar a saúde da mãe e do bebê (Seng *et al.*, 2001).

### 3 MÉTODO

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo está aninhado na pesquisa intitulada “Desfechos e determinantes biopsicossociais de hospitalizações psiquiátricas durante a gestação: descrição de um protocolo de estudo caso-controle” (Alves *et al*, 2023) realizada na Internação Psiquiátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, desde abril de 2022 (CAEE nº. 54116821.8.0000.5344821.8.0000.554 no CEP da UNISINOS e HMIPV), sob coordenação da Dra. Juliana Nichterwitz Scherer e do Dr. Lucas Primo de Carvalho Alves.

O estudo utilizou um delineamento de caso-controle, no qual foram comparadas gestantes internadas em unidade psiquiátrica, devido à agudização de transtornos mentais (grupo de casos), com dois grupos controles, sendo eles mulheres não-gestantes internadas por transtornos mentais (grupo controle A) e mulheres puérperas que não apresentaram internação psiquiátrica durante a gestação (grupo controle B). O objetivo de haver dois grupos controle é que, ao passo que a comparação entre gestantes internadas e puérperas que não precisaram de internação na gestação (Grupo B) permite avaliar o impacto do trauma na infância com gestação, a comparação do grupo de casos e não-gestantes internadas (grupo A) permite avaliar se esse impacto é específico da gestação ou não.

#### 3.2 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo uma amostra de 149 participantes mulheres adultas entre 18 e 50 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), recrutadas na unidade de internação psiquiátrica e no alojamento conjunto (internação pós-parto) do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). O recorte temporal abrange internações ocorridas entre junho/2022 e junho/2024.

O grupo de casos é composto por gestantes internadas (GI) devido à agudização de transtornos como depressão maior, transtorno bipolar, esquizofrenia e transtorno por uso de substâncias. Os grupos controles são formados por pacientes não-gestantes internadas na unidade psiquiátrica (NGI) (grupo A) e

mulheres puérperas, em recuperação no alojamento conjunto (PSI) (grupo B). Além disso, realizamos pareamento de casos e controles por bairro de residência, garantindo que os grupos controles sejam representativos da população de origem dos casos. As pacientes foram indicadas pela equipe do local.

### 3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não foram selecionadas pacientes cuja gravidade do quadro indisponibilizou as mesmas de manterem um diálogo com o entrevistador ou caso a mesma tenha desistido de participar durante a coleta.

### 3.4 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE COLETA

O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas é um hospital que disponibiliza 100% dos seus atendimentos ao SUS. Apresenta atendimento de emergência para crianças e gestantes, atendimento ambulatorial (consultas) e internação em neonatologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia e psiquiatria para mulheres adolescentes e adultas.

É referência para o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual e para crianças vítimas de violências de qualquer tipo. A maior parte do público atendido vem de localidades de baixa renda, sem acesso a atenção especializada de forma constante.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As participantes foram indicadas pela equipe do HMIPV e convidadas a participar do estudo por um membro da equipe de pesquisa treinado. Por se tratar do ambiente de trabalho da pesquisadora a mesma estava presente no local dez horas por dia nos dias úteis. Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), as participantes responderam a questionários estruturados para avaliação do histórico de traumas na infância, sintomas de TEPT, histórico psiquiátrico e outros fatores sociodemográficos e clínicos.

Na coleta foram aplicados os instrumentos: Questionário sociodemográfico (Anexo B), *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders* (SCID-5) (Anexo D) e o

Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) (Anexo C). As coletas foram realizadas em até 48 horas, após a admissão ou antes da alta, usando como referência a unidade de internação psiquiátrica. Nesta etapa, a divisão das coletas foi em dois blocos, os dados sociodemográficos e a SCID-5 foram aplicados na admissão e o QUESI aplicado antes da alta. No alojamento conjunto, todos os dados foram coletados durante uma única entrevista após 48h do parto.

Com relação à guarda e armazenamento dos dados, se manterá o sigilo dos pacientes no banco de dados, estes que estão mantidos em plataforma de armazenamento em nuvem (Google Drive). Uma cópia dos dados está em um *hard disk (HD)* de servidor externo. Os dados estão seguros de uma forma digital, remota, de baixo custo e confiável. O acesso a este banco de dados digital é protegido por chave de acesso que apenas o pesquisador porta. Os dados serão armazenados por um período de cinco anos após o término da pesquisa e posteriormente deletados de forma definitiva da plataforma. O desenho do estudo está representado na Figura 1.

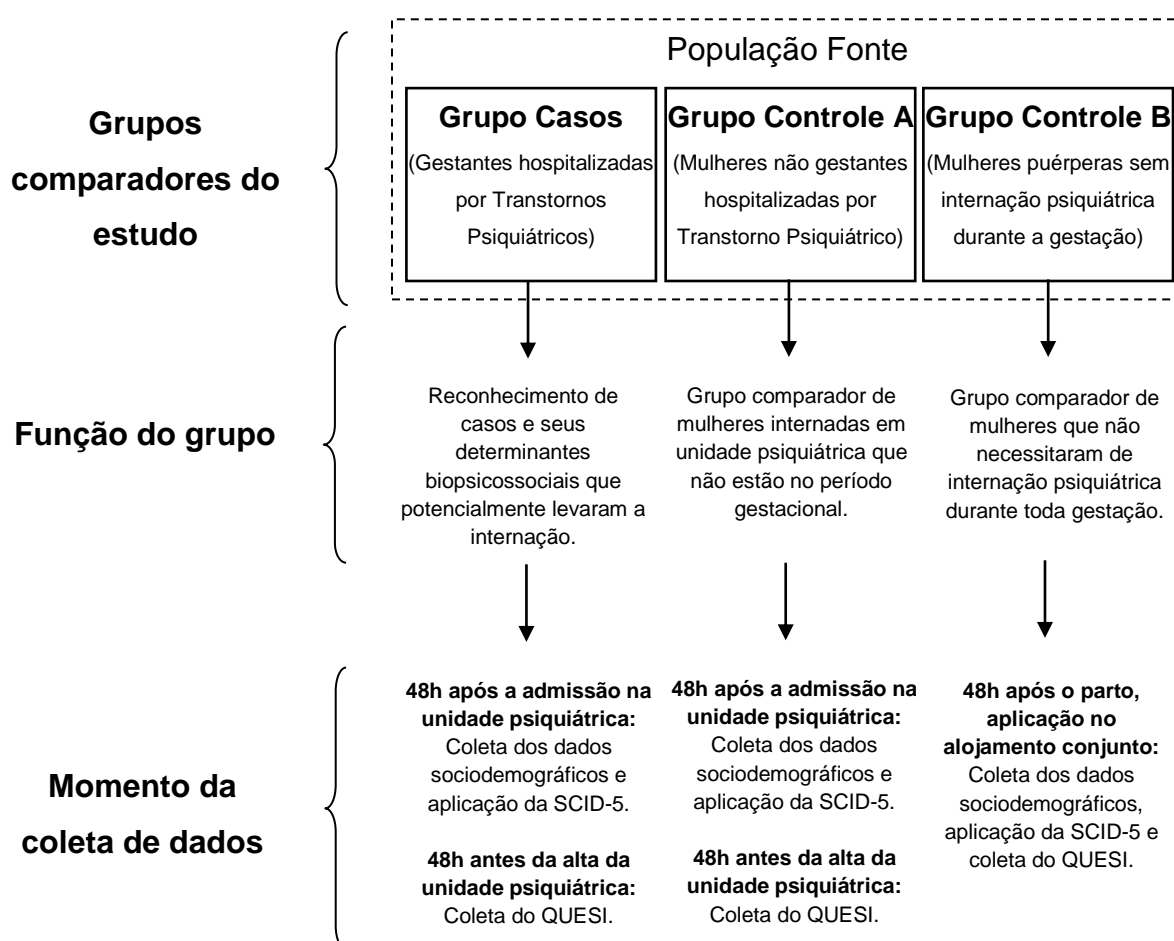


Figura 1. Desenho do estudo, grupos incluídos e momento em que foram realizadas as entrevistas

### **3.5.1 Avaliação de dados sociodemográficos**

O questionário inclui variáveis como: Idade, mediana (IIQ); Raça ou etnia (Branca, Preta, Parda, Amarela); Estado civil (Solteira, Com companheiro (União Estável), Viúva); Com quem reside (Sozinha, Com familiar e/ou amigos, Com companheiro); Empregada atualmente; Classe social (B, C, D e E).

### **3.5.2 Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5 (SCID-5).**

Instrumento de entrevista utilizado para diagnosticar os transtornos psiquiátricos mais frequentemente observados na prática clínica, incluindo depressão, transtorno bipolar, transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtornos de ansiedade (como transtorno de pânico, agorafobia, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada), transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, além do transtorno de adaptação.

### **3.5.3 Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI)**

O Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), pode ser utilizado na avaliação de adolescentes, a partir de 12 anos, e adultos, o mesmo investiga histórias de abuso (sexual, físico e emocional) e negligência (física e emocional) durante a infância (Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi, 2006). Os participantes respondem 28 questões assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância, utilizando uma escala Likert de cinco pontos em que: (1) significa que nunca ocorreu, (2) significa que ocorreu poucas vezes, (3) significa que ocorreu às vezes, (4) significa que ocorreu muitas vezes e (5) significa que ocorreu sempre. Todas as cinco subescalas de abuso e negligência são somas das pontuações de “nunca” (pontuação 1) a “muito frequentemente” (pontuação 5).

Após a soma da pontuação dos itens que compõe cada subescala, todas as subescalas podem variar entre 5 e 25 (Hagborg; Kalin; Gerdner, 2022). A nota global e o total de cada fator obtêm-se através de um somatório. Pontuações mais altas traduzem-se em mais vivências de um determinado tipo de abuso.

Na Tabela 2 anexada a seguir, intitulada “Tradução para o português do *Childhood Trauma Questionnaire*: Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)” (Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi, 2006), apresenta-se a classificação de cada item (em letras: A; B; C; D; E; N) e a legenda com o número correspondente a pergunta de cada trauma, assim como a pontuação invertida em alguns casos e a nulidade de algumas perguntas.

Tabela 2. “Tradução para o português do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ):  
Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)”  
(Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi, 2006),

<b>Enquanto eu crescia:</b>		<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>
<b>E</b>	1. Eu não tive o suficiente para comer.					
<b>D*</b>	2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
<b>A</b>	3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.					
<b>E</b>	4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
<b>D*</b>	5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
<b>E</b>	6. Eu tive que usar roupas sujas.					
<b>D*</b>	7. Eu me senti amado (a).					
<b>A</b>	8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
<b>B</b>	9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou					

- 
- consultar um médico.
- 
- N** 10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.
- 
- B** 11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.
- 
- B** 12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.
- 
- E\*** 13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.
- 
- A** 14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.
- 
- B** 15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.
- 
- N** 16. Eu tive uma ótima infância.
- 
- B** 17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.
- 
- A** 18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.
- 
- D\*** 19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.
- 
- C** 20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.
- 
- C** 21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.
- 
- N** 22. Eu tive a melhor família do mundo.
- 
- C** 23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.
- 
- C** 24. Alguém me molestou.
- 
- A** 25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.
- 
- E\*** 26. Ouve alguém para me levar ao médico
-

---

quando eu precisei.

---

**C** 27. Eu acredito que fui abusado (a)  
sexualmente.

---

**D\*** 28. Minha família foi uma fonte de força e  
apoio.

---

Legenda: A- Abuso emocional: 3/8/14/18/25; B- Abuso físico: 9/11/12/15/17; C- Abuso sexual: 20/21/23/24/27; D: Negligência emocional: 2\*/5\*/7\*/19\*/28\*; E- Negligência física: 1/4/6/13\*/26\*; N- Nulo; \*Pontuação invertida.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Com um poder de 80% para a análise estatística, a um nível de significância de 5%, o tamanho amostral de 149 pacientes para a detecção de associações com tamanho de efeito  $f$  de Cohen de 0,2 (tamanho de efeito pequeno a moderado), utilizando análises de variâncias com os três grupos.

Foi realizada uma análise comparativa entre os grupos para identificar associações entre traumas na infância e a internação psiquiátrica na gestação. Com essa abordagem, espera-se contribuir para o entendimento dos fatores de risco para internação psiquiátrica durante a gestação.

As variáveis clínicas e sociodemográficas da linha de base foram comparadas através de teste U de Mann-Whitney, e teste de qui-quadrado, para variáveis contínuas e categóricas, respectivamente. As frequências de traumas na infância foram comparadas entre os grupos através de teste de qui-quadrado. Já o tamanho de efeito do trauma na infância para a internação psiquiátrica foi estimado através de regressão logística multivariável pelo método Backward, utilizando variáveis da linha de base significativas como fatores confundidores. Por fim, foram calculados Odds Ratios (OR) entre trauma na infância e TEPT entre as gestantes, com P-valor estimado através do teste do qui-quadrado.

Os dados foram analisados pelo software SPSS v. 25. Os valores de significância foram fixados em um valor de 0,05.

## 4 RESULTADOS

O estudo foi realizado com um total de cento e quarenta e nove (n=149) mulheres: quarenta e duas (n=42; 28,2%) gestantes internadas em unidade psiquiátrica (GI), sessenta e cinco (n=65; 43,6%) pacientes não gestantes internadas em unidade psiquiátrica (NGI) e quarenta e duas (n=42; 28,2%) puérperas sem internação psiquiátrica durante a gestação (PSI).

A Tabela 3 descreve a caracterização sociodemográfica e a frequência de transtornos mentais dentro de cada grupo estudado.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica e frequência de transtornos mentais.

<b>Variáveis</b>	<b>GI (n = 42)</b>	<b>NGI (n = 65)</b>	<b>PSI (n = 42)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Idade, mediana (IIQ)</b>	27 (20,75 – 33)	28 (23 – 39)	26,5 (21,75 – 31,25)	0,06
<b>Raça ou etnia, n(%)</b>				
Branca	20 (47,6)	31 (47,7)	22 (52,4)	0,97
Preta	14 (33,3)	20 (30,8)	12 (28,6)	
Parda	8 (19)	13 (20)	7 (16,7)	
Amarela	0 (0)	1 (1,5)	1 (2,4)	
<b>Estado civil, n (%)</b>				
Solteira	32 (76,2)	47 (72,3)	21 (50)	0,15
Casada	6 (14,3)	11 (16,9)	9 (21,4)	
União estável	4 (9,5)	6 (9,2)	12 (28,6)	
Viúva	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	
<b>Com quem reside, n(%)</b>				
Sozinha	5 (11,9)	10 (15,4)	2 (4,8)	<0,001 <sup>a</sup>
Com familiar e/ou amigos	20 (47,6)	37 (56,9)	9 (21,4)	

Com o companheiro	17 (40,5)	18 (27,7)	31 (73,8)	
<b>Empregada atualmente, n (%)</b>	19 (45,2)	29 (44,6)	22 (52,4)	0,71
<b>Classe social, n (%)</b>				
B	3 (7,1)	8 (13,1)	7 (17,5)	0,22
C	23 (54,8)	40 (65,6)	25 (62,5)	
D e E	16 (38,1)	13 (21,3)	8 (20)	
<b>Transtornos mentais, n (%)</b>				
TEPT atual ou prévio	8 (21)	17 (29,3)	3 (7,2)	0,02 <sup>b</sup>
Transtornos psicóticos	0 (0)	10 (17,2)	0 (0)	0,001 <sup>c</sup>
TAB I, II ou outros	9 (23,7)	11 (19)	1 (2,4)	0,02 <sup>d</sup>
TDM (episódio único)	3 (7,9)	5 (8,6)	4 (9,5)	0,99
TDM (recorrente)	9 (23,7)	12 (20,7)	8 (19)	0,99
TUS (qualquer substância)	23 (60,5)	13 (22,4)	7 (16,7)	<0,001 <sup>e</sup>

Legenda - n: valores absolutos; %: valores relativos; p: nível de significância estatística; IIQ: Intervalo Interquartil; GI: Gestantes Internadas em unidade psiquiátrica; NGI: Não Gestantes Internadas em unidade psiquiátrica; PSI: Puérperas sem Internação Psiquiátrica durante a gestação; TEPT: Transtorno Estresse Pós-Traumático; TAB: Transtorno Afetivo Bipolar; TDM: Transtorno Depressivo Maior; TUS: Transtorno por uso de substâncias; <sup>a</sup> Com familiar e amigos: GI e NGI > PSI; Com companheiro: NGI < GI < PSI; <sup>b</sup> NGI > GI > PSI; <sup>c</sup> NGI > GI e PSI; <sup>d</sup> GI e NGI > PSI; <sup>e</sup> GI > NGI e PSI.

Como apresentado, na tabela 3, a alteração mais notável reside na composição familiar dos grupos. Puérperas sem internação na gestação demonstram uma predominância em residir com seus companheiros (73,8%), contrastando com gestantes (40,5%) e não gestantes internadas (27,7%). Gestantes (47,6%) e não gestantes internadas (56,9%) apresentam uma maior tendência a residir com familiares e/ou amigos.

#### 4.1 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS:

Alguns transtornos apresentam maior relevância em um grupo em relação a outros, porém em alguns não há relação significativa. A prevalência de TEPT (atual ou prévio) é significativamente diferente entre os grupos ( $p= 0,02$ ). Mulheres não gestantes internadas em unidade psiquiátrica apresentam a maior prevalência (29,3%), seguidas por gestantes internadas em unidade psiquiátrica (21%), enquanto puérperas sem internação psiquiátrica na gestação exibem a menor prevalência (7,2%).

Além disso, há uma diferença na prevalência de transtornos psicóticos ( $P = 0,001$ ). Não gestantes internadas apresentam uma prevalência de 17,2%, enquanto gestantes internadas e puérperas sem internação na gestação não apresentam casos. Essa diferença destaca a vulnerabilidade específica das não-gestantes internadas a desorganização por conta de transtornos psicóticos.

Quanto à prevalência de TAB (I, II ou outros) também mostra alterações significativas ( $p= 0,02$ ). Gestantes internadas (23,7%) e não gestantes internadas (19%) apresentam prevalências elevadas, enquanto puérperas sem internação na gestação exibem uma prevalência muito baixa (2,4%).

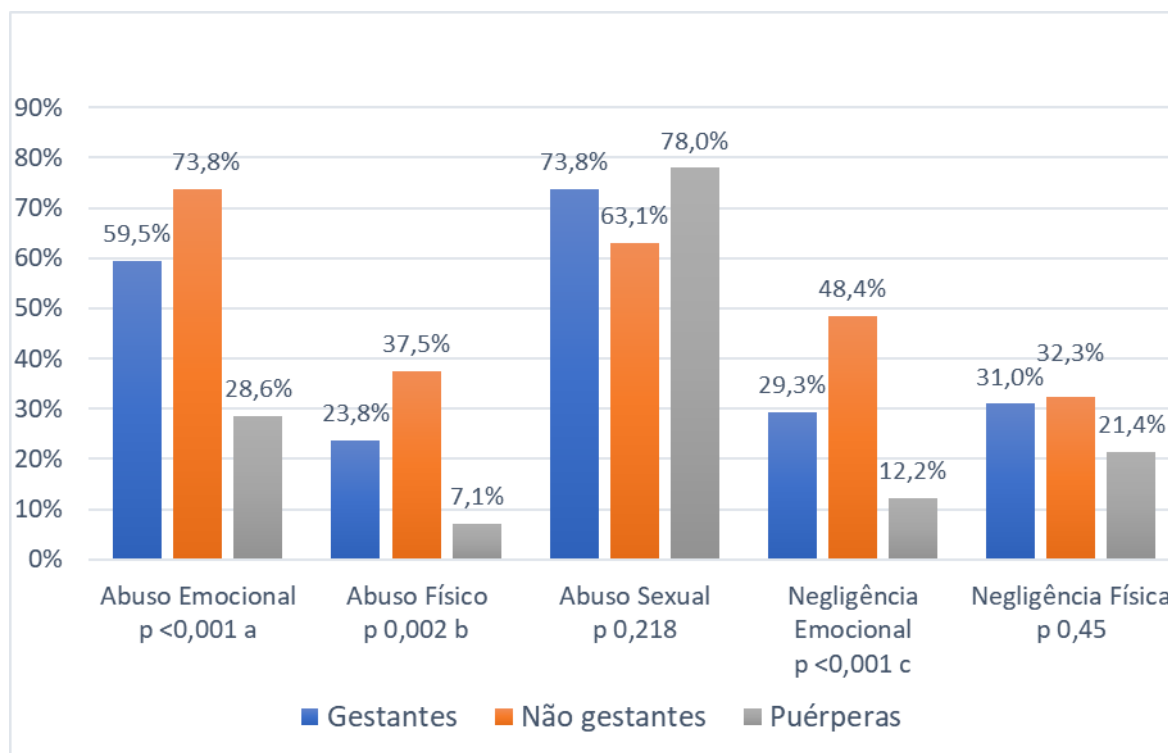
Por fim, a prevalência de TUS (qualquer substância) apresenta uma diferença significativa ( $p<0,001$ ). Gestantes internadas apresentam a maior prevalência (60,5%), seguidas por não gestantes internadas (22,4%), e puérperas sem internação na gestação apresentam a menor prevalência (16,7%).

#### 4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESI

A Figura 2 abaixo apresenta dados de que a prevalência de abuso emocional é mais alta em mulheres não gestantes internadas em unidade psiquiátrica (73,8%), seguida pelas gestantes (59,5%). Puérperas apresentam uma prevalência menor (28,6%),  $p <0,001$ . A prevalência de abuso físico é menor em todos os grupos, sendo mais alta em não gestantes (37,5%) e menor em puérperas (7,1%),  $p = 0,002$ . Puérperas apresentam a maior prevalência de abuso sexual (78%), seguidas pelas gestantes (73,8%) e não gestantes (63,1%),  $p = 0,218$ . A negligência emocional é mais prevalente em não gestantes (48,4%), com gestantes apresentando 29,3% e puérperas 12,2%,  $p$ -valor  $<0,001$ . As taxas de negligência física são relativamente

semelhantes entre os grupos, com não gestantes apresentando 32,3%, gestantes 31% e puérperas 21,4%,  $p = 0,45$ .

A figura 2 compara a prevalência de traumas na infância distintos entre os grupos estudados.



Legenda - %: valores relativos; p: nível de significância estatística; IIQ: Intervalo Interquartil; Gestantes: Gestantes Internadas em unidade psiquiátrica; Não Gestantes: Não gestantes Internadas em unidade psiquiátrica; Puérperas: Puérperas sem Internação Psiquiátrica durante a gestação; <sup>a</sup> Gestantes e Não gestantes > Puérperas; <sup>b</sup> Não gestantes > Gestantes > Puérperas; <sup>c</sup> Não gestantes > Gestantes > Puérperas.

Figura 2. Histórico de Violência através do QUESI em pacientes gestantes e não gestantes internadas em unidade psiquiátrica e puérperas sem internação psiquiátrica durante a gestação

A Tabela 4 a seguir apresenta os tamanhos de efeito do impacto do trauma na infância para a internação na gestação e da comparação com não gestantes internadas, após controle para todos os tipos de trauma e moradia. Após o ajuste, gestantes internadas em unidade psiquiátrica tiveram uma chance 3,23 vezes maior (IC95% = 1,24 – 8,4) de ter sofrido abuso emocional na infância do que puérperas que não apresentaram internação psiquiátrica durante a gestação. O resultado que

também apresentou significância foi em relação a morar sozinha ou com familiares e/ou amigos, que teve maior associação com internação na gestação.

Na análise entre gestantes internadas em unidade psiquiátrica com as não gestantes internadas, o que permaneceu significativamente com relevância é que não gestantes tiveram maior chance de terem apresentado negligência emocional.

Tabela 4. Associação entre traumas na infância e internação psiquiátrica na gestação

<b>Gestantes internadas (GI) (n=42) comparadas com puérperas não internadas (PSI) (n=42):</b>		
	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Abuso Emocional</b>	3,23 (1,24 – 8,4)	<b>0,016</b>
<b>Moradia:</b>		
<b>Com Companheiro</b>	1 (Ref)	
<b>Sozinha</b>	4,68 (0,77 – 28,37)	0,09
<b>Com familiares e/ou amigos</b>	3,41 (1,23 – 5,5)	<b>0,019</b>
<b>Gestantes internadas (GI) (n=42) comparadas a não gestantes internadas (NGI) (n=65):</b>		
	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Negligência Emocional</b>	0,42 (0,18 – 0,98)	<b>0,045</b>
<b>Moradia:</b>		
<b>Com Companheiro</b>	1 (Ref)	
<b>Sozinha</b>	0,38 (0,09 – 1,51)	0,17
<b>Com familiares e/ou amigos</b>	0,57 (0,23 – 1,36)	0,2

Legenda - n: valores absolutos; %: valores relativos; p: nível de significância estatística; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de confiança; GI: Gestantes Internadas em unidade psiquiátrica; NGI: Não Gestantes Internadas em unidade psiquiátrica; PSI: Puérperas sem Internação Psiquiátrica durante a gestação.

A tabela abaixo (tabela 5) demonstra a associação entre trauma na infância e TEPT nos grupos de mulheres no ciclo gravídico-puerperal (GI e PSI, n=80) e no grupo de não gestantes internadas (n=58). Enquanto abuso emocional, abuso físico e negligência emocional e física foram fatores de risco para TEPT entre mulheres que estão no ciclo gravídico-puerperal, apenas a negligência física teve relação

marginal como um fator de risco para TEPT em não gestantes internadas em unidade psiquiátrica.

Tabela 5. Associação entre Traumas (QUESI) e TEPT

TEPT	GESTANTES (GI) E PUÉRPERAS (PSI) (n=80)		NÃO GESTANTES (NGI) (n=58)	
	OR (IC 95%)	Valor de p	OR (IC 95%)	Valor de p
<b>ABUSO</b>				
<b>EMOCIONAL</b>	5,70 (1,10-29,49)	<b>0,04</b>	1,40 (0,26 - 7,28)	0,69
<b>ABUSO FÍSICO</b>	11,42 (2,48- 52,72)	<b>0,002</b>	2,63 (0,56- 12,30)	0,22
<b>ABUSO</b>				
<b>SEXUAL</b>	2,77 (0,32-23,69)	0,35	1,27 (0,28-5,68)	0,76
<b>NEGLIGÊNCIA</b>				
<b>EMOCIONAL</b>	6,59 (1,52-28,5)	<b>0,01</b>	4,9 (0,92-26,11)	0,06
<b>NEGLIGÊNCIA</b>				
<b>FÍSICA</b>	4,29 (1,03-17,91)	<b>0,04</b>	4,53 (0,99- 20,59)	<b>0,05</b>

Legenda - n: valores absolutos; %: valores relativos; p: nível de significância estatística; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de confiança; GI: Gestantes Internadas em unidade psiquiátrica; PSI: Puérperas sem Internação Psiquiátrica durante a gestação; NGI: Não Gestantes Internadas em unidade psiquiátrica;

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa revelam padrões complexos na interface entre traumas na infância e internações psiquiátricas durante a gestação, embora o elevado percentual de traumas na infância em pacientes não gestantes internadas seja preocupante e também necessite de atenção.

Os dados indicam que traumas na infância foram fatores de risco para internação de mulheres na gestação, apresentando níveis significativamente maiores em quase todos os tipos de trauma, sendo este abuso emocional, abuso físico, negligência emocional e negligência física, com exceção do abuso sexual, onde todos os grupos exibiram níveis elevados. No entanto, após controlados, apenas o abuso emocional permaneceu como fator de risco para internação psiquiátrica na gestação. Esse resultado sugere que o abuso emocional, vivenciado na infância, pode atuar como um fator de risco importante para a agudização de transtornos mentais durante a gestação. Pesquisadores trazem esta percepção de que o abuso emocional pode ocorrer independentemente dos outros abusos, como físico e sexual, (Bernstein *et al.* 1994; Claussen; Crittenden, 1991). Sendo assim os abusos emocionais vivenciados da infância, independentemente de outros abusos, podem causar prejuízos na autoestima e problemas de ansiedade ao longo da vida (Edwards *et al.*, 2003), deixando os indivíduos com sentimentos de inutilidade, insegurança e dificuldade de regulação das próprias emoções. (Kanj; Hallit; Obeid, 2023)

A gestação, por si só, já representa um período de vulnerabilidade emocional, e a presença de histórico de abuso emocional pode exacerbar essa vulnerabilidade, desestabilizando a saúde mental da mulher e aumentando a probabilidade de crises que demandam internação psiquiátrica durante a gestação. Ainda no estudo de Edwards *et al.* (2003) são trazidas percepções de como “o abuso emocional no ambiente familiar na infância provou ter um efeito principal significativo na saúde mental adulta, além de seu poder como um preditor independente, o abuso emocional serviu para aumentar o efeito de atos abusivos.” Essa constatação reforça a necessidade de uma abordagem diferenciada e atenta às especificidades de cada grupo, considerando que a gestação pode exacerbar vulnerabilidades preexistentes (OMS, 2022).

Além disso, a diferença estatisticamente significativa ( $P < 0,001$ ) em relação a moradia indica que o suporte familiar, neste caso do companheiro, pode ser um fator protetor para saúde mental, já que as puérperas avaliadas não internaram em unidade psiquiátrica durante a gestação. Gestantes (47,6%) e não gestantes internadas (56,9%) apresentaram uma maior tendência a residir com familiares e/ou amigos, o que reflete diferentes níveis de suporte social e familiar em comparação com as puérperas. No controle por confundidores, morar com familiares/amigos aumenta mais que três vezes a chance de internação versus morar com companheiro. Esse fenômeno pode refletir dinâmicas socioculturais brasileiras (Barham; Vanalli, 2012), onde redes familiares extensas podem atuar como fontes adicionais de estresse, seja por conflitos interpessoais ou sobrecarga de expectativas sociais sobre a gestante. Ademais, a permanência da gestante em um ambiente familiar, frequentemente fonte do abuso emocional sofrido no passado, pode favorecer a exacerbação de transtornos mentais no período da gestação. Em contrapartida, o estudo de Bäckström *et al.* (2017) ressalta a importância do companheiro para que a gestante se mantenha calma e segura, facilitando sentimentos de união e responsabilidade compartilhada. Esse achado ressalta a importância de considerar o contexto social e familiar na avaliação da saúde mental de gestantes, reconhecendo que o suporte social pode, em algumas situações, ser ambivalente ou até mesmo prejudicial.

Quando comparadas as gestantes internadas em unidade psiquiátrica com as não gestantes internadas, as gestantes internadas tiveram, significativamente, menos negligência emocional do que não gestantes, ambos grupos internados em unidade psiquiátrica. Este dado pode ser explicado quando entendemos que a gestação é um período de maior vulnerabilidade da vida da mulher em comparação a períodos fora da gestação. Portanto, mesmo tendo menos traumas na infância, a gestação confere uma maior vulnerabilidade para exacerbação de transtornos mentais.

A análise dos resultados do QUESI e da SCID-5 revelou uma associação significativa entre traumas na infância e TEPT no grupo de mulheres que estão no ciclo gravídico-puerperal, associando-se com Abuso Emocional, Abuso Físico e Negligência Emocional e Física. Em relação à Negligência Física, no grupo de não gestantes internadas em unidade psiquiátrica, os resultados foram de uma associação marginal com TEPT. Esses achados corroboram a literatura existente,

que aponta para a relação entre experiências adversas na infância e o desenvolvimento de transtornos mentais, como o TEPT, em mulheres (Anda *et al.*, 2006; Green *et al.*, 2010). Resultados que estão alinhados a estudos como de Park *et al* (2023), onde é reforçado que “indivíduos com traumas na infância apresentaram níveis mais baixos de resiliência, entre eles, aqueles que sofreram abuso emocional e negligência emocional apresentaram associações ainda mais fortes do que outros tipos de trauma na infância.”

A prevalência de Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) também apresentou uma diferença significativa ( $P < 0,001$ ). Gestantes internadas apresentam a maior prevalência (60,5%), seguidas por não gestantes internadas (22,4%), e puérperas sem internação na gestação apresentam a menor prevalência (16,7%). Isso sugere que o uso de substâncias é um problema particularmente prevalente em gestantes internadas. Vale ressaltar que a unidade de internação do HMIPV tem vagas específicas para gestantes em uso de substâncias psicoativas durante a gestação, o que tem relação com a porcentagem de mulheres com este transtorno dentro da unidade. Contudo, a prioridade para internação na unidade psiquiátrica do HMIPV sempre é para gestantes, sejam com ou sem Transtorno por Uso de Substâncias.

Algumas limitações metodológicas e pontos que podem ser investigativos são a dificuldades na coleta por conta de viés de memória ou viés de informação (Song; Chung, 2010), pois os relatos retrospectivos sobre traumas infantis podem apresentar as percepções da paciente em relação ao seu histórico. Amostra pequena e restrita a uma população vulnerável, com baixos níveis socioeconômicos e baixa escolaridade, também com difícil acesso a cuidados com a saúde mental limitam generalizações para com diversos outros contextos e realidades sociais. A abordagem quantitativa exclusiva limita as dimensões subjetivas do cuidado, como o estigma institucional por exemplo, requerem complementação via métodos qualitativos, onde se pode avaliar a qualidade da rede de apoio, entre outros dados subjetivos (Dias *et al*, 2024). Ainda dentro das limitações do estudo, pode-se pensar em um terceiro grupo controle de mulheres sem gestação e sem internação psiquiátrica durante a vida, comparando os resultados entres estes quatro grupos.

Estudos futuros poderiam aprofundar a compreensão das dinâmicas familiares e sociais que modulam o impacto dos traumas infantis na saúde mental materna, investigando qualitativamente as experiências de gestantes que residem

com familiares e amigos, a fim de identificar os fatores de estresse e suporte presentes nessas relações. Além disso, pesquisas longitudinais poderiam acompanhar o desenvolvimento de crianças cujas mães vivenciaram traumas na infância e foram internadas durante a gestação, avaliando o impacto dessas experiências no desenvolvimento infantil e na qualidade do vínculo mãe-bebê. Por fim, estudos de intervenção poderiam testar a eficácia de programas de apoio psicossocial e psicoterapia focados na redução dos sintomas de TEPT e na promoção da resiliência em gestantes com histórico de traumas, visando a prevenção de internações psiquiátricas e a melhoria da saúde mental materna.

Implementar cuidados específicos na atenção primária pode auxiliar na prevenção de internações psiquiátricas durante a gestação. Oportunizando a essas mulheres um olhar ativo e humanizado sobre sua história de vida pregressa, trabalhando traumas infantis e transtornos atuais, pode prevenir desfechos de internação.

## 6 CONCLUSÕES

Com base na análise dos dados e discussões apresentadas, esta dissertação colabora para a relevância dos traumas na infância como fatores significativos na saúde mental de mulheres, especialmente durante a gestação. Os resultados revelam que a vivência de adversidades precoces, como abuso emocional, físico e negligência emocional e/ou física, estão associadas a um aumento do risco de internações psiquiátricas nos grupos estudados e ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres que estão passando pelo ciclo gravídico-puerperal. Essa associação reforça a necessidade de uma abordagem integrada e atenta à saúde mental materna, considerando o histórico de vida e as experiências traumáticas como elementos cruciais à compreensão e ao cuidado.

A pesquisa também revelou a importância do contexto social e familiar na modulação do risco de internações psiquiátricas. Contrariando algumas expectativas, morar com familiares e/ou amigos se mostrou um fator de risco para gestantes, possivelmente refletindo dinâmicas socioculturais específicas do Brasil, onde as redes familiares extensas podem gerar sobrecarga e estresse adicionais. Esse resultado destaca a necessidade de considerar o suporte social e familiar como um elemento complexo e multifacetado, que pode tanto proteger quanto aumentar a vulnerabilidade à saúde mental.

Diante desses resultados, mostra-se fundamental o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas e práticas clínicas que visem a prevenção e o tratamento dos traumas na infância, com foco na saúde mental materna. Algumas medidas que podem ser implementadas nos pré-natais incluem a avaliação de traumas ocorridos na infância, a capacitação de profissionais de saúde para o acolhimento e o cuidado de mulheres com este histórico, e a criação de redes integradas de atenção à saúde mental, envolvendo serviços de atenção básica, especializada e de urgência e emergência. Como ressaltado no estudo de Waikamp e Serralta (2018), “os profissionais de saúde devem prestar atenção para a presença, por vezes silenciosa, da história de negligência e abuso psicológico de seus pacientes”.

Mesmo a pesquisa apresentando limitações, como o viés nos relatos retrospectivos, amostra reduzida e vulnerável e abordagem exclusivamente quantitativa, o estudo apresentou resultados significativamente relevantes. Como

ressaltado na discussão dos resultados, a inclusão de métodos qualitativos em futuras investigações e um grupo controle adicional de mulheres, não gestantes sem internação psiquiátrica durante a vida, poderia ampliar a comparação entre diferentes perfis.

Por fim, ao reconhecer a importância do histórico de vida e das experiências traumáticas vivenciadas na infância por mulheres, podemos ampliar o cuidado humanizado e ajudar no fortalecimento da saúde mental durante o período da gestação. Fazendo com que este momento seja de bem-estar e desenvolvimento para todas, e não de sofrimento e exclusão para algumas.

## REFERÊNCIAS

ALLEN, J. G. *Restoring mentalizing in attachment relationships: treating trauma with plain old therapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2012.

ALVES, L.P.C.; ALTHOFF, B.F.; OLIVEIRA, V.G.; OLIVEIRA, R.L.A.; GOI, S.S.; TELLES, L.E.B.; et al. Desfechos e determinantes biopsicossociais de hospitalizações psiquiátricas durante a gestação: descrição de um protocolo de estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 25, n. 3, p. 25-37, 2023. Disponível em: [https://rbp.celq.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=466](https://rbp.celq.org.br/detalhe_artigo.asp?id=466). Acesso em 20 nov. 2024.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: APA, 1980.

American Psychiatric Association. (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA, 1994.

American Psychiatric Association. (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: APA, 2013.

ANDA, R. F. et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 256, n. 3, p. 174-86, 2006. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BÄCKSTRÖM, C. et al. 'It makes you feel like you are not alone': expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, v. 12, p. 51-57, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.02.007>

BARHAM, E.J.; VANALLI, A.C.G. Trabalho e família: perspectivas teóricas e desafios atuais. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, v. 12, n. 1, Florianópolis, abr. 2012.

BECK, J. S. *Terapia Cognitivo-Comportamental – Teoria e Prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BERNSTEIN, D.P. *et al.* Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, v. 151, n. 8, p. 1132-6, 1994. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>

BERNSTEIN, D.P. *et al.* Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Neglect*, v. 27, n. 2, p. 169-90, 2003. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)

BERNSTEIN, D.P. *et al.* Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 36, n. 3, p. 340-8, 1997. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>

BERTHELOT, N. *et al.* Transmissão intergeracional do apego em mães abusadas e negligenciadas: o papel do funcionamento reflexivo específico do trauma. *Revista de Saúde Mental Infantil*, v. 36, n. 2, p. 200-212, 2015.

BHARADWAJ, B. *et al.* Management of Psychiatric Disorders during the Perinatal Period. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 64, Suppl 2, p. S414-S428, 2022. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_12\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_12_22)

BIFULCO, A.; BROWN, G.W.; HARRIS, T.O. Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): a retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 35, n. 8, p. 1419-35, 1994. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01284.x>

BION, W. R. *Learning from Experience*. London: Tavistock Publications, 1962.

BLOCH, M. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, v. 157, n. 6, p. 924-30, 2000. Disponível

em: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.157.6.924>. Acesso em 14 fev. 2025.

BORGES, J.L.; DELL'AGLIO, D.D. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 2, p. 371-379, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200020>. Acesso em 20 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Gestão de Alto Risco*. Brasília, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nova Rede Cegonha*. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/outubro/apresentacao-2013-nova-rede-cegonha/view>. Acesso em 10 jan. 2025.

BRESLAU, N. *et al.* Sex Differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 54, n. 11, p. 1044–1048, 1997. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230082012>

BRIERE, J. *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1996.

BÜCKER, J. *et al.* Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*, v. 53, n. 6, p. 758-64, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.006>

BUSFIELD, J. The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, v. 39, n. 5, p. 759-774, 2017. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 1, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100012>. Acesso em: 02 fev. 2025.

CHAUHAN, A.; POTDAR, J. Maternal Mental Health During Pregnancy: A Critical Review. *Cureus*, v. 14, n. 10, 2022. <https://doi.org/10.7759/cureus.30656>

CLAUSSEN, A.H.; CRITTENDEN, P.M. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse Neglect*, v. 15, n. 1-2, p. 5-18, 1991. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90085-r](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90085-r)

COHEN, J. A.; DEBLINGER, E.; MANNARINO, A. P. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychotherapy Research*, v. 28, n. 1, p. 47–57, 2016. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208375>

DIAS, F.L. *et al.* As pesquisas qualitativas, quantitativas e seus procedimentos. *Humanidades & Tecnologia (FINOM)*, v. 49, jul./set. 2024. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12682772>

DOLMAN, C.; JONES, I.; HOWARD, L.M. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*, v. 16, n. 3, p. 173-96, 2013. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0336-0>

EDWARDS, V. J. *et al.* Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, v. 160, n. 8, p. 1453-1460, 2003. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>

FELITTI, V. J. *et al.* Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire [Database record]. APA PsycTests, 1998. <https://doi.org/10.1037/t26957-000>

FINK, L.A. *et al.* Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American*

*Journal of Psychiatry*, v. 152, n. 9, p. 1329-35, 1995.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1329>

FISZMAN, A. *et al.* The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 27, n. 1, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000100014>

FOA, E. B. *et al.* *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. The Guilford Press, 2009.

FORD, J.D. *et al.* Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, v. 46, n. 6, p. 545-52, 2010.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>

GILBERT, R. *et al.* Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, v. 373, n. 9657, p. 68-81, 2009.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 249-55, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/cDzvTxBHnTDxwhg7qGSN54M/>. Acesso em: 02 fev. 2025.

GREEN, B. Trauma history questionnaire. In: Stamm, B. H. (Ed.). *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville: Sidran Press, 1996. p. 366-8.

GREEN, J.G. *et al.* Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, v. 67, n. 2, p. 113-23, 2010.  
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

GREESON, J.K. *et al.* Traumatic childhood experiences in the 21st century: broadening and building on the ACE studies with data from the National Child

Traumatic Stress Network. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 29, n. 3, p. 536-56, 2014. <https://doi.org/10.1177/0886260513505217>

GROTE, N.K. *et al.* A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, v. 67, n. 10, p. 1012-24, 2010. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>

HAGBORG, J.M.; KALIN, T.; GERDNER, A. The Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) used with adolescents - methodological report from clinical and community samples. *J Child Adolesc Trauma*. 2022. Mar. V. 30, n.15(4), p.1199-1213. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00443-8>

HERMAN, J. L. *et al.* Captivity. In: *Trauma and recovery*. BasicBooks, New York, N.Y., 1992. Disponível em: <https://anrows.intersearch.com.au/anrowsjspui/handle/1/11207>. Acesso em 23 fev. 2025.

HILDYARD, K. L.; WOLFE, D. A. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, v. 26, n. 6-7, p. 679-95, 2002.

HOWARD, L. M.; PIOT, P.; STEIN, A. No health without perinatal mental health. *The Lancet*, v. 384, n. 9956, p. 1723-1724, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)62040-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62040-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62040-7). Acesso em 23 fev. 2025.

HYE, J.; CHAIYAPRUK, N. The impact of childhood trauma on mental health outcomes in adulthood: a review of the literature. Seoul National University, South Korea. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 50, n. 1, p. 104-110, 2023. <https://doi.org/10.15761/0101-60830000000529>

KANJ, G.; HALLIT, S.; OBEID, S.. The relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder: the mediating role of difficulties in emotion regulation among Lebanese adults. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, v. 10, n. 1, p. 34, 2023. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00241-0>

KINGSTON, D. *et al.* Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Maternal and Child Health Journal*, v. 16, n. 1, p. 158-68, 2012. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0732-2>

LANCASTER, C.A. *et al.* Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 202, n. 1, p. 5-14, 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2919747/>. Acesso em: 20 fev. 2025.

LEFKOVICS, E. *et al.* Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v. 36, n. 4, p. 434-448, 2018. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1475726>

LUCENA, A.S.; OTTATI, F.; CUNHA, F.A. O apego materno-fetal nos diferentes trimestres da gestação. *Psicologia para América Latina*, n. 31, 2019. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2019000100003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2019000100003). Acesso em: 20 fev. 2025.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MELLO, M.F. *et al.* Adaptação transcultural e consistência interna do Early Trauma Inventory (ETI). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 4, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X201000040001>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê. Assistência em Saúde. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe>. Acesso em 03 jun 2025.

MORI, M.E.; COELHO, V.L.D. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 2, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000200006>

MORROW, M.; WEISSER, J. Towards a Social Justice Framework of Mental Health Recovery. *Studies in Social Justice*, v. 6, n. 1, p. 27-43, 2012. <https://doi.org/10.26522/ssj.v6i1.1067>

OKADA, M. M. *et al.* Violência doméstica na gravidez. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 3, p. 270-274, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/ape/a/JjPNPWyPtPRwqnT7m6sn5bm/?lang=pt&utm\\_source=chatgpt.com](https://www.scielo.br/j/ape/a/JjPNPWyPtPRwqnT7m6sn5bm/?lang=pt&utm_source=chatgpt.com). Acesso em 23 fev. 2025.

OLIVEIRA, A.V.G. A oferta de leitos em saúde mental no hospital geral. In: *Políticas de Saúde Mental*. 2013. Cap. 11, p. 193-201. Disponível em: [https://portal.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_capa\\_e\\_miolo\\_site.pdf#page=195](https://portal.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf#page=195).

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Sobre Saúde Mental na Gravidez: OMS: 20% das mulheres terão doença mental durante gravidez ou pós-parto. OMS, Setembro/2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801501>. Acesso em: 15 fev. 2025.

PARK, J.Y. *et al.* Relationship between childhood trauma and resilience in patients with mood disorders, *Journal of Affective Disorders*, v. 323, Pages 162-170. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.003>.

PAULINO, D. *et al.* Gestantes internadas no hospital psiquiátrico: um retrato da vulnerabilidade. *Physis*, v. 32, n. 1, 2022. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312022320119>

PEDROSO, M.R.O.; LEITE, F.M.C. Prevalência e fatores associados à negligência contra crianças em um estado brasileiro. *Escola Anna Nery*, v. 27, 2023. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0128pt>

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/dmBvk536qGWLgSf4HPTPg6f/?format=pdf>. Acesso em: 02 fev. 2025.

PUTNAM, F.W. Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 42, n. 3, p. 269-78, 2003. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>

RAZUREL, C. *et al.* Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women & Health*, v. 57, n. 2, p. 154-172, 2017. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1157125>

ROBERTSON, E. *et al.* Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *General Hospital Psychiatry*, v. 26, n. 4, p. 289-295, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834304000398?via%3dhub>. Acesso em 22 fev. 2025.

SAYCE, L. *From Psychiatric Patient to Citizen Revisited*. Foundations of Mental Health Practice. Palgrave Macmillan, 2016.

SENG, J.S. *et al.* Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, v. 97, n. 1, p. 17-22, 2001. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01097-8](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01097-8)

SENG, J.S. *et al.* Service use data analysis of pre-pregnancy psychiatric and somatic diagnoses in women with hyperemesis gravidarum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, v. 28, n. 4, p. 209–217, 2007. <https://doi.org/10.1080/01674820701262044>

SILVA, M.M.J. *et al.* Risco de depressão na gravidez na assistência pré-natal de risco habitual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 31, 2023. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6463.3964>

SONG, J.W.; CHUNG, K.C. Observational studies: cohort and case-control studies. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 126, n. 6, p. 2234-2242, 2010. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f44abc>

STORM, M.; EDWARDS, A. Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, v. 84, n. 3, p. 313-27, 2013. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>

TAUBMAN-BEN-ARI, O.; CHASSON, M.; ABU-SHARKIA, S. Childbirth Anxieties In The Shadow Of Covid-19: Self-Compassion And Social Support Among Jewish And Arab Pregnant Women In Israel. *Health & Social Care in the Community*, v. 29, n. 5, p. 1409-1419, 2021. <https://doi.org/10.1111/hsc.13196>

TEICHER, M.H.; SAMSON, J.A. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 57, n. 3, p. 241-66, 2016. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>

TRICKETT, P. K.; MCBRIDE-CHANG, C. The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, v. 15, n. 3, p. 311-337, 1995.

USSHER, J. M. *Women's madness: Misogyny or mental illness?* University of Massachusetts Press, 1991.

WAIKAMP, V.; SERRALTA, F. B. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciências Psicológicas*, v. 12, n. 1, 2018. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>

World Health Organization (WHO). Maternal mental health. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>. Acesso em: 02 fev. 2025.

YEHUDA, R.; LEHRNER, A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, v. 17, n. 3, p. 243-257, 2018. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>.

YONKERS, K.A.; VIGOD, S.; ROSS, L.E. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstetrics & Gynecology*, v. 117, n. 4, p. 961-977, 2011. Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/citation/2011/09000/diagnosis\\_pathophysiology\\_and\\_management\\_of\\_mood.32.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/citation/2011/09000/diagnosis_pathophysiology_and_management_of_mood.32.aspx). Acesso em: 02 fev. 2025.

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

*O Comitê de Ética é responsável por assegurar os cuidados éticos da pesquisa com seres humanos.*

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto de alguns fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais durante a gestação. Você está sendo convidada a participar deste estudo.

Ao participar do projeto, você fará uma avaliação psiquiátrica e psicológica, composta por entrevista e alguns questionários. A entrevista e o preenchimento dos questionários não envolvem maiores riscos e levará em torno de 40 minutos. Algumas perguntas podem trazer algum desconforto e você tem a liberdade de não responder. Uma parte dessa avaliação será repetida próximo da sua alta hospitalar. Além disso, alguns dados poderão ser coletados diretamente do seu prontuário hospitalar. O seu nome será mantido em sigilo pelos pesquisadores, sendo estes dados utilizados apenas para esta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos especificados acima e da justificativa desta pesquisa, de forma detalhada e clara. Recebi informações específicas sobre cada procedimento, dos desconfortos e riscos previstos, tanto dos benefícios esperados. Todas minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disso, sei que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa de acordo com estas informações e a qualquer momento do estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu atendimento.

O profissional \_\_\_\_\_ certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial, sem identificação do paciente.

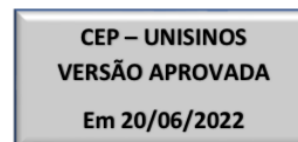
Este documento foi elaborado em 2 vias, uma ficará com você e outra ficará arquivada com o pesquisador. Em caso de dúvidas, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: Dra. Juliana Scherer ou Dr. Lucas Primo de Carvalho Alves pelos telefones 35911122 - ramal 1270 ou 3289-3151, ou presencialmente no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, localizado na avenida Independência, número 661, bairro Independência, Porto Alegre (CEP 90035074).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Nome da Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_  
Juliana Scherer  
pesquisadora



## ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Código de identificação da participante de pesquisa [\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]

Coletador: \_\_\_\_\_ Data da aplicação: \_\_/\_\_/\_\_

**Prezada participante, nesse questionário, iremos fazer algumas perguntas para sabermos das suas características demográficas, como a sua idade e renda.**

**Vamos iniciar com algumas perguntas gerais sobre você:**

1. Qual o dia, mês e ano do seu nascimento?	____/____/____
2. Qual sexo consta na sua certidão de nascimento?	1 <input type="checkbox"/> Feminino      2 <input type="checkbox"/> Masculino
3. Com qual gênero você se identifica? Lembrando que se for o mesmo designado no seu nascimento, sua categoria é cis.	1 <input type="checkbox"/> Homem Cis 2 <input type="checkbox"/> Mulher Cis 3 <input type="checkbox"/> Homem Trans 4 <input type="checkbox"/> Mulher Trans 5 <input type="checkbox"/> Não-binário 6 <input type="checkbox"/> Outros _____
4. Qual a sua orientação sexual?	1 <input type="checkbox"/> Heterossexual 2 <input type="checkbox"/> Homossexual 3 <input type="checkbox"/> Bissexual 4 <input type="checkbox"/> Outros _____
5. Qual cor ou raça você é?	1 <input type="checkbox"/> Branco 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena
6. Qual seu estado civil?	1 <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 2 <input type="checkbox"/> Casado(a) 3 <input type="checkbox"/> Com companheiro(a) 4 <input type="checkbox"/> Viúvo(a) 5 <input type="checkbox"/> Outro
7. Com quem você mora?	1 <input type="checkbox"/> Sozinho(a) 2 <input type="checkbox"/> Com ambos os pais

	<input type="checkbox"/> Com um dos pais <input type="checkbox"/> Com outro familiar <input type="checkbox"/> Com esposo(a)/companheiro(a) <input type="checkbox"/> Com colegas/amigos/etc.
<b>8. Você está trabalhando atualmente?</b> <i>Obs: Para participantes internadas, considerar antes da internação</i>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>9. Você tem filhos?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>9.1 Se sim q.9, quantos?</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais
<b>9.2 Se sim q.9, ele(s) mora(m) com você?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>10. Qual é a sua religião?</b>	<input type="checkbox"/> Católico (Catolicismo) <input type="checkbox"/> Protestante (Anglicano, Luterano, Metodista, Presbiteriano, Batista) <input type="checkbox"/> Evangélico (Assembleia de Deus, Deus é Amor, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino De Deus, Universal da Graça etc) <input type="checkbox"/> Espírita (Espiritismo Kardecista) <input type="checkbox"/> Religiosidade africana (Umbanda, Candomblé) <input type="checkbox"/> Agnóstico (Com crença mas sem nenhuma denominação religiosa) <input type="checkbox"/> Ateu (Sem crença nem denominação religiosa) <input type="checkbox"/> Islamismo <input type="checkbox"/> Budismo <input type="checkbox"/> Outra religião? Qual _____ .
<b>11. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?</b>	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Mais do que uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana <input type="checkbox"/> Algumas vezes por ano <input type="checkbox"/> Uma vez por ano ou menos
<b>Agora por favor responda algumas perguntas sobre sua família e sobre a sua casa:</b>	
<b>12. Até que série o chefe da sua família estudou? (Entende-se por chefe da família pessoa com maior renda)</b>	<input type="checkbox"/> Analfabeto / Fundamental I incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental I completo / Fundamental II incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II completo / Médio incompleto

4 <input type="checkbox"/> Médio completo / Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo					
<b>13. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio de sua família. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. Quantos dos itens abaixo a sua família possui em casa?</b>					
<b>Itens</b>	<b>Nenhum</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 ou mais</b>
Banheiros	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Empregados domésticos (não inclui diarista)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Automóveis	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Microcomputador (notebook ou computador de mesa)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lava louça	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Geladeira	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Freezer ou Duplex	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lava roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
DVD	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Micro-ondas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Motocicleta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Secadora roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>14. Considerando o trecho da rua do domicílio da sua família, você diria que a rua é:</b>					
1 <input type="checkbox"/> Asfaltada/Pavimentada 2 <input type="checkbox"/> Terra/Cascalho					
<b>15. A água utilizada no domicílio de sua família é proveniente de?</b>					
1 <input type="checkbox"/> Rede geral de distribuição 2 <input type="checkbox"/> Poço ou nascente 3 <input type="checkbox"/> outro meio. Qual _____					
<b>Agora por favor responda algumas perguntas seus hábitos e condições gerais de saúde:</b>					
<b>16. Com que frequência você pratica atividades físicas (caminhadas, esportes, academia)?</b>					
0 <input type="checkbox"/> Nunca 1 <input type="checkbox"/> Uma vez na semana 2 <input type="checkbox"/> Duas vezes na semana 3 <input type="checkbox"/> Três vezes na semana 4 <input type="checkbox"/> 4 a 5 vezes na semana 5 <input type="checkbox"/> 6 vezes ou mais na semana					
<b>17. Durante o ÚLTIMO MÊS, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?</b>					
1 <input type="checkbox"/> Muito bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Ruim 4 <input type="checkbox"/> Muito Ruim					

<b>18. No ÚLTIMO MÊS, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir?</b>	1 <input type="checkbox"/> Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dia) 2 <input type="checkbox"/> Uma vez no mês 3 <input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes por semana 4 <input type="checkbox"/> Três ou mais vezes por semana		
<b>19. Nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, com que frequência você teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?</b>	1 <input type="checkbox"/> Nenhum dia 2 <input type="checkbox"/> Menos da metade dos dias 3 <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias 4 <input type="checkbox"/> Quase todos os dias		
<b>20. Algum médico já lhe disse que você tem/teve:</b>			
	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Não sei</b>
a) Hipertensão arterial ou Pressão alta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Asma/bronquite asmática/bronquite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Doenças do coração	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Colesterol elevado (e/ou triglicérides elevado)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Diabetes ou açúcar elevado no sangue	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Infecção sexualmente transmissível	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Depressão	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i) Ansiedade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
k) Cálculo renal ou urolíase ( "pedra" no aparelho urinário )	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
l) Alguma outra doença	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
m) Caso sim, Qual _____			

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA (QUESI)

### QUESI

Código de identificação da participante de pesquisa [\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]

Coletador: \_\_\_\_\_ Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Enquanto eu crescia:

1. Eu não tive o suficiente para comer.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
6. Eu tive que usar roupas sujas.	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
7. Eu me senti amado (a).	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes

	<input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre

<p><b>16.</b>Eu tive uma ótima infância.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes  3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes  4 <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>17.</b>Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes  3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes  4 <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>18.</b>Eu senti que alguém da minha família me odiava.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes  3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes  4 <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>19.</b>As pessoas da minha família se sentiam unidas.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes  3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes  4 <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>20.</b>Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes  3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes  4 <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>21.</b>Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes  3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes  4 <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>22.</b>Eu tive a melhor família do mundo.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes  3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes  4 <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>23.</b>Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes  3 <input type="checkbox"/> Muitas vezes  4 <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>24.</b>Alguém me molestou.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/> Nunca  1 <input type="checkbox"/> Poucas vezes  2 <input type="checkbox"/> Às vezes</p>

	<input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
<b>25.</b> Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
<b>26.</b> Ouve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
<b>27.</b> Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre
<b>28.</b> Minha família foi uma fonte de força e apoio.	<input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Poucas vezes <input type="checkbox"/> 2 Às vezes <input type="checkbox"/> 3 Muitas vezes <input type="checkbox"/> 4 Sempre

**ANEXO D – STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-5 DISORDERS  
(SCID-5)**

**FOLHA DE RESPOSTAS SCID-5-CV**

ID do paciente:

Residente que aplicou:

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Legenda: (-) ausente ou informação subliminar (+) presente (NA) não avaliado

**A. EPISÓDIOS DE HUMOR**

**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL**

A1	-	+	
A2	-	+	
A3	-	+	NA
A4	-	+	NA
A5	-	+	NA
A6	-	+	NA
A7	-	+	NA
A8	-	+	NA
A9	-	+	NA
A10	NÃO	SIM	NA
A11	-	+	NA
A12	NÃO Diagnóstico: Transtorno depressivo devido a OCM ou induzido por SPAs	SIM <b>Primário! Episódio depressivo maior atual</b>	NA
A13	Mês:	Ano:	NA
A14	( )	99	NA

**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR**

A15	-	+	NA
-----	---	---	----

A16	-	+	NA
A17	-	+	NA
A18	-	+	NA
A19	-	+	NA
A20	-	+	NA
A21	-	+	NA
A22	-	+	NA
A23	-	+	NA
A24	NÃO		SIM
	SIM	NÃO	
A25	-		+
	SIM	NÃO	
A26	NÃO Diagnóstico: transtorno depressivo devido a OCM ou induzido por SPAs		SIM <b>Primário! Episódio depressivo maior anterior.</b>
	SIM	NÃO	
A27	Mês:	Ano:	NA
A28	( )	99	NA

### EPISÓDIO MANÍACO ATUAL

A29	-	+	
		Elevado ( )	Irritável ( )
A30	-	+	NA
A31	-	+	NA
A32	-	+	NA
A33	-	+	NA
A34	-	+	NA
A35	-	+	NA

A36	-	+	NA
A37	-	+	NA
A38	NÃO	SIM	NA
A39	-	+	NA
A40	NÃO Diagnóstico: transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por SPAs	SIM <b>Primário!</b> <b>Episódio maníaco atual</b>	NA

#### EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL

A41	-	+	
A42	-	+	NA
A43	-	+	NA
A44	-	+	NA
A45	-	+	NA
A46	-	+	NA
A47	-	+	NA
A48	-	+	NA
A49	NÃO	SIM	NA
A50	-	+	NA
A51	-	+	NA
A52	-	+	NA
A53	NÃO Diagnóstico: transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por SPAs.	SIM <b>Primário. Episódio hipomaníaco atual.</b>	NA

#### EPISÓDIO MANÍACO ANTERIOR

A54	-	+	
A55	-	+	NA
A56	-	+	NA

A57	-		+	NA
A58	-		+	NA
A59	-		+	NA
A60	-		+	NA
A61	-		+	NA
A62	-		+	NA
A63	NÃO		SIM	NA
	SIM	NÃO		
A64	-		+	NA
	SIM	NÃO		
A65	NÃO Diagnóstico: transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por SPAs.		SIM <b>Primário.</b> <b>Episódio maníaco anterior</b>	NA
	SIM	NÃO		

#### EPISÓDIO HIPOMANÍACO ANTERIOR

A66	-		+	NA
A67	-		+	NA
A68	-		+	NA
A69	-		+	NA
A70	-		+	NA
A71	-		+	NA
A72	-		+	NA
A73	-		+	NA
A73B	NÃO		SIM	NA
	SIM	NÃO		
A74	-		+	NA
	SIM	NÃO		
A75	-		+	NA

	SIM	NÃO		
A76	-		+	NA
A77	NÃO Diagnóstico: transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por SPAs.		SIM <b>Primário.</b> <b>Episódio hipomaniaco anterior.</b>	NA
	SIM	NÃO		

**TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE**

A78	-		+	NA
A79	-		+	NA
A80	-		+	NA
A81	-		+	NA
A82	-		+	NA
A83	-		+	NA
A84	-		+	NA
A85	NÃO		SIM	NA
A86	-		+	NA
A87	-		+	NA
A88	-		+	NA
A89	-	Diagnóstico: transtorno depressivo devido a OCM ou induzido por SPAs	+	NA
A90	-		+	NA
			<b>Diagnóstico: transtorno depressivo persistente (atual).</b>	

<b>A. SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS</b>
--

<b>B1</b>	-	+		NA
<b>B2</b>	-	+		NA
<b>B3</b>	-	+		NA
<b>B4</b>	-	+		NA
<b>B5</b>	-	+		NA
<b>B6</b>	-	+		NA
<b>B7</b>	-	+		NA
<b>B8</b>	-	+		NA
<b>B9</b>	-	+		NA
<b>B10</b>	-	+		NA
<b>B11</b>	-	+		NA
<b>B12</b>	-	+		NA
<b>B13</b>	-	+		NA
<b>B14</b>	-	+		NA
<b>B15</b>	-	+		NA
<b>B16</b>	-	+		NA
<b>B17</b>	-	+		NA
<b>B18</b>	-	+		NA
<b>B19</b>	-	+		NA
<b>B20</b>	-	+		NA
<b>B21</b>	-	+		NA
<b>B22</b>	-	+		NA
<b>B23</b>	-	+		NA
		- possivelmente/ definitivamente secundário	+ primário	
<b>B24</b>	-	+		NA
		- Possivelmente/ definitivamente secundário	+ primário	

<b>C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS</b>
---

<b>C1</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C2</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C3</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C4</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C5</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C6</b>	SIM <b>Esquizofrenia.</b>	NÃO Diagnóstico: Transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por SPAs.	NA

**CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME**

<b>C7</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C8</b>	SIM <b>Transtorno Esquizofreniforme.</b>	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por SPAs.	NA

**CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO**

<b>C9</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C10</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C11</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C12</b>	SIM <b>Transtorno Esquizoafetivo.</b>	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por SPAs.	NA

**CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DELIRANTE**

<b>C13</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C14</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C15</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C16</b>	SIM	NÃO	NA

<b>C17</b>	SIM	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por substância.	NA
<b>C18</b>	SIM <b>Transtorno delirante</b>	NÃO	NA

**CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE**

<b>C19</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C20</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C21</b>	SIM <b>Transtorno psicótico breve.</b>	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por substância.	NA

**OUTRO TRANSTORNO PSICÓTICO ESPECIFICADO**

<b>C22</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C23</b>	SIM	NÃO	NA
<b>C24</b>	SIM <b>Outro transtorno psicótico especificado.</b>	NÃO Diagnóstico: transtorno psicótico devido a OCM ou induzido por substância.	NA

**CRONOLOGIA DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS**

<b>C25</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: Esquizofrenia	SIM Atual Diagnóstico: Esquizofrenia	NA
<b>C26</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: Esquizofreniforme	SIM Atual Diagnóstico: Esquizofreniforme	NA
<b>C27</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: Esquizoafetivo tipo bipolar ( ) ou tipo depressivo ( )	SIM Atual Diagnóstico: Esquizoafetivo tipo bipolar ( ) ou tipo depressivo ( )	NA
<b>C28</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: T. Delirante	SIM Atual Diagnóstico: T. Delirante	NA

<b>C29</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: T. Psicótico breve	SIM Atual Diagnóstico: T. Psicótico breve	NA
<b>C30</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: Outro transtorno de espectro da esquizofrenia especificado/não especificado ( ) ou outro transtorno psicótico ( )	SIM Atual Diagnóstico: Outro transtorno de espectro da esquizofrenia especificado/não especificado ( ) ou outro transtorno psicótico ( )	NA

#### D. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNOS DO HUMOR

##### CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I

<b>D2</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D3</b>	SIM <b>Transtorno bipolar tipo I</b> 1 maníaco ( ) 2 depressivo maior ( ) 3 hipomaníaco ( ) 4 não especificado ( )	NÃO	NA

##### CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II

<b>D4</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D5</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D6</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D7</b>	SIM <b>Transtorno bipolar tipo II</b> 1 hipomaníaco ( ) 2 depressivo maior ( )	NÃO	NA

##### OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR ESPECIFICADO (Incluindo transtorno ciclotímico)

<b>D8</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D9</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D10</b>	SIM <b>Outro transtorno bipolar especificado</b>	NÃO Diagnóstico: Transtorno bipolar devido a OCM ou induzido por substância.	NA

**CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

<b>D11</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D12</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D13</b>	SIM <b>Transtorno depressivo maior</b> 1 episódio único ( ) 2 recorrente ( )	NÃO Um transtorno bipolar deveria ter sido previamente diagnosticado.	NA

**OUTRO TRANSTORNO DEPRESSIVO ESPECIFICADO**

<b>D14</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D15</b>	SIM	NÃO	NA
<b>D16</b>	SIM <b>Outro transtorno depressivo especificado</b>	NÃO Diagnóstico: Transtorno depressivo devido a OCM ou induzido por substância/medicamento	NA

**CRONOLOGIA DE TRANSTORNOS BIPOLARES**

<b>D17</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo I Ep. maníaco mais recente em remissão parcial ( ) Ep. maníaco mais recente em remissão completa ( )	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo I Ep. maníaco atual leve ( ) Ep. maníaco atual moderado ( ) Ep. maníaco atual grave ( ) Ep. maníaco atual com características psicóticas ( )	NA
------------	---	--	----

<b>D18</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo I Ep. depressivo mais recente em remissão parcial ( ) Ep. depressivo mais recente em remissão completa ( )	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo I Ep. depressivo atual leve ( ) Ep. depressivo atual moderado ( ) Ep. depressivo atual grave ( ) Ep. depressivo atual com características psicóticas ( )	NA
------------	---	--	----

<b>D19</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo I Ep. hipomaníaco mais recente em remissão parcial ( ) Ep. hipomaníaco mais recente em	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo I Ep. hipomaníaco atual ( )	NA
------------	--	--	----

	remissão completa ( )		
<b>D20</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo I. Ep. mais recente não especificado ( )	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo I Ep. atual não especificado ( )	NA
<b>D21</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo II Ep. hipomaníaco mais recente em remissão parcial ( ) Ep. hipomaníaco mais recente em remissão completa ( )	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo II Ep. hipomaníaco atual ( )	NA
<b>D22</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TAB tipo II Ep. depressivo mais recente em remissão parcial ( ) Ep. depressivo mais recente em remissão completa ( )	SIM Atual Diagnóstico: Transtorno bipolar tipo II Ep. depressivo atual leve ( ) Ep. depressivo atual moderado ( ) Ep. depressivo atual grave ( ) Ep. depressivo atual com características psicóticas ( )	NA
<b>D23</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado (ou não especificado)	SIM Atual Diagnóstico: outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado (ou não especificado)	NA

### CRONOLOGIA DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

<b>D24</b>	NÃO História médica anterior Diagnóstico: TDM Ep. único em remissão parcial ( ) Ep. recorrente em remissão parcial ( ) Ep. único remissão completa ( ) Ep. recorrente em remissão completa ( )	SIM Atual Diagnóstico: TDM Ep. único leve ( ) Ep. recorrente leve ( ) Ep. único moderado ( ) Ep. recorrente moderado ( ) Ep. único grave ( ) Ep. recorrente grave ( ) Ep. único c/ características	NA
------------	--	---	----

		psicóticas ( ) Ep. recorrente c/ características psicóticas ( )	
<b>D25</b>	<b>NÃO</b> História médica anterior Diagnóstico: outros transtorno depressivo especificado (ou não especificado)	<b>SIM</b> Atual Diagnóstico: outros transtorno depressivo especificado (ou não especificado)	NA

### E. TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

#### Transtorno por uso de ÁLCOOL

<b>E2</b>	-	+	NA
<b>E3</b>	-	+	NA
<b>E4</b>	-	+	NA
<b>E5</b>	-	+	NA
<b>E6</b>	-	+	NA
<b>E7</b>	-	+	NA

<b>E8</b>	-	+	NA
<b>E9</b>	-	+	NA
<b>E10</b>	-	+	NA
<b>E11</b>	-	+	NA
<b>E12</b>	-	+	NA
<b>E13</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b> <b>Transtorno por uso de álcool</b> Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	NA

#### Transtorno por uso de substâncias **NÃO** ALCOÓLICAS

<b>E15</b>	SIM. Especifique:	<b>NÃO</b>	NA
<b>E16</b>	SIM. Especifique:	<b>NÃO</b>	NA

<b>E17</b>	SIM. Especifique:	NÃO	NA
<b>E18</b>	SIM. Especifique:	NÃO	NA
<b>E19</b>	SIM. Especifique:	NÃO	NA
<b>E20</b>	SIM. Especifique:	NÃO	NA
<b>E21</b>	SIM. Especifique:	NÃO	NA
<b>E22</b>	SIM. Especifique:	NÃO	NA

	<b>Se for droga ilícita ou recreativa:</b>		NA
	<p>Você usou pelo menos 6x durante os últimos 12 meses? (sim) (não)  Durante o último ano, quando usou mais?  Quanto tempo durou?  Frequência usada?  Quanto utilizou?  Causou problema?  Alguém fez objeção?</p>		
	<b>Se for um medicamento prescrito ou vendido sem prescrição:</b>		
	<p>Nos últimos 12 meses, você ficou viciado ou se tornou dependente? (sim) (não)  Você já tomou mais que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? (sim) (não)  Já teve que consultar mais de um médico para garantir que não ficaria sem o medicamento? (sim) (não)</p>		
	<b>No limiar ou acima dele</b>		<b>Padrão</b>
<b>E15a</b>	SIM	NÃO	
<b>E16a</b>	SIM	NÃO	
<b>E17a</b>	SIM	NÃO	
<b>E18a</b>	SIM	NÃO	
<b>E19a</b>	SIM	NÃO	
<b>E20a</b>	SIM	NÃO	
<b>E21a</b>	SIM	NÃO	
<b>E22a</b>	SIM	NÃO	

**Transtorno por uso de substâncias não alcoólicas nos últimos 12 meses**

<b>E24</b>	-	+	NA
<b>E25</b>	-	+	NA
<b>E26</b>	-	+	NA
<b>E27</b>	-	+	NA
<b>E28</b>	-	+	NA
<b>E29</b>	-	+	NA
<b>E30</b>	-	+	NA
<b>E31</b>	-	+	NA
<b>E32</b>	-	+	NA
<b>E33</b>	-	+	NA
<b>E34</b>	-	+	NA
<b>E35</b>	SIM	NÃO	NA
<b>E36</b>	T. sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	NA Especifique:
	T. cannabis	Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	
	T. estimulantes	Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	
	T. opioides	Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	
	T. feniclidina e relacionadas	Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	
	T. outros alucinógenos	Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	
	T. inalantes	Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	
	T. outra substancia ou desconhecida	Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	

**TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL**

	<b>G10</b>	<b>G11</b>	<b>G12</b>
<b>Tipo de evento:</b>	<b>Evento 1</b>	<b>Evento 2</b>	<b>Evento 3</b>
- morte, episódio concreto	( )	( )	( )
- morte, ameaça	( )	( )	( )
- lesão grave, episódio concreto	( )	( )	( )
- lesão grave, ameaça	( )	( )	( )
- violência sexual, episódio concreto	( )	( )	( )
- violência sexual, ameaça	( )	( )	( )
<b>Modo de exposição ao evento:</b>	( )	( )	( )
- diretamente experimentado	( )	( )	( )
- testemunhou pessoalmente um evento que aconteceu com outras pessoas	( )	( )	( )
- ficou sabendo de um evento sofrido por um parente ou amigo próximo	( )	( )	( )
- exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos dos eventos	( )	( )	( )
<b>Idade no momento do evento:</b>	( )	( )	( )
- <b>Evento único</b>	( )	( )	( )
- <b>Exposição repetida ou prolongada</b>	( )	( )	( )

<b>G13</b>	-	+		NA
<b>G14</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G15</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G16</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G17</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G18</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G19</b>	NÃO	SIM	Critério B satisfeito no último mês? (sim) (não)	NA
<b>G20</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G21</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G22</b>	NÃO	SIM	Critério C satisfeito no último mês? (sim) (não)	NA
<b>G23</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G24</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G25</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G26</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G27</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA

<b>G28</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G29</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G30</b>	NÃO	SIM	Critério D satisfeito no último mês? (sim) (não)	NA
<b>G31</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G32</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G33</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G34</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G35</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G36</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G37</b>	NÃO	SIM	Critério E satisfeito no último mês? (sim) (não)	NA
<b>G38</b>	-	+	+	NA
<b>G39</b>	-	+	no último mês? (-) (+)	NA
<b>G40</b>	NÃO	SIM		NA
<b>G41</b>	NÃO TEPT	SIM Transtorno de estresse pós-traumático.		NA

## ANEXOS E – CERTIFICADOS DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DURANTE O MESTRADO E ARTIGO DA DESCRIÇÃO DO ESTUDO PUBLICADO

Verifique o código de autenticidade 2973515.0406212.400823.8.58475713192523110240 em <https://www.even3.com.br/documentos>



**XII Jornada Gaúcha de Psicologia Hospitalar**  
III Encontro do Núcleo SBPH-RS  
REESTRUTURAMENTOS E TRANSFORMAÇÕES NA PSICOLOGIA HOSPITALAR: CUIDADO E INOVAÇÃO NA SAÚDE

# Certificado

Certificamos que o trabalho intitulado **"TRAUMAS NA INFÂNCIA: HÁ RELAÇÃO COM INTERNACÃO PSQUIÁTRICA DURANTE A GESTAÇÃO?"**, de autoria de Vanessa Gorniak De Oliveira, Ygor Arzeno Ferrao, Ingrid da Silva Araujo, Estêvão Volpato Bischoff, Sofia Kieling e Lucas Primo de Carvalho Alves foi apresentado como pôster durante a **XII Jornada Gaúcha de Psicologia Hospitalar**, realizada de 14/04/2023 a 15/04/2023, em Porto Alegre/RS.

Porto Alegre, 15 de abril de 2023



**Bárbara Imperador da Rosa**  
Coordenadora Núcleo SBPH-RS  
Psicóloga Clínica - CRP 07/27596



**Monique Viel Meneghetti**  
Vice-coordenadora Núcleo SBPH-RS  
Psicóloga Clínica - CRP 07/28372

## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho

### **AVALIAÇÃO DA GESTAÇÃO COMO FATOR DE RISCO PARA REINTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA OU DESENCADEANTE DE PRIMEIRO EPISÓDIO DE TRANSTORNO PSQUIÁTRICO GRAVE**

dos autores: PABLO AFONSO DE GARCIA FERNANDEZ; JULIANA NICTERWITZ SCHERER; BARBARA FERREIRA ALTHOFF; NINA NEIVA VELOSO MELLO NUNES; LARISSA PACHECO CUNHA MELO; VANESSA GÖRNIAC DE OLIVEIRA; PEDRO HENRIQUE GAIVA MANFRO; MARIA EDUARDA GONZALES MELATI; ALEXANDRE MORAES DE ALMEIDA KLEIN; GEÓRGIA LÓSS OSÓRIO; SOFIA VEZZANI KIELING; INGRID DA SILVA ARAUJO; SAMIRA MOHAMAD BJAIGE COLLINS; ESTÊVÃO VOLPATO BISCHOFF; MARIA FERNANDA RONCHETTI GRILLO; LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES, foi apresentado na modalidade Pôster Eletrônico\*, no evento Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023 ocorrido de 07 a 10 de junho de 2023, no Centro de Convenções de Florianópolis (CentroSul) em Florianópolis/SC.  
10 de junho de 2023

Para validação, acesse <https://www.ccmcongressos.com.br/validacao/?cod=68350067>

  
**CHRISTIAN KIELING**  
Presidente do Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023

  
**RICARDO NITRINI**  
Presidente do Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023

  
**YLMAR CORREA NETO**  
Presidente local do Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023

REALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO  
**CCM GROUP**

REALIZAÇÃO  
**INI** Instituto de Ciências Integradas



## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho

### **AVALIAÇÃO DA PSICOPATOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS EM PACIENTES FEMININAS DE UMA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDO COMPARATIVO ENTRE GESTANTES E NÃO-GESTANTES.**

dos autores: NINA NEIVA VELOSO MELLO NUNES; BÁRBARA FERREIRA ALTHOFF; PABLO AFONSO DE GARCIA FERNANDEZ; LARISSA PACHECO CUNHA MELO; VANESSA GÖRNIK DE OLIVEIRA; SAMIRA MOHAMAD BJAIGE COLLINS; MARIA FERNANDA RONCHETTI GRILLO; GEÓRGIA LÓSS OSÓRIO; SOFIA VEZZANI KIELING; ALEXANDRE MORAES DE ALMEIDA KLEIN; MARIA EDUARDA GONZALES MELATI; JULIANA NICHTERWITZ SCHERER; LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES, foi apresentado na modalidade Pôster Eletrônico\*, no evento Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023 ocorrido de 07 a 10 de junho de 2023, no Centro de Convenções de Florianópolis (CentroSul) em Florianópolis/SC.  
10 de junho de 2023

Para validação, acesse: <http://www.ccmcongresses.com.br/validacao/?cod=62370955>

  
**CHRISTIAN KIELING**  
Presidente do Congress on Brain,  
Behavior and Emotions 2023

  
**RICARDO NITRINI**  
Presidente do Congress on Brain,  
Behavior and Emotions 2023

  
**YLMAR CORREA NETO**  
Presidente Local do Congress on  
Brain, Behavior and Emotions 2023

REALIZAÇÃO E  
ORGANIZAÇÃO  
**CCM**  
GROUP

REALIZAÇÃO  
**INI** Instituto  
de Ciências  
Integradas



## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho

### **ASSOCIAÇÃO ENTRE TRAUMA NA INFÂNCIA E INTENSIDADE DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS EM GESTANTES INTERNADAS EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

dos autores: LARISSA PACHECO CUNHA MELO; VANESSA GÖRNIK DE OLIVEIRA; BÁRBARA FERREIRA ALTHOFF; NINA NEIVA VELOSO MELLO NUNES; PABLO AFONSO DE GARCIA FERNANDEZ; SAMIRA MOHAMAD BJAIGE COLLINS; MARIA FERNANDA RONCHETTI GRILLO; GEÓRGIA LÓSS OSÓRIO; SOFIA VEZZANI KIELING; ALEXANDRE MORAES DE ALMEIDA KLEIN; MARIA EDUARDA GONZALES MELATI; JULIANA NICHTERWITZ SCHERER; LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES, foi apresentado na modalidade Pôster Eletrônico\*, no evento Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023 ocorrido de 07 a 10 de junho de 2023, no Centro de Convenções de Florianópolis (CentroSul) em Florianópolis/SC.  
10 de junho de 2023

Para validação, acesse: <http://www.ccmcongresses.com.br/validacao/?cod=67372702>

  
**CHRISTIAN KIELING**  
Presidente do Congress on Brain,  
Behavior and Emotions 2023

  
**RICARDO NITRINI**  
Presidente do Congress on Brain,  
Behavior and Emotions 2023

  
**YLMAR CORREA NETO**  
Presidente Local do Congress on  
Brain, Behavior and Emotions 2023

REALIZAÇÃO E  
ORGANIZAÇÃO  
**CCM**  
GROUP

REALIZAÇÃO  
**INI** Instituto  
de Ciências  
Integradas



## CERTIFICADO



Certificamos que o trabalho

### TRAUMAS NA INFÂNCIA: HÁ RELAÇÃO COM INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DURANTE A GESTAÇÃO?

dos autores: VANESSA GÖRNIAC DE OLIVEIRA; LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES; JULIANA NICTERWITZ SCHERER; INGRID DA SILVA ARAÚJO; PABLO AFONSO DE GARCIA FERNANDEZ; NINA NEIVA VELOSO MELLO NUNES; LARISSA PACHECO CUNHA MELO; ESTÉVÃO VOLPATO BISCHOFF; YGOR ARZENO FERRÃO; SOFIA VEZZANI KIELING, foi apresentado na modalidade Pôster eletrônico, no evento Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023 ocorrido de 07 a 10 de junho de 2023, no Centro de Convenções de Florianópolis (CentroSul) em Florianópolis/SC.  
10 de junho de 2023

Para validar, acesse <http://www.ccmcongresses.com.br/validacao/?cod=62369744>

  
**CHRISTIAN KIELING**  
Presidente do Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023

  
**RICARDO NITRINI**  
Presidente do Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023

  
**YLMAR CORREA NETO**  
Presidente local do Congress on Brain, Behavior and Emotions 2023

REALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO  
**CCM GROUP**

REALIZAÇÃO  
**INI** Instituto de Ciências Integradas

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=7822895>



Certificamos que o trabalho

### BARREIRAS AO ACESSO À SAÚDE MENTAL EM MULHERES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS GRAVES NA GESTAÇÃO

dos autores: FRANCIELE SOUZA SANTOS; MURILO SANTOS DE CARVALHO; VANESSA GORNIAK DE OLIVEIRA; GABRIELA GARCIA FERREIRA; BARBARA FERREIRA ALTHOFF; RAFAEL LOPES ATAÍDES DE OLIVEIRA; LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES; JULIANA NICTERWITZ SCHERER, foi apresentado na modalidade Roda de conversa, no 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde ocorrido de 03 a 06 de novembro de 2024.  
06 de novembro de 2024

Realização:

**ABRASCO**  
Associação Brasileira de Saúde Coletiva

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

  
**Romulo Paes de Sousa**  
Presidente da Abrasco

  
**Carmem E. Leitão Araújo**  
Presidenta do Congresso

# JORNADA CELG 2024 CONEXÕES E DESCONEXÕES:

DO COTIDIANO ÀS CATÁSTROFES

05 a 07 de setembro  
Wish Serrano | Gramado • RS

## CERTIFICADO

Conferido pela Centro de Estudos Luis Guedes

Pela apresentação do trabalho intitulado **CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE MULHERES GESTANTES INTERNADAS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EXCLUSIVAMENTE FEMININA**, dos autores **GABRIELA GARCIA FERREIRA**, VANESSA GORNIAC DE OLIVEIRA, BARBARA FERREIRA ALTHOFF, RAFAEL LOPES ATAIDES DE OLIVEIRA, FRANCIELE SOUZA SANTOS, JULIANA NICTERWITZ SCHERER, LUCAS PRIMO DE CARVALHO ALVES, na modalidade **PÔSTER**, na área **Psiquiatria Clínica**, durante a **Jornada CELG 2024**, ocorrido no período 05 a 07 de setembro de 2024, no Centro de Convenções do Hotel Wish Serrano em Gramado/RS.

Gramado, 07 de setembro de 2024.

  
**Dra. Ana Margareth Siqueira Bassols**  
Presidente CELG | Gestão 2023/2024

  
**Dr. Marcelo Schmitz**  
Diretor Científico | Gestão 2023/2024

Realização



Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=7513102>



24 A 27/11/24 - RIO DE JANEIRO  
**12º EPI**  
A Epidemiologia e  
a complexidade dos  
desafios sanitários

Certificamos que o trabalho

### IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS AO ACESSO À SAÚDE EM GESTANTES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

dos autores: JULIANA NICTERWITZ SCHERER; FRANCIELE SOUZA SANTOS; VANESSA GORNIAC; BÁRBARA ALTHOFF; RAFAEL LOPES; GABRIELA GARCIA; LUCAS PRIMO, foi apresentado na modalidade Pôster dialogado, no 12º Congresso Brasileiro de Epidemiologia ocorrido de 24 a 27 de novembro de 2024.

27 de novembro de 2024

REALIZAÇÃO

FABRASC

UFPA

UFPA

UFPA

PATROCÍNIO

IDOMED

OPAS

OPAS

OPAS

APOIO

CAPE

CAPE

CAPE

CAPE

UFPA

UFPA

UFPA

UFPA

UFPA

UFPA

UFPA

UFPA



Rômulo Paes de Souza

Presidente da Abrasco



Claudia Leite de Moraes

Presidente do Congresso



Enirtes Caetano

Presidente do Congresso





## ARTIGO ORIGINAL

## Desfechos e determinantes biopsicossociais de hospitalizações psiquiátricas durante a gestação: descrição de um protocolo de estudo caso-controle

Outcomes and biopsychosocial determinants of psychiatric hospitalization during pregnancy: description of a study protocol

Resultados y determinantes biopsicosociales de la hospitalización psiquiátrica durante el embarazo: descripción de un protocolo de estudio

Lucas Primo de Carvalho Alves <sup>a,b</sup>, Barbara Ferreira Althoff <sup>b,c</sup>, Vanessa Gorniak de Oliveira<sup>b,c</sup>, Rafael Lopes Ataídes de Oliveira <sup>c</sup>, Sílvia Schuch Goi <sup>b</sup>, Lisieux Elaine de Borba Telles <sup>d</sup>, Lisia Von Diemen <sup>d</sup>, Maria Eduarda Melati <sup>a</sup>, Juliana Nichterwitz Scherer <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo/RS – Brasil. <sup>b</sup> Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre/RS – Brasil. <sup>c</sup> Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre/RS – Brasil. <sup>d</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre/RS – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20230026

### Resumo

**Introdução:** O enfoque na saúde mental durante o período perinatal tem crescido, dada a prevalência de transtornos mentais durante a gestação. Contudo, a carência de estudos com dados primários sobre a hospitalização psiquiátrica de grávidas é evidente. Este estudo visa avaliar as variáveis associadas à necessidade de internação psiquiátrica durante a gestação, bem como os desfechos materno-fetais correlacionados.

**Métodos:** Adotaremos um desenho de caso-controle, com três grupos distintos: (1) grávidas internadas por transtorno mental; (2) não grávidas internadas por transtorno mental; (3) puérperas sem hospitalização psiquiátrica durante a gravidez. A faixa etária incluirá pacientes de 18 a 50 anos, sem critérios de exclusão. Utilizaremos a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 para coletar dados sociodemográficos e diagnósticos psiquiátricos. Aspectos como sintomas de depressão, mania e psicose, violência contra gestantes, apoio social, entre outros, serão abordados. Desfechos perinatais, como tipo de parto, escore APGAR e hospitalização do bebê, também serão registrados. Pretendemos recrutar 100 pacientes para cada grupo. Todos os procedimentos seguem a declaração de Helsinki e foram aprovados pelo Comitê de Ética. **Discussão:** Ao nosso conhecimento, esse estudo será o primeiro a avaliar hospitalizações psiquiátricas durante a gestação

com dados coletados para essa hipótese e com uso de grupos-controle. Acreditamos que os resultados do presente estudo significativamente impactarão a identificação de desfechos e determinantes biopsicossociais para hospitalização psiquiátrica durante a gestação.

**Palavras-chave:** Cuidado perinatal; Saúde mental; Transtornos mentais; Pacientes internados; Hospitais psiquiátricos; Reabilitação psiquiátrica; Gestação; Determinantes sociais de saúde

### Abstract

**Introduction:** The focus on mental health during the perinatal period has grown in recent years, given the prevalence of mental disorders during pregnancy. However, there is a lack of studies with primary data on psychiatric hospitalization of pregnant women. This study aims to assess the variables associated with the need for psychiatric hospitalization during pregnancy, as well as the correlated maternal-fetal outcomes. **Methods:** We will employ a case-control design, comprising three distinct groups: (1) pregnant women hospitalized for mental disorders; (2) non-pregnant individuals hospitalized for mental disorders; (3) postpartum women without psychiatric hospitalization during pregnancy. The age range will include patients from 18 to 50 years, with no exclusion criteria. We will use the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders to collect sociodemographic and psychiatric diagnostic data. Aspects such as symptoms of depression, mania, and psychosis, violence against pregnant women, social support, among others, will be addressed. Perinatal outcomes, including type of delivery, APGAR score, and baby hospitalization, will also be recorded. We aim to recruit 100 patients for each group, adhering to ethical principles. **Discussion:** This pioneering study seeks to fill gaps by evaluating psychiatric hospitalizations during pregnancy, incorporating control groups, and collecting specific data for this research. We anticipate that the results will have a significant impact on identifying outcomes and biopsychosocial determinants associated with psychiatric hospitalization during pregnancy.

**Keywords:** Perinatal care; Mental health; Mental disorders; Psychiatric rehabilitation; Pregnancy; Social determinants of health

### Introdução

A saúde mental perinatal tem se tornado foco de grande interesse nos últimos anos<sup>1</sup>. Embora a gestação seja culturalmente entendida como um momento de felicidade, é também, um momento de importantes mudanças físicas e emocionais na mulher, sendo associada a maior risco de desenvolvimento de transtornos mentais<sup>2,3</sup>. Transtornos mentais estão entre as condições gestacionais mais frequentes e pode contribuir com a mortalidade materna-fetal<sup>1</sup>.

A saúde mental materna está associada a vários fatores de risco e transtornos psiquiátricos estão associados com piores desfechos tanto para a mãe quanto para a criança<sup>4,7</sup>. Entre os fatores de risco, além dos próprios transtornos mentais<sup>8</sup>, determinantes sociais como problemas financeiros, descontinuação de tratamentos psiquiátricos, baixo suporte social e uso/abuso de substâncias<sup>9-14</sup> parecem desempenhar um

papel importante. Os desfechos desfavoráveis associados a transtornos psiquiátricos incluem: maior risco de prematuridade, baixo peso fetal, maior mortalidade perinatal e infantil e maior risco de problemas emocionais e comportamentais infantis<sup>15-20</sup>.

Apesar do impacto dos transtornos mentais e da necessidade de identificar seus fatores de risco, muitas lacunas ainda precisam ser preenchidas. Em 2011, Atkison disse que “a mulher grávida é talvez a última órfã terapêutica. Devido as preocupações éticas, médico-legais e com a segurança do feto a respeito das mulheres gestantes, poucos ensaios farmacocinéticos, farmacodinâmicos ou clínicos são conduzidos durante a gestação”<sup>21</sup>. No entanto, mais de 20 anos depois, a comunidade científica continua com dificuldades semelhantes em relação à saúde mental gestacional. Em 2020, o *World Psychiatry Journal* publicou artigos discutindo o progresso e os desafios da saúde mental perinatal<sup>1</sup>. De acordo com esta edição, “há pouca pesquisa sobre a variedade de transtornos mentais perinatais, sobre como melhorar o acesso ao tratamento para as mulheres com dificuldades psicológicas, e sobre a eficácia dos diferentes modelos de prestação de serviços”<sup>1</sup>.

Uma importante lacuna a respeito da saúde mental perinatal refere-se a mulheres que necessitam de internação psiquiátrica durante a gestação. Um estudo estadunidense mostrou que menos de 1% das mulheres gestantes necessitaram de internação psiquiátrica<sup>22</sup>. Entretanto, estes pacientes são de interesse da saúde pública, uma vez que eles geralmente têm uma doença mental mais grave e estão em risco agudo para si próprios ou para outras pessoas, incluindo o feto. Alguns estudos relataram que a internação psiquiátrica melhorou os sintomas psiquiátricos e que, comparado a paciente com história psiquiátrica sem internação hospitalar, tiveram períodos gestacionais mais longos e bebês mais pesados<sup>23-24</sup>. Entretanto, os dados disponíveis nesta área de estudos são limitados e restritos a séries de casos ou estudos retrospectivos com coleta de dados secundários. Diante desse cenário, este estudo visa descrever um protocolo de pesquisa que visa a avaliação de variáveis biopsicossociais que possam ser fatores de risco para internação psiquiátrica durante a gestação.

## Métodos e materiais

### Objetivos

Em uma perspectiva biopsicossocial, nosso objetivo principal é avaliar quais variáveis estão associadas à necessidade de hospitalização psiquiátrica durante a gravidez e quais desfechos materno-fetais estão associados a isso. Nossas hipóteses específicas são que uma assistência materna inadequada, interrupção do tratamento psiquiátrico durante a gravidez, violência doméstica, eventos traumáticos, histórico familiar de transtornos mentais e piora das condições médicas são fatores de risco para a admissão psiquiátrica. Por outro lado, hipotetizamos que o apoio social, cuidados pré-natais e acesso a serviços de saúde são fatores protetores contra admissões psiquiátricas. Além disso, acreditamos que mulheres grávidas que necessitam de hospitalização psiquiátrica têm uma incidência maior de parto prematuro, complicações neonatais, uma proporção maior de parto cesariano e episiotomia, um escore APGAR mais baixo e uma maior incidência de indicação de perda temporária da guarda do bebê.

### Desenho

Este será um estudo caso-controle, com um grupo de casos e dois grupos de controle. O grupo de casos será composto por mulheres grávidas que foram internadas em unidades psiquiátricas devido a qualquer transtorno mental. O primeiro grupo-controle (não-grávidas) será composto por mulheres não-grávidas que foram internadas em unidades psiquiátricas devido a qualquer transtorno mental. O segundo grupo-controle será composto por puérperas que não necessitaram de hospitalização psiquiátrica durante a gravidez (puérperas sem admissão psiquiátrica). Os pacientes de ambos os grupos-controle serão pareados com os pacientes do grupo de casos de acordo com seu bairro de residência, para encontrar grupos de controle que sejam representativos da população de origem do grupo de casos. O desenho do estudo está representado na Figura 1.

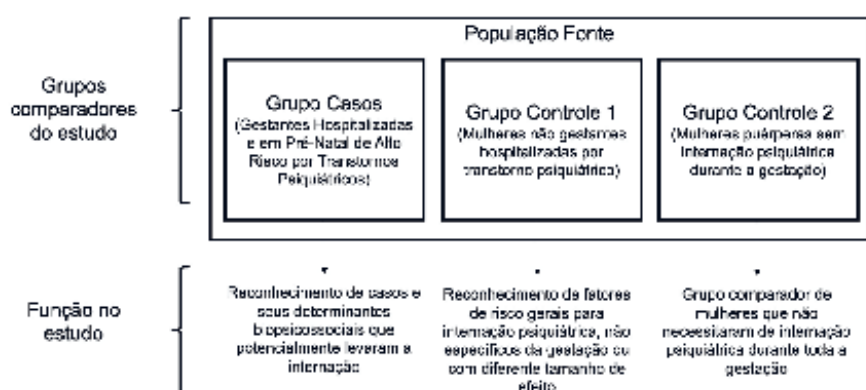


Figura 1: desenho do estudo e grupos incluídos

A estratégia desse desenho possui dois objetivos principais: primeiro, a escolha de um desenho de caso-controle é baseada na premissa de que a hospitalização psiquiátrica é uma condição relativamente rara (<1% das gestações), tornando este desenho eficiente para estudar essa condição. Segundo, suponhamos que tivéssemos apenas um grupo de controle (por exemplo, o grupo sem admissão psiquiátrica): nesse caso, poderíamos encontrar apenas fatores de proteção e risco gerais para a admissão psiquiátrica, que não seriam específicos para a hospitalização durante a gravidez. Ao compararmos o grupo-caso a dois grupos-controle, podemos identificar variáveis que são específicas para a gravidez ou que têm uma magnitude de efeito diferente em comparação com a população não grávida.

### Participantes

O recrutamento será feito com pacientes do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) de junho de 2022 a dezembro de 2024, sendo, portanto, um estudo já em andamento. Incluiremos pacientes

adultas entre 18 e 50 anos de idade. No grupo de casos, incluiremos todas as mulheres grávidas que foram hospitalizadas na psiquiatria devido à exacerbação de qualquer transtorno mental, colocando o paciente ou qualquer pessoa (incluindo o feto) em risco. No primeiro grupo-controle (não-grávidas), incluiremos mulheres que não estão grávidas, mas necessitaram de hospitalização psiquiátrica devido a qualquer transtorno mental. No segundo grupo-controle (puérperas sem admissão psiquiátrica), incluiremos mulheres no puerpério que não tiveram hospitalização psiquiátrica durante a gravidez. Neste grupo, a presença de qualquer diagnóstico psiquiátrico atual ou passado não excluirá a paciente do grupo de controle, a menos que o transtorno seja grave o suficiente para exigir hospitalização. Pacientes com comprometimento cognitivo grave que possam afetar a capacidade de compreender quaisquer informações para a coleta de dados ou participar ativamente da pesquisa serão excluídas da pesquisa.

#### **Desfechos e instrumentos utilizados**

##### *Dados sociodemográficos*

Serão coletados dados sociodemográficos relacionados à saúde, incluindo sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, renda média mensal, frequência de exercícios físicos, tratamento psiquiátrico ou psicológico atual, histórico obstétrico e histórico de interrupção do tratamento psiquiátrico durante a gravidez.

##### *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 – Versão clínica (SCID-5-CV)*

Utilizaremos o instrumento SCID-5-CV como entrevista estruturada aplicada pelo clínico para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos como transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno por uso de substâncias e transtorno de estresse pós-traumático<sup>25</sup>. Essa avaliação será realizada por um psiquiatra ou residentes de psiquiatria treinados na aplicação do instrumento.

##### *Escala de Hamilton de 6 itens para sintomas depressivos (HAM-D6)*

Vamos utilizar a Escala de Sintomas de Depressão Maior, que varia de 0 a 22. Este é um instrumento aplicado pelo clínico e é uma subescala da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton com 17 itens, porém com melhores propriedades psicométricas<sup>26,27</sup>.

##### *Escala de avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen. Bech-Rafaelsen (BRMaS)*

A BRMaS é uma avaliação realizada pelo clínico de sintomas maníacos e que varia de 0-24<sup>28,29</sup>.

##### *Escala de sintomas positivos e negativos de 6 itens (PANSS-6)*

Utilizaremos a PANSS-6, aplicada pelo clínico, que avalia tanto sintomas positivos quanto negativos da esquizofrenia e varia de 6-42<sup>30</sup>.

**Abuse Assessment Screen (AAS)**

Essa é uma escala de avaliação de episódios de violência contra mulheres grávidas<sup>31,32</sup>. Ela é composta por cinco questões que identificam a frequência e a gravidade dos eventos; os locais corporais de lesão; e o perfil do agressor.

**Escala de impressão clínica global.**

Essa escala avalia a impressão do clínico sobre a gravidade do transtorno e varia de 1 (normal ou sem sinais e sintomas de doença) a 7 (gravemente enfermo)<sup>33</sup>.

**Teste de triagem de envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST)**

Essa é uma escala autoaplicada de oito itens que avalia uso de substâncias psicoativas, incluindo tabaco, bebida alcoólica, cannabis, cocaína, estimulantes, inalantes, sedativos, alucinógenos, opioides e "outras drogas"<sup>34,35</sup>.

**Inventário de sintomas adversos avaliados pelo paciente e ação clínica em resposta (PRISE-CAR)**

Essa escala autoaplicada avalia os sintomas adversos de medicações psiquiátricas<sup>36</sup>.

**Questionário Sobre Traumas na Infância – Versão curta (QUESI)**

Esse instrumento autoaplicado é uma avaliação retrospectiva de traumas na infância e é composto por 28 itens<sup>37,38</sup>.

**Escala Lubben de apoio social (LSNS-6)**

Essa escala autoaplicada de 6 itens avalia isolamento social dos indivíduos por meio da sua percepção de suporte social de família e amigos<sup>39,40</sup>.

**Escala de avaliação de barreiras de acesso a cuidados (BACE)**

Esse instrumento de 30 itens avalia possíveis barreiras de acesso a cuidados em saúde mental<sup>41,42</sup>.

**Medida London de gravidez não-planejada. (LMUP)**

Essa é uma escala autoaplicada de grau de planejamento da gravidez<sup>43,44</sup>.

**Desfechos perinatais**

Vamos coletar dados relacionados ao trimestre da primeira ecografia, tipo de parto (normal ou cesariana),

necessidade de episiotomia, idade gestacional no parto, ruptura prematura de membranas, escore APGAR, peso ao nascer e circunferência cefálica e altura do recém-nascido, perda temporária da guarda do bebê, hospitalização do bebê por mais de 7 dias por motivos clínicos.

#### **Cálculo de tamanho amostral**

Para a realização de análises estatísticas, estimamos tamanho amostral de 246 pacientes para identificar associações maiores do que um tamanho de efeito de 0,2 (f de Cohen pequeno a moderado) com teste de análise de variância (ANOVA) com três grupos, poder estatístico de 80% e chance de erro tipo I de 5%. Assim, planejamos recrutar 300 pacientes, igualmente distribuídos entre 100 em cada grupo.

#### **Análises estatísticas**

Os dados serão coletados pela plataforma *Google Forms*, exportados para um banco de dados no *Microsoft Excel* (com extensão .xls) avaliados com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v. 25 e *R* (quando análises específicas forem necessárias). Utilizaremos os testes t de Student, ANOVA e regressões lineares múltiplas para avaliar variáveis contínuas. Para avaliar variáveis categóricas, incluindo o desfecho principal (hospitalização psiquiátrica), empregaremos testes qui-quadrado e regressões logísticas para estimativas de tamanhos de efeito (razão de chances). Consideraremos uma taxa de erro do tipo I de 5% como significativa para a análise principal e 20% para inclusão de variáveis nos modelos de regressão.

#### **Coleta dos dados**

Todas as mulheres elegíveis serão convidadas por um membro da equipe de pesquisa, que explicará os objetivos do estudo, as convidará a participar e solicitará a assinatura do termo de consentimento informado. O consentimento será obtido da paciente quando possível; se os sintomas psiquiátricos temporariamente impedirem a paciente de consentir, o representante legal será solicitado a assinar o termo de consentimento. Se, durante o estudo, uma paciente recuperar seu julgamento crítico e não concordar com o consentimento do representante legal, ela será excluída do estudo.

Para ambos os grupos de casos e não-grávidas, as pacientes serão avaliadas pela equipe de pesquisa 48 horas após a admissão psiquiátrica, e seus dados serão coletados após a assinatura do termo de consentimento. Essas pacientes terão seus dados coletados dentro de 48 horas antes da data esperada de alta pela equipe assistencial. Para o grupo de puérperas sem hospitalização psiquiátrica, as pacientes serão avaliadas pelas equipes de pesquisa durante o período de recuperação pós-parto. Os dados sobre os resultados perinatais também serão coletados nos registros hospitalares se a paciente der à luz durante a hospitalização psiquiátrica. Alternativamente, coletaremos esses dados por telefone 30 dias após o parto se a paciente tiver alta durante a gravidez. Esses procedimentos estão resumidos na Figura 2. A coleta da SCID-5-CV será feita por meio de uma ficha impressa para auxílio da coleta, a qual será posteriormente transposta a um formulário da *Google Forms* para a confecção do banco de dados. Os demais instrumentos serão coletados por meio de um *tablet*, sendo

que (1) aqueles que são preenchidos pelo clínico serão coletados pela equipe de pesquisa em entrevista com as pacientes, e (2) os instrumentos autoaplicáveis serão preenchidos pelas próprias pacientes, com auxílio da equipe de pesquisa quando necessário. Conforme apresentado na Figura 2, os instrumentos autoaplicáveis serão utilizados para coleta, nas pacientes internadas, apenas próximos da alta hospitalar, momento em que se espera que pacientes com prejuízo para consentimento e informar sobre seu estado de saúde já tenha sido recuperado.

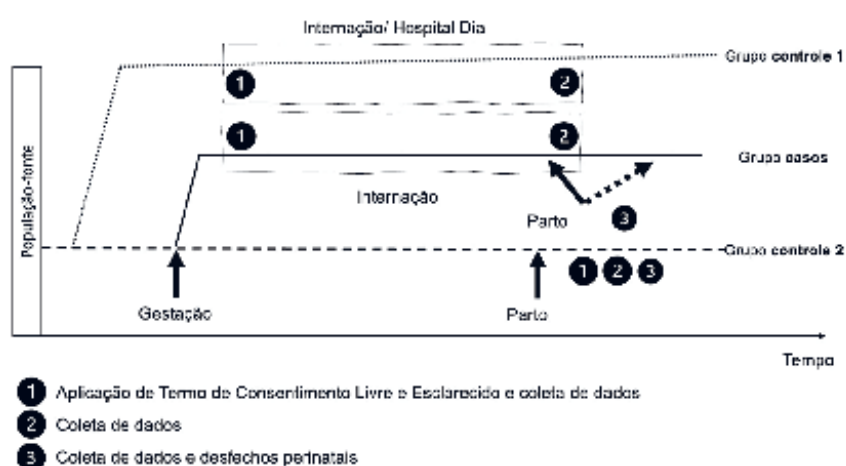


Figura 2. Coleta de dados e momentos da coleta

#### Aprovação ética e consentimento para participação

O presente projeto segue a Declaração de Helsinque e foi aprovado pelo Comitê de Ética do HMIPV e UNISINOS (nº 5.205.194) e é reconhecido pelo CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Todos os pacientes assinarão um termo de consentimento informado. O consentimento será obtido da paciente quando possível; se os sintomas psiquiátricos temporariamente impedirem a paciente de consentir, o representante legal será solicitado a assinar o termo de consentimento. Caso ao longo da coleta o paciente recupere o seu juízo crítico e não concorde com o consentimento dado pelo responsável, sua decisão será respeitada.

Durante a coleta de dados, os pesquisadores terão acesso a informações que podem identificar a paciente; no entanto, ao preencher o formulário de pesquisa, será atribuído um número de identificação para cada participante, de modo que apenas os principais autores possam identificar cada participante. O conjunto de dados final não terá informações de identificação além do número de identificação.

Diferentes instrumentos serão utilizados em cada grupo e em momentos diferentes, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Instrumentos de pesquisa avaliados conforme grupo e momento de avaliação

	Grávidas internadas em unidade psiquiátrica (grupo caso)		Não-grávidas internadas em unidade psiquiátrica (grupo não-grávidas)		Puérperas sem necessidade de internação psiquiátrica durante a gestação (grupo puérperas)
	Internação	Alta hospitalar	Internação	Alta hospitalar	
Dados clínicos e sociodemográficos	x		x		x
SCID-5-CV	x		x		x
ASSIST	x		x		x
HAM-6	x	x	x	x	x
BRMaS	x	x	x	x	x
PANSS-6	x	x	x	x	x
CGI-5	x	x	x	x	x
PRISE-CAR	x	x	x	x	x
QUESI		x		x	x
LSNS-6		x		x	x
AAS		x		x	x
LMUP		x		x	x
Perinatal outcomes		x			x

Legenda: SCID-5-CV: Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 – Versão clínica. ASSIST: teste de triagem de envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias. HAM-D6: Escala de Hamilton de 6 itens para sintomas depressivos. BRMaS: Escala de avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen. Bech-Rafaelsen. PANSS-6: escala de sintomas positivos e negativos de 6 itens. CGI: escala de impressão clínica global. PRISE-CAR: Inventário de sintomas adversos avaliados pelo paciente e ação clínica em resposta. CTQ: Questionário Sobre Traumas na Infância. LSNS-6: escala Lubben de apoio social. AAS: triagem de avaliação de abusos. BACE: escala de avaliação de barreiras de acesso a cuidados. LMUP: Medida London de gravidez não-planejada.

### Localização

A coleta de dados será realizada no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre, no sul do Brasil. Porto Alegre possui uma população de 1,5 milhão de habitantes e é a décima cidade mais populosa do Brasil. O HMIPV é um hospital público com uma longa tradição no cuidado materno-infantil. O hospital possui uma unidade psiquiátrica feminina, onde as pacientes são submetidas a um tratamento multidisciplinar com um psiquiatra, residentes em psiquiatria, enfermeiros, assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

### Discussão

Ao melhor do nosso conhecimento, este estudo será o primeiro a avaliar a hospitalização psiquiátrica durante a gravidez com dados especificamente coletados para essa hipótese e com uso de grupos-controle. Acreditamos que os resultados deste estudo terão um impacto significativo na identificação de desfechos e determinantes biopsicossociais para a hospitalização psiquiátrica durante a gravidez.

Limitações deste estudo podem incluir o fato de que alguns pacientes podem não se sentir confortáveis em responder a algumas perguntas. Participantes serão orientadas sobre a opção de não querer responder e de não participar da pesquisa sem prejuízo para o seu tratamento. Outras limitações são inerentes a estudos caso-controle, como o viés de seleção nos grupos-controle e o viésesmemória. Buscamos minimizar o viés de seleção ao parear pacientes dos grupos-controle com o grupo-caso de acordo com o bairro de residência. Como os pacientes internados na unidade psiquiátrica do HMIPV são da mesma área geográfica daqueles que dão à luz neste hospital, acreditamos que podemos encontrar pacientes da mesma população de origem. Para minimizar o viés de recordação, coletamos dados sobre determinantes sociais próximo à data de alta, quando supostamente os pacientes estão em melhores condições em relação aos sintomas psiquiátricos.

**Agradecimentos:**

Sem agradecimentos.

**Declarações:****Disponibilidade de dados e materiais**

Os dados usados neste estudo estão disponíveis pelo autor correspondente mediante solicitação.

**Conflitos de interesse:**

Os autores declaram não terem conflitos de interesse.

**Financiamento:**

Esse estudo é financiado pela FAPERGS (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul), nº 22/2551-0000532-2

**Referências**

01. Howard LM & Khalifeh H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
02. Davalos DB, Yadon CA & Tregellas HC. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0251-1>
01. Smith MV, Shao L, Howell H, Lin H & Yonkers KA. (2011). Perinatal Depression and Birth Outcomes in a Healthy Start Project. *Maternal and Child Health Journal*, 15(3), 401-409. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0595-6>
02. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM and Pariante CM. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), pp.1800-1819.
03. Rezaee R & Framarzi M. (2014). Predictors of mental health during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7 Suppl 1), S45-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25949251%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4402987> <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b>

04. Tariq N, Naeem H, Tariq A & Naseem S. (2021). Maternal depression and its correlates: A longitudinal study. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(6), 1618-1622. <https://doi.org/10.47391/JPMA.352>
05. Tokuda N, Kobayashi Y, Tanaka H, Sawai H, Shibahara H, Takeshima Y, Shima M, Kamijima M, Yamazaki S, Ohya Y, Kishi R, Yaegashi N, Hashimoto K, Mori C, Ito S, Yamagata Z, Inadera H, Nakayama T, Iso H, ... Katoh T. (2021). Feelings about pregnancy and mother-infant bonding as predictors of persistent psychological distress in the perinatal period: The Japan Environment and Children's Study. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 132-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.056>
06. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA & Bergink V. (2016). Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(2), 117-127. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15010124>
07. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C & Gonzalez-Garcia A. (2006). Maternal Psychological Distress, Prenatal Cortisol, and Fetal Weight. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 747-753.
08. Divney AA, Sipsma H, Gordon D, Niccolai L, Magriples U & Kershaw T. (2012). Depression During Pregnancy Among Young Couples: The Effect of Personal and Partner Experiences of Stressors and the Buffering Effects of Social Relationships. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(3), 201-207. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2012.02.003>
09. Bedaso A, Adams J, Peng W & Sibbritt D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
10. Dunkel Schetter C. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 531-558. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>
11. Lindahl V, Pearson JL & Colpe L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>
12. Straub H, Qadir S, Miller G & Borders A. (2014). Stress and Stress Reduction. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 57(3), 579-606. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000038>
13. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, Steiner M, Mousmanis P, Cheung A, Radford K and Martinovic J. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), pp.0-0.
14. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S and Katon WJ. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, 67(10), pp.1012-1024.
15. Patel V, Rahman A, Jacob KS and Hughes M. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *Bmj*, 328(7443), pp.820-823.
16. Lampard AM, Franckle RL and Davison KK. (2014). Maternal depression and childhood obesity: a systematic review. *Preventive medicine*, 59, pp.60-67.
17. Webb R, Abel K, Pickles A and Appleby L. (2005). Mortality in offspring of parents with psychotic disorders: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), pp.1045-1056.
18. Leis JA, Heron J, Stuart EA and Mendelson T. (2014). Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: does prenatal mental health matter?. *Journal of abnormal child psychology*, 42(1), pp.161-171.
19. Atkinson AJ Jr, Daniels CE, Dedrick R, Grudzinskas CV. Drug therapy in pregnant and nursing women, in *Principles of Clinical Pharmacology*. Edited by San Diego, Academic Press, 2001, pp 227-291.

20. Whelan AR, Wagner-Schuman M, Ghelani S, Majewski E, Summers S, Class QA. Associations between inpatient psychiatric admissions during pregnancy and adverse obstetrical and birth outcomes. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Sep;3(5):100413. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100413. Epub 2021 May 31. PMID: 34082170.
21. Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, Burns L, Raines C, Bullard E, Rubinow D. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health*. 2014 Apr;17(2):107-13. doi: 10.1007/s00737-013-0390-7. Epub 2013 Nov 8. PMID: 24201978; PMCID: PMC3961543.
22. Harris EL, Frayne J, Allen S, Renganathan K, Nguyen TN. Psychiatric admission during pregnancy in women with schizophrenia who attended a specialist antenatal clinic. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2019 Sep;40(3):211-216. doi: 10.1080/0167482X.2018.1461832. Epub 2018 Apr 19. PMID: 29671666.
23. First MB, Williams JB, Karg RS. Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5: SCID-5-CV Versão Clínica. Porto Alegre. Artmed. 2017
24. Bech P. *Clinical Psychometrics*. (John Wiley & Sons, Ltd, 2012). doi:10.1002/9781118511800
25. Primo de Carvalho Alves L, Pio de Almeida Fleck M, Boni A, Sica da Rocha N. The Major Depressive Disorder Hierarchy: Rasch Analysis of 6 items of the Hamilton Depression Scale Covering the Continuum of Depressive Syndrome. *PLoS One*. 2017 Jan 23;12(1):e0170000. doi: 10.1371/journal.pone.0170000. PMID: 28114341; PMCID: PMC5256939.
26. Shansis F, Berlim M, Mattevi B, Maldonado G, Izquierdo I, Fleck M. Desenvolvimento da versão em português da Escala de Avaliação de Mania de Bech-Rafaelsen (EAM-BR). *R. Psiquiatr. RS*, 26'(1): 30-38, jan./abr. 2004.
27. Bech P, Bolwig T, Kramp P, Rafaelsen O. The Bech- Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 49: 420-30.
28. Ostergaard SD, Lemming OM, Mors O, Correll CU & Bech P. (2016). PANSS-6: A brief rating scale for the measurement of severity in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(6), 436-444.
29. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992;267:3176-8.
30. Reichenheim ME, Moraes CL & Hasselmann MH. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 610-616. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000600008>
31. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. *Clin Global Impress* 1976; 60, <https://ia800306.us.archive.org/35/items/ecdeuassessmentm1933guyw/ecdeuassessmentm1933guyw.pdf>
32. WHO ASSIST Working Group. The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002; 97:1183-94.
33. Henrique IFS et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2): 199-206
34. Wisniewski SR, Rush AJ, Balasubramani GK, Trivedi MH, Nierenberg AA & For the Stard Investigators (2006). Self-rated global measure of side effects' frequency, intensity, and burden. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(2), 71-79.
35. Grassi-Oliveira R, Stein LM & Pezzi JC. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-55.
36. Bernstein DP, Stein JA, Newcombc MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medranoh M, Desmondh D & Zule W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.

37. Lubben, J. & Gironde M. (2003a). Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. In: Berkman B & Harootyan LK. (Eds.). *Social work and health care in an aging world*: 319-50. New York: Springer
38. Ribeiro O, Teixeira L, Duarte N, Azevedo MJ, Araújo L, Barbosa S, Paúl C. Portuguese version of the abbreviated Lubben Social Network Scale (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, fevereiro 2012: 217-234
39. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*. 2012;20:12-36.
40. Silva L, Silva PFR, Gadelha A, Clement S, Thornicroft G, Mari JJ, Brietzke E. Adaptation of the Barriers to Access to Care Evaluation (BACE) scale to the Brazilian social and cultural context. *Trends Psychiatry Psychother*. 2013;35(4) – 287-291.
41. Borges ALV, Barrett G, dos Santos OA et al. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 244 (2016)
42. Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(5):426-33. doi:10.1136/jech.2003.014787.

Contribuições: Lucas Primo de Carvalho Alves – Análise estatística, Aquisição de financiamento, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização;

Barbara Ferreira Althoff – Coleta de Dados, Investigação, Validação;

Vanessa Gorniak de Oliveira – Coleta de Dados, Gerenciamento de Recursos, Redação - Revisão e Edição;

Rafael Lopes Ataídes de Oliveira – Coleta de Dados, Gerenciamento do Projeto, Redação - Revisão e Edição, Validação, Visualização;

Silvia Schuch Goi – Conceitualização, Investigação, Validação;

Lisieux Elaine de Borba Telles – Conceitualização, Validação, Visualização;

Lisia Von-Diemen – Conceitualização, Supervisão, Validação, Visualização;

Maria Eduarda Melati – Coleta de Dados, Investigação, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição;

Juliana Nichterwitz Scherer – Análise estatística, Aquisição de financiamento, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização.

#### **Autor correspondente**

*Lucas Primo de Carvalho Alves*

lucaspalves@unisinovs.br

Submetido em: 12/11/2023

Aceito em: 10/05/2024

## APÊNDICE A – ARTIGO SUBMETIDO

### ASSOCIATION BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA AND PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION DURING PREGNANCY AND ITS RELATIONSHIP WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

#### ABSTRACT

##### **Objective:**

This study aims to investigate the association between childhood trauma and psychiatric hospitalization during pregnancy, as well as the relationship between childhood trauma and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among these women.

##### **Methods:**

An observational case-control study was conducted involving 149 women classified into three groups: pregnant women hospitalized in a psychiatric unit (n=42), non-pregnant women hospitalized in a psychiatric unit (n=65), and postpartum women without a history of psychiatric hospitalization during pregnancy (n=42). Sociodemographic questionnaires, the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5), and the Childhood Trauma Questionnaire – Portuguese Version (CTQ-PV) were administered. Statistical analysis was performed using the chi-square test ( $p < 0.05$ ).

##### **Results:**

Hospitalized pregnant women exhibited higher rates of emotional abuse, physical abuse, emotional neglect, and physical neglect. Sexual abuse showed a high prevalence across all groups. Only emotional abuse was significantly associated with psychiatric hospitalization during pregnancy (OR = 3.23; 95% CI: 1.24–8.4). Hospitalized pregnant women also demonstrated a higher prevalence of Substance Use Disorder (SUD). PTSD during the perinatal period was associated with multiple forms of childhood trauma, including physical and emotional abuse, as well as physical and emotional neglect, whereas among non-pregnant women, only physical neglect showed a marginal association with PTSD. Social support also influenced

outcomes: living with a partner was a protective factor, while residing with relatives or friends increased the risk of hospitalization.

**Conclusion:**

Childhood trauma is strongly associated with adverse mental health outcomes during pregnancy, including PTSD and a higher risk of psychiatric hospitalization. These findings underscore the need for interventions aimed at the prevention and treatment of childhood trauma.

**Keywords:** Pregnancy; Psychiatric Hospitalization; Mental Health; Childhood Trauma; Hospital Psychology.

## 1.INTRODUCTION

Pregnancy is culturally viewed as a time of happiness, which may obscure certain vulnerabilities. This period constitutes a critical juncture in the female life cycle, characterized by biopsychosocial transformations that can exacerbate pre-existing mental health vulnerabilities (Robertson et al., 2004). For instance, epidemiological studies indicate that up to 36.4% of women have experienced domestic violence at some point in their lives, with 97.1% reporting psychological violence (Okada, 2015), a factor potentially associated with a higher incidence of mental disorders, particularly perinatal depression. As highlighted by Herman (1992), developmental trauma tends to resurface during transition periods, such as motherhood, requiring therapeutic approaches tailored to the reproductive cycle. However, there remain significant gaps in Brazilian protocols for the early identification of these vulnerabilities in prenatal care settings (Brazil, 2022).

Furthermore, Yehuda and Lehrner (2018) provide insight into how gestational hormonal changes interact with hyperactive stress responses in traumatized women. Such dysfunction can precipitate acute psychiatric crises during pregnancy, reinforcing the need for integrated practices between obstetrics and mental health services aimed at the care of pregnant women. The lack of comparative studies between pregnant women admitted to psychiatric units and other population groups limits the development of targeted public policies for this population.

The scientific literature highlights the scarcity of studies on pregnant women who experience trauma, and the topic of psychiatric hospitalization during pregnancy is even more neglected, possibly due to the stigma associated with this condition. According to Paulino et al. (2022), approximately half of pregnant women hospitalized in psychiatric hospitals had not previously received mental health care. Moreover, women with a history of childhood trauma may be at increased risk of psychiatric crises during pregnancy, generating multidimensional impacts on fetal development and family relationships (Howard; Piot; Stein, 2014), which underscores the vulnerability of this group and the need for increased attention from health services.

Our primary objective was to analyze the association between childhood trauma and psychiatric hospitalizations of pregnant women admitted to the *Sistema Único de Saúde (SUS)*, Brazilian Unified Health System, due to mental disorder

exacerbations. Secondly, the study aimed to assess the association between Childhood Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in this population.

The main purpose of the study is to test the hypothesis that childhood trauma significantly affects the likelihood of psychiatric hospitalization during pregnancy and, secondarily, to assess the association between Childhood Trauma and PTSD in these women. These data are crucial for refining prevention programs in primary SUS care, as highlighted by Felitti et al. (1998) in the context of the Adverse Childhood Experiences (ACE) study: “the cumulative burden of early adversity demands early intervention.”

## 2. METHODOLOGY

### 2.1 STUDY DESIGN, SAMPLE, AND INCLUSION CRITERIA

This research is part of the study “Outcomes and Biopsychosocial Determinants of Psychiatric Hospitalizations during Pregnancy: Description of a Case-Control Protocol” (Alves et al., 2023) conducted in a public hospital in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, since April 2022 (CAEE N°. 54116821.8.0000.5344821.8.0000.554).

A case-control design was adopted, comparing hospitalized pregnant women in a psychiatric unit (PH) for acute mental health disorders (cases) with two control groups: non-pregnant women hospitalized for mental disorders (NPH; Control A), and postpartum women without psychiatric hospitalization during pregnancy (PWH; Control B). The comparison with Group B explores the impact of childhood trauma on pregnancy, while comparison with Group A analyzes whether this impact is specific to the gestational period. The study included 149 women aged 18 to 50, treated by *SUS*, recruited from psychiatric units and joint accommodations at the hospital. Hospitalizations considered occurred between June 2022 and June 2024.

### 2.2 EXCLUSION CRITERIA

Patients were excluded if the severity of their condition made dialogue with the interviewer impossible or if they did not agree to participate in the research or withdrew during data collection.

### 2.3 DATA COLLECTION PROCEDURES

Participants were referred to the hospital staff and invited by a trained research team member. Confidentiality was ensured by secure digital data storage, managed in the cloud (Google Drive) and as a physical copy on an external hard drive, both accessible only by the principal investigator via password. Data will be stored for five years following the study's conclusion, after which it will be permanently deleted. The whole study design is detailed elsewhere (Alves et al., 2023).

### **2.3.1 Assessment of Sociodemographic Data**

The questionnaire included variables such as age (median, IQR), race or ethnicity (White, Black, Mixed, Asian), marital status (Single, With Partner/Common-law Union, Widowed), current residence (Alone, With relatives and/or friends, With partner), current employment status, and social class (B, C, D, and E).

### **2.3.2 Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5)**

The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) is an interview instrument used to diagnose the psychiatric disorders most frequently encountered in clinical practice, including depression, bipolar disorder, schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, substance use disorders, anxiety disorders (such as panic disorder, agoraphobia, social phobia, and generalized anxiety disorder), obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and adjustment disorder.

### **2.3.3 Childhood Trauma Questionnaire – Portuguese Version (CTQ-PV)**

The Childhood Trauma Questionnaire – Portuguese Version (CTQ-PV), also known as the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), is a major instrument for investigating traumatic experiences during childhood. Originally created by Bernstein et al. in 1994 and revised in 2003, it became a more concise 28-item version with preserved psychometric properties and later adapted for Portuguese (Grassi-Oliveira; Stein; Pezzi, 2006).

The CTQ-PV examines histories of abuse (sexual, physical, and emotional) and neglect (physical and emotional) during childhood. It is suitable for adolescents aged 12 and above and adults, and includes 28 items (25 regarding childhood maltreatment) rated on a five-point Likert scale: (1) never occurred, (2) rarely, (3) sometimes, (4) often, and (5) very often. The five subscales for abuse and neglect sum scores from “never” (score 1) to “very often” (score 5). After summing, each subscale ranges between 5 and 25 (Hagborg; Kalin; Gerdner, 2022). Higher scores denote greater experiences of a specific type of abuse.

## 2.4 DATA ANALYSIS

With statistical power of 80% and a significance level of 5%, the study included 149 participants, sufficient to detect associations with a small to moderate effect size (Cohen's  $f = 0.2$ ), through variance analysis across three groups.

Comparisons between groups were performed using the Mann-Whitney U test for continuous variables and chi-square tests for categorical variables. The distribution of continuous variables were tested by the Kolmogorov-Smirnov test. Frequencies of childhood trauma were also analyzed using chi-square. The relationship between trauma and hospitalization during pregnancy was evaluated using multivariate logistic regression (Backward method), adjusting for relevant sociodemographic and clinical variables. Odds ratios (OR) were calculated for the association between trauma and PTSD among pregnant women, with significance estimated by chi-square.

Analysis was carried out using SPSS version 25, adopting  $p < 0.05$  as the criterion for statistical significance.

### 3. RESULTS

The study included a total of one hundred and forty-nine (n=149) women: forty-two (n=42; 28,2%) pregnant women hospitalized in a psychiatric unit (PH), sixty-five (n=65; 43,6%) non-pregnant women hospitalized in a psychiatric unit (NPH), and forty-two (n=42; 28,2%) postpartum women without psychiatric hospitalization during pregnancy (PWH). Table 1 presents the sociodemographic characteristics and the frequency of mental disorders within each group.

Table 1. Comparative sociodemographic characteristics and prevalence of mental disorders between the 3 groups.

<b>VARIABLES</b>	<b>PH ( n = 42)</b>	<b>NPH (n = 65)</b>	<b>PWH (n = 42)</b>	<b>p- value</b>
<b>Age, median (IQR)</b>	27 (20,75 – 33)	28 (23 – 39)	26,5 (21,75 – 31,25)	0,06
<b>Race or ethnicity, n (%)</b>				
White	20 (47,6)	31 (47,7)	22 (52,4)	0,97
Black	14 (33,3)	20 (30,8)	12 (28,6)	
Mixed	8 (19)	13 (20)	7 (16,7)	
Asian	0 (0)	1 (1,5)	1 (2,4)	
<b>Marital status, n (%)</b>				
Single	32 (76,2)	47 (72,3)	21 (50)	0,15
Married	6 (14,3)	11 (16,9)	9 (21,4)	
Stable union	4 (9,5)	6 (9,2)	12 (28,6)	
Widow	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	
<b>With whom they live, n(%)</b>				
Alone	5 (11,9)	10 (15,4)	2 (4,8)	<0,001 <sup>a</sup>
With family and/or friends	20 (47,6)	37 (56,9)	9 (21,4)	
With partner	17 (40,5)	18 (27,7)	31 (73,8)	
<b>Currently employed, n (%)</b>	19 (45,2)	29 (44,6)	22 (52,4)	0,71
<b>Social class, n (%)</b>				

B	3 (7,1)	8 (13,1)	7 (17,5)	0,22
C	23 (54,8)	40 (65,6)	25 (62,5)	
D and E	16 (38,1)	13 (21,3)	8 (20)	
<b>Mental disorders, n (%)</b>				
Current or previous	8 (21)	17 (29,3)	3 (7,2)	0,02 <sup>b</sup>
<b>PTSD</b>				
Psychotic disorders	0 (0)	10 (17,2)	0 (0)	0,001 <sup>c</sup>
BD I, II, or others	9 (23,7)	11 (19)	1 (2,4)	0,02 <sup>d</sup>
MDD (single episode)	3 (7,9)	5 (8,6)	4 (9,5)	0,99
MDD (recurrent)	9 (23,7)	12 (20,7)	8 (19)	0,99
SUD (any substance)	23 (60,5)	13 (22,4)	7 (16,7)	<0,001 <sup>e</sup>

Legend - n: absolute values; %: relative values; p: level of statistical significance; IQR: Interquartile Range; PH: Pregnant Women Hospitalized in Psychiatric Unit; NPH: Non-Pregnant Women Hospitalized in Psychiatric Unit; PWH: Postpartum Women without Psychiatric Hospitalization during Pregnancy; PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder; BD: Bipolar Disorder; MDD: Major Depressive Disorder; SUD: Substance Use Disorder; <sup>a</sup> With relatives and friends: PH and NPH > PWH; With partner: NPH < PH < PWH; <sup>b</sup> NPH > PH > PWH; <sup>c</sup> NPH > PH and PWH; <sup>d</sup> PH and NPH > PWH; <sup>e</sup> PH > NPH and PWH.

The most notable alteration lies in the family configuration of the groups. PWH predominantly resided with their partners, contrasting with PH and NPH, who were more likely to live with relatives and/or friends.

### 3.1 PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS

Some disorders showed higher prevalence in one group than others, but for some, no significant relationship were observed. The prevalence of PTSD (current or previous) is significantly different among the groups. NPH show the highest prevalence, followed by PH, with PWH having the lowest.

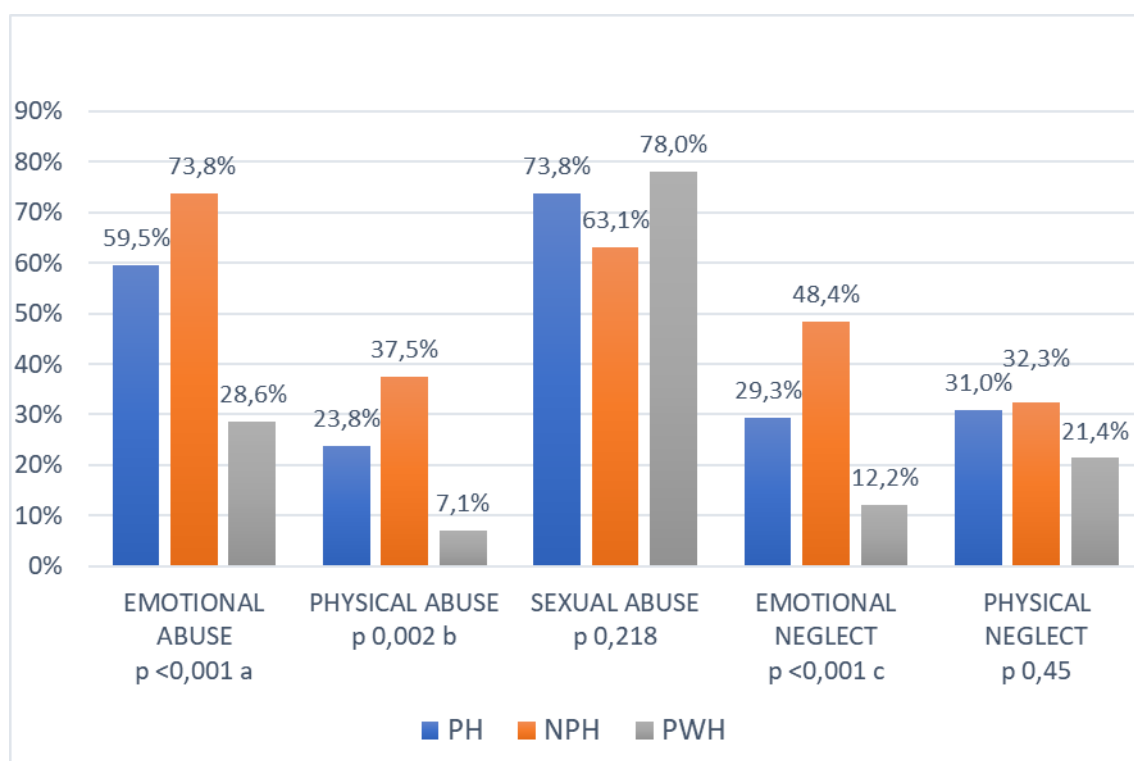
Additionally, there is a difference in the prevalence of psychotic disorders. NPH present a prevalence of 17.2%, whereas PH and PWH have no cases. This difference highlights the specific vulnerability of non-pregnant hospitalized women to disorganization due to psychotic disorders. The prevalence of BD (types I, II, or others) also demonstrates significant differences, with rates being higher in PH and NPH, and much lower in PWH.

Finally, the prevalence of SUD (any substance) shows a significant difference. PH have the highest prevalence, followed by NPH, and PWH have the lowest.

### 3.2 ANALYSIS OF CTQ-PV RESULTS

The prevalence of emotional abuse was highest in NPH, followed by PH, with PWH having the lowest prevalence. Physical abuse prevalence was lower in all groups, but highest in NPH and lowest in PWH. PWH had the highest prevalence of sexual abuse, followed by PH and NPH. Emotional neglect was more relevant in NPH, followed by PH and PWH, with physical neglect rates being relatively similar across the groups.

Figure 1 below compares the prevalence of distinct childhood traumas between the groups.



Legend – n: absolute values; %: relative values; p: level of statistical significance; IQR: Interquartile Range; PH: Pregnant Women Hospitalized in Psychiatric Unit; NPH: Non-Pregnant Women Hospitalized in Psychiatric Unit; PWH: Postpartum Women without Psychiatric Hospitalization during Pregnancy; <sup>a</sup> PH and NPH > PWH; <sup>b</sup> NPH > PH > PWH; <sup>c</sup> NPH > PH > PWH.

Figure 1. History of Violence via CTQ-PV in Hospitalized Pregnant and Non-Pregnant Women and Postpartum Women without Psychiatric Hospitalization during Pregnancy

Table 2 below presents the effect sizes of childhood trauma on hospitalization during pregnancy and comparison with NPH, after adjustment for all trauma types and living arrangement. As shown in Table 2, PH had a 3.23-fold higher chance (95% CI = 1.24–8.4) of experiencing emotional abuse in childhood compared to PWH. Living alone or with relatives and/or friends was also significantly associated with hospitalization during pregnancy.

In the analysis comparing PH with NPH, emotional neglect remained significantly associated, with NPH more likely to have experienced this. That is, PH experienced less emotional neglect than non-pregnant women.

Table 2. Association between Childhood Trauma and Psychiatric Hospitalization during Pregnancy

<b>Pregnant women hospitalized (PH) compared with non-hospitalized (PWH):</b>		
	<b>OR (CI 95%)</b>	<b>p-value</b>
<b>Emotional Abuse</b>	3,23 (1,24 – 8,4)	<b>0,016</b>
<b>Residence:</b>		
<i>With Partner</i>	1 (Ref)	
<i>Alone</i>	4,68 (0,77 – 28,37)	0,09
<i>With family and/or friends</i>	3,41 (1,23 – 5,5)	<b>0,019</b>
<b>Pregnant women hospitalized (PH) compared to non-pregnant women hospitalized (NPH):</b>		
	<b>OR (CI 95%)</b>	<b>p-value</b>
<b>Emotional Neglect</b>	0,42 (0,18 – 0,98)	<b>0,045</b>
<b>Residence:</b>		
<i>With Partner</i>	1 (Ref)	
<i>Alone</i>	0,38 (0,09 – 1,51)	0,17
<i>With family and/or friends</i>	0,57 (0,23 – 1,36)	0,2

Legend – n: absolute values; %: relative values; p: level of statistical significance; OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval; PH: Pregnant Women Hospitalized in Psychiatric Unit; NPH: Non-Pregnant

Women Hospitalized in Psychiatric Unit; PWH: Postpartum Women without Psychiatric Hospitalization during Pregnancy.

The table below (Table 3) illustrates the association between childhood trauma and PTSD in women within the perinatal period (PH and PWH groups, n=80) and in the group of non-pregnant women hospitalized (NPH) in a psychiatric unit (n=58). While emotional abuse, physical abuse, and both emotional and physical neglect were identified as risk factors for PTSD among women in the perinatal period, only physical neglect showed a marginal association as a risk factor for PTSD among non-pregnant hospitalized women.

Table 3. Association Between Childhood Trauma (CTQ-PV) and PTSD

PTSD	PREGNANT (PH) AND POSTPARTUM (PWH) (n=80)		NON-PREGNANT (NPH) (n=58)	
	OR (CI 95%)	p-Value	OR (CI 95%)	p-Value
<b>EMOTIONAL ABUSE</b>	5,70 (1,10-29,49)	<b>0,04</b>	1,40 (0,26 -7,28)	0,69
<b>PHYSICAL ABUSE</b>	11,42 (2,48-52,72)	<b>0,002</b>	2,63 (0,56-12,30)	0,22
<b>SEXUAL ABUSE</b>	2,77 (0,32-23,69)	0,35	1,27 (0,28-5,68)	0,76
<b>EMOTIONAL NEGLECT</b>	6,59 (1,52-28,5)	<b>0,01</b>	4,9 (0,92-26,11)	0,06
<b>PHYSICAL NEGLECT</b>	4,29 (1,03-17,91)	<b>0,04</b>	4,53 (0,99-20,59)	<b>0,05</b>

Legend – n: absolute values; %: relative values; p: level of statistical significance; OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval; PH: Pregnant Women Hospitalized in Psychiatric Unit; PWH: Postpartum Women without Psychiatric Hospitalization during Pregnancy; NPH: Non-Pregnant Women Hospitalized in Psychiatric Unit.

#### 4. DISCUSSION

The results of this research revealed complex patterns between childhood trauma and psychiatric hospitalization during pregnancy. Although the percentage of trauma among non-pregnant women was also high, the data indicate that childhood trauma — especially emotional and physical abuse, emotional and physical neglect — were significant risk factors for hospitalization during pregnancy. The only exception was sexual abuse, with high levels in all groups. After statistical adjustment, only emotional abuse remained a significant risk factor for psychiatric hospitalization during pregnancy.

The data indicate that childhood trauma was a risk factor for the hospitalization of women during pregnancy, with significantly higher levels observed in almost all types of trauma: emotional abuse, physical abuse, emotional neglect, and physical neglect, except for sexual abuse, in which all groups exhibited elevated levels. However, after controlling for all variables, only emotional abuse remained a risk factor for psychiatric hospitalization during pregnancy. This result suggests that emotional abuse experienced during childhood may act as an important risk factor for the exacerbation of mental disorders during pregnancy. Researchers have highlighted that emotional abuse may occur independently of other types of abuse, such as physical and sexual abuse (Bernstein et al., 1994; Claussen & Crittenden, 1991). Thus, emotional abuse experienced in childhood, regardless of the presence of other types of abuse, may result in low self-esteem and anxiety problems throughout life (Edwards et al., 2003), leaving individuals with feelings of worthlessness, insecurity, and difficulties in regulating their own emotions (Kanj, Hallit & Obeid, 2023).

Pregnancy itself already represents a period of emotional vulnerability, and a history of emotional abuse can further exacerbate this vulnerability, destabilizing women's mental health and increasing the likelihood of crises requiring psychiatric hospitalization during pregnancy. Edwards et al. (2003) also bring perspectives on how "emotional abuse in the family environment during childhood was shown to have a significant main effect on adult mental health; in addition to its power as an independent predictor, emotional abuse served to amplify the effect of abusive acts." This finding reinforces the need for a differentiated and attentive approach to the

specificities of each group, considering that pregnancy may exacerbate preexisting vulnerabilities (WHO, 2022).

Living arrangement also had a statistically significant association ( $P < 0.001$ ). While postpartum women without psychiatric hospitalization mostly lived with a partner, hospitalized pregnant (47.6%) and non-pregnant women (56.9%) predominantly lived with relatives/friends. Adjustment for confounders revealed that living with relatives increased the chance of hospitalization by over threefold compared to living with a partner. This may reflect Brazilian sociocultural dynamics, where extended family networks do not always provide effective emotional support and may be additional sources of stress (Barham; Vanalli, 2012). Moreover, staying in environments where emotional abuse was experienced may reactivate trauma. Conversely, Bäckström et al. (2017) emphasize that partner support can foster feelings of safety and well-being during pregnancy.

Comparing women hospitalized in psychiatric units, pregnant versus non-pregnant women, it was observed that pregnant women reported significantly less emotional neglect. This may indicate that, even with fewer childhood traumas, the gestational period accentuates vulnerability to mental disorders.

The analysis of results from the CTQ-PV and SCID-5 revealed a significant association between childhood trauma and PTSD in the group of women in the perinatal period, specifically linked to Emotional Abuse, Physical Abuse, and both Emotional and Physical Neglect. Regarding Physical Neglect, the group of non-pregnant women hospitalized in a psychiatric unit showed only a marginal association with PTSD. These findings are consistent with the existing literature, which highlights the relationship between adverse childhood experiences and the development of mental disorders such as PTSD in women (Anda et al., 2006; Green et al., 2010). These results are consistent with studies such as Park et al. (2023), which reinforce that “individuals with childhood trauma exhibited lower levels of resilience; among them, those who experienced emotional abuse and emotional neglect showed even stronger associations than other types of childhood trauma.”

The prevalence of Substance Use Disorder (SUD) also showed a significant difference ( $P < 0.001$ ). Hospitalized pregnant women had the highest prevalence (60.5%), followed by hospitalized non-pregnant women (22.4%), while postpartum women who had not been hospitalized during pregnancy had the lowest prevalence (16.7%). This suggests that substance use is a particularly prevalent problem among

hospitalized pregnant women. It is important to note that the hospital studied has specific beds for pregnant women who use psychoactive substances during pregnancy, which is related to the percentage of women with this disorder in the unit. However, the policy for psychiatric admission at this hospital always prioritizes pregnant women, whether or not they have a Substance Use Disorder.

Study limitations include recall and information bias, common in retrospective trauma reports (Song; Chung, 2010). Moreover, the small sample size and composition of women in situations of vulnerability limit the generalizability of the findings. The exclusive quantitative approach does not encompass subjective aspects, such as institutional stigma, which may require qualitative methods (Dias et al., 2024). Including a control group of women without a history of pregnancy or psychiatric hospitalization would enhance four-group comparisons.

Future research should qualitatively investigate familial and social relationships that modulate the impact of trauma on the mental health of pregnant women, identifying stressors and sources of support. Longitudinal studies could follow the development of children whose mothers were hospitalized during pregnancy, assessing the impact of trauma on mother-infant bonding. Intervention studies focused on psychosocial support and psychotherapy are needed to prevent hospitalizations and promote resilience.

Implementing specific care within primary health settings is essential to preventing psychiatric hospitalizations during pregnancy. A humanized approach to these women's life histories, focusing on childhood trauma and present disorders, may be decisive in preventing adverse outcomes.

## 5. CONCLUSIONS

Based on the data analysis, this article demonstrates the relevance of childhood trauma as significant factors for women's mental health, especially during pregnancy. The results show that early adversities, such as abuse and emotional or physical neglect, are associated with increased risk of psychiatric hospitalization and development of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in women undergoing the perinatal cycle. This association underscores the importance of an integrated approach to maternal mental health, considering life history and traumatic experiences as essential elements of care.

The study also highlighted the role of social and familial context. Contrary to expectations, living with relatives and/or friends emerged as a risk factor for pregnant women, possibly reflecting Brazilian sociocultural dynamics in which extended family networks may lead to overload and stress. This finding demonstrates that social support is multifaceted, potentially protecting or increasing vulnerability to mental health issues.

Therefore, it is essential to implement public policies and clinical practices focused on the prevention and treatment of childhood trauma, with an emphasis on maternal mental health. Measures such as trauma assessment in prenatal care, training professionals for adequate support, and creating integrated care networks are vital. As Waikamp and Serralta (2018) assert: "Health professionals should pay attention to the sometimes silent presence of histories of neglect and psychological abuse in their patients."

Despite limitations such as retrospective reports and a reduced sample size, the findings are significant. Future studies employing qualitative methods and including new control groups may broaden understanding. Recognizing the impacts of childhood trauma is crucial for promoting more humane care and strengthening mental health during pregnancy.

## REFERENCES

ALVES LPC, ALTHOFF BF, OLIVEIRA VG, OLIVEIRA RLA, GOI SS, TELLES LEB, et al. (2023) Outcomes and biopsychosocial determinants of psychiatric hospitalizations during pregnancy: description of a case-control study protocol. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 25, n. 3, p. 25-37. [https://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=466](https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=466). Accessed on November 20, 2024.

ANDA RF et al. (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 256, n. 3, p. 174-86. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

BÄCKSTRÖM C et al. (2017) 'It makes you feel like you are not alone': expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, v. 12, p. 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.02.007>

BARHAM EJ, VANALLI ACG. (2012) Work and family: theoretical perspectives and current challenges. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, v. 12, n. 1, Florianópolis.

BERNSTEIN DP et al. (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, v. 151, n. 8, p. 1132-6. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>

BERNSTEIN DP et al. (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Neglect*, v. 27, n. 2, p. 169-90. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)

BRAZIL. (2022) Ministry of Health. High-Risk Pregnancy Manual. Brasília. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf) Accessed on January 10, 2025.

CLAUSSEN AH, CRITTENDEN PM. (1991) Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse Neglect*, v. 15, n. 1-2, p. 5-18. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90085-r](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90085-r)

DIAS FL et al. (2024) Qualitative and quantitative research and their procedures. *Humanidades & Tecnologia (FINOM)*, v. 49, Jul./Sep. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12682772>

EDWARDS VJ et al. (2003) Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, v. 160, n. 8, p. 1453-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>

FELITTI VJ et al. (1998) Adverse Childhood Experiences Study Questionnaire [Database record]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t26957-000>

GRASSI-OLIVEIRA R, STEIN LM, PEZZI JC. (2006) Translation and content validation of the Portuguese version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 249-55. Available at: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/cDzvTxBHnTDxwhg7gGSN54M/>. Accessed on: Feb 02, 2025.

GREEN B. (1996) Trauma history questionnaire. In: Stamm, B. H. (Ed.). *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville: Sidran Press. p. 366-8.

HERMAN JL et al. (1992) Captivity. In: *Trauma and recovery*. BasicBooks, New York, N.Y. Disponível em: <https://anrows.intersearch.com.au/anrowsjspui/handle/1/11207>. Accessed on Feb 23, 2025.

HOWARD LM, PIOT P, STEIN A. (2014) No health without perinatal mental health. *The Lancet*, v. 384, n. 9956, p. 1723-1724. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)62040-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62040-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62040-7).

KANJ G, HALLIT S, OBEID S. (2023) The relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder: the mediating role of difficulties in emotion regulation among Lebanese adults. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, v. 10, n.1, p. 34. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00241-0>

OKADA MM et al. (2015) Domestic violence during pregnancy. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 3, p. 270-274. Available at:

[https://www.scielo.br/j/ape/a/JjPNPWyPtPRwqnT7m6sn5bm/?lang=pt&utm\\_source=chatgpt.com](https://www.scielo.br/j/ape/a/JjPNPWyPtPRwqnT7m6sn5bm/?lang=pt&utm_source=chatgpt.com). Accessed on Feb 23, 2025.

PARK JY et al. (2023). Relationship between childhood trauma and resilience in patients with mood disorders, *Journal of Affective Disorders*, v. 323, p. 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.003>.

PAULINO D et al. (2022) Pregnant women admitted to psychiatric hospital: a portrait of vulnerability. *Physis*, v. 32, n. 1. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312022320119>

ROBERTSON E et al. (2004) Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *General Hospital Psychiatry*, v. 26, n. 4, p. 289-295. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834304000398?via%3dhub>. Accessed on Feb 22, 2025.

SONG JW, CHUNG KC. (2010) Observational studies: cohort and case-control studies. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 126, n. 6, p. 2234-2242. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f44abc>

WAIKAMP V, SERRALTA FB. (2018) Repercussions of childhood trauma in adult psychopathology. *Ciências Psicológicas*, v. 12, n. 1. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>

WHO. World Health Organization. (2022) Report on Mental Health in Pregnancy: WHO: 20% of women will experience mental illness during pregnancy or postpartum. WHO, September. Available at: <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801501>. Accessed on: February 15, 2025.

YEHUDA R, LEHRNER A. (2018) Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, v. 17, n. 3, p. 243-257. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>.