**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

DANIELLE SATIE KASSADA

**Gestantes na atenção primária à saúde: Transtornos
Mentais Comuns, Qualidade de Vida e uso de Drogas**

**RIBEIRÃO PRETO
2017**

DANIELLE SATIE KASSADA

Gestantes na atenção primária à saúde: Transtornos Mentais Comuns,
Qualidade de Vida e uso de Drogas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica:
políticas, saberes e práticas.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso

RIBEIRÃO PRETO
2017

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

Kassada, Danielle Satie

Gestantes na atenção primária à saúde: Transtornos Mentais Comuns, Qualidade de Vida e uso de Drogas. Ribeirão Preto, 2017.

107 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso

1. Atenção primária à saúde. 2. Gestantes. 3. Transtornos Mentais. 4. Qualidade de Vida. 5. Abuso de drogas.

KASSADA, Danielle Satie

Gestantes na atenção primária à saúde: Transtornos Mentais Comuns, Qualidade de vida e uso de Drogas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico a Deus, à minha família e a Maria Angélica Pagliarini Waidman (In memoriam), fonte de força e grande inspiração pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser presença e força constante em meus dias e me conduzir na realização de meus sonhos.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo prestado.

Aos meus irmãos Alex e Daiane, pela presença, confiança e apoio.

Ao meu namorado Fernando, pelo companheirismo e paciência.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Às Professoras da Banca Examinadora, pela disponibilidade e pelas contribuições a este estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas que autorizou a realização deste estudo.

Aos gestores e profissionais das Unidades de Saúde Básica que foram campo de estudo que proporcionaram ambiente adequado para as entrevistas e contribuíram muito com essa pesquisa, em especial a profissional Tânia Gazzola que colaborou muito para isso se tornar possível.

Às gestantes que participaram desse estudo, pelo acolhimento e colaboração.

Especialmente as minhas orientadoras, Prof^{as}. Dr^{as}. Maria Angélica (In memoriam) e Adriana Inocenti Miasso que sempre estiveram presentes nessa jornada.

A todos que diretamente ou indiretamente fizeram parte dessa caminhada, por todo o apoio, meu sincero “Muito Obrigada!”

*Saber sacrificar tudo a um dever é a principal e mais difícil ciência que nós temos de aprender
na vida.
(Júlio Dinis)*

RESUMO

KASSADA, D. S. **Gestantes na Atenção Primária à Saúde: Transtornos Mentais Comuns, Qualidade de Vida e uso de Drogas.** 107 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo. Orientadora: Adriana Inocenti Miasso. Ribeirão Preto, 2017.

Essa pesquisa teve por objetivo geral identificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC), uso de drogas e a qualidade de vida (QV) em gestantes atendidas na atenção primária à saúde (APS) no município de Campinas, São Paulo. Trata-se de estudo quantitativo, de caráter correlacional, realizado de agosto de 2015 a agosto de 2016 com plano amostral estratificado e proporcional (n=287). Cada estrato foi formado pela Unidade Básica de Saúde sorteada, na área de abrangência de cada um dos cinco distritos de saúde da cidade. Foram instrumentos de pesquisa: questionário sociodemográfico, econômico, farmacoterapêutico e de histórico de saúde; o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) para o rastreamento do uso do álcool; o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para estimar a prevalência de TMC e o *World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief* (WHOQOL–brief), para mensurar escores de QV na amostra. TMC, QV e uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas foram considerados variáveis dependentes. Para análise das variáveis TMC e uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas foi utilizado o teste de regressão logística simples e múltipla e QV a regressão linear múltipla. Das 287 gestantes entrevistadas 30% foram positivas para TMC. As variáveis associadas à TMC foram: idade (OR 6,63), situação conjugal (OR 2,15), histórico de transtorno mental (OR 4,34), gravidez desejada (OR 3,33), idade gestacional (OR 5,86), relato de ter sofrido violência (OR 18,47) e uso de chá (OR 2,47). Identificou-se que 95,8% declararam ter utilizado pelo menos um medicamento durante a gravidez e desses 2,09% utilizaram sem prescrição. Em relação à classificação de risco, 58,47% dos medicamentos utilizados são da classe A; 30,87% da classe B; 8,84% da classe C, 1,09% da classe D e 0,73% sem classificação. Quanto ao uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas 19,5% relataram o uso sendo a droga mais utilizada o álcool (8,71%), seguido do tabaco (6,61%); sete (2,43%) usaram essas duas substâncias concomitantemente e quatro (1,4%) utilizaram drogas ilícitas associadas ao álcool e/ou tabaco. Por meio do AUDIT, identificou-se que durante a gestação, 2,8% das mulheres foram classificadas como em uso de risco e 0,7% em provável dependência. As variáveis associadas ao uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas foram idade (OR 6,91) e idade gestacional, sendo no segundo trimestre (OR 2,68) e no terceiro trimestre (OR 2,81). Quanto a QV, a média dos escores foi maior no domínio relações sociais enquanto o mais baixo foi no domínio meio ambiente. O preditor mais significativo para menor QV foi TMC. Assim, os achados desta pesquisa poderão ser utilizados na sensibilização dos profissionais da atenção primária, com vistas a maior adequação das ações desenvolvidas no pré-natal e redução de complicações tanto para a gestante quanto para o feto. Além disso, esses indicadores poderão subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas que proporcione uma assistência pré-natal mais integral e qualificada.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Gestantes. Transtornos Mentais. Qualidade de Vida. Abuso de drogas.

ABSTRACT

KASSADA, D. S. **Pregnant Women in Primary health care: Common Mental Disorders, Quality of Life and use of Drugs.** 107 p. Thesis (Doctoral) – University of São Paulo. Supervisor: Adriana Inocenti Miasso. Ribeirão Preto, 2017.

The objective of this research was to identify the prevalence of Common Mental Disorders (CMD), drug use and quality of life (QoL) in pregnant women treated at primary health care in the city of Campinas, São Paulo. It is a quantitative, correlational study, carried out from August 2015 to August 2016 with a stratified and proportional sampling plan ($n = 287$). Each stratum was formed by the Basic Health Unit drawn in the area of coverage of each of the five health districts of the city. They were research instruments: socio-demographic, economic, pharmacotherapeutic and health history questionnaire; The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for tracking alcohol use; Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), to estimate the prevalence of TMC and World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief (WHOQOL-brief), to measure QoL scores in the sample. TMC, QV, and use of nonprescription and / or illicit drugs were considered dependent variables. The simple and multiple logistic regression test and multiple linear regression were used to analyze the MCT variables and use of nonprescription and / or illegal drugs. Of the 287 pregnant women interviewed, 30% were positive for CMD. The variables associated with CMD were: age (OR 6.63), marital status (OR 2.15), history of mental disorder (OR 4.34), desired pregnancy (OR 3.33), gestational age 86), suffered violence (OR 18.47) and tea (OR 2.47). It was identified that 95.8% reported having used at least one drug during pregnancy and 2.09% used no prescription. Regarding the classification of risk, 58.47% of the drugs used are class A; 30.87% of class B; 8.84% of class C, 1.09% of class D and 0.73% without classification. Regarding the use of nonprescription and / or illicit drugs, 19.5% reported the use of alcohol (8.71%), followed by tobacco (6.61%), seven (2.43%) Used these two substances concomitantly and four (1.4%) used illicit drugs associated with alcohol and / or tobacco. Through the AUDIT, it was identified that during pregnancy, 2.8% of the women were classified as using risk and 0.7% in probable dependence. The variables associated with nonprescription and / or illicit drug use were age (OR 6.91) and gestational age being in the second trimester (OR 2.68) and in the third trimester (OR 2.81). Regarding QOL, the mean of the scores was higher in the social relations domain while the lowest was in the environmental domain. The most significant predictor for lower QOL was CMT. Thus, the findings of this research may be used to raise awareness among primary care professionals, with a view to improving the adequacy of the actions developed during prenatal care and reducing complications for both the pregnant and the fetus. In addition, these indicators may support the development and implementation of public policies that provide more comprehensive and qualified prenatal care.

Keywords: Primary health care. Pregnant women. Mental Disorders. Quality of Life. Substance-Related Disorders.

RESUMEN

KASSADA, D.S. **Gestantes em la Atención Primaria a la Salud: Transtornos Mentales Comunes, Calidad de Vida y Uso de Drogas.** 107p. Tesis (Doctoral) – Universidad de São Paulo. Líder: Adriana Inocenti Miasso. Ribeirão Preto, 2017.

Esta investigación tuvo por objetivo general identificar la prevalencia de Trastornos Mentales Comunes (TMC), uso de drogas y la calidad de vida (QV) en gestantes atendidas en la atención primaria a la salud (APS) en el municipio de Campinas, São Paulo. Se trata de un estudio cuantitativo, de carácter correlacional, realizado de agosto de 2015 a agosto de 2016 con plan muestral estratificado y proporcional ($n = 287$). Cada estrato fue formado por la Unidad Básica de Salud sorteada, en el área de cobertura de cada uno de los cinco distritos de salud de la ciudad. Fueron instrumentos de investigación: cuestionario sociodemográfico, económico, farmacoterapéutico y de historial de salud; El Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para el rastreo del uso del alcohol; (SRQ-20), para estimar la prevalencia de TMC y la Organización Mundial de la salud para evaluar los valores de QV en la muestra. TMC, QV y uso de drogas lícitas sin prescripción y / o ilícitas se consideraron variables dependientes. Para el análisis de las variables TMC y el uso de drogas lícitas sin prescripción y / o ilícitas se utilizó la prueba de regresión logística simple y múltiple y QV a regresión lineal múltiple. De las 287 gestantes entrevistadas el 30% fueron positivas para TMC. Las variables asociadas a la TMC fueron: edad (OR 6,63), situación conyugal (OR 2,15), histórico de trastorno mental (OR 4,34), embarazo deseado (OR 3,33), edad gestacional (OR 5,86), haber sufrido violencia (OR 18,47) y uso de té (OR 2,47). Se identificó que el 95,8% declaró haber utilizado al menos un medicamento durante el embarazo y el 2,09% utilizaron sin prescripción. En cuanto a la clasificación de riesgo, el 58,47% de los medicamentos utilizados son de la clase A; 30,87% de la clase B; 8,84% de la clase C, 1,09% de la clase D y 0,73% sin clasificación. En cuanto al uso de drogas lícitas sin prescripción y / o ilícitas, el 19,5% relató el uso siendo que la droga más utilizada el alcohol (8,71%), seguido del tabaco (6,61%), siete (2,43%) utilizaron estas dos sustancias concomitantemente y cuatro (1,4%) utilizaron drogas ilícitas asociadas al alcohol y / o tabaco. A través del AUDIT, se identificó que durante la gestación, el 2,8% de las mujeres fueron clasificadas como en uso de riesgo y el 0,7% en probable dependencia. Las variables asociadas al uso de drogas lícitas sin prescripción y / o ilícitas fueron edad (OR 6,91) y edad gestacional siendo en el segundo trimestre (OR 2,68) y en el tercer trimestre (OR 2,81). En cuanto a QV, el promedio de los scores fue mayor en el dominio de las relaciones sociales mientras que el más bajo fue en el ámbito del medio ambiente. El predictor más significativo para el menor QV fue TMC. Así, los hallazgos de esta investigación podrán ser utilizados en la sensibilización de los profesionales de la atención primaria, con vistas a la mayor adecuación de las acciones desarrolladas en el prenatal y reducción de complicaciones tanto para la gestante y para el feto. Además, estos indicadores podrán subsidiar la elaboración e implementación de políticas públicas que proporcione una asistencia prenatal más integral y cualificada.

Palavras clave: Atención primaria de salud. Mujeres embarazadas. Transtornos Mentales. Calidad de Vida. Transtornos Relacionados con Sustancias.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de gestantes entrevistadas nas UBS sorteadas.....	34
Quadro 2	Grupos anatômicos e terapêuticos de acordo com o primeiro nível de Anatomical Therapeutical Chemical (ATC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).....	36
Quadro 3	Classificação de risco dos medicamentos durante a gestação de acordo com a Food and Drug Administration (FDA) (BRIGGS, 2011).....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde segundo resultado do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) e características sociodemográficas e econômicas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	42
Tabela 2	Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde segundo resultado do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) e características de saúde e obstétricas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	44
Tabela 3	Modelo de regressão logística para ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em gestantes atendidas em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	45
Tabela 4	Distribuição de medicamentos referidos na gravidez, segundo primeiro nível da classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	48
Tabela 5	Relação das drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas utilizadas por gestantes atendidas na APS, Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	49
Tabela 6	Distribuição das gestantes atendidas na APS segundo escore AUDIT. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	50
Tabela 7	Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde segundo características sociodemográficas, econômicas e o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	50
Tabela 8	Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde segundo características de saúde, obstétricas e uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	52
Tabela 9	Modelo de regressão logística para o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas em gestantes atendidas em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	53
Tabela 10	Distribuição de gestantes atendidas em cinco UBSs (n=287), segundo escores médios dos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief). Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	55

Tabela 11	Distribuição de gestantes atendidas em cinco UBSs (n=287), segundo escores médios dos domínios e qualidade de vida geral da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief) e Transtornos Mentais Comuns (TMC). Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	55
Tabela 12	Distribuição de gestantes atendidas em cinco UBSs (n=287), segundo escores médios dos domínios e qualidade de vida geral da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief) e o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	56
Tabela 13	Modelo de regressão linear múltipla para analisar os preditores que interferem na qualidade de vida de gestantes atendidas em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	57
Tabela 14	Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio físico da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief), em gestantes atendidas em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	57
Tabela 15	Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio psicológico da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief), em gestantes atendidos em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	58
Tabela 16	Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio social da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief), em gestantes atendidos em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	59
Tabela 17	Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio meio ambiente da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief), em gestantes atendidos em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Acre
APS	Atenção Primária à Saúde
ATC	Anatomical Therapeutic Classification
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM-IV	4ª Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FDA	Food and Drug Administration
GHQ	General Health Questionary
HAD	Hospital Anxiety and Depression
ISRS	Inibidores Seletivos de Recptação de Serotonina
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PE	Pernambuco
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PR	Paraná
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida relacionada à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SNC	Sistema Nervoso Central
SP	São Paulo
SRQ	Self Report Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHOQOL-brief	World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief

LISTA DE SÍMBOLOS

ε	Erro tolerável de amostragem
p	Prevalência do evento
n	Tamanho amostral
$z_{\alpha/2}$	Nível de significância

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Transtornos Mentais Em Gestantes.....	16
1.2	Uso De Drogas Lícitas E Ilícitas Durante A Gestação.....	20
1.3	Uso De Medicamentos Durante A Gestação.....	23
1.4	Qualidade De Vida Em Gestantes.....	27
2.	OBJETIVOS.....	30
3.	METODOLOGIA.....	32
3.1	Tipo de Estudo.....	33
3.2	Local do Estudo.....	33
3.3	População do Estudo.....	33
3.4	Coleta de Dados.....	35
3.5	Instrumentos de Coleta de Dados.....	35
3.5.1	Questionário sobre dados sociodemográficos, econômicos, farma-coterapêuticos e histórico de saúde baseados na história clínica do Ministério da Saúde (Apêndice B).....	35
3.5.2	Classificação dos medicamentos e grau de risco.....	36
3.5.3	Instrumento SRQ-20 (Anexo A).....	37
3.5.4	Uso de drogas e rastreamento do uso de álcool (Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT) (Anexo C).....	38
3.5.5	Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL–brief)	38
3.6	Análise Estatística.....	39
3.7	Aspectos Éticos.....	40
4.	RESULTADOS.....	41
4.1	Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados.....	42
4.2	Prevalência do uso de medicamentos.....	47
4.3	Uso de Drogas Lícitas Não Prescritas e/ou Ilícitas e Fatores associados.....	49
4.4	Qualidade de vida em gestantes atendidas na APS.....	54
5.	DISCUSSÃO.....	60
6.	CONCLUSÃO.....	71
	REFERENCIAS.....	74
	APENDICES.....	94
	ANEXOS.....	101

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos Mentais em Gestantes

Os transtornos mentais afetam mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). De acordo com o órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas passem por tais problemas, sendo ao menos cinco milhões em níveis de moderado a grave (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Os transtornos depressivos no Brasil acometem 11.548.577 pessoas (5,8% da população) e os transtornos de ansiedade 18.657.943 (9,7% da população), segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Estudo multicêntrico realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) em quatro capitais brasileiras com 1.857 pessoas, por meio dos instrumentos *General Health Questionary* (GHQ-12) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), identificou como prevalência de Transtornos Mentais (TM): 51,9% no Rio de Janeiro; 53,3% em São Paulo; 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre, sendo tais transtornos mais frequentes em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda (GONÇALVES et al., 2014).

Uma revisão sistemática sobre a prevalência de TM na população adulta no Brasil identificou altos índices que variaram de 20% a 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Outro estudo realizou a análise de registros no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) em 2014, no qual foram registrados 15.216 casos de transtornos mentais em 42 (0,8%) municípios, correspondentes a 16,9/100 mil habitantes no Brasil, com variações importantes entre macrorregiões nacionais; o registro de TM na APS foi mais frequente nas macrorregiões Sudeste e Sul ($p=0,001$), nas capitais ($p<0,001$), em municípios com população maior que 200 mil habitantes ($p<0,001$), cobertura pela Atenção Básica superior a 75% ($p=0,005$) e dispondo de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS ($p=0,001$) (SOUZA, 2016).

Nesse contexto, destacam-se os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério. A literatura converge para a ideia de que são períodos de grandes transformações psíquicas, o que requer escuta e atenção qualificada por

parte dos profissionais da APS, já que esta é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando acompanhamento longitudinal e continuado (BRASIL, 2012a).

A gravidez é considerada, no ciclo vital da mulher, um período de transição, pois ocorrem importantes mudanças metabólicas, época em que a mulher se sente em estado temporário de instabilidade emocional (SPYRIDOU; SCHAUER; RUF-LEUSCHNER, 2015; MALDONADO, 1986). Nesse período, ela vivencia novas adaptações e reorganizações interpessoais e intrapsíquicas, assim como a perspectiva de mudança no papel familiar e social, pois – além de mulher e filha – ela passa a se perceber e a ser vista como mãe (no caso da primeira gestação) e, quando multípara, surgem novas mudanças, com a chegada de outros filhos (MALDONADO, 1986).

A saúde mental das gestantes tem constituído foco de muitos estudos delimitados principalmente ao pós-parto, o que pode estar relacionado com a crença popular de que a gravidez, via de regra é um período de bem-estar para as mulheres. Verifica-se maior ênfase aos transtornos mentais ocorridos no pós-parto imediato, os quais, por gerarem mais hospitalizações psiquiátricas, recebem maior atenção dos profissionais de saúde (ALMEIDA et al., 2012).

Dados epidemiológicos apontam prevalência de transtornos mentais em até 20% das mulheres, sendo mais comuns os transtornos de humor e de ansiedade (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014). Destarte, cerca de 10 a 15% das mulheres sofrem um episódio depressivo durante a gravidez ou no primeiro ano pós-parto. O período perinatal é o momento de maior risco para a manifestação de transtornos mentais em mulheres – sendo que aquelas com história prévia de transtorno mental apresentam maior risco de manifestações neste período (INGLIS et al., 2014).

Depressão e ansiedade durante a gravidez têm sido associadas com uma variedade de resultados adversos da gestação (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014). Mulheres que sofrem de transtornos mentais durante a gravidez têm menor probabilidade de receber cuidado pré-natal adequado e são mais propensas a usar álcool, tabaco e outras substâncias conhecidas por afetar

negativamente os resultados da gravidez (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014).

Estudos têm descrito baixo peso e retardo de crescimento fetal em crianças nascidas de mães deprimidas (SIDEBOTTOM et al., 2014), parto prematuro (MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010), risco aumentado de ter pré-eclâmpsia, parto cirúrgico e internação infantil em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para uma variedade de condições, incluindo dificuldade respiratória, hipoglicemia e prematuridade (SIDEBOTTOM et al., 2014; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010).

Estudo longitudinal retrospectivo realizado com 355 mulheres internadas em um hospital psiquiátrico público no Rio de Janeiro para estimar a prevalência de resultados perinatais e infantis adversos identificaram: baixo peso ao nascer (27,6%), prematuridade (17,4%), malformações (2,5%), natimortos (4,8%), e mortes neonatais (3,7%). Os fatores associados a estes desfechos foram cuidado pré-natal deficiente, esquizofrenia e baixa renda (PEREIRA et al., 2014). Os resultados demonstraram a alta prevalência de resultados perinatais e infantis adversos em mães com transtornos mentais, e que a triagem de sintomas psiquiátricos e atendimento especializado por profissionais de saúde mental são essenciais em todo pré-natal e pós-parto (PEREIRA et al., 2014).

Pesquisa realizada no Canadá, com 364 gestantes, identificou humor deprimido em 28,3% das gestantes sendo tal variável associada ao grupo étnico não-caucasiano, histórico de problemas emocionais (por exemplo, ansiedade e depressão) ou de abuso sexual e ter sofrido eventos estressantes. Os autores reforçam a importância de identificar mulheres em risco de humor deprimido no início da gravidez visando ao manejo clínico adequado da gestante (VERREAULT et al., 2014).

Estudo conduzido no Japão avaliou e comparou os resultados maternos e neonatais de gestantes com (n=152) e sem (n=1.014) transtornos mentais. Os autores identificaram que as mulheres com transtornos mentais foram significativamente mais propensas a serem múltiparas, fumantes, beneficiárias de assistência pública, solteiras e recebiam assistência perinatal inadequada. Quanto aos resultados perinatais, os nascimentos prematuros foram significativamente aumentados em mulheres com transtornos mentais (KITAI et al., 2014).

Outro tipo de investigação, relacionado às gestantes, que tem sido realizado na APS é a identificação dos Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os

TMC consistem em casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes que não se enquadram perfeitamente nos critérios diagnósticos de transtorno mental (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Estudos revelam que a prevalência de TMC em gestantes variou de 41,4% (SILVA et al., 2010) a 41,7% (ALMEIDA, 2010) em municípios do Rio Grande do Sul, 43,1% em Recife (LUDERMIR et al., 2009), 33,6% em estudo no Paraguai (ISHIDA et al., 2010) e 22,4% no Vietnã (FISHER et al., 2013), demonstrando a importância epidemiológica da investigação de TMC nessa população específica.

Em Pelotas-RS, estudo de coorte que analisou 4.231 nascimentos, revelou que a prevalência de sintomas de humor na gravidez foi de 24,6% e em três meses pós-parto foi de 22,5%. Aos seis anos de idade os filhos gerados por estas mulheres foram avaliados pelo instrumento Bem-Estar que constatou que estes eram 82% mais propensos a apresentar transtornos psiquiátricos do que filhos de mães sem os referidos sintomas. Ainda, a chance de transtornos mentais entre as crianças cujas mães foram positivas no *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), instrumento que rastreia TMC, em três meses pós-parto era 87% maior em comparação às crianças de mães negativas (SANTOS et al., 2014).

Há vários fatores de risco para os TMC durante a gestação como: ter um relacionamento com conflitos; ser vítima de violência de gênero; ser socialmente desfavorecida (FISHER et al., 2012; SILVA et al., 2010); não ter autonomia reprodutiva; ter uma gravidez não intencional ou indesejada; ter doença relacionada com a gravidez ou deficiência; não receber apoio emocional e dar à luz uma criança do sexo feminino (FISHER et al., 2012).

Estudo realizado no Vietnã com 419 gestantes observou que a prevalência de TMC era de 22,4% no início da gestação e de 10,7% no seu fim. Os fatores associados com TMC foram baixo nível socioeconômico, violência sofrida por parceiro íntimo, aborto e abuso na infância. No início da gravidez o TMC esteve associado à idade avançada e ser primigesta (FISHER et al., 2013).

No Vietnã também investigaram as consequências do TMC no desenvolvimento de crianças aos seis meses e observaram que os filhos de mães com TMC tiveram déficit no desenvolvimento social e emocional (TRAN et al., 2014).

Dessa forma conclui-se que os transtornos mentais comuns têm alta prevalência durante a gestação e representam risco para a mãe e para a criança, considerando tanto o tratamento quanto a ausência dele. Assim faz-se necessário

identificar os riscos precocemente, gerenciá-los de forma assertiva, com sensibilidade, minimizando o risco para a criança (BUIST, 2014). Destaca-se, todavia, a carência de estudos no Brasil que tenham investigado os fatores associados aos TMC em gestantes. Desse modo, esse estudo poderá fornecer subsídios para políticas de atendimento pré-natal e para os profissionais de saúde no que se refere à assistência a essa população.

1.2 Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas durante a Gestação

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) droga é toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções. Há diversas formas de classificar as drogas e, do ponto de vista jurídico consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União disposto na Lei 11.343 de 2006. Além disso, podem ser ilícitas ou lícitas (GREDEN; WALTERS, 1997; BRASIL, 2013). As drogas ilícitas são aquelas proibidas por lei (GREDEN; WALTERS, 1997; BRASIL, 2013). As drogas lícitas são aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como exemplo, há o álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. Os medicamentos por serem considerados drogas lícitas que devem ser utilizados sob prescrição médica, podendo, todavia, trazer consequências para a gestante e para o feto, serão abordados em capítulo distinto.

Também há uma classificação que se baseia nas ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância. São elas: drogas depressoras da atividade mental; drogas estimulantes da atividade mental e drogas perturbadoras da atividade mental (GREDEN; WALTERS, 1997; BRASIL, 2013).

O consumo de drogas tem aumentado no mundo e estima-se que 5% (29.000.000) da população adulta eram dependentes de algum tipo de droga em

2014, além disso, o aparecimento desproporcional de doenças devido ao consumo tem preocupado diversos setores da sociedade (UNODC, 2016). No Brasil não tem sido diferente já que o Segundo Levantamento Nacional de Álcool e outras drogas realizado em 143 municípios brasileiros com 4.607 pessoas identificou que 50% utilizaram álcool no último ano, 3% maconha, 2% cocaína e 16,9% utilizaram tabaco (INPAD, 2013).

Mesmo após a implantação da Política Nacional específica para Álcool e outras Drogas em 2003, e da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2004, estudo realizado em Santa Catarina revelou que o número de hospitalizações por uso de drogas não se alterou, porém o número de internações de mulheres aumentou 3% (BALBINOT et al., 2016).

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) analisaram a prevalência do tabagismo em 252.768 entrevistados sendo que a prevalência geral do fumo diário no Brasil foi de 15,1%, variando de 17,4% na região Sul a 12,8% na região Norte. No geral, a prevalência de fumo entre homens foi 18,8% e entre as mulheres, 11,6% (BARROS et al., 2011). Vigitel (2015) em seu estudo identificou que 10,4% da população das capitais brasileiras ainda mantêm o hábito de fumar. Os homens continuam sendo os que mais fazem uso do tabaco (12,8%), ao passo que as mulheres fumantes são 8,3% dentro do total da população feminina das capitais (BRASIL, 2016).

Já em relação às drogas ilícitas as mais consumidas no Brasil são a maconha e/ou cocaína e derivados, apesar do crescente consumo de drogas sintéticas (UNODC, 2016).

Destaca-se que o consumo de álcool e outras drogas aumentou entre as mulheres, conseqüentemente essa taxa também tem aumentado durante a gestação acarretando graves problemas médicos-sociais no Brasil (ANDRADE-RIBEIRO et al., 2017). Assim em razão do perfil epidemiológico do uso de drogas pelos brasileiros, optou-se por explorar as principais drogas utilizadas pelas mulheres, de acordo com INPAD (2013) as quais são álcool, tabaco, maconha, cocaína e derivados.

A prevalência do uso de álcool e outras drogas variaram de 2,1 a 67,1% para álcool e 0,6 a 53,8% de drogas ilícitas durante a gestação, dependendo do instrumento utilizado e local que foi aplicado (MOTTA; LINHARES, 2015).

Estudo realizado em Fortaleza-CE com 326 puérperas identificou que 11,3% fumaram e 16% ingeriram bebidas alcóolicas durante a gestação (ROCHA et

al., 2013).

Pesquisa de *follow-up* em Campinas-SP com 76 gestantes acompanhadas em ambulatório de pré-natal de alto risco identificaram que 85,5% utilizaram o tabaco, 73,7% álcool, 27,6% a cocaína, 26,7% a maconha, 13,1% o crack e 76,4% utilizaram duas ou mais drogas. Além disso, observaram estatisticamente que essas usuárias tiveram mais internação por ameaça de trabalho de parto prematuro e seus filhos tiveram média de peso e estatura menores, sendo mais frequentemente classificados como pequenos para a idade gestacional (TAMASHIRO, 2015).

Em Rio Branco-AC 1.797 gestantes foram entrevistadas, destas 2,61% faziam uso de crack, 2,05% consumiam bebida alcoólica, 1,22% fumavam maconha, 1% tabaco e 0,94% fazia uso de cocaína (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

Outro trabalho conduzido em Maringá-PR com 394 gestantes observou que 6,09% utilizavam álcool, 9,14% tabaco, 0,51% maconha ou crack e 2,03% alegaram o uso de múltiplas drogas (KASSADA et al., 2013). No referido estudo os fatores associados ao uso de drogas foram: anos de estudo, participação em grupo de gestante e orientação de profissional de saúde quanto ao risco de usar drogas de abuso durante a gestação (KASSADA et al., 2013).

Estudo realizado no Chile comparou 61 crianças expostas ao uso de drogas de abuso com 74 crianças não expostas e observou que nas crianças expostas a prematuridade era 25% maior e, peso e altura até os seis meses foram menores (PIÑUÑURI et al., 2015).

Outro levantamento foi realizado em Ibiza, na Espanha, por meio de testes em cabelos das mulheres que chegavam ao hospital para o parto, sendo 16% dos testes positivos e, destes, 10,3% foram positivos para maconha, 6,4% para cocaína e 0,9% para anfetamina. Aplicaram, também, um questionário no qual apenas 1,9% relatou utilizar algum tipo de droga de abuso durante a gestação (FRIGULS et al., 2012).

Nos Estados Unidos, pesquisadores acompanharam 115 gestantes que fumavam e estavam em tratamento para cessar o fumo e identificaram que 34% delas utilizavam drogas ilícitas sendo a mais frequente a maconha (GALEMA et al., 2013).

O consumo de álcool no Canadá e nos Estados Unidos por gestantes foram de 10% a 15%, respectivamente (POPOVA et al., 2017). Trabalho realizado

na Suíça com 291 gestantes identificaram que o consumo de álcool era mais elevado em mulheres com aborto prévio e gravidez não planejada (SUNDELIN-WAHLSTEN; HALLBERG; HELANDER, 2017).

Já na Tailândia entrevistaram 3.578 gestantes e, destas, 5,6% utilizaram algum tipo de droga sendo os fatores associados: religião, não ter parceiro, gravidez não planejada, aborto prévio e transtornos mentais atuais (ASSANANGKORNCHAI et al., 2017).

Assim o consumo dessas substâncias durante a gravidez deve ser reconhecido como um grave problema de saúde pública, jurídico e social e acarreta sensibilização intersetorial e governamental para instituição de estratégias de prevenção mais efetivas. Assim detectar a prevalência desse consumo na APS como porta de entrada das Redes de Atenção colabora para estabelecer prioridades para a política de saúde pública e planejamento de cuidados para essa população.

1.3 Uso de Medicamentos durante a Gestação

Medicamento é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1998). Os índices do crescimento do setor farmacêutico no Brasil demonstram a expansão do consumo de medicamentos no país. Entre 2007 e 2013, o Brasil saltou da décima para sexta colocação no mercado farmacêutico mundial e a estimativa é de que em 2017 o país chegue ao quarto lugar ficando atrás somente de Estados Unidos, China e Japão. Em 2013, o faturamento do setor farmacêutico brasileiro foi da ordem de 58 bilhões de reais, um aumento de 140% em uma década (NOVATO, 2015).

Crescentes também têm sido os investimentos do setor público na disponibilização de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde (hospitais e postos de saúde). A evolução dos investimentos em medicamentos feitos pelo Ministério da Saúde aponta que em 2003 foram investidos 1,8 bilhões de reais e em 2013 esse valor saltou para 11,88 bilhões de reais (NOVATO, 2015).

Desse modo, o consumo de medicamentos aumentou na população em geral, inclusive por gestantes nos períodos iniciais da gestação, especialmente em

gravidezes não planejadas (ENGELAND et al., 2008).

A utilização de medicamentos por gestantes e seus efeitos sobre o feto passou a ser objeto de grande preocupação após a tragédia de grandes proporções com o medicamento talidomida ocorrida entre 1950 e 1960 (BERTHIER et al., 1993) a qual gerou diversos questionamentos quanto à segurança dos medicamentos utilizados durante a gravidez. A partir da referida ocorrência, foram exigidos estudos direcionados à segurança dos medicamentos para uso durante a gestação.

As mudanças são frequentes no padrão de prescrição de medicamentos e automedicação na gravidez, pois a indústria farmacêutica tem aumentado sua produção e geralmente não são conhecidos os efeitos adversos dos produtos novos em relação à gestação (FONSECA; FONSECA; MENDES, 2002). Assim, é oportuno avaliar e conhecer quais fármacos são consumidos na gravidez (CHARLTON et al., 2014).

Há estudos que descreveram a prevalência do uso de medicamentos durante a gravidez, havendo variações nos métodos (medicamentos prescritos, dispensados em farmácias ou reportados em entrevistas) e nos critérios de inclusão de drogas (DILLON et al., 2015; KASSADA et al., 2015; TINKER et al., 2015; LUPATELLI et al., 2014).

Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência do uso de medicamentos pelas gestantes variou de 84% a 98,4% (COSTA; COELHO; SANTOS, 2017; GALATO et al., 2015; KASSADA et al., 2015). Já em estudos internacionais o uso de medicamentos pelas gestantes variou de 59% a 82,5% (PALMSTEN et al., 2015; BÉRARD; SHEEHY, 2014).

Em relação à literatura, observa-se que os fatores associados ao uso de medicamentos em gestantes são: idade materna (ter 30 anos ou mais), cor, início do pré-natal após o primeiro trimestre e baixo nível econômico que fazem parte da classe econômica C/D/E (COSTA; COELHO; SANTOS, 2017; KASSADA et al., 2015; PALMSTEN et al., 2015).

Estudos mostram que os medicamentos mais consumidos durante a gestação são: ácido fólico, sulfato ferroso e polivitamínicos, anti-eméticos, analgésicos e antibióticos (COSTA; COELHO; SANTOS, 2017; GALATO et al., 2015; KASSADA et al., 2015; PALMSTEN et al., 2015).

Nessa direção, aspecto relevante consiste no aumento do consumo de psicofármacos na população em geral (MOURA et al., 2016) principalmente em

mulheres em idade fértil acarretando dificuldade em analisar o custo/benefício de manter esses medicamentos durante a gestação. Desse modo, ressalta-se a importância da investigação do uso desse grupo de medicamentos por gestantes.

Embora os dados acumulados nos últimos 30 anos sugiram que alguns medicamentos possam ser usados com segurança durante a gravidez, o conhecimento sobre os riscos da exposição pré-natal para medicamentos psicotrópicos é incompleto (KOREON, 2008).

Com o propósito de orientar os profissionais de saúde na escolha terapêutica mais adequada, a agência americana *Food and Drug Administration* (FDA) classificou os fármacos quanto aos efeitos na gestação em cinco categorias de risco. Na categoria A são incluídos os medicamentos que, em estudos controlados com gestantes, não foram demonstrados riscos para o feto; na categoria B, aqueles em que os estudos com animais não demonstraram risco fetal, porém, ainda não existem estudos controlados em mulheres grávidas; ou aqueles cujos estudos em animais mostraram risco, não confirmados em estudos controlados em gestantes. Na categoria C, aqueles em que ainda não foram realizados estudos em animais ou em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais demonstraram risco fetal, mas não existem estudos com mulheres grávidas. Na categoria D, estão incluídos aqueles com evidências positivas de risco fetal humano, porém, os benefícios potenciais para a mulher grávida podem, eventualmente, justificar o seu uso. Por fim, na categoria X estão incluídos os medicamentos contraindicados na gestação, pois estudos em animais e em mulheres grávidas demonstraram clara evidência de risco fetal. Nesses casos, o risco para o feto supera qualquer benefício possível para a gestante (BRIGGS; FREEMAN; YAFFE, 2011).

Estudo observou aumento do risco de aborto espontâneo entre as mulheres que tomam antidepressivos (KJAERGAARD et al., 2013). Outro estudo identificou risco aumentado apenas com certos antidepressivos, como a paroxetina e a venlafaxina, mas não com outros inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) ou antidepressivos tricíclicos (BROY; BÉRARD, 2010).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são cada vez mais utilizados no tratamento de distúrbios depressivos e de ansiedade (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014). Atualmente, os ISRS parecem oferecer o melhor equilíbrio entre eficácia e segurança e são a primeira linha de tratamento. Os sintomas depressivos são comuns durante a gravidez e, devido aos

riscos de depressão não tratada, para a mãe e o feto, o tratamento farmacológico é justificado, muitas vezes com ISRS (PATEL; BESTE; BLACKWELL, 2011). No entanto, ISRS atravessam a placenta, e uma série de preocupações com a segurança foram levantadas (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014). Estas preocupações incluem defeitos congênitos (MERLOB et al., 2009), resultados obstétricos e perinatais adversos (COLVIN et al., 2012; HAYES et al., 2012; YONKERS et al., 2012) e efeitos sobre o desenvolvimento cognitivo e comportamental na infância (MALM et al., 2011).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos comparou 7.630 bebês não expostos a antidepressivos com 322 crianças expostas aos antidepressivos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), e observou o aumento do risco de Hipertensão Pulmonar Persistente com o uso materno de ISRS no final da gravidez (HUYBRECHTS et al., 2015). Os autores apontam, todavia, que o risco absoluto foi pequeno, e o aumento do risco parece ser menor do que o sugerido em estudos anteriores (HUYBRECHTS et al., 2015).

Estudo realizado com 21.371 crianças expostas a depressão materna durante o pré-natal observou que o referido transtorno mental foi associado com asma na infância. Dentre as crianças estudadas 8.895 foram expostas aos antidepressivos no útero e apenas o uso de antidepressivos mais antigos foram associados ao risco aumentado de asma (LIU et al., 2015).

As decisões sobre o uso de antidepressivos durante a gravidez devem ser baseadas em uma análise risco-benefício considerando a melhor evidência dos riscos de tratar ou não tratar a depressão materna (ROBINSON, 2015).

Para Osborne e Payne (2015) geralmente os riscos relacionados ao uso de antidepressivos na gravidez são consistentemente superestimados, enquanto os riscos de depressão não tratada são consistentemente subestimados devido ao estigma generalizado em relação à saúde mental.

Estudo de revisão focou nos riscos maternos diante do uso de antidepressivos os quais têm sido associados com o aumento dos riscos de hipertensão, pré-eclâmpsia e sangramento (GADOT; KOREN, 2015).

O carbonato de lítio (risco D), muito utilizado em pacientes com transtornos de humor, é associado com frequência a malformações, em particular cardiovasculares – especialmente a anomalia de Ebstein – e o seu uso é proibido no primeiro trimestre da gestação. Pode ser utilizado nos segundo e terceiro trimestres

quando esgotadas outras possibilidades de tratamento (BRIGGS; FREEMAN; YAFFE, 2011).

Estudos qualitativos realizados com gestantes no Brasil (KASSADA et. al., 2015) e na Inglaterra (STEVENSON et. al., 2016) fornecem uma compreensão da complexidade da tomada de decisão para continuar ou parar o uso de psicofármacos, dada a falta de evidências baseadas em pesquisas sobre os efeitos do uso de psicofármacos na gravidez, além da necessidade de algumas gestantes analisarem que o benefício da continuidade do medicamento é melhor do que parar. Assim novos estudos precisam ser realizados para dar suporte aos profissionais de saúde na prestação de serviços e cuidados necessários às gestantes com transtornos mentais ao longo da gestação.

Conforme descrito, muitos agravos relacionam-se ao uso de psicofármacos durante a gestação e a literatura revela que o referido grupo de medicamentos é normalmente prescrito para pacientes com resultado positivo para TMC (SANTOS et al., 2010). Desse modo, tal aspecto tem grande relevância para as gestantes, pois tais medicamentos podem levar ao comprometimento irreversível da integridade tanto materna quanto fetal (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014), além de comprometer a qualidade de vida das gestantes.

Assim constata-se que durante a gestação os medicamentos devem ser prescritos com cautela, considerando-se o risco/benefício, o qual deve ser avaliado de forma criteriosa. Isso é particularmente importante no âmbito da APS, visto que a maioria das gestantes no país é acompanhada por este nível de assistência.

1.4 Qualidade de Vida em Gestantes

Qualidade de vida (QV) foi definida pela Organização Mundial da Saúde como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p.11). As incapacidades ou prejuízos funcionais podem ser estimados por medidas de QV.

Os aspectos descritos, anteriormente, na presente pesquisa evidenciam

que os TMC durante a gestação podem comprometer a QV da mulher (RAHMAN et al., 2013; FISHER et al., 2012).

Dessa forma, a mensuração da QV e da sua associação com os TMC consiste em valiosa estratégia para aferir prejuízos funcionais que as gestantes podem apresentar por serem portadoras de tais sintomas e facilitar o rastreamento para possíveis diagnósticos de transtornos mentais, qualificando a abordagem na atenção primária à saúde (APS), já que esta é uma das portas de entrada do sistema de saúde.

Na última década, a pesquisa da qualidade de vida cresceu de forma constante, sob o título guarda-chuva Qualidade de Vida relacionada à Saúde (QVRS) (VACHKOVA et al., 2013). Vachkova e Mares observaram que os pesquisadores estão mais focados em dificuldades, problemas e aspectos patológicos da gravidez que afetam negativamente a qualidade de vida do que a QV em gestantes de baixo risco (VACHKOVA; MARES, 2012).

Tal aspecto confirma-se por meio da escassez de estudos com gestantes de baixo risco, sendo frequentes pesquisas com gestantes com alguma morbidade, dificultando a normatização de dados em gestantes de baixo risco, pois se compara os resultados encontrados com estudos realizados com aquelas de alto risco.

A esse respeito, em estudo comparativo realizado no Japão com gestantes hospitalizadas e de baixo risco, observou-se que a qualidade de vida das gestantes hospitalizadas era pior do que daquelas de baixo risco, além disso, verificou-se a necessidade de acompanhamento psicológico durante a gestação, principalmente, das hospitalizadas para melhor qualidade de vida (NAKAMURA et al., 2012).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos com 175 gestantes observou escores mais baixos na qualidade de vida em mulheres negras quando comparadas às brancas, além disso, o apoio social das gestantes negras foi bem menor quando comparadas às brancas (LIU et al., 2013).

Na China uma investigação com 1.151 gestantes identificou como fatores associados à pior qualidade de vida: ser mais jovem, não ter companheiro, escolaridade baixa, jornadas de trabalho intensas, gravidez não planejada e início tardio do pré-natal (LAU; YIN, 2011).

Estudo conduzido na Paraíba com 120 gestantes atendidas na APS avaliou a QV destas e identificou como principais insatisfações no domínio físico:

dor, desconforto, sono, repouso, energia e fadiga. No domínio psicológico predominaram insatisfações relacionadas à imagem corporal e aparência, memória, concentração e sentimentos negativos. Nas relações sociais houve destaque para a atividade sexual e no domínio meio ambiente, as facetas com maior insatisfação foram os recursos financeiros, oportunidade de lazer e transporte (OLIVEIRA et al., 2013).

Em São Bernardo do Campo foram investigadas 42 gestantes e houve pior avaliação na QV nas facetas: energia e fadiga; pensar, aprender, memória e concentração; recursos financeiros e atividade sexual (CASTRO, FRACOLLI, 2013).

Os dados apresentados reforçam a necessidade de uma análise completa de gestantes com transtornos mentais, incluindo a avaliação do impacto do transtorno sem tratamento, tanto para o bebê quanto para a mãe, bem como os riscos do uso de medicamentos durante a gravidez (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014).

Poucos estudos nacionais têm sido realizados para identificar a prevalência dos transtornos mentais comuns em gestantes no país. Além disso, o uso de medicamentos, incluindo os psicofármacos, pela população tem aumentado e não tem sido diferente na gestação, mas poucos estudos nacionais realizaram a identificação dos medicamentos utilizados por essas mulheres.

Dessa forma, o panorama apresentado revela a necessidade de detectar precocemente fatores que possam influenciar a qualidade de vida das gestantes sob os cuidados multiprofissionais, inclusive do enfermeiro que frequentemente acompanha o pré-natal de baixo risco nas Equipes Saúde da Família (ESF), pois tais fatores podem interferir negativamente no desfecho materno e infantil.

2 OBJETIVOS

- Identificar a prevalência de TMC e uso de drogas lícitas e ilícitas em gestantes atendidas na atenção primária à saúde no município de Campinas;
- Classificar os medicamentos utilizados pelas gestantes quanto aos grupos de medicamentos e risco, de acordo com a *Anatomical Therapeutic Classification* (ATC) e *Food and Drug Administration* (FDA), respectivamente;
- Identificar associações entre TMC e variáveis sociodemográficas, econômicas, histórico de saúde e variáveis obstétricas;
- Identificar associações entre consumo de drogas lícitas não prescritas e ilícitas e variáveis sociodemográficas, econômicas, TMC, histórico de saúde e variáveis obstétricas;
- Avaliar a QV em gestantes atendidas na atenção primária e sua associação com variáveis sociodemográficas, obstétricas, TMC e uso de drogas lícitas não prescritas e ilícitas.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

A abordagem do presente estudo é quantitativa, de corte transversal, de caráter correlacional descritivo.

3.2 Local do Estudo

Campinas, cidade onde foi realizado o estudo, está localizada no noroeste do Estado de São Paulo e é dividida em cinco distritos de saúde: norte, sul, leste, noroeste e sudoeste. Com uma população estimada em 1.164.098 habitantes é o terceiro município mais populoso do Estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

A rede de Atenção Primária à Saúde do município possui 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CAMPINAS, 2015). O presente estudo foi realizado em cinco UBS na cidade de Campinas, ou seja, em uma UBS de cada distrito de saúde.

3.3 População do Estudo

Inicialmente foi realizado o levantamento do número total de gestantes cadastradas em cada uma das referidas UBSs por meio do caderno de registro de SisPreNatal dos dois últimos anos (2013 e 2014), sendo utilizada a média para calcular a amostra de cada UBS e posteriormente, foi realizado o sorteio de cada UBS de cada distrito. Vale mencionar que o SisPreNatal é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (SUS). Fornece informações fundamentais para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas por meio do PHPN; melhora o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal e permite o repasse do incentivo financeiro aos municípios (DATASUS, 2017).

Desse modo, o plano amostral foi realizado por amostragem estratificada com alocação proporcional por estratos. Cada estrato foi formado pela UBS sorteada de cada um dos cinco distritos de saúde da cidade. A fórmula para o cálculo do

tamanho amostral foi:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{\varepsilon^2}, \text{ na qual o } P \text{ representa a prevalência do evento de}$$

interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro tolerável de amostragem.

Dessa forma foi considerada uma proporção de 50% de gestantes que viessem a apresentar a característica de interesse (TMC e uso de drogas lícitas não prescritas e ilícitas), utilizou-se a maior variabilidade desses desfechos conforme apontam análises nacionais e internacionais segundo as quais a prevalência de TMC variou de 22,4% a 43,1% (FISHER et al., 2013; ALMEIDA et al., 2010; ISHIDA et al., 2010; SILVA et al., 2010; LUDERMIR et al., 2009) e do uso de drogas de 7,82% a 16% (ASSANANGKORNCHAL et al., 2017; MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2016; FRIGULS et al., 2012). O erro tolerável de amostragem foi de 5%, e o nível de significância, de 5%. Foi acrescentada taxa de não resposta equivalente a 30%.

Cabe ressaltar que o número de gestantes entrevistadas em cada UBS foi diferente devido ao número de mulheres cadastradas nas UBS.

Quadro 1 - Número de gestantes entrevistadas nas UBS sorteadas

CENTRO DE SAUDE	NÚMERO DE GESTANTES ENTREVISTADAS
JARDIM AURÉLIA	31
OROSIMBO MAIA	62
PEDRO AQUINO	54
CONCEIÇÃO	32
UNIÃO DE BAIROS	108
Total	287

Foram considerados critérios de inclusão dos sujeitos no estudo:

- ser gestante;
- ter idade igual ou superior a 18 anos ou ser emancipada;
- ser capaz de se comunicar verbalmente em português; e
- realizar o pré-natal somente nas unidades do estudo.

3.4 Coleta de Dados

Todas as gestantes foram abordadas enquanto esperavam por sua consulta médica ou de enfermagem nas UBS e, após aceitarem participar do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A coleta de dados foi orientada por um questionário estruturado com perguntas acerca de variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico, econômico, obstétrico, perfil farmacoterapêutico, histórico de saúde e consumo de drogas (Apêndice B).

Para a detecção de TMC, foi utilizado o instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) (MARI; WILLIAMS, 1986) (Anexo A). A fim de avaliar a qualidade de vida dos sujeitos entrevistados, foi utilizada a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS *World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief* (WHOQOL – brief) (FLECK et al., 2000) (Anexo B). Quanto à avaliação do padrão de uso de álcool, foi utilizado o instrumento *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Anexo C). Posteriormente, foram verificados os prontuários das pacientes que foram entrevistadas para a identificação dos fármacos utilizados por elas e tempo de utilização.

3.5 Instrumentos de Coleta de Dados

3.5.1 Questionário sobre dados sociodemográficos, econômicos, farmacoterapêuticos e histórico de saúde baseados na história clínica do Ministério da Saúde (Apêndice B)

Este questionário aborda as variáveis sociodemográficas, econômicas e de histórico de saúde que visa caracterizar a amostra para posterior correlação com a qualidade de vida, uso de drogas lícitas não prescritas e/ou drogas ilícitas e presença de TMC.

Além disso, são levantadas as variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico as quais visam identificar o consumo de medicamentos não-

psicofármacos e as prevalências de uso de psicofármacos atualmente.

Quanto à classificação da renda familiar, foi utilizada a base do salário-mínimo de 788 reais, do decreto 8.381 de 2014, que passou a vigorar no país a partir de primeiro de janeiro de 2015.

3.5.2 Classificação dos medicamentos e grau de risco

Quanto à classificação de grupos de medicamentos, foi utilizado o primeiro nível da *Anatomical Therapeutic Classification* (ATC), sendo essa classificação utilizada pela Organização Mundial de Saúde.

Quadro 2 - Grupos anatômicos e terapêuticos de acordo com o primeiro nível de *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009)

Grupos anatômicos e terapêuticos	
A	Aparelho digestivo e metabolismo
B	Sangue e órgãos hematopoiéticos
C	Aparelho cardiovascular
D	Medicamentos dermatológicos
G	Aparelho geniturinário e hormônios sexuais
H	Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas
J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico
L	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
M	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes
R	Aparelho respiratório
S	Órgãos dos sentidos
V	Vários

Após a coleta de dados ser realizada por meio do questionário acima citado, foi utilizado outro instrumento a fim de classificar o risco dos medicamentos utilizados por cada paciente.

A tabela de classificação de risco dos medicamentos está de acordo com

a *Food & Drug Administration* (FDA), a qual pode ser visualizada no Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação de risco dos medicamentos durante a gestação de acordo com a *Food and Drug Administration* (FDA) (BRIGGS, 2011).

Classificação de risco dos medicamentos durante a gestação de acordo com a FDA	
Classe A	Não há evidência de risco em mulheres. Estudos bem controlados não revelam problemas no primeiro trimestre de gravidez e não há evidências de problemas nos segundo e terceiro trimestres.
Classe B	Não há estudos adequados em mulheres. Em experiência em animais não foram encontrados riscos.
Classe C	Não há estudos adequados em mulheres. Em experiências animais ocorreram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez.
Classe D	Há evidências de risco em fetos humanos. Só usar se o benefício justificar o risco potencial. Em situação de risco de vida ou em caso de doenças graves para as quais não se possa utilizar drogas mais seguras, ou se estas drogas não forem eficazes.
Classe X	Estudos revelaram anormalidades no feto ou evidências de risco para o feto. Os riscos durante a gravidez são superiores aos potenciais benefícios. Não usar em hipótese alguma durante a gravidez.

3.5.3 Instrumento SRQ-20 (Anexo A)

O SRQ-20 é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente composto por 30 itens, desenvolvido por Harding et al. (1980). A versão brasileira do SRQ (SRQ-20 - versão com 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não psicóticos) foi validada na década de 1980 por Mari e Williams (1986). Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) avaliaram o desempenho do SRQ-20 como instrumento de rastreamento psiquiátrico e o recomendaram para ser utilizado na prática clínica por qualquer profissional, visto que seu treinamento pode ser feito de forma autônoma e apresenta custo reduzido. Optou-se por utilizar neste estudo os pontos de corte sugeridos pelos estudos de validação do SRQ-20. Assim, considerou-se caso positivo quando as gestantes entrevistadas responderam “sim” a oito ou mais questões.

3.5.4 Uso de drogas e rastreamento do uso de álcool (Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT) (Anexo C)

O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, para rastreamento do uso problemático de álcool, sendo traduzido e validado para o português do Brasil por Figlie e colaboradores em 1997.

Este instrumento é composto por dez itens, pontuados em uma escala de *likert* de zero a quatro, com escores totais de zero a quarenta. A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma:

- Zona I: Até 07 pontos – indica baixo risco ou abstinência;
- Zona II: 08-15 pontos – uso de risco;
- Zona III: 16-19 pontos – sugere uso nocivo;
- Zona IV: 20 ou mais pontos – provável dependência.

3.5.5 Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL–brief) (Anexo B)

Foi utilizada a Escala de Avaliação de QV desenvolvida pelo WHOQOL-Group da OMS, em 1998. A WHOQOL-brief, utilizada no estudo, é uma versão abreviada da WHOQOL-100 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A escala utilizada é composta por 26 questões, sendo que duas delas são gerais e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, no qual cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões. Na WHOQOL-brief, cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. A WHOQOL-brief é composta por quatro domínios descritos abaixo (THE WHOQOL GROUP, 1998):

- Domínio I - Físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso.
- Domínio II - Psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos.
- Domínio III - Relações Sociais: relações pessoais; suporte (apoio) social;

atividade sexual.

- Domínio IV - Meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); transporte.

3.6 Análise Estatística

Para análise dos dados foi utilizada abordagem quantitativa. Após a coleta, os dados foram digitados em base de dados estruturada no formato de planilha, no programa *Excel*. Posteriormente, os dados foram transportados para serem analisados no programa *Statistical Analysis System (SAS)*, versão 9.2.

A fim de verificar a associação entre duas variáveis qualitativas, foi proposto o teste qui-quadrado. Para as comparações envolvendo dois grupos foi proposto o teste de Mann-Whitney, uma técnica não paramétrica que permite a comparação de dois grupos independentes sem que haja suposições quanto à distribuição dos dados. As comparações envolvendo três ou mais grupos foram feitas por meio do teste de Kruskal-Wallis, técnica não paramétrica que permite a comparação de mais de dois grupos sem que haja suposições quanto à distribuição dos dados (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Em seguida foram desenvolvidos modelos de regressão logística, a fim de verificar o impacto das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes TMC, uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas e QV. Foram incluídas nos modelos de regressão somente as variáveis que não apresentaram problemas de multicolinearidade. Para estimar o *Odds Ratio* (OR) bruto e ajustado, foi utilizado o método de regressão logística simples e múltipla (HOESMER; LEMESHOW, 2000). A análise da relação das variáveis de interesse com a variável QV foi feita por meio do modelo de regressão linear múltipla. As comparações a partir deste modelo foram realizadas por contrastes ortogonais.

3.7 Aspectos Éticos

A coleta de dados do estudo teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Protocolo: 42374915.2.0000.5393) (ANEXO D). Foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Apêndice A).

4 RESULTADOS

4.1 Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados

Participaram da pesquisa 287 gestantes de cinco UBSs de Campinas-SP e, destas, 86 (30%) foram positivas para TMC. Observou-se que a idade média das gestantes foi de 25 anos, variando de 15 a 41 anos, sendo que 23 gestantes tinham menos de 18 anos.

A análise estatística revelou que não houve associação significativa entre TMC e variáveis sociodemográficas e econômicas. Destaca-se todavia, na Tabela 1, que entre gestantes positivas para TMC, a maioria tinha de 19 a 35 anos (73%), 9 a 11 anos de estudo (59%), possuía parceiro (78%), estava desempregada (56%), tinha renda familiar de até dois salários mínimos (67%), era de cor não branca (63%) e católica (47%).

Tabela 1 - Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde segundo resultado do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e características sociodemográficas e econômicas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Características	SRQ-20		Total (n=287)	Valor de p*
	Negativo (n=201) n(%)	Positivo (n=86) n(%)		
Idade				
Até 18	23(11%)	16(19%)	39	0,25
19 a 35	157(78%)	63(73%)	220	
35 ou mais	21(10%)	07(8%)	28	
Anos de estudo				
Até 4 anos	08(4%)	05(6%)	13	0,71
De 5 a 8	41(20%)	19(22%)	60	
De 09 a 11	132(66%)	51(59%)	183	
12 ou mais	20(10%)	11(13%)	31	
Situação conjugal				
Sem parceiro	55(27%)	19(22%)	74	0,35
Com parceiro	146(73%)	67(78%)	213	
Ocupação				
Empregada	90(45%)	38(44%)	159	0,93
Não-empregada	111(55%)	48(56%)	128	
Renda familiar				
Sem renda	00(0%)	00(0%)	00	0,89
Até 1 SM*	48(24%)	23(27%)	71	
2 SM*	89(44%)	34(40%)	123	
3 SM*	43(21%)	19(22%)	62	
4 SM* ou mais	21(10%)	10(12%)	31	
Benefício social				
Sim	21(10%)	09(10%)	30	1,00
Não	180 (90%)	77(90%)	257	

continua...

Características	SRQ-20		Total (n=287)	Valor de p*
	Negativo (n=201) n(%)	Positivo (n=86) n(%)		
Cor				
Branco	73(36%)	32(37%)	105	0,89
Não-branco	128(64%)	54(63%)	182	
Religião				
Ateia	04(2%)	0(0%)	04	0,38
Católica	83(41%)	40(47%)	123	
Espiritismo	06(3%)	05(6%)	11	
Evangélica	77(38%)	27(31%)	104	
Sem religião	31(15%)	14(16%)	45	

conclusão.

*Valor de p: teste qui-quadrado.

**SM = salário mínimo corresponde ao Decreto nº 8.381, de 29 de dezembro de 2014 (R\$ 788,00).

A Tabela 2 mostra que houve associação significativa entre TMC e as variáveis idade gestacional ($p<0,01$), histórico familiar de Transtorno Mental ($p<0,01$), histórico de Transtorno Mental prévio ($p<0,01$), violência ($p<0,01$) e uso de chá ($p=0,02$).

Entre as gestantes positivas para TMC houve maior porcentagem daquelas no segundo trimestre da gestação (45%). Destaca-se que quando comparadas às gestantes negativas para TMC, houve entre aquelas positivas maior frequência de vítimas de violência (12% vs 0,50%), com histórico familiar de transtorno mental (32% vs 14%), histórico de transtorno mental prévio (33% vs 10%) e que utilizavam chá (19% vs 9%).

Tabela 2 - Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde segundo resultado do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e características de saúde e obstétricas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Características	SRQ-20		Total (n=287)	Valor de p
	Negativo (n=201) n(%)	Positivo (n=86) n(%)		
Trimestre de gestação				
Primeiro	87(43%)	22(26%)	109	<0,01
Segundo	55(27%)	39(45%)	94	
Terceiro	59(29%)	25(29%)	84	
Primigesta				
Sim	88(44%)	31(36%)	119	0,22
Não	113(56%)	55(64%)	168	
Gravidez planejada				
Sim	81(40%)	27(31%)	108	0,15
Não	120(60%)	59(69%)	179	
Gravidez desejada				
Sim	191(95%)	78(91%)	269	0,17
Não	10(5%)	08(9%)	18	
Aborto prévio				
Sim	32(16%)	18(21%)	50	0,31
Não	169(84%)	68(79%)	237	
Vítima de violência				
Sim	01(0,50%)	10(12%)	11	<0,01
Não	200(99,5%)	76(88%)	276	
Histórico familiar de Transtorno Mental				
Sim	28(14%)	27(32%)	55	<0,01
Não	173(86%)	58(68%)	231	
Histórico de Transtorno mental prévio				
Sim	21(10%)	28(33%)	49	<0,01
Não	180(90%)	58(67%)	236	
Uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas				
Sim	35(17%)	21(24%)	56	0,17
Não	166(83%)	65(76%)	231	
Uso de chá				
Sim	18(9%)	16(19%)	34	0,02
Não	183(91%)	70(81%)	253	
Intercorrências durante a gestação				
Sim	13(6%)	10(12%)	23	0,14
Não	188(94%)	76(88%)	264	
Orientação de algum profissional da UBS*				
Sim	121(60%)	44(51%)	165	0,16
Não	80(40%)	42(49%)	122	

Foi elaborado modelo de regressão logística para avaliar o impacto de uma série de fatores sobre a chance de as gestantes apresentarem TMC (Tabela 3). O modelo foi composto por variáveis que se apresentaram significativas ($p < 0,05$) no teste Qui-quadrado (idade gestacional, histórico familiar de TM, histórico prévio de TM, violência e uso de chá) e por aquelas relevantes considerando a literatura sobre TMC (idade, cor, renda familiar, anos de estudo, trabalho, situação conjugal, gravidez planejada, gravidez desejada, uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas, intercorrências durante a gestação e orientações dos profissionais de saúde sobre TM).

Contribuíram de modo significativo para o modelo, as variáveis: idade (OR 6,63), situação conjugal (OR 2,15), histórico de transtorno mental (OR 4,34), gravidez desejada (OR 3,33), idade gestacional (OR 5,86) e uso de chá (OR 2,47). O preditor mais forte foi ter sofrido violência que apresentou *Odds Ratio* de 18,47. Isto indica que as gestantes que sofreram violência tiveram 18,47 vezes mais chance de serem positivas para TMC.

Tabela 3 - Modelo de regressão logística para ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em gestantes atendidas em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Efeitos	Regressão logística bruta				Regressão logística ajustada			
	OR	IC 95%	Valor p		OR	IC 95%	Valor p	
Idade								
Até 18 anos	2,09	0,72	6,07	0,18	6,63	1,67	26,25	<0,01
De 19 a 35 anos	1,19	0,48	2,93	0,71	2,20	0,72	6,75	0,17
Mais de 35 anos	1				1			
Cor								
Não-branca	0,99	0,59	1,68	0,98	1,36	0,71	2,58	0,35
Branca	1				1			
Renda Familiar								
1 SM	1				1			
2 SM	0,83	0,44	1,58	0,58	0,81	0,37	1,75	0,59
3 SM	0,96	0,46	2,02	0,92	1,00	0,41	2,47	0,99
4 SM ou mais	1,04	0,42	2,57	0,93	1,69	0,53	5,33	0,37
Anos de estudo								
Até 4 anos	1,14	0,30	4,33	0,85	1,56	0,29	8,35	0,60
5 a 8 anos	0,84	0,34	2,10	0,71	1,14	0,35	3,73	0,83
9 a 11 anos	0,69	0,31	1,54	0,36	0,94	0,34	2,66	0,91
12 anos ou mais	1				1			

continua..

Efeitos	Regressão logística bruta				Regressão logística ajustada			
	OR	IC 95%	Valor p		OR	IC 95%	Valor p	
Situação Conjugal								
Com parceiro	1,31	0,72	2,38	0,38	2,15	1,03	4,48	0,04
Sem parceiro	1				1			
Trabalha								
Sim	0,95	0,57	1,59	0,85	1,06	0,55	2,03	0,86
Não	1				1			
Histórico familiar de TM								
Sim	2,88	1,57	5,28	<0,01	1,63	0,73	3,65	0,24
Não	1				1			
Histórico de TM								
Sim	3,99	2,10	7,59	<0,01	4,34	1,84	10,24	<0,01
Não	1				1			
Violência								
Sim	26,66	3,36	211,8	<0,01	18,4	1,92	177,8	0,01
Não	1				1			
Gravidez planejada								
Não	1,45	0,85	2,48	0,17	1,26	0,66	2,41	0,48
Sim	1				1			
Gravidez desejada								
Não	1,99	0,76	5,22	0,16	3,33	1,03	10,75	0,04
Sim	1				1			
Uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas								
Sim	1,46	0,79	2,71	0,23	1,34	0,62	2,89	0,46
Não	1				1			
Intercorrências								
Sim	1,71	0,70	4,17	0,24	1,06	0,32	3,51	0,92
Não	1				1			
Idade Gestacional								
Até 13 semanas	1				1			
14 a 26 semanas	2,94	1,57	5,51	<0,01	5,86	2,66	12,90	<0,01
27 ou mais semanas	1,76	0,90	3,42	0,10	3,26	1,40	7,60	<0,01
Orientações								
Não	1,48	0,89	2,46	0,13	1,08	0,58	2,00	0,81
Sim	1				1			

conclusão.

4.2 Prevalência do Uso de Medicamentos

Das 287 gestantes, 95,8% declararam ter utilizado pelo menos um medicamento durante a gravidez e apenas 06 (2,09%) declaram ter usado medicamentos sem prescrição médica. Foram utilizados pelas mulheres 826 medicamentos, ultrapassando as 287 entrevistadas, pois algumas utilizaram mais que um medicamento durante a gestação, sendo que a média foi de 2,87 medicamentos por gestante.

Quanto aos grupos terapêuticos, observou-se que 438 (53,03%) medicamentos estavam no grupo B (sangue e órgãos hematopoiéticos), sendo os antianêmicos (ácido fólico e sulfato ferroso) os mais utilizados. Já ao grupo A (aparelho digestivo e metabolismo) pertenciam 168 medicamentos (20,34%), com maior frequência no uso de antieméticos (10,17%). No grupo N (sistema nervoso central), foram identificados 131 medicamentos (15,85%), com destaque para os analgésicos (14,52%) e os psicofármacos (1,33%).

Em relação ao grupo J (anti-infecciosos gerais para uso sistêmico), destacaram-se os antibióticos (amoxicilina e cefalexina). Quanto aos medicamentos do grupo D (dermatológicos), observou-se o uso de antifúngicos tópicos como a nistatina, o nitrato de miconazol e o fentizol.

No grupo P (antiparasitários, inseticidas e repelentes) o metronidazol foi o medicamento mais frequente e no grupo R (aparelho respiratório) os anti-histamínicos. No grupo C (sistema cardiovascular), encontrou-se apenas medicamento anti-hipertensivo, sendo a metildopa a droga de escolha. Já no grupo M (sistema musculoesquelético) foram prescritos anti-inflamatórios não esteróides como o ibuprofeno. No grupo G (aparelho genito-urinário e hormônios sexuais) foi encontrada apenas progesterona isolada (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de medicamentos referidos na gravidez, segundo primeiro nível da classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Classificação ATC (1 nível)	N	%
A – Aparelho digestivo e metabolismo	168	20,34
B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	438	53,03
C – Sistema cardiovascular	04	0,48
D – Medicamentos dermatológicos	27	3,28
G – Aparelho genito-urinário e hormônios sexuais	02	0,24
J – Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	29	3,51
M – Sistema musculoesquelético	11	1,33
N – Sistema nervoso	131	15,85
P – Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	09	1,09
R – Aparelho respiratório	07	0,85
Total	826	100,00

*O N (826) é superior ao número de gestantes (287), pois havia gestantes em uso de mais de um medicamento.

Em relação à classificação de risco, mais da metade (58,47%) dos medicamentos utilizados são da classe A, ou seja, sem problemas para o feto; 30,87% são da classe B, sendo que estes devem ser prescritos de forma cautelosa. Verificou-se que 8,84% dos medicamentos são da classe C, para os quais não há estudos adequados em mulheres, todavia, em experiências animais ocorreram alguns efeitos colaterais no feto. Destaca-se que 1,09% dos medicamentos pertencem à classe D, para os quais há evidências de risco em fetos humanos. Os medicamentos da classe D relatados foram a Carbamazepina, Diazepam, Paroxetina e Ibuprofeno. O Ibuprofeno foi prescrito por clínicos em pronto-atendimento e os psicofármacos foram prescritos por psiquiatra. Verificou-se que 0,73% dos medicamentos não possuem classificação.

Em relação ao uso de psicofármacos, a prevalência foi de 1,7% (05), sendo que uma gestante estava em uso de carbamazepina 100 mg/dia; a segunda estava em uso de paroxetina 40 mg/dia; a terceira em uso de sertralina 100 mg/dia, topiramato 200mg/dia, quetiapina 200mg/dia e levomepromazina 25 mg/dia; a quarta estava em uso de fluoxetina 50 mg/dia e diazepam 5 mg/dia e a quinta estava em uso de fluoxetina 25 mg/dia.

4.3 Uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas e fatores associados

Das 287 gestantes entrevistadas 56 (19,5%) relataram o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas.

Observou-se que a droga mais utilizada foi o álcool (8,71%), seguido do tabaco (6,61%). Das mulheres entrevistadas, sete (2,43%) usaram essas duas substâncias concomitantemente e quatro utilizaram drogas associadas ao álcool e/ou tabaco.

Tabela 5 - Relação das drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas utilizadas por gestantes atendidas na APS, Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Drogas	n(287)	%
Álcool	25	8,71
Crack	00	0,00
Maconha	01	0,35
Tabaco	19	6,61
Álcool e Maconha	01	0,35
Álcool e Tabaco	07	2,43
Crack e Tabaco	01	0,35
Maconha e Tabaco	01	0,35
Álcool, Maconha e Tabaco	01	0,35
Nenhuma	231	80,50
Total	287	100,00

Para todas as entrevistadas, foi utilizado o AUDIT para rastreamento do uso problemático de álcool durante a gestação. Destaca-se que 2,8% das gestantes foram classificadas como em uso de risco e 0,7% em provável dependência.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes atendidas na APS segundo escore AUDIT. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Escore	n(287)	%
0-7 (Baixo risco)	277	96,5
8-15 (Risco)	08	2,80
16-19 (Uso nocivo)	00	0,00
20 ou mais (Dependência)	02	0,70
Total	287	100,00

A Tabela 7 mostra a distribuição das gestantes de acordo com o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas e variáveis sociodemográficas e econômicas. Por meio do teste Qui-quadrado constatou-se que somente a variável idade apresentou associação significativa com o uso de drogas ($p=0,01$).

Tabela 7 - Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde segundo características sociodemográficas, econômicas e o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Características	Uso de drogas		Total (n=287)	Valor de p*
	Não (n=231) n(%)	Sim (n=56) n(%)		
Idade				
Até 18	35(15%)	04(7%)	39	0,01
19 a 35	179(77%)	41(73%)	220	
35 ou mais	17(7%)	11(20%)	28	
Anos de estudo				
Até 4 anos	07(3%)	06(11%)	13	0,06
De 5 a 8	46(20%)	14(25%)	60	
De 09 a 11	152(66%)	31(55%)	183	
12 ou mais	26(11%)	05(9%)	31	
Situação conjugal				
Sem parceiro	55(24%)	19(34%)	74	0,12
Com parceiro	176(76%)	37(66%)	213	
Ocupação				
Empregada	99(43%)	29(52%)	128	0,23
Não-empregada	132(57%)	27(48%)	159	
Renda familiar				
Sem renda	00(0%)	00(0%)	00	0,46
Até 1 SM*	53(23%)	18(32%)	71	
2 SM*	100(43%)	23(41%)	123	
3 SM*	53(23%)	09(16%)	62	
4 SM* ou mais	25(11%)	06(11%)	31	

continua...

Características	Uso de drogas		Total (n=287)	Valor de p*
	Não (n=231)	Sim (n=56)		
	n(%)	n(%)		
Benefício social				
Sim	22(10%)	08(14%)	30	0,30
Não	209 (90%)	48(86%)	257	
Cor				
Branco	86(37%)	19(34%)	105	0,65
Não-branco	145(63%)	37(66%)	182	
Religião				
Ateia	04(2%)	0(0%)	04	0,69
Católica	96(42%)	27(48%)	123	
Espiritismo	08(3%)	03(5%)	11	
Evangélica	86(37%)	18(32%)	104	
Sem religião	37(16%)	08(14%)	45	

conclusão.

*Valor de p: teste qui-quadrado.

**SM = salário mínimo corresponde ao Decreto nº 8.381, de 29 de dezembro de 2014 (R\$ 788,00).

Quanto às características de saúde e obstétricas, identificou-se associação significativa entre o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas e as variáveis primigesta ($p<0,01$), aborto prévio ($p<0,01$) e histórico de transtorno mental prévio ($p=0,01$). Verificou-se que entre as gestantes usuárias de drogas houve maior frequência daquelas não primigestas (75%), sem aborto prévio (70%) e sem histórico de transtorno mental prévio (71%).

Tabela 8 - Distribuição das gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde segundo características de saúde, obstétricas e uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Características	Uso de drogas		Total (n=287)	Valor de p*
	Não (n=201) n(%)	Sim (n=86) n(%)		
Trimestre de gestação				
Primeiro	83(36%)	26(46%)	109	0,05
Segundo	73(32%)	21(38%)	94	
Terceiro	75(32%)	09(16%)	84	
Primigesta				
Sim	105(45%)	14(25%)	119	<0,01
Não	126(55%)	42(75%)	168	
Gravidez planejada				
Sim	89(39%)	19(34%)	108	0,52
Não	142(61%)	37(66%)	179	
Gravidez desejada				
Sim	217(94%)	52(93%)	269	0,76
Não	14(6%)	04(7%)	18	
Aborto prévio				
Sim	33(14%)	17(30%)	50	<0,01
Não	198(86%)	39(70%)	237	
Vítima de violência				
Sim	08(3%)	03(5%)	11	0,51
Não	223(97%)	53(95%)	276	
Histórico familiar de Transtorno Mental				
Sim	41(18%)	14(25%)	55	0,19
Não	191(82%)	41(75%)	232	
Histórico de Transtorno mental prévio				
Sim	33(14%)	16(29%)	49	0,01
Não	198(86%)	40(71%)	238	
TMC				
Sim	65(28%)	21(38%)	86	0,17
Não	166(72%)	35(63%)	201	
Uso de chá				
Sim	25(11%)	09(16%)	34	0,28
Não	206(89%)	47(84%)	253	
Intercorrências durante a gestação				
Sim	16(7%)	07(13%)	23	0,17
Não	215(93%)	49(88%)	264	
Orientação de algum profissional da UBS sobre uso de drogas				
Sim	132(57%)	33(59%)	165	0,81
Não	99(43%)	23(41%)	122	

O modelo de regressão foi composto por variáveis que se apresentaram significativas ($p < 0,05$) no teste Qui-quadrado (idade, primigesta, histórico prévio de TM e aborto prévio) e por aquelas relevantes considerando a literatura sobre o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas (cor, renda familiar, anos de estudo, trabalho, situação conjugal, idade gestacional, gravidez planejada, gravidez desejada, histórico familiar de TM, violência, intercorrências durante a gestação e orientações dos profissionais de saúde sobre uso de drogas).

A Tabela 9 mostra que as variáveis idade e idade gestacional tiveram contribuição estatisticamente significativa para o modelo. O preditor mais forte para uso de drogas foi idade que apresentou *Odds ratio* (OR) de 6,91. Isto indica que as gestantes com idade de 19 a 35 anos apresentam mais chance de usar drogas quando comparadas àquelas com idade superior a 35 anos.

Tabela 9 - Modelo de regressão logística para o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas em gestantes atendidas em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Efeitos	Regressão logística bruta				Regressão logística ajustada			
	OR	IC 95%	Valor p		OR	IC 95%	Valor p	
Idade								
Até 18 anos	1,96	0,66	5,81	0,23	2,50	0,76	8,27	0,13
De 19 a 35 anos	5,66	1,57	20,42	0,01	6,91	1,61	29,61	0,01
Mais de 35 anos	1				1			
Cor								
Não-branca	1,22	0,65	2,27	0,53	1,46	0,72	2,95	0,29
Branca	1				1			
Renda Familiar								
1 SM	1				1			
2 SM	0,72	0,35	1,46	0,36	0,73	0,33	1,63	0,44
3 SM	0,53	0,22	1,29	0,16	0,54	0,19	1,51	0,24
4 SM ou mais	0,75	0,26	2,13	0,59	0,79	0,23	2,65	0,70
Anos de estudo								
Até 4 anos	4,46	1,05	19,02	0,04	4,72	0,91	24,37	0,06
5 a 8 anos	1,58	0,51	4,89	0,43	1,99	0,54	7,38	0,30
9 a 11 anos	1,03	0,37	2,89	0,96	1,19	0,37	3,80	0,77
12 anos ou mais	1				1			
Situação Conjugal								
Com parceiro	0,59	0,31	1,12	0,10	0,53	0,26	1,08	0,08
Sem parceiro	1				1			
Trabalha								
Sim	1,38	0,77	2,49	0,28	1,38	0,70	2,73	0,36
Não	1				1			

continua...

Efeitos	Regressão logística bruta				Regressão logística ajustada			
	OR	IC 95%	Valor p		OR	IC 95%	Valor p	
Histórico familiar de TM								
Sim	1,58	0,79	3,17	0,20	1,49	0,60	3,71	0,39
Não	1				1			
Histórico de TM								
Sim	2,25	1,12	4,52	0,02	1,59	0,66	3,85	0,30
Não	1				1			
Violência								
Sim	1,61	0,41	6,27	0,49	0,91	0,19	4,29	0,90
Não	1				1			
Gravidez planejada								
Não	1,19	0,64	2,20	0,58	1,20	0,59	2,42	0,62
Sim	1				1			
Gravidez desejada								
Não	1,22	0,38	3,85	0,74	0,83	0,22	3,10	0,78
Sim	1				1			
Intercorrências								
Sim	1,65	0,61	4,42	0,32	2,15	0,69	6,69	0,19
Não	1				1			
Idade Gestacional								
Até 13 semanas	1				1			
14 a 26 semanas	2,51	1,10	5,72	0,03	2,68	1,07	6,70	0,04
27 ou mais semanas	2,40	1,03	5,58	0,04	2,81	1,12	7,07	0,03
Orientações								
Não	0,96	0,53	1,74	0,89	1,01	0,52	1,98	0,81
Sim	1				1			

conclusão

4.4 Qualidade de Vida em Gestantes atendidas na APS

Em relação à qualidade de vida das gestantes observa-se, na Tabela 10, que a média dos escores foi maior no domínio relações sociais enquanto o mais baixo foi no domínio meio ambiente.

Tabela 10 - Distribuição de gestantes atendidas em cinco UBSs (n=287), segundo escores médios dos domínios da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief). Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Domínio	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Físico	287	67,01	15,83	25	53,57	67,86	78,57	100
Psicológico	287	70,59	15,86	12,5	62,5	75	83,33	100
Relações sociais	287	74,01	20,32	0	66,67	75	91,67	100
Meio ambiente	287	60,13	15,41	12,5	50	59,38	68,75	100

Para analisar o impacto dos TMC na QV das gestantes foi utilizado o teste t de *Student*, para amostras independentes, em cada domínio do WHOQOL-brief, sendo eles, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O mesmo teste foi utilizado para acessar as diferenças nas duas primeiras questões do questionário que dizem respeito à QV geral.

Verifica-se, na Tabela 11, que os escores médios de QV de pessoas positivas para TMC foram estatisticamente menores em comparação às negativas em todos os domínios do WHOQOL-brief.

Tabela 11 - Distribuição de gestantes atendidas em cinco UBSs (n=287), segundo escores médios dos domínios e qualidade de vida geral da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief) e Transtornos Mentais Comuns (TMC). Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

TMC	Domínios											
	Primeira questão ¹		Segunda questão ²		Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Média	3,81	4,08	3,69	4,03	71,64	56,19	60,61	74,86	63,57	78,48	52,76	63,28
Desvio padrão	0,71	0,63	1,02	0,83	13,64	15,36	15,44	14,04	21,77	17,94	14,84	14,59
Valor p	<0,01		<0,01		<0,01		<0,01		<0,01		<0,01	

¹ Como você avaliaria sua qualidade de vida?

² Quão satisfeito você está com sua saúde?

As gestantes que utilizaram algum tipo de droga lícita não prescrita e/ou ilícita) não apresentaram diferença nos escores na primeira e na segunda questão e nos domínios, quando comparadas àquelas que não utilizaram.

Tabela 12 - Distribuição de gestantes atendidas em cinco UBSs (n=287), segundo escores médios dos domínios e qualidade de vida geral da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief) e o uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

TMC	Domínios											
	Primeira questão ¹		Segunda questão ²		Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Média	4,02	3,93	3,80	3,96	66,65	67,10	69,35	70,89	74,55	73,88	59,49	60,28
Desvio padrão	0,74	0,65	1,00	0,88	17,39	15,47	17,25	15,52	21,75	20	14,54	15,64
Valor p	0,45		0,24		0,84		0,59		0,65		0,66	

¹ Como você avaliaria sua qualidade de vida?

² Quão satisfeito você está com sua saúde?

Para identificar os preditores que tem impacto negativo na qualidade de vida das gestantes, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis. As variáveis que foram significativas ($p < 0,05$) foram selecionadas para a regressão linear múltipla para analisar os preditores significativos em todos os domínios (Tabela 13).

Tabela 13 - Modelo de regressão linear múltipla para analisar os preditores que interferem na qualidade de vida de gestantes atendidas em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Efeitos	Valor de p			
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Idade	0,69	0,64	0,73	0,55
Cor	0,42	0,02	0,27	0,03
Renda Familiar	0,74	0,25	0,10	0,28
Anos de estudo	0,89	0,96	0,77	0,66
Situação conjugal	0,67	0,74	0,98	0,57
Trabalha	0,50	0,02	0,96	0,59
Histórico Familiar TM	0,43	0,34	0,42	0,22
Histórico de TM	0,12	0,03	0,17	0,32
TMC	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Violência	0,37	0,04	0,60	0,42
Aborto	0,29	0,77	0,76	0,96
Gravidez planejada	0,66	0,31	0,40	0,39
Gravidez desejada	0,16	0,16	0,11	0,48
Idade Gestacional	0,38	0,90	0,59	0,55
Intercorrências	0,03	0,51	0,71	0,77
Orientações	0,19	<0,01	0,03	<0,01

No domínio físico, contribuíram para o modelo, as variáveis TMC e intercorrências durante a gestação.

Tabela 14 - Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio físico da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-brief), em gestantes atendidas em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Efeitos	Domínio Físico		
	Diferença estimada	IC 95%	Valor p
Constante			
TMC			
Sim	12,68	8,60 16,76	<0,01
Não	0		
Intercorrências durante a gestação			
Sim	6,94	0,53 13,35	0,03
Não	0		

Já no domínio psicológico, as variáveis trabalho, histórico de TM, TMC, violência e orientações dos profissionais de saúde foram estatisticamente associadas.

Tabela 15 - Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio psicológico da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*), em gestantes atendidos em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Domínio Psicológico					
Efeitos	Diferença estimada	IC 95%		Valor p	
Constante					
Cor					
Não Branca	-4,00	-7,48	-0,53		0,02
Branca	0				
Trabalha					
Sim	-4,11	-7,60	-0,63		0,02
Não	0				
Histórico de TM					
Sim	5,45	0,41	10,48		0,03
Não	0				
TMC					
Sim	10,07	6,09	14,05		<0,01
Não	0				
Vítima de violência					
Sim	9,65	0,53	18,76		0,04
Não	0				
Orientações sobre TMC, drogas e medicamentos					
Sim)	-5,52	-8,94	-2,10		<0,01
Não	0				

No domínio social, contribuíram para o modelo, as variáveis TMC e orientações dos profissionais de saúde.

Tabela 16 - Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio social da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*), em gestantes atendidos em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Efeitos	Domínio Social		IC 95%	Valor p
	Diferença estimada			
Constante				
TMC				
Sim	11,45	5,91	16,98	<0,01
Não	0			
Orientações				
Sim	-5,15	-9,90	-0,39	0,03
Não	0			

No domínio meio ambiente, as variáveis cor, TMC e orientações dos profissionais de saúde apresentaram associação estatística.

Tabela 17 - Modelo de regressão linear múltipla para predição de qualidade de vida (QV) no domínio meio ambiente da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-*brief*), em gestantes atendidos em cinco UBSs. Campinas, São Paulo, Brasil, 2015-2016

Efeitos	Domínio Meio ambiente			Valor p
	Diferença estimada	IC 95%		
Constante				
Cor				
Não-branca	-4,11	-7,75	-0,47	0,03
Branca	0			
TMC				
Sim	8,56	4,38	12,74	<0,01
Não	0			
Orientações dos profissionais de saúde				
Sim	-4,80	-8,39	-1,21	<0,01
Não	0			

5 DISCUSSÃO

A prevalência de TMC encontrada nesse estudo foi de 30% sendo tal resultado menor do que o encontrado em outros estudos com gestantes na APS no Brasil, por meio do SRQ-20, pois as prevalências variaram de 41,7 a 67% (NOGUEIRA et al., 2015; REIS et al., 2015; SILVA et al., 2010; LUDERMIR et al., 2009). Todavia as prevalências no mundo variaram de 16% a 33,6% (USUDA et al., 2016; FISHER et al., 2013; ISHIDA et al., 2010). Ressalta-se que dois estudos internacionais utilizaram outros instrumentos para rastrear TMC, como *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) e *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (USUDA et al., 2016; FISHER et al., 2013). O estudo de Ishida et. al. (2010), que foi realizado no Paraguai, utilizou o instrumento SRQ-20 que identificou prevalência de 33,6% de TMC, valor próximo ao encontrado no presente estudo.

Em relação as variáveis sociodemográficas, constatou-se que a maioria das gestantes possuía parceiro (78%), tinha de 09 a 11 anos de estudo (59%) e estava desempregada (56%). Tais achados são corroborados por estudo desenvolvido no Mato Grosso, com 36 gestantes, o qual identificou que a maioria das gestantes investigadas também apresentavam tais características (REIS et al., 2015).

Em relação às características de saúde e obstétricas, a maioria não planejou a gestação (69%), utilizava algum tipo de droga (24%) e estava no segundo trimestre de gestação (45%). Estudos no Rio Grande do Sul com 712 gestantes na APS e outro em Pelotas-RS identificaram taxas dessas variáveis próximas à encontrada na presente pesquisa (ALMEIDA, 2010; SILVA et al., 2010). Já em estudo realizado no Japão com 177 gestantes 11,3% tinham histórico de transtorno mental, 8,5% histórico familiar de transtorno mental, 54,8% eram primigestas. Ressalta-se que o referido país é considerado como desenvolvido e, além disso, as mulheres têm filhos mais velhas quando apresentam estabilidade econômica e maior resiliência aos problemas enfrentados ao longo da vida (USUDA et al., 2016).

A regressão logística múltipla revelou que gestantes com menos de 19 anos apresentavam 6,63 vezes mais chance de ser positiva para TMC quando comparadas às gestantes com mais de 35 anos. Infere-se que isso deva ocorrer devido às mudanças tanto físicas quanto psicológicas da adolescência que, somadas à gestação nesse período da vida, podem resultar na potencialização de conflitos próprios da idade e, também, na mudança de papel perante a sociedade (DAVIM; DAVIM, 2016; NOGUEIRA et al., 2015).

Tal achado tem grande relevância para a equipe de saúde na assistência ao pré-natal, pois a gestante positiva para TMC pode apresentar dificuldade para acompanhamento regular e difícil aderência às orientações dos profissionais de saúde (NOGUEIRA et al., 2015). Considerando o importante papel que o enfermeiro exerce nas equipes de ESF, a literatura aponta a necessidade de tais profissionais utilizarem, no âmbito da equipe, dispositivos para promover um ambiente favorável à saúde reprodutiva da adolescente, pautados no acolhimento e na ética (GURGEL et al., 2010). Nessa perspectiva, a assistência à gestante não deve ser limitada apenas ao exame clínico, mas em uma avaliação que contemple suas necessidades biopsicossociais.

Outra variável significativa para o modelo foi a situação conjugal, revelando que quem tem parceiro tem 2,15 vezes mais chance de apresentar TMC. Isso provavelmente se dê devido à homogeneidade da amostra, já que as gestantes positivas para TMC (78%) tinham parceiro. A literatura revela, todavia, que ter parceiro representa fator de proteção, pois o fato de não morar com o parceiro está relacionado aos transtornos mentais na gestação e possível falta de suporte social e desestrutura familiar (FADZIL et al., 2013; ALMEIDA et al., 2012; SILVA et al., 2010).

Na presente pesquisa constatou-se que as gestantes com histórico de transtorno mental têm 4,34 vezes mais chance de ter TMC. Essa associação também foi encontrada em estudos com gestantes conduzidos no Japão (USUDA et al., 2016); na Malásia (FADZIL et al., 2013) e na Turquia (AKÇALI et al., 2014). Tal achado justifica-se, em parte, pela própria instabilidade emocional que pode ser potencializada durante a gestação, pois estudo nos Estados Unidos revela que é comum a recaída ou piora dos transtornos mentais durante esse período (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014).

As mulheres que não desejaram a gestação apresentaram 3,33 vezes mais chance de serem positivas para TMC, fator também encontrado em outros estudos (AKÇALI et al., 2014; FADZIL et al., 2013; FISHER et al., 2012). A literatura revela que quem vive a situação da gravidez não planejada e indesejada sente-se pressionada socialmente e/ou vivencia algum conflito moral, tendendo à dificuldade na tomada de decisão, bem como a oposições de interesses internos que se refletem diretamente na vida da mulher (MILANEZ et al., 2016) pela possibilidade de resultar em sintomas somáticos e ansiosos.

As gestantes que estavam no segundo (OR 5,86) e no terceiro (OR 3,26)

trimestre de gestação apresentaram maior risco de ter TMC quando comparadas àquelas que estavam no primeiro trimestre. Pesquisa realizada na Etiópia revelou que as gestantes no terceiro trimestre apresentavam 1,70 mais chances de ter TM (BISETEGN; MIHRETIE; MUCHE, 2016). Em relação ao segundo trimestre não foram identificados estudos que tenham encontrado tal associação, revelando a necessidade de novas pesquisas que investiguem a associação entre as referidas variáveis. Isso pode ser devido à homogeneidade da amostra na qual 45% das entrevistadas estavam no segundo trimestre de gestação.

O preditor mais forte para TMC durante a gestação foi ter sofrido violência indicando que as gestantes que vivenciaram a violência tiveram 18,47 vezes mais chance de serem positivas para TMC, sendo tal achado corroborado por outros estudos (LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014; FISHER et al., 2013; FISHER et al., 2012; SILVA et al., 2010). Destaca-se estudo transversal realizado com 1.120 mulheres grávidas, com idade de 18 a 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife, PE, o qual utilizou o SRQ-20 para rastrear TMC e também revelou que tais transtornos estavam associados à violência (LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014).

A violência sofrida durante a gestação pode resultar em condições adversas para a saúde materna e infantil como: transtornos mentais, abuso de drogas e prematuridade (MANZOLLI, 2012; SANTOS et al., 2010). Desse modo, ao vivenciar a violência essas gestantes podem desenvolver TMC ou mesmo o TM em si, pois muitas têm baixa auto-estima e falta de autonomia para criar mecanismos que contribuam para modificar essa situação, algumas dependem do parceiro economicamente e outras, por já terem vivenciado a violência em casa consideram “normal” sofrer a violência em si (AUDI et al., 2008). Tais eventos estressores são relevantes e devem ser considerados pelos profissionais de saúde no acompanhamento da gestante, pela possibilidade de gerar danos à sua saúde física e mental (ESPER; FURTADO, 2010).

Atualmente diversas organizações governamentais e não-governamentais oferecem moradias sigilosas e tratamento para as gestantes, porém as políticas voltadas para esse grupo precisam se estruturar para que essas mulheres se empoderem e possam sair da situação de violência.

Na presente pesquisa a prevalência de uso de medicamentos foi de 95,8% sendo este valor próximo ao encontrado em outros estudos brasileiros

conduzidos com gestantes na APS nos quais as prevalências de uso de medicamentos foram de 84,7 a 97,6% (KASSADA et al., 2015; LUNARDI-MAIA; SCHUELTER-TREVISOL; GALATO, 2014; ROCHA et al., 2013). Estudos internacionais revelam prevalências diversificadas de consumo de medicamentos durante a gestação, pois na Holanda foi de 86%; na Alemanha foi de 96%; na França de 74 a 100%; nos Estados Unidos de 68 a 100%; na Finlândia de 46 a 100%, na Dinamarca 44% e no Canadá a prevalência foi de 59% (BÉRARD; SHEEHY, 2014; EGEN-LAPPE; HASFORD, 2004; BEYENS et al., 2003).

Quanto aos grupos terapêuticos, 53,03% dos medicamentos estavam no grupo B (sangue e órgãos hematopoiéticos), seguido do grupo A (20,34%) que são medicamentos para o aparelho digestivo e metabolismo e do grupo N (sistema nervoso) com taxa de 15,85%, em concordância com outros estudos (KASSADA et al., 2015; LUNARDI-MAIA; SCHUELTER-TREVISOL; GALATO, 2014). No grupo B, os antianêmicos, como ácido fólico e sulfato ferroso, foram os mais utilizados. Tal aspecto pode ser justificado pela implantação do Protocolo de acompanhamento pré-natal no país que norteia a prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso. Além disso, tais medicamentos são fornecidos pelas farmácias da APS. Já no grupo A, os antieméticos foram os mais prescritos, com destaque para a metoclopramida e dimenidrato. No grupo N destaca-se a prescrição de analgésicos como paracetamol e dipirona sódica.

Em relação à classificação de risco 58,47% dos medicamentos estavam na classe A; 30,87% na classe B, 8,84% na classe C; 1,09% na classe D e 0,73% não possuíam classificação. Estudo em Santa Catarina encontrou uma distribuição mais homogênea nas classes de risco: 37,5% na classe A; 23,6% na B; 33,6% na C; 3,7% na D; 0,1% na X e 1,5% sem classificação, provavelmente pelo fato da pesquisa ter sido realizada somente com gestantes no primeiro trimestre de gestação, sendo que parte importante desses medicamentos de risco foi representada por hormônios sexuais. Dessa forma, possivelmente a maior parte das gestações não planejadas foram ocasionadas pela falha do método contraceptivo, resultantes do uso incorreto dos anticoncepcionais orais (MAIA; TREVISOL; GALATO, 2014).

Quanto aos medicamentos da classe D, a qual inclui aqueles com evidências de risco em fetos humanos, foi relatado o uso de Carbamazepina, Diazepam, Paroxetina e Ibuprofeno no terceiro trimestre de gestação, sendo todos

prescritos por psiquiatra, exceto o Ibuprofeno que foi prescrito em Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Em relação ao uso de psicofármacos a prevalência foi de 1,7% sendo utilizados os seguintes medicamentos: carbamazepina, paroxetina, sertralina, topiramato, quetiapina, levomepromazina, fluoxetina e diazepam.

O uso de antiepilépticos como a carbamazepina (classe de risco D) e o topiramato (classe de risco C) durante a gestação pode acarretar diversos problemas ao feto. A monoterapia de carbamazepina apresenta maior risco de malformações fetais durante o primeiro trimestre, havendo estudos que revelam aumento de 3,3% de chance de ocorrer espinha bífida em fetos que foram expostos a esse medicamento, porém relatam que a carbamazepina é mais segura do que o ácido valpróico durante a gestação (PETERSEN et al., 2017; KÄLLÉN, 2016; VERROTTI et al., 2015). O uso do topiramato (classe de risco C) também está associado a malformações (TENNIS et al., 2015; MINES et al., 2014).

O uso de antidepressivos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) como a paroxetina (classe de risco D), fluoxetina (classe de risco C) e sertralina (classe de risco C) tem sido associado a malformações congênitas maiores mas, principalmente, malformações cardíacas, além de estar associado também ao transtorno do espectro autista (BÉRARD et al., 2016; BOUKHRIS et al., 2016; BÉRARD; ZHAO; SHEEHY, 2015). Desse modo, o custo-benefício dessa medicação deve ser avaliado com cautela.

O diazepam e seus metabólitos atravessam a barreira placentária e os níveis séricos do recém-nascido são três vezes maiores do que na circulação materna (PERES et al., 2012). Ressalta-se que alguns estudos não identificaram associação entre o uso de tais medicamentos e malformações fetais, porém indicam que a utilização destes no último trimestre de gestação pode acarretar condições adversas no neonato como APGAR baixo, abstinência e, até mesmo, aborto (BELLANTUONO et al., 2016; SENCZUK-PRZYBYLOWSKA et al., 2013; WIKNER et al., 2007).

No que se refere ao consumo de antipsicóticos durante a gestação, como a quetiapina e levomepromazina utilizadas pelas participantes da presente pesquisa, há estudos nos quais o uso de tais medicamentos aumentam o risco de malformação fetal e aborto (COHEN et al., 2016; SORENSEN et al., 2015) e, em outro, não (FRIEDMAN et al., 2017). Desse modo, há necessidade de avanços em

pesquisas com o referido grupo de medicamentos que geralmente estão associados a outros medicamentos dificultando a identificação da relação causal (FRIEDMAN et al., 2017; COHEN et al., 2016; HUYBRECHTS et al., 2016; ENNIS; DAMKIER, 2015; SORENSEN et al., 2015).

Quanto ao uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas, estudo realizado nos Estados Unidos estima as taxas de pré-natal de crianças expostas às drogas de abuso de 6% a 40% de todos os nascidos vivos (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2014). Na Espanha, a referida taxa é em torno de 40% (JOYA et al., 2016). No Brasil, estudos revelam taxa de 7,82% a 19% dependendo do método e instrumento utilizado (KASSADA et al., 2013; MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015) valor próximo ao encontrado na presente pesquisa (19,5%).

Sabe-se que o uso de drogas de abuso durante a gestação é uma informação difícil de ser obtida. Por vezes é omitida, seja na situação de atendimento ou de coleta de dados para pesquisa científica, o que torna os indicadores pouco confiáveis (COUTINHO; COUTINHO; COUTINHO, 2014). Entretanto, algumas metodologias, como o exame no fio de cabelo e diversos instrumentos validados, têm sido alternativas para estudos mais fidedignos.

No que se refere ao uso do álcool, a prevalência identificada durante a gestação, no Brasil, variou de 2,05% a 37,1% (LUCCHESI et al., 2016; MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015; MARIA et al., 2015; KASSADA et al., 2013) sendo que o valor identificado na presente pesquisa está dentro do referido intervalo (11,84%). Já nos Estados Unidos, a taxa de consumo de álcool foi de 15% (POPOVA et al. 2017), no Canadá 10% (POPOVA et al. 2017) e 16,7% na Espanha (SANVINSSENS et al., 2016).

Em relação ao padrão de uso do álcool 96,5% das gestantes tinham baixo risco, 2,8% apresentavam algum risco e 0,7% era dependente do álcool. Estudo conduzido em Minas Gerais, também utilizando o AUDIT, revelou que 14,8% das gestantes eram de baixo risco, 5,5% de risco e 2,8% apresentaram uso nocivo ou era dependente (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Já estudo realizado no Maranhão observou que a maioria das gestantes (63,7%) estava em uso de risco ou nocivo (SOUZA; ROSS, 2015).

Os achados referentes ao uso do álcool durante a gestação são relevantes, pois podem comprometer a saúde do feto além de ocasionar intercorrências durante a gestação, sendo a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) uma

das consequências mais graves que pode acarretar déficits no desenvolvimento físico e neurológico do feto (RODRIGUES, 2014).

O tabaco foi utilizado por 10,09% das gestantes entrevistadas, valor próximo ao encontrado em pesquisa realizada na região central do Brasil a qual identificou 9,6% (LUCCHESE et al., 2016). Há estudos brasileiros que identificaram taxas superiores de consumo de tabaco em Botucatu (40,9%) (BERTANI et al., 2015) e em Santa Catarina (14%) (MARIA et al., 2015) e outro que identificou taxa inferior em São Luís do Maranhão (4,1%) (BARBOSA et al., 2015).

O uso do tabaco durante a gestação merece atenção especial, pois pode provocar aborto, descolamento de placenta, prematuridade, baixo peso ao nascer, síndrome de morte súbita infantil e defeitos de nascimento como lábio leporino ou fissura palatina (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Com esses resultados observa-se a inversão do consumo do álcool e tabaco, já que antigamente o tabaco era mais consumido pela população e atualmente o álcool vem se consolidando como a droga mais consumida. Isso se deve provavelmente as políticas antifumo que tem limitado os locais de consumo dessa substância e diversas propagandas que apresentam os riscos de consumo de tabaco, além de aumentar as tributações sobre a referida droga.

Na presente pesquisa, as drogas ilícitas foram consumidas por 1,75% das gestantes, sendo tal valor próximo ao encontrado em São Luís, no Maranhão (1,45%) (ROCHA et al., 2016) e em Maringá, no Paraná (1,53%) (KASSADA et al., 2013). Dentre as drogas ilícitas, a maconha foi a mais utilizada, por 1,40% das gestantes da presente pesquisa. Em Maringá, no Paraná, o uso de maconha foi de 1,02% (KASSADA et al., 2013), em São Paulo foi de 4,2% (SHU et al., 2016) e na Austrália foi de 20,5% (BROWN et al., 2016). Em relação à cocaína e derivados, na presente pesquisa 0,35% das gestantes entrevistadas relataram o uso. Em Maringá-PR a prevalência de uso de tal droga foi de 1,02% (KASSADA et al., 2013), nos Estados Unidos foi de 5% (GALEMA et al., 2013) e na Espanha foi de 28,1% (JOYA et al., 2016). A discrepância observada quando se compara os achados de estudos nacionais e internacionais se deve a metodologia adotada, pois as pesquisas brasileiras utilizaram a entrevista para coleta dos dados e as internacionais utilizaram o meconio e/ou cabelo das gestantes.

Estudos nacionais e internacionais identificaram que diversas variáveis podem estar relacionadas ao uso de drogas durante a gestação como: menos anos

de estudo (MARK; DESAI; TERPLAN, 2016; MARIA et al., 2015; KASSADA et al., 2013), ser empregado (MARK; DESAI; TERPLAN, 2016), baixo nível socioeconômico (BARBOSA et al., 2015) e histórico de TM prévio (LUCCHESE et al., 2016; MARK; DESAI; TERPLAN, 2016; ROCHA et al., 2016).

No presente estudo, pelo teste de Qui-quadrado, as variáveis idade, ser primigesta, aborto prévio e histórico de TM foram associadas significativamente ao uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas, porém ao realizar a regressão logística ajustada apenas à idade e idade gestacional foram significativas. Desse modo, gestantes com idade de 19 a 35 anos apresentavam maior chance de usar drogas quando comparadas àquelas com mais de 35 anos. Quanto à idade gestacional quem estava no segundo e terceiro trimestre tinham maior chance de usar drogas. Geralmente essa população procura assistência pré-natal mais tardia (PORTELA et al., 2013) o que pode justificar a maior identificação de uso no segundo e terceiro trimestre.

As políticas de drogas são consideradas recentes quando comparadas a outros grupos prioritários da saúde. A legislação básica de saúde mental teve início em 2001 por meio da Lei 10.216 e, quanto às drogas, a primeira publicação sobre a política nacional para atenção aos usuários de álcool e outras drogas foi em 2003 (BRASIL, 2003) e, posteriormente, em 2004 e 2012 (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2004). Infelizmente, esses manuais apresentam ou citam minimamente o consumo dessas substâncias por gestantes.

Outra política que deveria contemplar esse tema seria aquela direcionada à Saúde da Mulher; entretanto, o último manual de pré-natal na Atenção Básica cita apenas de forma superficial os aspectos do uso de drogas durante a gestação (BRASIL, 2012a).

O contexto apresentado aponta para a necessidade de orientação no pré-natal sobre o uso e abuso de drogas. A situação ideal seria a implantação de programas e serviços especializados para essa população. Ainda, para a manutenção da qualidade da assistência a gestantes usuárias de drogas, é preciso que a equipe de saúde, incluindo os profissionais de enfermagem, tenham conhecimentos e habilidades para lidar com essas gestantes, possibilitando a identificação de suas necessidades e o conhecimento sobre o desfecho materno-infantil, por meio de uma abordagem livre de julgamentos pessoais.

Outra importante variável estudada na presente pesquisa foi a QV das

gestantes, pois ela pode afetar tanto a saúde materna como a saúde fetal e infantil. Constatou-se que a média mais baixa da QV foi no domínio meio ambiente (60,13), sendo tal resultado corroborado por outros estudos (OLIVEIRA et al., 2013; ARAGAKI, 2008). Destaca-se que esse domínio engloba a percepção das gestantes a respeito do meio em que vivem, incluindo, segurança, ambiente, recursos financeiros, lazer, cuidados em saúde e transporte. A gestação demanda adaptações necessárias nos aspectos financeiros, no local de moradia e trabalho (HOGA et al., 2010). A gestante experimenta uma série de despesas “extras”, como compra de mobiliário, roupa e outros utensílios domésticos de que ela necessitará para cuidar do bebê (CASTRO; FACOLLI, 2010). Em relação à segurança, muitas delas moram em locais desprovidos de segurança nos quais o tráfico de drogas e a criminalidade são evidentes (OLIVEIRA, 2011).

A média mais alta (74,01) de QV foi no domínio social, o qual engloba as relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual. O apoio social é fundamental para o desenvolvimento do ser humano, principalmente nos períodos de transição e de mudanças em que são necessárias adaptações, como ocorre com a gestação (OLIVEIRA et al., 2013). O suporte social e as relações pessoais são importantes para manutenção da saúde mental e para enfrentar os eventos estressores ao longo da gestação (DESSEN; BRAZ, 2000). A maioria das gestantes entrevistadas na presente pesquisa está satisfeita com a atividade sexual, resultado também encontrado em estudo com gestantes no Rio Grande do Norte (OLIVEIRA, 2011).

Ressalta-se que TMC foi o preditor mais forte de pior QV em todos os domínios. Em relação à variável TMC, os dados encontrados nesse estudo são corroborados pela literatura, na qual se encontra que as gestantes com TMC apresentam piores escores de QV (GAUSIA et al., 2009; ADEWUYA, 2006). Observa-se que essas gestantes com TMC geralmente apresentam baixo nível socioeconômico, sofrem violência do parceiro (TRAN et al., 2014), apresentam fator preditivo para depressão pós-parto e transtorno de ansiedade além de desfechos perinatais negativos (BORBA et al., 2012).

Na presente pesquisa observou-se que diversas variáveis impactaram negativamente a QV das gestantes, principalmente no domínio psicológico, como: cor, trabalho, histórico de TM e violência. Quanto à variável cor não foi verificada associação em outros trabalhos (TAVOLI et al., 2016; TOFFOL et al., 2016;

GUARACHEH et al., 2015). Em relação ao trabalho, estudos realizados na Turquia e na Polônia observaram menores escores de QV em gestantes desempregadas (NOWAKOWSKA-GŁAB; MANIECKA-BRYŁA, 2011; TASDEMIR; BALCI; GUNAY, 2011). Pesquisa realizada em Helsink também identificou que as gestantes que tinham histórico de TM apresentavam menores escores de QV (TOFFOL et al., 2016). Em concordância com a presente pesquisa, no Irã observaram menores escores de QV entre as gestantes que sofreram violência (TAVOLI et al., 2016; GUARACHEH et al., 2015).

Ressalta-se que os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando suas várias limitações. A primeira refere-se às diferentes idades gestacionais, fato que pode levar à subestimação dos TMC e do uso de drogas lícitas não prescritas e/ou ilícitas. Trata-se, ainda, de estudo transversal, não permitindo aferir as relações de causa e efeito das variáveis. A técnica da coleta de dados por meio de entrevistas pode gerar esquecimento ou mesmo omissão nas respostas. Finalmente, o instrumento utilizado para detecção de TMC (SRQ-20) não é o padrão-ouro, ou seja, a entrevista psiquiátrica. No entanto, o referido instrumento é amplamente utilizado em estudos epidemiológicos, tem aplicação simples e características psicométricas adequadas para o rastreamento de transtornos mentais comuns.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo atingiu os objetivos propostos. Constatou-se que a prevalência de TMC durante a gestação foi de 30%. Foram preditores de TMC as variáveis: idade, situação conjugal, histórico de TM, gravidez desejada, idade gestacional, o uso de chá e o preditor mais forte, foi relatar ter sofrido violência.

Verificou-se que 95,8% das gestantes declararam ter utilizado pelo menos um medicamento durante a gravidez. Os medicamentos do grupo terapêutico B foram os mais utilizados, com destaque para os antianêmicos. Em relação à classificação de risco 58,74% dos medicamentos estavam no grupo A, ou seja, não apresentam problemas para o feto. Ressalta-se, todavia, o uso de medicamentos da classe C e D as quais podem ocasionar danos ao feto.

O uso de drogas lícitas não prescritas e ilícitas foi mencionado por 19,5% das gestantes, sendo o álcool a droga mais utilizada. As variáveis associadas ao uso dessas drogas foram idade e idade gestacional. Em relação ao álcool, destaca-se que 2,8% das gestantes foram classificadas como em uso de risco e 0,7% em provável dependência.

No que se refere à qualidade de vida, o maior escore médio foi no domínio relações sociais (74,01) e o menor no domínio meio ambiente (60,13). No domínio físico, contribuíram para o modelo de regressão, as variáveis TMC e intercorrências durante a gestação. Já no domínio psicológico, as variáveis trabalho, histórico de TM, TMC, violência e orientações dos profissionais de saúde foram estatisticamente associadas. No domínio social, contribuíram para o modelo, as variáveis TMC e orientações dos profissionais de saúde. No domínio meio ambiente, as variáveis cor, TMC e orientações dos profissionais de saúde apresentaram associação estatística.

Os achados apontam para a necessidade de mais estudos relacionados aos TMC durante a gestação, já que este se apresenta como fator importante que pode interferir na qualidade de vida das gestantes e, consequentemente no acompanhamento pré-natal, com reflexos negativos na saúde materna e infantil. Sugere-se, desse modo, a condução de estudos longitudinais para acompanhar as crianças nascidas dessas mães visando analisar o crescimento e desenvolvimento infantil em curto, médio e longo prazos para complementar a avaliação do impacto dos TMC.

Destaca-se que constitui desafio o rastreamento de gestantes com TMC em unidades de APS. Tais serviços consistem em importante recurso para avaliar

rotineiramente a saúde mental dessas mulheres e os profissionais devem estar preparados para reconhecer TMC, bem como implementar e avaliar a efetividade de intervenções.

Considerando os aspectos descritos, espera-se que o presente estudo contribua para despertar a preocupação necessária relacionada à temática investigada, por meio da sensibilização dos profissionais da atenção primária bem como para a melhoria das informações que devem ser sistematicamente coletadas no pré-natal, visando a uma atenção mais integral e qualificada durante a gestação.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ADEWUYA, A. O. Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian Women. **The American journal of psychiatry.**, Arlington, v. 163, n. 8, p. 1435-1437, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos.

AKÇALI ASLAN, P.; AYDIN, N.; YAZICI, E.; AKSOY, A. N.; KIRKAN, T. S.; DALOGLU, G. A. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. **The International journal of social psychiatry.**, London, v. 60, n. 8, p. 809-817, 2014.

ALMEIDA, M. S. **Transtornos Mentais Comuns em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no sul do Brasil.** 2010. 90f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ALMEIDA, M. S.; NUNES, M. A.; CAMEY, S.; PINHEIRO, A. P.; SCHIMDT, M. I. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 385-394, 2012.

ANDRADE-RIBEIRO, E. H.; EVANGELISTA, M. G.; CHAGAS, V. S.; SILVA, A. M. P.; BARRETO, M. F. T. B. Drogadição Feminina no Brasil: uma análise epidemiológica. **Humanas Sociais & Aplicadas**, Campos dos Goytacazes, v. 7, n. 19, p. 51-67, 2017.

ARAGAKI, I. M. M. **Avaliação e percepção de nutrízes acerca de sua qualidade de vida.** 2008. 159 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ASSANANGKORNCHAI, S.; SAINGAM, D.; APAKUPAKUL, N.; EDWARDS, J. G. Alcohol consumption, smoking, and drug use in pregnancy: Prevalence and risk factors in Southern Thailand. **Asia Pacific Psychiatry: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists.**, Richmond, v. 9, n. 1, e12247, 2017. doi: 10.1111/appy.12247.

AUDI, C. A. F.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008.

BALBINOT, A. D.; HORTA, R. L.; COSTA, J. S. D. da.; ARAÚJO, R. B.; POLETO, S.; TEIXEIRA, M. B. Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, s. n., 26, 2016.

BARBOSA, R. L.; NATHASJE, I. F.; das CHAGAS, D. C.; de BRITTO e ALVES, M. T. S. S. Prevalência e fatores associados ao hábito de fumar de gestantes na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.**, v. 15, n. 3, p. 325-335, 2015.

BARROS, A. J. D.; CASCAES, A. M.; WEHRMEISTER, F. C.; MARTÍNEZ-MESA, J.; MENEZES, A. M. B. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3707-3716, 2011.

BELLANTUONO, C.; TOFANI, S.; DI SCIASCIO, G.; SANTONE, G. Benzodiazepine exposure in pregnancy and risk of major malformations: a critical overview. **General hospital psychiatry.**, New York, v. 35, n. 1, p. 3-8, 2013.

BÉRARD A.; IESSA N.; CHAABANE, S.; MUANDA, F. T.; BOUKHRIS, T.; ZHAO, J. P. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Clinical Pharmacology.**, London, v. 81, n. 4, p. 589-604, 2016.

BÉRARD, A.; SHEEHY, O. The Quebec Pregnancy Cohort – Prevalence of Medication Use during Gestation and Pregnancy Outcomes. **PloS one [electronic resource]**, San Francisco, v. 9, n. 4, e93870, 2014.

BÉRARD, A.; ZHAO, J. P.; SHEEHY, O. Sertraline use during pregnancy and the risk of major malformations. **American journal of obstetrics and gynecology**, Saint Louis, v. 212, n. 6, p. 795, 2015.

BERTANI, A. L.; GARCIA, T.; TANNI, S. E.; GODOY, I. Prevenção do tabagismo na gravidez: importância do conhecimento materno sobre os malefícios para a saúde e opções de tratamento disponíveis. **Jornal Brasileiro de Pneumonia**, Brasília, v. 41, n. 2, p. 175-181, 2015.

BERTHIER, M.; BONNEAU, D.; PERAULT, M.C.; ORIENT, D.; CHABOT, F.; MAILLAUDCHAUD, M. C. et al. Medications exposure during pregnancy: a study in a university hospital. **Thérapie**, Paris, v. 48, no. 1, p. 43-46, Feb. 1993.

BEYENS, M. N.; GUY, C.; RATREMA, M.; OLLAGNIER, M. Prescription of drugs to pregnant women in France: the HIMAGE study. **Therapie**, Paris, v. 58, n. 6, p. 505-511, 2003.

BEZERRA, T. A.; BRITO, M. A. A. de.; COSTA, K. N. F. M. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos atendidos em uma unidade básica de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2016.

BISETEGN, T. A.; MIHRETIE, G.; MUCHE, T. Prevalence and Predictors of Depression among Pregnant Women in Debreabor Town, Northwest Ethiopia. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 11, n. 9, e0161108, 2016.

BOUKHRIS T.; SHEEHY, O.; MOTTRON, L. Antidepressant Use During Pregnancy and the Risk of Autism Spectrum Disorder in Children. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 170, n. 2, p. 117-124, 2016.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Ministério da Educação. 5. ed., atual. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Portal da saúde. **Estudo inédito aponta que 18,5% dos adolescentes experimentam cigarro** (2016). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23911-estudo-inedito-aponta-que-18-5-dos-adolescentes-experimentam-cigarro>. Acesso em 04 mar. 2017.

BRASIL. **Programa crack, é possível vencer** (2012b). Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Programa-Crack-----poss-vel-vencer-2012-.pdf> . Acesso em: 24 jun. 2017.

BRIGGS, G. G.; FREEMAN, R. K.; YAFFE, S. J. **Drugs in pregnancy and lactation**. 9th. ed. Baltimore (US): Williams & Wilkins; 2011. 1728 p.

BROWN, S. J.; MENSAH, F. K.; AH KIT, J.; STUART-BUTLER, D.; GLOVER, K.; LEANE, C.; et al. Use of cannabis during pregnancy and birth outcomes in an Aboriginal birth cohort: a cross-sectional, population-based study. **BMJ open**, London, v. 23, n. 6, e01286, 2016.

BROY, P.; BÉRARD, A. Gestational exposure to antidepressants and the risk of spontaneous abortion: a review. **Current drug delivery**, Saif Zone, v.7, n.1, p.76-92, 2010.

BUIST, A. Perinatal mental health - identifying problems and managing medications. **Australian family physician**., Sydney, v. 43, n. 4, p. 182-185, 2014.

CASTRO, D. F. A de.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 159-165, 2013.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Tobacco Use and Pregnancy**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/tobaccousepregnancy/>. Acesso em 24 mar. 2017.

CHARLTON, R. A.; NEVILLE, A. J.; JORDAN, S.; PIERINI, A.; DAMASE-MICHEL, C.;

KLUNGSOYR, K.; et al. Healthcare databases in Europe for studying medicine use and safety during pregnancy. **Pharmacoepidemiology and drug safety.**, Chichester n. 23, p. 586-594, 2014.

COHEN, L. S.; VIGUERA, A. C.; MCLNERNEY, K. A.; FREEMAN, M. P.; SOSINSKY, A. Z.; MOUSTAFA, D. Reproductive Safety of Second-Generation Antipsychotics: Current Data From the Massachusetts General Hospital National Pregnancy Registry for Atypical Antipsychotics. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 173, n. 3, 2016.

COLVIN, L.; SLACK-SMITH, L.; STANLEY, F. J.; BOWER C. Early morbidity and mortality following in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors: a population-based study in Western Australia. **CNS Drugs.**, Auckland, v.26, n.7, p.1-14, 2012.

COSTA, D. B.; COELHO, H. L. L.; dos SANTOS, D. B. Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00126215, 2017.

COSTA, K. C.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e00067814, 2016.

COUTINHO, T.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas. **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.11-18 , 2014.

DAVIM, R. M. B.; DAVIM, M. V. C. Estudo reflexivo sobre aspectos biológicos, psicossociais e atendimento pré-natal durante a gravidez na adolescência. **Revista de enfermagem UFPE On Line.**, Recife, v. 10, n. 8, p. 3108-3118, 2016.

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimentos de filhos. **Psicologia: Teoria e prática**, Brasília, v. 16, n. 3, p.221-231, 2000.

DILLON, P.; O'BRIEN, K. K.; MCDONNELL, R.; DONNELLY-SWIFT, E; GALVIN, R.; ROCHE, A.; et al. Prevalence of prescribing in pregnancy using the Irish primary care research network: a pilot study. **BMC Pregnancy Childbirth.**, London, v. 15, p. 67, 2015.

EGEN-LAPPE, V.; HASFORD, J. Drug prescription in pregnancy: analysis of a large statutory sickness fund population. **European journal of clinical pharmacology.**, Berlin, v. 60, n. 9, p. 659-666, 2004.

ENGELAND, A.; BRAMNESS, J. G.; DALTVEIT, A. K.; RØNNING, M.; SKURTVEIT, S.; FURU, K. Prescription drug use among fathers and mothers before and during pregnancy. A population-based cohort study of 106,000 pregnancies in Norway 2004-2006. **British journal of clinical pharmacology**, London, v. 65, n. 5, p. 653-660, 2008.

ENNIS, Z. N.; DAMKIER, P. Pregnancy exposure to olanzapine, quetiapine, risperidone, aripiprazole and risk of congenital malformations. A systematic review. **Basic & clinical pharmacology & toxicology.**, Copenhagen , v. 116, n. 4, p.315-20, 2015.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. spe, p. 368-386, 2010.

FADZIL, A.; BALAKRISHNAN, K.; RAZALI, R.; SIDI, H.; MALAPAN, T.; JAPARAJ, R. P.; et al. Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. **Asia-Pacific psychiatry**: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists., Richmond, v. 1, n. spe, p. 7-13, 2013.

FIGLIE, N.B.; PILLON, S.C.; LARANJEIRA, R.; DUNN, J. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 11, p. 589-593, 1997.

FISHER, J.; CABRAL DE MELLO, M.; PATEL, V.; RAHMAN, A.; TRAN, T.; HOLTON, S.; et al. Prevalence and determinantsof common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization.**, Geneva, v. 90, n. 2, p. 139-149, 2012.

FISHER, J.; TRAN, T.; DUC TRAN, T.; DWYER, T.; NGUYEN, T.; CASEY, G. J.; et al. Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: a prospective population-based study. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 146, n. 2, p. 213-219, 2013.

- FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E, VIEIRA, G.; SANTOS, L.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-brief". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FRIEDMAN, S. H.; MOLLER-OLSEN, C.; PRAKASH, C.; NORTH, A. Atypical antipsychotic use and outcomes in an urban maternal mental health service. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2017.
- FRIGULS, Friguls B1, Joya X, Garcia-Serra J, Gómez-Culebras M, Pichini S, Martinez S, Vall O, Garcia-Algar O. Assessment of exposure to drugs of abuse during pregnancy by hair analysis in a Mediterranean island. **Addiction**, Oxford, v. 107, n. 8, 1471-9, 2012.
- GAALEMA, D. E.; HIGGINS, S. T.; PEPIN, C. S.; HEIL, S. H.; BERNSTEIN, I. M. Illicit drug use among pregnant women enrolled in treatment for cigarette smoking cessation. **Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, Abingdon, v.15, n. 5, p. 987-991, 2013.
- GADOT, Y.; KOREN, G. The use of antidepressants in pregnancy: focus on maternal risks. **Journal of obstetrics and gynaecology Canada**, Toronto, v. 37, n. 1, p. 56-63, 2015.
- GALATO, D.; SCHRAIBER, R. B.; LUNARDI, S. S.; MARQUES, L. R.; BRITO, E. S. Perfil do uso de medicamentos durante a gravidez de puérperas internadas em um Hospital do Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo v.6 n. 1, p. 24-29, 2015.
- GAUSIA, K.; FISHER, C.; ALI, M.; OOSTHUIZEN, J. Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. **Psychological Medicine**., London, v. 39, n. 3, p. 999-1007, 2009.
- GHARACHEH, M.; AZADI, S.; MOHAMMADI, N.; MONTAZERI, S.; KHALAJINIA, Z. Domestic violence during pregnancy and women's health-related quality of life. **Global journal of health science**., Toronto, v. 8, n. 2, p. 27-34, 2016.
- GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The Origins and Course of Common Mental Disorders**. New York: Routledge; 2005. 230 p.

- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders** - a bio-social model. 2nd ed. London: Tavistock/Routledge; 1993.
- GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.; et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014.
- GONCALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.
- GREDDEN, J. F.; WALTERS, A. Caffeine. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R. B.; LANGROD, J. G (Orgs.). **Substance Abuse**: a comprehensive textbook. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
- GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; MOURA, E. R. F.; da COSTA, P. N.; ARAÚJO, M. A. L.; RÊGO, M. R. V. Ambiente favorável à saúde: concepções e práticas da enfermeira na prevenção da gravidez na adolescência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. spe. , p. 82-91 , 2010.
- HARDING, T. W.; de ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM H. H.; LADRIDO-IGNACIO, L.; et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.
- HAYES, R. M.; WU, P.; SHELTON, R. C.; COOPER, W. O.; DUPONT, W. D.; MITCHEL, E.; et al. Maternal antidepressant use and adverse outcomes: a cohort study of 228,876 pregnancies. **American journal of obstetrics and gynecology**. New York, v.207, n.1, p.1-9, 2012.
- HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativa dos membros da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 151-157, 2010.
- HUYBRECHTS, K. F.; BATEMAN, B. T.; PALMSTEN, K.; DESAI, R. J.; PATORNO, E.; GOPALAKRISHNAN, C.; et al. Antidepressant use late in pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 313, n. 21:2142-2151, 2015.

HUYBRECHTS, K. F.; HERNÁNDEZ-DÍAZ, S.; PATORNO, E.; DESAI, R. J.; MOGUN, H.; DEJENE, S. Z.; et al. Antipsychotic Use in Pregnancy and the Risk for Congenital Malformations. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 73, n. 9, p. 938-946, 2016.

INGLIS, A. J.; HIPPMAN, C. L.; CARRION, P. B.; HONER, W. G.; AUSTIN, J. A. Mania and depression in the perinatal period among women with a history of major depressive disorders. **Archives of women's mental health**, New York, v. 17, n. 2, p. 137-143, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada de Campinas 2015**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=350950&idtema=130&search=sao-paulo|campinas|estimativa-da-populacao-2015->. Acesso em: 01 set. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD). 2013. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: Tendências 2006-2012**.

ISHIDA K, STUPP P, SERBANESCU F, TULLO E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. **International journal of gynaecology and obstetrics**, New York, v. 110, n. 3, p. 235-240, 2010.

JANSEN, K.; MONDIN T. C.; ORES, L. C.; SOUZA, L. D. M.; KONRADT, C. E.; PINEHIROS, R. T.; et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011.

JOMEEN J, MARTIN C. Developing specialist perinatal mental health services. **The practicing midwife**, Hale, v. 17, n. 3, p. 18-21, 2014.

JOYA, X.; MARCHEI, E.; SALAT-BATLLE, J.; GARCÍA-ALGAR, O.; CALVARESI, V.; PACIFICI, R.; et al. Drugs of abuse in maternal hair and paired neonatal meconium: an objective assessment of foetal exposure to gestational consumption. **Drug testing and analysis**, Chichester, v. 8, n. 8, p. 864-868, 2016.

KÄLLÉN, B. Use of Anticonvulsants During Pregnancy: Teratogenic Risks. In: KÄLLÉN, B. **Epilepsy**. Sweden: Lund University. 2016.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 428-434, 2014.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P.; ROSSI, R. M. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 467-471, 2013.

KASSADA, D. S.; MIASSO, A. I.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Prevalência e fatores associados ao uso de medicamentos por gestantes atendidas na atenção primária. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 713-721, 2015.

KITAI, T.; KOMOTO, Y.; KAKUBARI, R.; H KONISHI, TANAKA E, NAKAJIMA S, M MURAJI, UGAKI H, MATSUNAGA H, M TAKEMURA. A comparison of maternal and neonatal outcomes of pregnancy with mental disorders: results of an analysis using propensity score-based weighting. **Archives of gynecology and obstetrics**, Berlin, v. 290, n. 5, p. 883-889, 2014.

KJAERGAARD, M. I.; PARNER, E. T.; VESTERGAARD, M.; SORENSEN, M. J.; OLSEN, J.; CHRISTENSEN, J.; et al. Prenatal antidepressant exposure and risk of spontaneous abortion - a population-based study. **PloS one [electronic resource]**, v.8, n.8, p.72095, 2013.

KOREON, G. **Antidepressants and Neonatal Withdrawal Symptoms**: OB.GYN. NEWS, 2008.Disponível em:
<obgyn.imng.com/fileadmin/content_pdf/obn/archive_pdf/vol43iss12/70409_main.pdf
>. Acesso em: 19 jul. 2015.

LAU, Y.; YIN, L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. **Midwifery**, Edinburgh, v. 27, n. 5, p. 668-673, 2011.

LIU, L.; SETSE, R.; GROGAN, R.; POWE, N. R.; NICHOLSON, W. K. The effect of depression symptoms and social support on black-white differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. **BMC pregnancy and childbirth [electronic resource]**, London, v. 13, n. 125, p. 1-9, 2013.

LIU, X.; OLSEN, J.; PEDERSEN, L. H.; AGERBO, E.; YUAN, W.; LI, J. Antidepressant use during pregnancy and asthma in the offspring.**Pediatrics**.Burlington, v. 135, n. 4, p. 1-7, 2015.

LUCCHESI, R.; PARANHOS, D. L.; NETTO, N. S.; VERA, I.; SILVA, G. C. Fatores associados ao uso nocivo do tabaco durante a gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 325-331, 2016.

LUDERMIR, A. B.; ARAÚJO, T. V.; VALONGUEIRO, S. A.; LEWIS, G. Common mental disorders in late pregnancy in women who wanted or attempted an abortion. **Psychological medicine**, London, v. 40, n. 9, p. 1467-1473, 2010.

LUNARDI-MAIA, T.; SCHUELTER-TREVISOL, F.; GALATO, D. Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 541-547, Dec. 2014

LUPATELLI, A.; SPIGSET, O.; TWIGG, M. J.; ZAGORODNIKOVA, K.; MARDBY, A. C.; MORETTI, M. E.; et al. Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. **BMJ open**, London, v. 4, n. 2, e004365, 2014.

MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 121-128, 2015.

MANZOLLI, P. P. **Violência contra a mulher na gravidez e no pós-parto e seu impacto na saúde infantil**. 2012. 184 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 1986.

MALM, H.; ARTAMA, M.; GISSLER, M.; RITVANEN, A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk for major congenital anomalies. **Obstetrics and gynecology**, New York, v. 118, n. 1, p. 111-20, 2011.

MARI J. J.; WILLIAMS P. A. Validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

MARIA, F. N.; JORNADA, L. K.; SAKAE, T. M.; CASSOL-JUNIOR, O. J.; SAKAE, D. Y.; QUEVEDO, J. L. Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 44, n. 1, p. 41-61, 2015.

MARK, K.; DESAI, A.; TERPLAN, M. Marijuana use and pregnancy: prevalence,

associated characteristics, and birth outcomes. **Archives of women's mental health.**, New York, v. 19, n. 1, p. 105-111, 2016.

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL (MGH) Center for Women's Mental Health. **Psychiatric Disorders During Pregnancy.** 2014. Disponível em: <http://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/psychiatric-disorders-during-pregnancy/>. Acesso em: 10 mai.2015.

MERLOB, P.; BIRK, E.; SIROTA, L.; LINDER, M.; BERANT, M.; STAHL, B.; et al. Are selective serotonin reuptake inhibitors cardiac teratogens? Echocardiographic screening of newborns with persistent heart murmur. **Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology.** Hoboken, v.85, n.10, p.837-41, 2009.

MILANEZ, N.; OLIVEIRA, A. E.; BARROSO, A. D. V.; MARTINELLI, K. G.; ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS NETO, E. T. dos. Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 129-146, 2016.

MINES, D.; TENNIS, P.; CURKENDALL, S. M.; LI, D. K.; PETERSON, C.; ANDREWS, E. B.; et al. Topiramate use in pregnancy and the birth prevalence of oral clefts. **Pharmacoepidemiology & Drug Safety.**, Chichester, v. 23, n. 10, p. 1017-1025, 2014.

MOTTA, K. M. C.; LINHARES, M. B. M. Perfil das gestantes usuárias de álcool/drogas e os efeitos na saúde e desenvolvimento dos filhos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 133-144, 2015.

MOURA, D. C. N. de; PINTO, J. R.; MARTINS, P.; PEDROSA, K. A.; CARNEIRO, M. G. D. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. **SANARE**, Sobral, v.15, n. 2, p.136-144, 2016.

MURRAY, L.; HALLIGAN, S.L.; COOPER, P.J. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development. In: Wachs, T.; Bremner, G., editors. **Handbook of Infant Development.** Wiley-Blackwell; Malden, MA: 2010.

NAKAMURA, Y.; TAKEISHI, Y.; ATOGAMI, F.; YOSHIZAWA, T. Assessment of quality of life in pregnant Japanese women: comparison of hospitalized, outpatient, and non-pregnant women. **Nursing & health sciences**, Carlton, v. 14, n. 2, p. 182-188, 2012.

NOGUEIRA, S. M.; MENDONÇA, J. B. Fatores de risco para desenvolvimento de transtornos mentais comuns em adolescentes gestantes do município de Ceres-GO.

Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres, Ceres, v. 4, n. 2, p. 1-12, 2015.

NOVATO, R. O Consumo de Medicamentos no Brasil - a tênue linha entre o remédio e o veneno. Disponível em:

<http://fenafar.org.br/fenafar/index.php/component/k2/item/7966-o-consumo-de-medicamentos-no-brasil-a-t%C3%AAnue-linha-entre-o-rem%C3%A9dio-e-o-veneno-por-rilke-novato>*. Acesso em 03 mar. 2017.

NOWAKOWSKA-GŁAB, A.; MANIECKA-BRYŁA, I. Relation between occupation and health related quality of life of pregnant women. **Medycyna pracy**, Warszawa, v. 62, n. 6, p. 601-607, 2011.

OLIVEIRA, S. X. **Qualidade de vida em gestantes no contexto na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

OLIVEIRA, S. X.; OLIVEIRA, M. B.; SILVA RAR, D. A.; DAVIM, R. M. B. Características dos domínios da qualidade de vida em gestantes da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 12, p. 1-10, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82, 1993.

OSBORNE, L. M.; PAYNE, J. Antidepressants, pregnancy, and stigma: how we are failing mothers and babies. **The Journal of nervous and mental disease**, Baltimore, v. 203, n. 3, p:164-166, 2015.

PAGANO, M. GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística** - Tradução da 2ª. Edição Norte America, 1. ed. São Paulo: Thomson, 2004.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**, 2. Ed. New York: Wiley, 2000.

PALMSTEN, K.; HERNÁNDEZ-DÍAZ, S.; CHAMBERS, C. D.; MOGUN, H.; LAI, S.; GILMER, T. P.; et al. The Most Commonly Dispensed Prescription Medications Among Pregnant Women Enrolled in the United States Medicaid Program. **Obstetrics and gynecology**, New York, v. 126, n. 3, 465-473, 2015.

PATEL, B. N.; BESTE, J.; BLACKWELL, J. C. Antidepressant use during

- pregnancy.FPIN's clinical inquiries.**American family physician**, Kansas City, n.83, v.10, p.1211-1215, 2011.
- PEREIRA, P. K.; VIEIRA, C. L.; SANTOS, J. F.; LIMA, L. A.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. Resultados perinatais adversos e infantis entre as crianças nascidas de mães com os principais transtornos mentais em um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1654-1666, 2014.
- PERES, R. M.; SEGAL, J.; CARVALHO, C. A.; MOSER, C.; SANSEVERINO, M. T. V.; SCHÜLER-FACCINI, L. Riscos para a saúde fetal associados com o uso de benzodiazepínicos na gestação: uma revisão. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 141-151, 2002.
- PETERSEN, I.; COLLINGS, S. L.; MCCREA, R. L.; NAZARETH, I.; OSBORN, D. P.; COWEN, P. J.; et al. Antiepileptic drugs prescribed in pregnancy and prevalence of major congenital malformations: comparative prevalence studies. **Clinical epidemiology [electronic resource]**., Auckland, v. 9, s. n., p.95-103, 2017.
- PIÑUÑURI, R.; MARDONES, C.; VALENZUELA, C.; ESTAY, P.; LLANOS, M. Exposure to drugs of abuse in pregnancy and breastfed babies growth in CONIN Valparaíso, Chile. **Nutrición hospitalaria**., Madrid, v. 31, n. 5, p. 2070-2078, 2015.
- POPOVA, S.; LANGE, S.; PROBST, C.; PARUNASHVILI, N.; REHM, J. Prevalence of alcohol consumption during pregnancy and Fetal Alcohol Spectrum Disorders among the general and Aboriginal populations in Canada and the United States. **European journal of medical genetics**, Amsterdam, v. 60, n. 1, p. 32-48, 2017.
- PORTELA, G. L. C.; BARROS, L. M.; FROTA, N. M.; LANDIM, A. P. P.; CAETANO, J. A.; de FARIAS, F. L. R. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 58-63, 2013.
- RAHMAN, A.; FISHER, J.; BOWER, P.; LUCHTERS, S.; TRAN, T.; YASAMY, M.T.; et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**., Geneva, v.91, n.8, p.593-601, 2013.
- REIS, L. T.; BERNARDES, L. S.; BARBOZA, M. C. N.; GONÇALVES. Rastreamento de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes de um município do estado de Mato Grosso. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 141-152, 2015.
- ROBINSON, G. E. Controversies about the use of antidepressants in pregnancy.

The Journal of nervous and mental disease, Baltimore, v. 203, n. 3, p. 159-163, 2015.

ROCHA, R. S.; BEZERRA, S. C.; LIMA, J. W. O.; COSTA, F. S. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013.

ROCHA, P. C.; de BRITTO e ALVES, M. T. S. S.; das CHAGAS, D. C.; da SILVA, A. A. M.; BATISTA, R. F. L.; da SILVA, R. A. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e00192714, 2016.

RODRIGUES, L. P. S. **Efeitos no feto da ingestão de álcool durante a gravidez**. 2014. 53 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

SANTOS I.S.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, A. J.; BARROS, F. C. Antenatal and postnatal maternal mood symptoms and psychiatric disorders in pre-school children from the 2004 Pelotas Birth Cohort. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 164, n. 100, p. 112-117, 2014.

SANTOS, A. B. dos; SANTOS, K. E. P.; MONTEIRO, G. T. R.; PRADO, P. R. do; AMARAL, T. L. M. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 392-400, 2015.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SANVISENS, A.; ROBERT, N.; HERNÁNDEZ, J. M.; ZULUAGA, P.; FARRÉ, M.; COROLEU, W.; et al. Alcohol Consumption during Pregnancy: Analysis of Two Direct Metabolites of Ethanol in Meconium. **International journal of molecular sciences [electronic resource]**, Basel, v. 17, n. 3, p. 417, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Centros de Saúde** (2015). Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 18 jul. 2015.

SENCZUK-PRZYBYLOWSKA, M.; FLOREK, E.; PIEKOSZEWSKI, W.; MERRITT, T. A.; LECHOWICZ, E.; MAZELA, J.; et al. Diazepam and its metabolites in the mothers' and newborns' hair as a biomarker of prenatal exposure. **Journal of physiology and pharmacology** : an official journal of the Polish Physiological Society., Krakow, v. 64, n. 4, p. 499-504, 2013.

SHU, J. E.; HUANG, H.; MENEZES, P. R.; FAISAL-CURY, A. Prevalence and risk factors for cannabis use in low-income pregnant women in São Paulo, Brazil. **Archives of women's mental health.**, New York, v. 19, n. 1, p. 193-196, 2015.

SIDEBOTTOM, A.C.; HELLERSTEDT, W.L.; HARRISON, P.A.; HENNRIKUS, D. An examination of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served by urban community health centers. **Archives of women's mental health**, New York, v. 17, n. 1, p. 27-40, 2014.

SILVA, R. A.; ORES, L. C.; MONDIN, T. C.; RIZZO, R. N.; MORAES, I. G. S.; JANSEN, K.; et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1832-1838, 2010.

SORENSEN, M. J.; KJAERGAARD, M. I. S.; PEDERSEN, H. S.; VESTERGAARD, M.; CHRISTENSEN, J.; OLSEN, J.; et al. Risk of Fetal Death after Treatment with Antipsychotic Medications during Pregnancy. **PloS one [electronic resource]**, San Francisco, v. 10, n. 7, e0132280, 2015.

SOUSA, P. H. L. de.; ROSS, J. R. Fatores relacionados ao consumo de bebida alcoólica por gestantes em uma cidade do leste maranhense. **Revista Interdisciplinar**, São Luís v. 8, n. 4, p. 144-151, 2015.

SOUZA, M. L. P. de. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 405-410, 2016.

SOUZA, L. H. R. F. de.; SANTOS, M. C. dos.; OLIVEIRA, L. C. M. de. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 296-303, 2012.

SPYRIDOU, A.; SCHAUER, M.; RUF-LEUSCHNER, M. Obstetric care providers are able to assess psychosocial risks, identify and refer high-risk pregnant women: validation of a short assessment tool - the KINDEX Greek version. **BMC pregnancy and childbirth.**, London, v. 15, s. n., p. 41, 2015.

SUNDELIN-WAHLSTEN, V.; HALLBERG, G.; HELANDER, A. Higher alcohol consumption in early pregnancy or low-to-moderate drinking during pregnancy may affect children's behaviour and development at one year and six months. **Acta**

paediatrica, Stockholm, v. 106, n. 3, p. 446-453. doi: 10.1111/apa.13664

TADESMIR, S.; BALCI, E.; GUNAY, O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in turkey. **Upsala journal of medical sciences**, London, v. 115, n. 4, p. 275-281, 2010.

TAMASHIRO, E. M. **Detecção e seguimento de gestantes usuárias de drogas psicoativas**. 2015. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

TAVOLI, Z.; TAVOLI, A.; AMIRPOUR R.; HOSSEINI, R.; MONTAZERI, A. Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. **BMC pregnancy and childbirth [electronic resource]**, London, v. 16, s. n., p. 19, 2016.

TENNIS, P.; CHAN, A. K.; CURKENDALL, S. M.; LI, D. K.; MINES, D.; PETERSON, C.; et al. Topiramate use during pregnancy and major congenital malformations in multiple populations. **Clinical and molecular teratology**., Hoboken, v. 103, n. 4, p. 269-275, 2015.

TINKER, S. C.; BROUSSARD, C. S.; FREY, M. T.; GILBOA, S. M. Prevalence of prescription medication use among non-pregnant women of childbearing age and pregnant women in the United States: NHANES, 1999-2006. **Maternal and child health journal**., New York, n. 9, v. 5, p. 1097-1106, 2015.

TRAN, T. D.; BIGGS, B. A.; TRAN, T.; SIMPSON, J. A.; DE MELLO, M. C.; HANIEH, S.; et al. Perinatal common mental disorders among women and the social and emotional development of their infants in rural Vietnam. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 160, s. n., p. 104-112, 2014.

TOFFOL, E.; POHJORANTA, E.; SUHONEN, S.; HURSKAINEN, R.; PARTONEN, T.; MENTULA, M.; et al. Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. **Acta obstetricia et gynecologica scandinavica**, Copenhagen, v. 95, n. 10, p. 1171-1180, 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Number of drug dependent adults up for first time in six years, now at 29 million**:UNODC World Drug Report 2016.

USUDA, K.; NISHI, D.; MAKINO, M.; TACHIMORI, H.; MATSUOKA, Y.; SANO, Y.; et al. Prevalence and related factors of common mental disorders during pregnancy in Japan: a cross-sectional study. **Biopsychosocial Medicine**, London, v. 10, n. 1, p.

26, 2016.

VACHKOVA, E.; JEZEK, S.; MARES, J.; MORAVCOVA, M. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. **Health and quality of life outcomes [electronic resource]**, London, v. 11, n. 214, p. 1-7, 2013.

VACHKOVA, E.; MARES, J. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí nízkových skupin [Quality of life of women in pregnancy period: a study based on focus groups] **Kontakt**, v. 11, n. 3, p. 286-297, 2012.

VERREAULT, N.; DA COSTA, D.; MARCHAND, A.; IRLANDA, K.; DRITSA, M.; S KHALIFE . Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. **Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology**, London, v. 35, n. 3, p. 84-91, 2014.

VERROTTI, A.; MENCARONI, E.; CASTAGNINO, M.; ZACCARA, G. Foetal safety of old and new antiepileptic drugs. **Expert opinion on drug safety**, London, v. 14, n. 10, p. 1563-1571, 2015.

WIKNER BN, STILLER CO, BERGMAN U, ASKER C, KÄLLÉN B. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, Chichester, v. 16, n. 11, p.1203-1210, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System**. Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL user manual**. Geneva, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental disorders (2016). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>>. Acesso em 02 mar. 2017.

YONKERS, K. A.; NORWITZ, E. R.; SMITH, M. V.; LOCKWOOD, C. J.; GOTMAN, N.; LUCHANSKY, E.; et al. Depression and serotonin reuptake inhibitor treatment as risk factors for preterm birth. **Epidemiology**, Cambridge, v.23, n.5, p.677-85, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(frente)****ESCLARECIMENTO PARA O PACIENTE**

A Senhora está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde”. Nesta pesquisa pretendemos investigar e identificar fatores relacionados aos Transtornos Mentais Comuns (se refere a casos que apresentam sintomas como: insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que produzem incapacidade funcional das pessoas); qualidade de vida e consumo de psicofármacos (medicamentos que agem em sistema nervoso central). O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a possibilidade de adquirir novos conhecimentos que permitam uma melhora na qualidade da assistência pré-natal, o fornecimento de dados para os serviços de saúde e possibilidade de avanço no conhecimento científico sobre esse tema. Para esta pesquisa solicitamos que responda algumas questões sobre tua saúde mental, uso de medicamentos e/ou drogas de abuso e qualidade de vida neste momento, em data previamente agendada, com duração de cerca de 40 minutos, sendo que uma parte da entrevista será gravada, em uma sala reservada no Centro de Saúde ou em sua casa caso seja a sua escolha. Além disso, irei consultar seu prontuário para obter informações sobre seu diagnóstico e tratamento. Para desenvolvermos esta pesquisa você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento Livre Esclarecido. As folhas com as respostas ficarão guardadas sob minha responsabilidade durante cinco anos e após esse período serão inutilizadas, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas. Se a Senhora concordar em participar não vai precisar pagar nada e também não vai receber dinheiro para participar; que sua participação na pesquisa é espontânea e que ela não vai influenciar no seu direito de atendimento aqui no serviço e a senhora poderá desistir de participar do estudo quando quiser, de acordo com a sua vontade. Os riscos decorrentes da participação na pesquisa serão mínimos e estão atrelados a questões de cunho emocional.. Se durante a entrevista a Senhora sentir qualquer desconforto emocional, a mesma poderá ser interrompida e caso após avaliação das respostas dadas perceba-se que algum tipo de ajuda ou tratamento para seu estado emocional seja necessário, serão dadas as orientações devidas e necessárias, conforme sua vontade. A Senhora terá o direito à indenização, na ocorrência de danos relacionados à sua participação na pesquisa, pelo pesquisador e Instituições envolvidas, nas diferentes fases da pesquisa. Eu também esclarecerei qualquer dúvida que a senhora tiver. Acreditamos que os resultados desse estudo poderão contribuir para melhorar a qualidade da assistência pré-natal. Se aceitar participar, vou pedir que assine uma folha como essa, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a Senhora.

Verso da folha

Termo de Consentimento Livre, Após Esclarecimento	
<p>Eu,</p> <p>Entendi e ouvi da pesquisadora o que ela vai fazer no projeto de pesquisa: “<i>Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns e Qualidade de Vida em gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde</i>”, e <u>eu ACEITO</u> participar dessa pesquisa. Eu entendi que posso interromper ou parar a minha participação no estudo a qualquer hora em que eu quiser, sem precisar explicar o porquê e que isso não vai atrapalhar o tratamento oferecido nesse serviço de saúde. Sei que não vou ter gastos e que não vou receber dinheiro para participar do estudo.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Campinas, de de 20.....</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Assinatura (ou impressão digital) e nº Documento de identificação </div>	
<div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;"> </div> <p style="text-align: right; margin-bottom: 20px;">Danielle SatieKassada(CPF 071863819-01) Pesquisadora</p> <p style="text-align: right;">Adriana InocentiMiasso (CPF 20277835801) Orientadora</p> <p>Danielle SatieKassada (enfermeira, doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica da USP): dskassada@usp.br Contato: (44) 9923-9815</p> <p>ProfªDrª Adriana InocentiMiasso (Professora Doutora da Escola de Enfermagem e Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica): amiasso@eerp.usp.br Contato: (16) 3602-3418</p> <p>Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário. Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902/ sala51</p> <p>Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP – Ribeirão Preto Contato: (16) 3315-3386</p> <p>Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário. Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902/ sala 38</p> <p>Horário de atendimento: Segunda-Feira a Sexta-Feira das 08h00 às 17h00.</p>	

APÊNDICE B – Dados Sócio-Demográficos e Econômicos e Clínicos

PARTE I

História clínica

Idade: ____

Cor: () Branca () Amarela () Parda () Preta () Indígena

Renda Familiar

() até 788,00 () 789,00 a 1576,00 () 1577,00 a 2364,00 () 2365,00 a 3940,00

() 3941,00 a 4728,00 () 4729,00 ou mais

Recebe algum benefício social? () não () sim

() Bolsa Família () Viva Leite () Prato Cheio outros: _____

Escolaridade

() 1ª série () 2ª série () 3ª série () 4ª série () 5ª série () 6ª série

() 7ª série () 8ª série () 1º ano () 2º ano () 3º ano

() faculdade incompleta () faculdade completa

Situação Conjugal

() Solteira () União Estável () Casada () Viúva

Religião

() Católica () Evangélica () Protestante () Testemunho de Jeová

() Umbanda () Ateu

Trabalha? () Não () Sim Se sim, em que? _____

História familiar (PAI, MÃE E AVÓS)

() Diabetes () Uso de drogas

() Hipertensão arterial (“pressão alta”) () Asma

() Hipotireoidismo/Hipertireoidismo () Anemia

() Cardiopatias () Câncer

() Depressão () Outra doenças: _____

() Ansiedade () Esquizofrenia () Outras doenças mentais: _____

História pessoal (VOCÊ)

() Diabetes () Uso de drogas

() Hipertensão arterial (“pressão alta”) () Asma

() Hipotireoidismo/Hipertireoidismo () Anemia

() Cardiopatias () Câncer

() Depressão () Outra doenças: _____

() Ansiedade () Esquizofrenia () Outras doenças mentais: _____

Já sofreu algum tipo de violência? _____ De que tipo? _____ De quem? _____

Alguma cirurgia anterior? () Sim () Não Se **SIM** do quê e quando?

Essa gravidez foi planejada? () sim () não

Se **NÃO**, o filho é desejado? () Sim () Não

Uso de drogas? () Sim () Não

() Cigarro

Quantos por dia? ____ Fuma há quanto tempo? ____

() Álcool () Todos os dias () Finais de semana () Eventualmente

Quantos copos você toma e qual é a bebida? () 1 copo () 2-3 copos () 4-6 copos

() 7 ou mais copos

() Cerveja () Vodka () Whisky () Cachaça

() outra bebida: ____

() Maconha Quantos por dia? ____ Fuma há quanto tempo? ____

() Cocaína

() Crack Quantos por dia? ____ Fuma há quanto tempo? ____

Já teve aborto? () Não () Sim Se **SIM**, quantos? ____

Já teve gravidez ectópica? () Não () Sim

Se **SIM**, quantas? ____

Primeiro filho? () Não () Sim

Quanta cesárea já teve? () 01 () 02 () 03 ou mais

Quanto parto normal já teve? () 01 () 02 () 03 ou mais

Quantos filhos vivos você tem? () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 ou mais

Ficou internada durante **ESTA** gestação? () Não () Sim

Se **SIM**, quantas vezes e por qual(is) motivo(s)? ____

PARTE II – USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO

1. Fez ou faz uso de sulfato ferroso?

() Não () Sim

Prescrito? () Não () Sim

2. Fez ou faz uso de ácido fólico?

() Não () Sim

Prescrito? () Não () Sim

3. Fez ou faz uso de vitaminas e/ou sais minerais?

() Não () Sim Qual? ____

Prescrito? () Não () Sim

4. Fez ou faz uso de medicamento para cólica?

() Não () Sim Qual? _____

Prescrito? () Não () Sim

5. Fez ou faz uso de pomadas vaginais para corrimento?

() Não () Sim Qual? _____

Prescrito? () Não () Sim

6. Fez ou faz uso de medicamento para dor ou febre?

() Não () Sim Qual? _____

Prescrito? () Não () Sim

7. Fez ou faz uso de medicamento para azia?

() Não () Sim Qual (is)? _____

Prescrito? () Não () Sim

8. Fez ou faz uso de antibiótico?

() Não () Sim Qual (is)? _____

Prescrito? () Não () Sim

Prescrito? () Não () Sim

9. Fez ou faz uso de medicamentos para enjôo/vômitos?

() Não () Sim Qual(is)? _____

Prescrito? () Não () Sim

10. Fez ou faz uso de medicamentos para inflamação?

() Não () Sim Qual(is)? _____

Prescrito? () Não () Sim Trim.: _____

11. Fez ou faz uso de outros medicamentos?

() Não () Sim Qual(is)? _____

Prescrito? () Não () Sim

12. Fez ou faz uso de vacinas?

() Não () Sim Qual(is)? _____

13. Fez uso de algum chá?

Prescrito? () Não () Sim

Quais? _____

14. Atualmente, você faz uso de psicofármacos?

1. Sim ()

2. Não ()

(Se a resposta for sim, anotar informações solicitadas no quadro abaixo)

Qual (is) medicamento(s)?	Qual a indicação de uso/diagnóstico médico? (Finalidade)	Há quanto tempo faz uso?	Qual a especialidade do médico que lhe prescreveu? (se houve prescrição)	Realiza acompanhamento ou tratamento não farmacológico? Qual?	Realiza acompanhamento em unidades especializadas?

15. Foi orientada por profissional de saúde sobre o risco de usar medicamentos e/ou drogas durante a gravidez?

() Não () Sim Qual(is)? _____

() Agente de Saúde () Auxiliar/técnico em Enfermagem () Enfermeiro

() Médico

ANEXO A - Instrumento Self-Reporting Questionnaire (SrQ-20) para detecção de Transtornos Mentais Comuns

1	Tem dores de cabeça frequentemente?	Sim()	Não()
2	Você tem falta de apetite?	Sim()	Não()
3	Você dorme mal?	Sim()	Não()
4	Assusta-se com facilidade?	Sim()	Não()
5	Tem tremores nas mãos?	Sim()	Não()
6	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	Sim()	Não()
7	Você tem má digestão?	Sim()	Não()
8	Tem dificuldade de pensar claramente?	Sim()	Não()
9	Sente-se triste ultimamente?	Sim()	Não()
10	Você chora mais do que de costume?	Sim()	Não()
11	Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	Sim()	Não()
12	Tem dificuldade em tomar decisão?	Sim()	Não()
13	O seu trabalho traz sofrimento?	Sim()	Não()
14	Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	Sim()	Não()
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim()	Não()
16	Sente-se inútil em sua vida?	Sim()	Não()
17	Tem pensado em dar fim à sua vida?	Sim()	Não()
18	Sente-se cansado todo o tempo?	Sim()	Não()
19	Você sente desconforto estomacal?	Sim()	Não()
20	Você cansa-se com facilidade?	Sim()	Não()
Total		Sim_____	Não_____

ANEXO B - World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief (WHOQOL-brief)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C –Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool. Suas respostas permanecerão confidenciais. Por favor, responda com toda a sinceridade. **Coloque um X no número** que melhor descreve sua resposta a cada uma das 10 questões.

1.Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca	1x por mês ou menos	2-4x por mês	2-3x por semana	4 ou mais x por semana
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2.Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1	2 ou 3	4 ou 5	6 ou 7	8 ou mais
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3.Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca	< 1x vez por mês	Uma vez por mês	1x por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca	< 1x vez por mês	Uma vez por mês	1x por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca	< 1x vez por mês	Uma vez por mês	1x por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca	< 1x vez por mês	Uma vez por mês	1x por semana	Quase todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

7.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca	< 1x vez por mês	Uma vez por mês	1x por semana	Quase todos os dias	todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4
8.Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca	< 1x vez por mês	Uma vez por mês	1x por semana	Quase todos os dias	todos os dias
	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4
9.Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não		Sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano	
	☐ 0		☐ 2		☐ 4	
10.Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não		Sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano	
	☐ 0		☐ 2		☐ 4	

Nas questões número 1 e 3 caso não seja compreendido, substitua por “com que frequência” ou “quantas vezes por ano, mês ou semana”; nas questões 4 a 8, substitua por de quanto em quanto tempo”

Nas questões número 4 a 8 caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de(corrente) do ano passado.

Na questão 3 substitua “cinco ou mais doses” pela quantidade equivalente das bebidas no(s) recipientes em que são consumidas. Ex. “.....cinco latas de cerveja ou mais”

ANEXO D - Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EM GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Danielle Satie Kassada

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42374915.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.049.812

Data da Relatoria: 06/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto em pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras incluíram, no projeto e na PB, os riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras reformularam o TCLE e atenderam as pendências apontadas: está em linguagem mais acessível, incluíram o assunto a ser conversado na entrevista, dados para contato com as pesquisadoras, direito à indenização e divulgação dos resultados.

Recomendações:

1- Incluir data e versão, em nota de rodapé (Exemplo: VERSÃO02_TCLE_Mês/Ano).

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3388

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.0493/13

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas adequadamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRÃO PRETO, 05 de Maio de 2015

Assinado por:

Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3000

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3366

E-mail: cep@eep.usp.br