

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental

ALBERTO GARCIA DORNELAS

Literacia e Consumo de Substâncias Psicoativas na Gestaçã

RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO

2022

ALBERTO GARCIA DORNELAS

Literacia e Consumo de Substâncias Psicoativas na Gestação

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde
Mental da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo
para obtenção de título de
Mestre em Ciências

Área de Concentração:
Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr.
Erikson Felipe Furtado

Ribeirão Preto

2022

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.

Assinatura: _____ Data ___/___/___

FICHA CATALOGRÁFICA

Dornelas, Alberto Garcia

Título: Literacia e consumo de substâncias psicoativas na gestação.

Alberto Garcia Dornelas. – Ribeirão Preto, 2022. 118 páginas.

p 118il; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: Furtado, Erikson Felipe

1. Literacia. 2 Álcool. 3. Tabaco. 4. Substâncias Psicoativas. 5 Gestação

Nome: Alberto Garcia Dornelas

Título: Literacia e consumo de substâncias psicoativas na gestação.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com muito amor e gratidão, aos meus pais (Carlos e Sirleia) e irmãos (Alfredo, Ana Claudia, Junia Marise e Armando) por serem continuamente minha fonte de inspiração quanto meus sustentáculos para fosse possível dar seguimento à jornada. À minha noiva Isabella por tamanha compaixão, paciência e amor sereno. Em especial dedico ternamente este trabalho ao meu avô Francisco por ter depositado fé e sabedoria em nossa família.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, por todos os ensinamentos, dedicação, compreensão e incentivo ao longo desses anos;

Aos meus amados pais, Carlos e Sirleia, por seus valores transmitidos e pela confiança ofertada e que de maneira resiliente me incentivaram a concluir essa etapa;

À minha querida noiva, Isabella, por ser uma fonte de ternura, amor, bondade e inspiração em meu percurso vital.

A minha inestimável família, em especial minha irmã Ana Claudia, por ser fiel apoiadora de meus objetivos, e aos meus irmãos Alfredo e Júnia, sem os quais a vida de modo algum seria tão alegre e inspiradora, que souberam ser pacientes diante de toda minha ausência.

Aos estimados preceptores do Programa de Residência Médica em Psiquiatria de Infância do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (HCRP), Maria Sílvia, Gabriela, William e Mirella que tão bem me acolheram no ano em que ingressei no ano opcional para me especializar em Psiquiatria de Infância e Adolescência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental que me acolheu e proporcionou diversos aprendizados. E com adicional gratidão à Analista Acadêmica Ivana que sempre, diligentemente, me assistiu no percurso.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001

RESUMO

DORNELAS, Alberto Garcia. **Literacia e consumo de substâncias psicoativas na gestação**. 2022. 118p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022

Introdução: O rastreamento sistemático com uso de instrumentos padronizados, do padrão de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas em gestantes ao início da gestação, contribui para as orientações do pré-natal e para promover a abstinência, favorecendo a prevenção de intercorrências médicas da gestação e parto e de problemas e transtornos do neurodesenvolvimento nos filhos. A baixa literacia ou letramento insuficiente da população feminina sobre o uso de álcool na gestação tem relação com as atitudes que as mulheres adotarão durante sua própria gravidez. **Objetivo:** Investigar, através do relato de recém-puérperas, a prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas na gestação e sua relação com características sociodemográficas, da gestação e parto, e nível de conhecimento ou literacia sobre consequências do consumo. **População e Metodologia:** O delineamento do estudo consistiu na análise secundária de dados do Projeto GestIntervBrev, recorte epidemiológico analítico observacional e transversal, realizado em 2014 sobre uma amostra de 160 mães recém-puérperas de uma maternidade da cidade de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo. **Aspectos éticos:** estudo foi desenvolvido no laboratório do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia/PAIPAD, da Área de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência da FMRP-USP, localizado no HC-FMRP-USP, contando com recursos próprios. **Resultados:** Ausência de planejamento gestacional se associou AUDIT+($X^2=6,612$; $p=0,010$), uso de droga ilícita na vida ($X^2=7,237$; $p=0,007$) e uso de tabaco na gestação ($X^2=4,890$; $p=0,027$). AUDIT+ correlacionou-se inversamente com o perímetro torácico torácico ($r^2=-0,177$; $p=0,026$). Não houve associação entre exposição a substâncias psicoativas (ASSIST) com antropométricas e de vitalidade do recém-nascido. **Conclusão:** Escala Literacia-Álcool se mostrou discriminativa e se associou significativamente à pontuações no AUDIT e no T-ACE. Avaliações em estudos futuros serão necessárias.

Palavras-chave: Literacia; álcool, tabaco; substâncias psicoativas; gestação; prevalência.

SUMMARY

DORNELAS, Alberto Garcia. **Literacy and consumption of psychoactive substances during pregnancy**. 2021. 118p. Dissertation (Master) – School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022

Introduction: Systematic tracking, using standardized instruments, of the pattern of consumption of alcohol, tobacco and other psychoactive substances in pregnant women at the beginning of pregnancy, contributes to prenatal guidance and to promote abstinence, favoring the prevention of medical complications pregnancy and childbirth and neurodevelopmental problems and disorders in children. The low literacy or insufficient literacy of the female population regarding the use of alcohol during pregnancy is related to the attitudes that women will adopt during their own pregnancy. **Objective:** To investigate, through the reports of new mothers, the prevalence of alcohol, tobacco and other psychoactive substances consumption during pregnancy and its relationship with sociodemographic characteristics, pregnancy and childbirth, and level of knowledge or literacy about the consequences of consumption. **Population and Methodology:** The study design consisted of the secondary analysis of data from the GestalIntervBrev Project, an observational and cross-sectional analytical epidemiological cut, carried out in 2014 on a sample of 160 recent mothers from a maternity hospital in the city of Ribeirão Preto, State of São Paulo . **Ethical aspects:** this study was carried out in the laboratory of the Center for Research in Clinical Psychiatry and Psychopathology/PAIPAD, in the Area of Mental Health and Psychiatry of Childhood and Adolescence, FMRP-USP, located at HC-FMRP-USP, with its own resources. **Results:** Lack of gestational planning was associated with AUDIT+ ($X^2=6.612$; $p=0.010$), lifetime use of illicit drugs ($X^2=7.237$; $p=0.007$) and tobacco use during pregnancy ($X^2=4.890$; $p=0.027$). AUDIT+ was inversely correlated with thoracic perimeter ($r^2= -0.177$; $p= 0.026$). There was no association between exposure to psychoactive substances (ASSIST) with anthropometric and newborn vitality. **Conclusion:** Literacy–Alcohol Scale proved to be discriminative and was significantly associated with AUDIT and T–ACE scores. Evaluations in future studies will be necessary.

Keywords: Literacy; alcohol, tobacco; psychoactive substances; gestation; prevalence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico de barras com distribuição das participantes conforme categorias de pontuação no AUDIT	47
Figura 2 – Histograma Literacia-Álcool	58
Figura 3 – Curva ROC Literacia-Álcool x AUDIT	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160).....	43
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica por frequência para variáveis: exercer atividade remunerada, residir com companheiro e ser praticante de religião (n=160)	43
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica por frequência para as variáveis: relação marital, escolaridade e cor de pele/etnia	44
Tabela 4 - Dados pré-natais: idade gestacional, consultas pré-natais e ultrassonografias	45
Tabela 5 – Caracterização gestacional por frequência para as variáveis:planejamento da gestação, via de parto, sexo do neonato	45
Tabela 6 – Parâmetros antropométricos e escores APGAR dos recém-nascidos	46
Tabela 7 – Associação entre variáveis antropométricas e de vitalidade e sexo do recém-nascido	46
Tabela 8 – Análise comparativa de médias, por triagem positiva do AUDIT, para: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)	48
Tabela 9 – Análise comparativa de proporções por triagem positiva do AUDIT para categorias de respostas quanto a relação marital (N=160)	48
Tabela 10 – Correlação escore total no AUDIT com dados antropométricos e pontuação APGAR do recém-nascido.....	49
Tabela 11 – Consumo de álcool pelas gestantes durante o trimestre anterior a gestação e durante os três trimestres gestacionais.....	49
Tabela 12 – Análise comparativa de médias, conforme qualquer uso de álcool na gestação, para variáveis sociodemográficas: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)	50
Tabela 13 – Análise comparativa de proporções, por uso de álcool na gestação, para categorias de respostas quanto a relação marital (N=160)	51
Tabela 14 – Frequência de uso de substâncias psicoativas na vida, independentemente do uso de álcool, conforme ASSIST	51
Tabela 15 – Frequência de uso múltiplas de substâncias psicoativas na vida, independentemente do uso de álcool, conforme ASSIST	52
Tabela 16 – Distribuição do consumo de substâncias psicoativas no último trimestre gestacional conforme ASSIST.....	52
Tabela 17 – Análise comparativa de médias, considerando uso de drogas ilícitas na vida, para: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160).....	53
Tabela 18 – Análise comparativa de proporção acerca do planejamento gestacional para as variáveis : AUDIT +, uso de álcool na gestação, uso de droga ilícita na vida, uso de droga ilícita na gestação e uso de tabaco na gestação (N=160)	53
Tabela 19 – Análise comparativa de médias, considerando uso de tabaco na gestação, para: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160).....	54
Tabela 20 – Correlação entre consumo de tabaco (número de cigarros/dia) variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido.....	55
Tabela 21 – Correlação entre escore total do ASSIST para tabaco e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido.....	55
Tabela 22 – Correlação escore total ASSIST – COCAÍNA e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido.....	55
Tabela 23 – Correlação Escore total do ASSIST – MACONHA e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido.....	56
Tabela 24 – Correlação Escore total do ASSIST – INALANTES e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido.....	56
Tabela 25 – Correlação Escore total do ASSIST – HIPNÓTICOS/SEDATIVOS e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido.....	56
Tabela 26 – Análise comparativa de médias, por nível de literacia, para: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)	59
Tabela 27 – Associação entre o sexo do recém-nascido e as variáveis uso de substâncias (ASSIST) e literacia entre as mães	59
Tabela 28 – Correlação escore total de literacia e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido	60

Tabela 29 – Correlação Literacia-Álcool e dados antropométricos do recém-nascido e renda familiar	60
Tabela 30 – Correlação Literacia-álcool e pontuação nos questionários AUDIT e T-ACE e consumo de álcool durante quatro trimestres.....	60

SUMÁRIO

Capítulo 1 Literacia em Saúde.....	14
1.1 Introdução	14
1.2 Conceito de literacia.....	14
1.2.1 O conceito literacia no Brasil	15
1.3 Múltiplas literacias e literacia em saúde	15
1.3.1 Literacia em Saúde.....	16
1.3.1.1 Modelos teóricos de literacia em saúde	17
1.3.2 Literacia em saúde materna	18
1.4 Literacia em saúde e suas implicações.....	19
Capítulo 2 Contextualização do uso de substâncias psicoativas.....	20
2.1 Introdução	20
2.2 Consumo de álcool.....	21
2.3 Consumo de tabaco	22
2.4 Consumo de maconha	23
2.5 Consumo de cocaína	23
2.6 Consumo de Anfetaminas	24
2.7 Consumo de inalantes.....	25
2.8 Consumo de benzodiazepínicos	26
2.9 Consumo e alucinógenos.....	28
3.0 Consumo de opioides.....	29
Capítulo 3 Literacia em saúde e uso de substâncias psicoativas	32
Capítulo 4 Escopo do estudo e seus objetivos	35
4.1 Objetivos	35
4.1.1 Objetivo Geral:.....	35
4.1.2 Objetivos Específicos:	35
4.2 Metodologia.....	35
4.2.1. Delineamento do estudo.....	36

4.2.2 Tamanho amostral e participantes da pesquisa	36
4.2.3 Entrevista.....	37
4.2.4 Avaliação sociodemográfica	37
4.2.5 Instrumentos de rastreio empregados na pesquisa:	37
4.1.6 Avaliação de dados clínicos dos recém-nascidos.....	40
4.3. Análise estatística	40
4.4. Aspectos Éticos e Análise Crítica de Riscos e Benefícios	40
Capítulo 5 Resultados.....	43
5.1. Descrição sociodemográfica da amostra de gestantes	43
5.2. Descrição de dados gestacionais.....	44
5.3. Resultados a respeito indicadores de saúde e vitalidade fetal	45
5.4. Consumo de álcool.....	47
5.5. Consumo de outras substâncias psicoativas	51
5.5. Descrição sobre literacia entre as participantes	57
Capítulo 6: DISCUSSÃO	63

CAPÍTULO 1 LITERACIA EM SAÚDE

1.1 Introdução

O presente capítulo tem por objetivo conceitualizar literacia em saúde e sua relevância clínico-epidemiológica. Nas seções a seguir serão apresentados os conceitos de literacia, literacia em saúde, literacia em saúde materna e construtos teóricos pertinentes para subseqüentemente, tratar de algumas das repercussões da literacia em saúde para o sistema de saúde.

1.2 Conceito de literacia

O termo literacia tem sua origem a partir da língua inglesa – literacy, o qual, por sua vez, deriva do latim littera e tem como significado “ser educado, instruído, ter conhecimento das letras” e passou a ser utilizado ao final do século XIX. Dentre os países falantes de língua portuguesa, o termo foi traduzido de maneiras; em Portugal adotou-se a vocábulo literacia e no Brasil, letramento (BENAVENTE; ROSA; COSTA; ÁVILA ; KEATING, 2019; SOARES, 2004; 2018).

A expressão literacia segue em evolução e, de uma perspectiva mais restrita, fora inicialmente tratada como capacidade de leitura; posteriormente para leitura, escrita e fala. Ela está intimamente ligada ao processo de alfabetização, ainda que essa por si só não assegura que determinado propósito seja alcançado, como por exemplo, compreensão e uso de informações obtidas por meio da leitura alfabética. Assim, na medida que as demandas socioculturais e econômicas aumentaram, houve necessidade de expandir o conceito. Sob uma perspectiva ampliada, literacia implica em uso dos recursos de leitura e escrita para finalidades pessoais e sociais, sendo, portanto, um processo ativo e dinâmico (ASSESSMENT, 2013; DIAMOND, 2007; FEAR, 2008; PEERSON; SAUNDERS, 2009).

Ainda que não haja uma conceitualização uniforme, contemporaneamente, literacia pode ser definida, levando em considerações interpretações da OCDE e UNESCO, como a capacidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e computar, usando materiais impressos e escritos associados a

diversos contextos. Portanto, a literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem para permitir que os indivíduos atinjam seus objetivos, desenvolvam seu conhecimento e potencial e participem plenamente de sua comunidade e da sociedade em geral (GROUP, 2009).

1.2.1 O conceito literacia no Brasil

O vocábulo literacy foi traduzido no Brasil como letramento, diferentemente do que ocorreu em Portugal, onde a opção foi pela palavra literacia e por tal opção, agregou as representações semânticas próprias, sendo por vezes entendida como sinônimo de alfabetização (BENAVENTE; ROSA; COSTA; ÁVILA; KEATING, 2019; SOARES, 2004; 2018).

Para Soares, letramento seria “um estado ou a condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de ter-se apropriado da escrita”, de modo que ao letrado se associaria a capacidade de emprego da leitura e escrita em âmbitos variados com repercussões adicionais àquelas psicolinguísticas, como socioculturais, políticas e econômicas (SOARES, 2004). De maneira distinta, a alfabetização consiste no processo de aquisição dos diferentes códigos da cultura escrita moderna (CUNHA, 2018; SENNA, 2014). Assim, enquanto, a alfabetização está melhor relacionada à aceção da língua, a literacia ou letramento não se limita aquisição do código, mas ao seu emprego por meio do intelecto e o utiliza para mediar sua relação com o mundo (CORDENONZI; DEL PINO; CONCEIÇÃO OLIVEIRA; GUIMARÃES STROHSCHOEN, 2020; CUNHA, 2018; SENNA, 2014; SOARES, 2004; TFOUNI, 1994).

1.3 Múltiplas literacias e literacia em saúde

À medida que as reflexões sobre a conceitualização de literacia aumentaram no decorrer das últimas décadas, a concepção a seu respeito permitiu a introdução do conceito de múltiplas literacias ou multiliteracia. Este conceito incorpora comunicação, compreensão, análise crítica, capacidade de assimilar tecnologias digitais (áudio, vídeo, internet) ao funcionamento diário das pessoas. Esse conceito emerge em resposta ao crescimento da diversidade cultural e linguística associado ao aprimoramento tecnológico, em especial aos meios de comunicação e se

distingue da visão tradicional de literacia que se associa às habilidades relacionadas ao uso da leitura e da escrita. (CAZDEN, 1996; COPE; KALANTZIS, 2009; RYAN, 2020). O conceito de multiliteracia tomando por premissas o crescimento da diversidade cultural e linguística e o aumento dos número de canais de comunicação.(CAZDEN, 1996).

1.3.1 Literacia em Saúde

A expressão 'literacia em saúde' (*health literacy*) foi usada pela primeira vez, em 1974, e suas definições têm evoluído ao longo do tempo (BAKER, 2006). Como conceito em evolução, existem várias proposições para definir esse conceito e, ao mesmo tempo, divergências sobre as atribuições exatas deste construto(BAKER, 2006; SØRENSEN; VAN DEN BROUCKE; FULLAM; DOYLE *et al.*, 2012). De modo amplo, literacia em saúde pode ser entendida como um conjunto de habilidades que facultam aos indivíduos capacidade de obter, processar, compreender e empregar informações obtidas para decisões de saúde adequadas (BAKER, 2006; LOGAN, 2017; NUTBEAM, 2000; SØRENSEN; VAN DEN BROUCKE; FULLAM; DOYLE *et al.*, 2012).

Dada a sua condição multidimensional, a literacia em saúde pode ser compreendida em três níveis: funcional, interativa e crítica(NUTBEAM; KICKBUSCH, 2000). Literacia funcional em saúde é definida como a capacidade de uma pessoa para executar tarefas básicas de leitura e numéricas no contexto da assistência médica, enquanto a literacia interativa em saúde é definida como combinação de habilidades cognitivas e de literacia avançadas que podem ser usadas para participar ativamente das atividades cotidianas, assim como extrair informações a partir de diferentes meios de comunicação e aplica-las para modificação de circunstâncias nas condições e cuidados de saúde (DIAMOND, 2007; NUTBEAM, 2000; NUTBEAM; KICKBUSCH, 2000; SPEROS, 2005). Por sua vez, a literacia crítica em saúde é definida como habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente as informações e usá-las para exercer maior controle sobre eventos e situações da vida relacionados à saúde(STEINER, 2017).

1.3.1.1 Modelos teóricos de literacia em saúde

À semelhança de existirem diversas definições de literacia em saúde, há vários modelos teóricos propostos.

Baker (2006) propôs um modelo teórico de literacia em saúde constituído por dois domínios principais: de capacidade individual e literacia em saúde. Para o autor, a capacidade individual se relaciona à capacidade de leitura e compreensão de informações de saúde aliada a conhecimentos e experiências prévias em saúde. O segundo, domínio, por sua vez, consiste na capacidade de compreender informações de saúde orais e impressas (BAKER, 2006).

Paasche-Orlow e Wolf's (2007) consideraram que o modelo teórico de literacia deveria incluir fatores sociodemográficos, econômicos, cognitivos e funcionais como pré-requisitos para literacia em saúde. Esse modelo funcionaria em três níveis de ações em saúde: 1) acesso e uso de cuidados em saúde; 2) interação profissional-paciente 3) autocuidado. Dessa forma, entende que a literacia em saúde se estenderia das aptidões do sujeito em transitar e acessar os serviços de saúde, para sua habilidade em assimilar orientações e intervenções propostas por profissionais de saúde, que por fim, resultaria na capacidade de promover autocuidado em saúde. Os propositores do modelo apontam que fatores externos como a complexidade do ambiente de saúde a ser utilizado, habilidades de comunicação do profissional de saúde, recursos disponíveis para gestão de autocuidado afetariam a literacia em saúde, de modo que esta não se limitaria às capacidades individuais do indivíduo (PAASCHE-ORLOW; WOLF, 2010).

Manganello (2008), por sua vez, propôs um modelo alicerçado em três pilares: 1) características individuais, 2) dinâmicas relacionais, 3) acesso ao uso de diferentes sistemas (meios de comunicação, sistema educacional, sistema de saúde). Dentre as características individuais, foram levadas em consideração, idade, raça, gênero, habilidades cognitivas, aptidões físicas, contexto cultural. No âmbito das dinâmicas relacionais, interação com outros membros da sociedade contribuiria para aquisição, aprimoramento e execução das habilidades em saúde. Por sua vez, no que diz respeito aos sistemas, o acesso do indivíduo à educação, meios de comunicação e serviços de saúde contribuiriam adicionalmente para o desenvolvimento da literacia em saúde. A partir da conjunção dos pilares seria

possível alcançar diferentes desfechos em saúde como, comportamentos de saúde, custos à saúde e uso dos serviços de saúde (MANGANELLO, 2008).

1.3.2 Literacia em saúde materna

Literacia em saúde materna é um subconjunto especializado de literacia em saúde que se caracteriza pela presença de habilidades que envolvem conhecimento a respeito de saúde materna, habilidades para detecção de riscos (uso de teratógenos na gestação, uso de álcool na gravidez, dentre outros), comportamentos que assegurem um estilo de vida saudável, antes, durante e após a gestação, assim como entendimento e uso de informações de forma a promover e manter a saúde de seus filhos (OHNISHI; NAKAMURA; TAKANO, 2005).

O objetivo de promover literacia em saúde materna é capacitar as mães a ganhar controle sobre a saúde pessoal e infantil ao assegurar tratamento e assistência médica, promoção e prevenção de doenças proteção da saúde e promoção da saúde, que beneficiam a saúde de ambos os mãe e filho.

Diversos pesquisadores têm observado que uma literacia em saúde materna insuficiente está associada à menor capacidade das gestantes compreenderem folhetos informativos, indicações e adesão a tratamentos, entre outras coisas (LUPATTELLI; PICINARDI; EINARSON; NORDENG, 2014). Também está associada com gravidez indesejada, comportamento contraceptivo inadequado, má gestão da assistência em saúde e pior puericultura (ENDRES; SHARP; HANEY; DOOLEY, 2004). Baixos níveis de literacia se correlacionam com crenças inapropriadas acerca do uso, benefícios e eventuais riscos do emprego de intervenções terapêuticas e uso de medicamentos durante a gravidez, bem como se associa com má-adesão à prescrição de farmacoterapia durante a gestação (LUPATTELLI; PICINARDI; EINARSON; NORDENG, 2014).

Por outro lado, presença de literacia em saúde se associa a maior proficiência em detecção de fatores de risco, tomada de decisões voltadas a estilo de vida e nutrição materna durante a gravidez. Dessa forma, educar as mulheres é essencial para melhorar o estado de saúde de seus filhos e familiares. Sabe-se que literacia em saúde materna é um dos maiores determinantes de saúde durante a gestação e que o nível de literacia antes, durante e após a gravidez afeta

diretamente a prole (DADIPOOR; RAMEZANKHANI; ALAVI; AGHAMOLAEI *et al.*, 2017).

Deste modo, fica evidenciado que mulheres e, em especial gestantes, podem constituir um grupo socialmente vulnerável quando privada de adequado nível de literacia em saúde, dado que essa tem se mostrado como um elemento fundamental para viabilizar meios para o autocuidado e cuidados junto ao feto e, posteriormente, ao lactente (OHNISHI; NAKAMURA; TAKANO, 2005) BAKER, 2006; LOGAN, 2017; NUTBEAM, 2000; SØRENSEN).

1.4 Literacia em saúde e suas implicações

Conforme apontado anteriormente, literacia em saúde apropriada é essencial para promoção e prevenção em saúde, assim como para intervenções terapêuticas bem-sucedidas (CHINN, 2014; REISI; JAVADZADE; MOSTAFAVI; SHARIFIRAD *et al.*, 2012; SUKA; ODAJIMA; OKAMOTO; SUMITANI *et al.*, 2015). Sem conhecimento adequado sobre cuidados de saúde, é difícil tomar decisões informadas com consequências desejáveis (SHIEH; HALSTEAD, 2009).

Indivíduos com menor nível de literacia em saúde apresentam menor probabilidade de fazer uso apropriado de serviços de saúde, bem como tem menores chances de cuidado apropriado diante de condições crônicas, maior probabilidade uso de substâncias inapropriadas, menor propensão ao uso de serviços preventivos de saúde e maior dificuldade em transitar pelo sistema de saúde (PARKER, 2000; SUKA; ODAJIMA; OKAMOTO; SUMITANI *et al.*, 2015). O fenômeno pode ser explicado, em parte, pelo fato de que mensagens de saúde pública e materiais educacionais sobre prevenção e rastreamento de doenças recomendados podem se tornar intangível naqueles com menores níveis de literacia, uma vez que podem não compreender, tampouco fazer bom uso das informações obtidas, como se submeter a intervenções promotoras de saúde (ex: ações voltadas ao planejamento familiar), bem como envolver-se em práticas preventivas tais como campanhas de prevenção de câncer de colo de útero, realizar autoexame de mamas, submeter-se a mamografia preventiva, participar de campanhas de vacinação (PARKER, 2000; SUKA; ODAJIMA; OKAMOTO; SUMITANI *et al.*, 2015).

Como agravante de uma literacia em saúde limitada, os indivíduos também podem se sobrecarregar com informações ofertadas, assim como não obter proveito de ações publicitárias em saúde presentes em revistas, folders, propagandas televisivas (ROBERTS; CALLAHAN; O'LEARY, 2017) (ARSHAD; HANAN; SALEEM; FARZOOQ *et al.*, 2019). Adicionalmente, pacientes podem apresentar receio em realizar perguntas sobre temas de saúde que lhes geram dúvidas e assim mantendo o baixo nível de compreensão sobre suas condições.(ABOUMATAR; CARSON; BEACH; ROTER *et al.*, 2013; KATZ; JACOBSON; VELEDAR; KRIPALANI, 2007; MENENDEZ; VAN HOORN; MACKERT; DONOVAN *et al.*, 2017)

CAPÍTULO 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

2.1 Introdução

O consumo de substâncias psicoativas acompanhou a trajetória da humanidade, sendo descrito em quase todas as sociedades (CROCQ, 2007; VETULANI, 2001; WADLEY, 2016). A inserção sociocultural delas variou entre os diferentes povos, embora basicamente atendessem a finalidades religiosas, médicas e recreacionais (CROCQ, 2007).

Padrões disfuncionais de consumo foram descritos desde a antiguidade, todavia, no decorrer dos séculos XIX e XX o uso aditivo se intensificou (CROCQ, 2007; WADLEY, 2016). Uma das razões foi o incremento do consumo recreacional e maior aceitação social. Com o progresso científico e tecnológico obtido nos últimos duzentos anos, o conhecimento a respeito da psicofisiologia das substâncias de abuso avançou consideravelmente e, com ele, implementaram-se de métodos de extração e purificação de drogas, o que proporcionou possibilidade para síntese de novas substâncias. A habilidade de obter drogas com maiores concentrações, potência, eficácia, aliadas ao emprego de vias de administração que encurtassem o intervalo entre o consumo e seus efeitos psicoativos decorrentes contribuiu para o aumento do risco de dependência. Em paralelo, influências socioeconômicas, como pobreza, violência, disparidades educacionais e aumento da incidência dos transtornos mentais contribuíram para o uso crescente

de drogas (BAPTISTE-ROBERTS; HOSSAIN, 2018; CHATTERJI, 2006; FAGAN; WRIGHT; PINCHEVSKY, 2015; KOBULSKY; MINNES; MIN; SINGER, 2016; VETULANI, 2001).

Ainda que o consumo de drogas ocorra universalmente, as taxas de uso de substâncias psicoativas se mostram diferentes entre mulheres e homens, sendo mais altas nestes (BECKER; HU, 2008; BECKER; MCCLELLAN; REED, 2017; DATTA; SCHOENROCK; BUBIER; BOGUE *et al.*, 2020). Todavia, essas distinções têm diminuído ao longo das últimas décadas, dado o aumento do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas por mulheres (DATTA; SCHOENROCK; BUBIER; BOGUE *et al.*, 2020; GREENFIELD; BACK; LAWSON; BRADY, 2010; WORLD HEALTH, 2014).

2.2 Consumo de álcool

O consumo de álcool por mulheres tem aumentado globalmente, com destaque maior para faixas etárias mais jovens ao longo das últimas gerações (ESPER; FURTADO, 2014; GRITTNER; NEMETH; KUNTSCHKE; GAERTNER *et al.*, 2015; WORLD HEALTH, 2014). Diversos fatores estão envolvidos e incluem estressores sociais, familiares, mudanças culturais, socioeconômicas, educacionais, além de aspectos relacionados à religiosidade e enfrentamento (BRITTON, 2004; ELGAR; ROBERTS; PARRY-LANGDON; BOYCE, 2005; ESPER; FURTADO, 2014; GRITTNER; NEMETH; KUNTSCHKE; GAERTNER *et al.*, 2015; LUCCHETTI; KOENIG; PINSKY; LARANJEIRA *et al.*, 2013; MORERO; BRAGAGNOLLO; SANTOS, 2018; WELLS, 2010; WORLD HEALTH, 2014).

Estima-se que 28,9% das mulheres consumam álcool no mundo, enquanto no continente alcance 52,8%, variando entre 11 e 75% conforme a endemia regional (WORLD HEALTH, 2014). No Brasil, estima-se que a taxa de prevalência de qualquer consumo de álcool durante a gestação seja de 50% aproximadamente (FURTADO, 2018). Por sua vez, a prevalência de consumo de álcool durante a gestação é 9,8% (DEJONG; OLYAEI; LO, 2019).

O consumo de álcool pela gestante causa exposição fetal à substância, a qual é componente principal para maior risco de manifestação dos transtornos do espectro alcoólico fetal, que tem na síndrome fetal do álcool é sua implicação mais crítica (ESPER; FURTADO, 2019; ROEHR, 2013).

Mulheres em atendimento ambulatorial por uso de álcool se caracterizam por apresentar baixa escolaridade, desemprego, presença de outro familiar com problemas relacionados ao consumo de álcool, e histórico de violência. Um estudo de revisão sobre fatores maternos associados a maior risco para ocorrência de Transtornos do Neurodesenvolvimento decorrentes da Exposição Pré-natal ao Álcool, encontrou evidências na literatura sobre a relevância do baixo nível de escolaridade, como também uma baixa literacia, ou seja, da capacidade de uso da informação sobre riscos de saúde relacionados ao consumo de álcool durante a gestação (ESPER; FURTADO, 2014). O nível de informação e a habilidade de aplicar a informação parecem, portanto, influir na conduta de abstinência do uso de substâncias psicoativas na gestação (NUTBEAM, 2000; OHNISHI; NAKAMURA; TAKANO, 2005).

2.3 Consumo de tabaco

Tabagismo durante a gestação é importante causa de morbidade e mortalidade infantil, embora evitável (ECONOMIDES; BRAITHWAITE, 1994; MÜLLER; ANTUNES; BEHLE; TEIXEIRA *et al.*, 2002). A prevalência mundial de tabagismo na gestação situa-se em torno de 1,7% e dentre os continentes, a Europa apresenta a taxa mais elevada (8,1%) e a África a mais baixa (0,8%) (WORLD HEALTH, 2014). Os três países com prevalência mais alta de tabagismo durante a gestação são a Irlanda (38%), Uruguai (29%) e Bulgária (29%) (CRUME, 2019; LANGE; PROBST; REHM; POPOVA, 2018). Quanto ao consumo de produtos do tabaco, mais particularmente o hábito de fumar cigarros de tabaco durante a gestação, pelo menos um estudo recente no Brasil, em recém-puérperas, identificou na cidade do Rio de Janeiro prevalências de 17,9 e 24,8% em duas diferentes maternidades (KALE; FONSECA; DA SILVA; DA ROCHA *et al.*, 2015).

Os produtos derivados do tabaco, através da aspiração e inalação da fumaça produzida pela queima dos cigarros de tabaco, contendo nicotina (como principal produto psicoativo e indutor de dependência) e outros produtos, pode levar ao baixo peso do recém-nascido, diminuição de crescimento e prematuridade, assim como pode estar associado a maior incidência de óbitos perinatais, problemas circulatórios, comportamentais, agressividade e déficit de atenção e

hiperatividade nas crianças ao longo do seu desenvolvimento (HOLBROOK, 2016; PINELES; HSU; PARK; SAMET, 2016).

2.4 Consumo de maconha

Quanto ao uso de maconha (cannabis) durante a gestação, trabalhos recentes sugerem um aumento na proporção de usuárias, especialmente nos Estados Unidos, seguindo a legalização de sua comercialização e uso em vários estados americanos (EL MARROUN; BROWN; LUND; COLEMAN-COWGER et al., 2018). Estudo epidemiológico em amostra representativa nacional, indicou uma elevação de 2,37%, no ano de 2002, para 3,85% em 2014, do uso de maconha por gestantes (BROWN; SARVET; SHMULEWITZ; MARTINS et al., 2017). Um estudo brasileiro recente, em grávidas de baixa renda em serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo, indicou uma prevalência de 4,2%, considerando os doze meses prévios à entrevista e uma prevalência ao longo da vida de 9,6% de usuárias de maconha (SHU; HUANG; MENEZES; FAISAL-CURY, 2015).

2.5 Consumo de cocaína

A cocaína é um alcaloide obtida das folhas de *Erythroxylon coca*, uma árvore nativa da América do Sul, que produz estimulação adrenérgica no sistema nervoso central pelo aumento pré-sináptico de norepinefrina, serotonina e dopamina (CAIN; BORNICK; WHITEMAN, 2013; GOLD; WASHTON; DACKIS, 1985; PITTS; MARWAH, 1989) ao passo que demonstra propriedades simpatomiméticas vasoconstritivas (WINDHAM; SHUSTERMAN; SWAN; FENSTER *et al.*, 1991). Crack, por sua vez, é uma apresentação mais concentrada e volátil passível de ser fumada e é mais danosa que a cocaína na forma em pós (cheirada) pode ser mais perigosa (SILVEIRA; DOS SANTOS; TAVELLA; BRUM *et al.*, 2020).

Aproximadamente 15–17% dos usuários regulares de cocaína são mulheres em idade fértil (FRANK; AUGUSTYN; KNIGHT; PELL *et al.*, 2001) e cerca de 9,4% das mulheres em idade reprodutiva fizeram uso dela nos últimos trinta dias nos Estados Unidos (SMID; METZ; GORDON, 2019), enquanto a taxa de uso correspondente em gestante é de 3.4% (SMID; METZ; GORDON, 2019).

O uso de cocaína durante a gravidez está associado a vários riscos. A propriedade vasoconstritiva da cocaína pode levar a hipertensão gestacional e hemorragia gestacional. Acredita-se que a cocaína atravesse a barreira placentária por difusão simples dadas suas propriedades químicas (solubilidade lipídica, baixo peso molecular, baixo grau de ionização em pH fisiológico) e sua ação no sistema nervoso central do feto afetaria a citoarquitetura e sinalização neuronal (ACKERMAN; RIGGINS; BLACK, 2010; WINDHAM; SHUSTERMAN; SWAN; FENSTER *et al.*, 1991). A exposição gestacional à cocaína tem sido associada a aumento de eventos adversos maternos crises hipertensivas, infarto miocárdico, eventos cerebrovasculares, edema pulmonar, dissecção de aorta, insuficiência renal (CAIN; BORNICK; WHITEMAN, 2013; KUCZKOWSKI, 2007; LOUW, 2018). Além desses, danos materno-fetais como hemorragias gestacionais, descolamento de placenta, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino, redução no APGAR 5', baixo peso ao nascer, atrasos no desenvolvimento linguístico, motor, cognitivo e malformações congênitas (AGHAMOHAMMADI; ZAFARI, 2016; FRANK; AUGUSTYN; KNIGHT; PELL *et al.*, 2001; GOUIN; MURPHY; SHAH, 2011; KILBRIDE; CASTOR; HOFFMAN; FUGER, 2000; RICHARDSON; CONROY; DAY, 1996; SILVEIRA; DOS SANTOS; TAVELLA; BRUM *et al.*, 2020).

2.6 Consumo de Anfetaminas

As anfetaminas correspondem ao grupo composto por moléculas que atuam como aminas simpatomiméticas e que possuem como estrutura molecular comum o esqueleto da β -fenetilamina e têm como suas principais representantes a anfetamina, a metanfetamina e as anfetaminas anel-substituídas: 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) e 3,4-metilenodioxianfetamina (MDA) (COSTA; PINTAO; CORRIGLIANO; NEGRINI NETO, 2009). 3,4-metilenodioximetanfetamina e 3,4-metilenodioxianfetamina (MDA) são conhecidas popularmente como ecstasy e eve (ALMEIDA; SILVA, 2000) e se enquadram na categoria das “designer drugs” em reconhecimento aos efeitos associados a capacidade aumentada da comunicabilidade, empatia e autoconhecimento, o que distingue essa classe de compostos das substâncias (BUCHANAN; BROWN, 1988).

A prevalência de uso de anfetaminas em mulheres americanas tem variado entre 2,0% e 6,8% (SMID; METZ; GORDON, 2019), enquanto nas gestantes oscila entre 0,7% e 5,2% (ARRIA; DERAUF; LAGASSE; GRANT *et al.*, 2006; DERAUF; KATZ; FRANK; GRANDINETTI *et al.*, 2003; WRIGHT; SCHUETTER; TELLEI; SAUVAGE, 2015). Dados recentes do III Levantamento Nacional revelou prevalência de uso de anfetaminas de 1,74% nas mulheres (BASTOS, 2017). Ainda que não haja dados de abrangência nacional a respeito do consumo desses estimulantes entre as gestantes, estudos individuais fornecem indicadores do consumo. Arribas (2018) e Tavares (2021) encontraram prevalência gestacional de uso de anfetaminas respectivamente de 12% e 1,6% (ARRIBAS; CARVALHO; SILVA; DINIZ *et al.*, 2018; DO ROSÁRIO TAVARES; RIBEIRO; PORTO; LOPES *et al.*, 2021).

Semelhantemente à cocaína, as anfetaminas possuem propriedades adrenérgicas que se associam a risco aumentado de hipertensão, infarto do miocárdio, eventos cerebrovasculares. (SMID; METZ; GORDON, 2019). Efeitos adversos perinatais incluem mortalidade fetal aumentada, restrição de crescimento intrauterino, nascimento pré-termo, descolamento prematuro da placenta, baixo peso ao nascer, redução do perímetro cefálico, malformações congênitas, síndrome de abstinência (HUYBRECHTS; BRÖMS; CHRISTENSEN; EINARSDÓTTIR *et al.*, 2018; KALAITZOPOULOS; CHATZISTERGIOU; AMYLIDI; KOKKINIDIS *et al.*, 2018; LADHANI; SHAH; MURPHY, 2011; OEI; ABDEL-LATIF; CLARK; CRAIG *et al.*, 2010; PLESSINGER, 1998; SMID; METZ; GORDON, 2019; WRIGHT; SCHUETTER; TELLEI; SAUVAGE, 2015).

2.7 Consumo de inalantes

Os solventes estão amplamente distribuídos em componentes usados no dia-a-dia e estão divididos em grupos, a saber: 1) solventes voláteis e anestésicos, 2) óxido nitroso e 3) nitritos de alquila. O primeiro grupo corresponde a componentes como butano, tolueno, tetracloretileno, éter, halotano; o segundo ao gás hilariante e o terceiro a nitro de butila, nitrito de isobutil, cicloexil (JONES, H. E.; BALSTER, R. L., 1998; MARQUES; RIBEIRO DE ARAÚJO; LARANJEIRA, 2012; ZUMIANI; SANTOS; PEREIRA, 2019). Colas, laquê, removedores de esmalte, produtos para limpeza, thinner, lança-perfume, acetona, dentre outros, constituem

fontes frequentes de solventes (AHERN; FALSAFI, 2013; JONES, H. E.; BALSTER, R. L., 1998; PEDROZO; SIQUEIRA, 1989; WU; RINGWALT, 2006; ZUMIANI; SANTOS; PEREIRA, 2019) e são empregados para proporcionar efeitos psicoativos variados, como relaxamento, sonolência, sedação, euforia, dissociação (AHERN; FALSAFI, 2013; CROSSIN; QAMA; ANDREWS; LAWRENCE *et al.*, 2019; MARQUES; RIBEIRO DE ARAÚJO; LARANJEIRA, 2012; PEDROZO; SIQUEIRA, 1989). Pela facilidade de acesso, custo relativamente baixo e percepção de baixo risco de intoxicação e dependência são componentes passíveis de interesse pela população adolescente.

A prevalência de uso de inalantes é maior na faixa etária adolescente e altamente variável no globo, com taxas ao longo da vida variando, nas Américas, de 2,67% no Paraguai, 4,74% na Argentina, 9% nos Estados Unidos e 16,5% no Brasil ((HYNES-DOWELL; MATEU-GELABERT; BARROS; DELVA, 2011; WU; RINGWALT, 2006). Por outro lado, tais dados não foram corroborados em novos estudos nacionais. Em 2014, Silva–Oliveira encontrou prevalência de uso de inalantes em 7,1% dos adolescentes do sexo masculino e 8,3% do sexo feminino, enquanto o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira encontrou prevalência de uso, ao longo da vida, de 1,1% (BASTOS, 2017).

O uso de inalantes está associado a risco de complicações cardiovasculares, renais, hepáticas, imunes e neuropsiquiátricas, além do próprio risco de dependência (AHERN; FALSAFI, 2013; JONES, H. E.; BALSTER, R. L., 1998; PEDROZO; SIQUEIRA, 1989; WU; RINGWALT, 2006; ZUMIANI; SANTOS; PEREIRA, 2019). A exposição gestacional a solventes também se associa a morbidade materno–fetal, com elevação do risco de com risco materno de acidose tubular renal, crises convulsivas, hipocalcemia, abortamento e para o feto de (SCHEERES; CHUDLEY, 2002)restrição de crescimento intrauterino, malformações congênitas, defeitos do tubo neural (COSTET; BÉRANGER; GARLANTÉZEC; ROUGET *et al.*, 2018; JONES, HENDRÉE E.; BALSTER, ROBERT L., 1998; SCHEERES; CHUDLEY, 2002; WINDHAM; SHUSTERMAN; SWAN; FENSTER *et al.*, 1991).

2.8 Consumo de benzodiazepínicos

Benzodiazepínicos são drogas sedativas prescritas para tratamento de ansiedade, insônia, agitação, epilepsia, síndrome de abstinência por álcool (BAIS; MOLENAAR; BIJMA; HOOGENDIJK *et al.*, 2020; SHYKEN; BABBAR; BABBAR; FORINASH, 2019; TINKER; REEFHUIS; BITSKO; GILBOA *et al.*, 2019). Estas substâncias têm ação agonista sobre receptores do ácido gama aminobutírico do tipo A (GABA-A), que ao liberar o neurotransmissor, provoca influxo de íons cloreto provocando subsequente hiperpolarização pós-sináptica e, como consequência, efeitos de sedação, hipnose, amnésia, relaxamento e interrupção de convulsões podem ser obtidos (FILE, 1990; GRIFFIN; KAYE; BUENO; KAYE, 2013; LÓPEZ-MUÑOZ; ÁLAMO; GARCÍA-GARCÍA, 2011; SHYKEN; BABBAR; BABBAR; FORINASH, 2019). Todavia, por estimular o sistema de recompensa cerebral, também apresentam risco de uso abusivo ou dependência (SHYKEN; BABBAR; BABBAR; FORINASH, 2019).

Ainda que uso abusivo não prepondere em relação às prescrições médicas, como apontado por Shyken (2019) o emprego de dessas substâncias têm aumentado no decorrer dos anos e este autor identificou crescimento de 67% na prescrição de benzodiazepínicos entre 1996 e 2013 (SHYKEN; BABBAR; BABBAR; FORINASH, 2019). Em revisão sistemática recente, Bais (2020) encontrou diferenças significativas na prevalência de uso gestacional de benzodiazepínicos em três continentes: na Europa variou de 1,2% a 14,0%, na América do Sul foi de 2,3%, na Ásia de 0,9% e 3,0% nos Estados Unidos (BAIS; MOLENAAR; BIJMA; HOOGENDIJK *et al.*, 2020). No Brasil, encontrou-se prevalência de 5,71% quanto ao uso de hipnóticos-sedativos (BASTOS, 2017) enquanto a prevalência na gestação, em estudos independentes, foi de 3,2% e 27,67%, respectivamente, nos trabalhos de Tavares e Arribas (ARRIBAS; CARVALHO; SILVA; DINIZ *et al.*, 2018; DO ROSÁRIO TAVARES; RIBEIRO; PORTO; LOPES *et al.*, 2021).

Na gestação, essa classe de medicamentos é empregada principalmente para tratamento de ansiedade, insônia, síndrome das pernas inquietas (BAIS; MOLENAAR; BIJMA; HOOGENDIJK *et al.*, 2020; FREEMAN; GÓEZ-MOGOLLÓN; MCINERNEY; DAVIES *et al.*, 2018; SHYKEN; BABBAR; BABBAR; FORINASH, 2019; WIKNER; STILLER; BERGMAN; ASKER *et al.*, 2007). Pelo fato de os benzodiazepínicos cruzarem a placenta, impactos sobre o binômio mãe-feto devem ser considerados. (SHYKEN; BABBAR; BABBAR; FORINASH, 2019). Desfechos deletérios incluem baixo peso ao nascer, nascimento pré-termo,

redução do perímetro cefálico, taxas aumentadas de abortamento (FREEMAN; GÓEZ-MOGOLLÓN; MCINERNEY; DAVIES *et al.*, 2018; HUITFELDT; SUNDBAKK; SKURTVEIT; HANDAL *et al.*, 2020; OGAWA; TAKESHIMA; FURUKAWA, 2018; WIKNER; STILLER; BERGMAN; ASKER *et al.*, 2007). Também estão descritas malformações congênitas como atresia do trato digestivo, estenose pilórica, malformações orofaciais, malformação de Dandy-Walker, estenose de valva pulmonar, microftalmia e anoftalmia (BELLANTUONO; TOFANI; DI SCIASCIO; SANTONE, 2013; ENATO; MORETTI; KOREN, 2011; GRIGORIADIS; GRAVES; PEER; MAMISASHVILI *et al.*, 2019; TINKER; REEFHUIS; BITSKO; GILBOA *et al.*, 2019; WIKNER; STILLER; BERGMAN; ASKER *et al.*, 2007). Além disso, o uso de benzodiazepínicos no terceiro trimestre está associada à síndrome do lactente hipotônico, hipotermia, letargia, necessidade de suporte ventilatório, além de maiores taxas de admissão em unidades de terapia intensiva neonatal (DAMEN; VISSER; SIE; VAN WEISSENBRUCH, 2014; DE DIOS; MOYA; CARRATALÁ-MARCO, 1999; GILLBERG, 1977; TINKER; REEFHUIS; BITSKO; GILBOA *et al.*, 2019).

2.9 Consumo e alucinógenos

Os alucinógenos compreendem um grupo heterogêneo de substâncias que produzem efeitos semelhantes na percepção, no humor e cognição de seus usuários, apesar de apresentarem estruturas químicas distintas e mecanismos moleculares diferentes. Incluem substâncias como as fenciclidinas (fenciclidina, quetamina, cicloexamina e dizocilpina), fenilalquilaminas (mescalina), indolaminas (psicobilina), dimetilriptamina (DMT), ergolinas (dietilamida do ácido lisérgico), sementes de ipomeia, *Salvia divinorum* e *Datura stramonium* (Figueira-do-diabo). (ASSOCIATION, 2013).

A prevalência é de cerca de consumo de alucinógenos é 0,1% em mulheres, embora seja mais elevada entre as adolescentes quando comparadas com suas contrapartes adultas (ASSOCIATION, 2013; COOK; GREEN; DE LA RONDE; DELL *et al.*, 2017). No Brasil, a prevalência de uso de alucinógenos no III Levantamento nacional sobre uso de substâncias foi de 0,71% ao longo da vida e de 0,22% em 12 meses. Arribas (2018) encontrou prevalência de 5,33% entre gestantes, enquanto Tavares (2020), 1,2% (ARRIBAS; CARVALHO; SILVA; DINIZ *et al.*, 2018; DO ROSÁRIO TAVARES; RIBEIRO; PORTO; LOPES *et al.*, 2021).

Teratogenicidade relacionada à exposição por LSD foi relatada no final da década de 1960 relacionada de defeitos em membros (ASSEMANY; NEU; GARDNER, 1970), assim como relato de aumento de abortos espontâneos (MCGLOTHLIN; SPARKES; ARNOLD, 1970). Todavia, outros estudos não corroboraram tais hipóteses (ROBINSON; CHITHAM; GREENWOOD; TAYLOR, 1974; WARREN; RIMOIN; SLY, 1970) de modo que o tema permanece controverso na literatura. Dados a respeito de ayahuasca ainda são escassos, porém, aqueles obtidos até o momento não se associaram a achados anormais (DOS SANTOS, 2013).

3.0 Consumo de opioides

Os opioides são uma classe de drogas que se ligam ao receptor opioide em todo o corpo humano e se subdividem em três categorias: opioides naturais (codeína, morfina), opioides semissintéticos (hidrocodona, hidromorfina, oxicodona, oximorfona e buprenorfina) e opioides sintéticos (fentanil, metadona e meperidina) (COX, 2020; PATHAN; WILLIAMS, 2012; TSO; WONG, 2003; VALENTINO; VOLKOW, 2020). Os receptores distribuem-se amplamente pelo organismo, apresentam diferentes subtipos de receptores e suas classificações se modificaram com o tempo (PATHAN; WILLIAMS, 2012; TSO; WONG, 2003). A recomendação atual da International Union of Pharmacology (IUPHAR) consiste em denominar os receptores em subtipos DOP(δ), KOP(κ) e MOP(μ) (PATHAN; WILLIAMS, 2012). Ativação desses receptores resultam em perfis de efeitos distintos como analgesia, sedação, estabilização do humor, euforia, sonolência, constipação (PATHAN; WILLIAMS, 2012). A tolerância ao efeito euforizante ocorre na maioria dos usuários, ainda que nem todos os efeitos mediados ocorram na mesma proporção.

Nos Estados Unidos têm ocorrido aumento da prescrição de opioides, com taxas de prescrição entre mulheres variando de 14,4% a 22,8% (MCLAFFERTY; BECKER; DRESNER; MELTZER-BRODY *et al.*, 2016) com cerca de 0,2% delas satisfazendo critérios diagnósticos para transtorno por uso de opioides (MAEDA; BATEMAN; CLANCY; CREANGA *et al.*, 2014). De acordo com a ACOG, a prevalência estimada de uso de opioides na gestação é de aproximadamente 1% e em até 0,1% dos casos há consumo de heroína (Committee Opinion No. 711: Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy, 2017), todavia, estudo de Zhao (2021) encontrou prevalência maior em Quebec, onde a exposição a opioides

ocorreu em 4,7% das gestações (ZHAO; BERTHOD; SHEEHY; KASSAI *et al.*, 2021).

O uso de opioides na gestação está associado a maior incidência de complicações obstétricas e neonatais, como maiores taxas de hipertensão, crescimento intrauterino restrito, abortamento, descolamento de placenta, nascimento pré-termo, natimortalidade aumentada, microcefalia, baixos índices no score APGAR, baixo peso ao nascer, síndrome de abstinência neonatal (AZUINE; JI; CHANG; KIM *et al.*, 2019; MAEDA; BATEMAN; CLANCY; CREANGA *et al.*, 2014; MCLAFFERTY; BECKER; DRESNER; MELTZER-BRODY *et al.*, 2016).

Um estudo brasileiro recente, que comparou gestantes com nível grave de morbidade gestacional com gestantes sem risco gestacional, encontrou uma prevalência em torno de 17% de gestantes confirmando uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, durante a gestação, incluindo álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetamínicos, opioides e outras substâncias, com utilização do instrumento de rastreamento ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) (PEREIRA; PACAGNELLA; PARPINELLI; ANDREUCCI *et al.*, 2018).

No Brasil, o tema ainda é quase completamente ignorado, considerando-se a escassez de publicações específicas. Entre os resultados publicados em 2014, do estudo BRISA, um amplo estudo longitudinal prospectivo sobre fatores associados à gestação e desenvolvimento infantil, realizado em São Luís, Maranhão, Brasil, observou-se uma forte associação entre baixo nível educacional, uso inadequado de cuidados de pré-natal e maior consumo de bebidas alcoólicas entre gestantes (BERNARDES; DA SILVA; COIMBRA; ALVES *et al.*, 2014).

Através de uma pesquisa bibliográfica recente (de 05/06/2019) para artigos científicos do Brasil, referentes às palavras-chave: “*substance use*”, “*pregnancy*” e “*epidemiology*”, nos últimos dez anos, com foco na identificação de estudos sobre a prevalência do consumo de substâncias psicoativas na gestação, identificou somente uma publicação no banco “*Web Of Science*” (PINHEIRO; DA CUNHA COELHO; DA SILVA; DE ÁVILA QUEVEDO *et al.*, 2012), três no “*Scopus*” (MANENTI; GALATO JÚNIOR; SILVEIRA; OENNING *et al.*, 2011; SANCHEZ; NAPPO; CRUZ; CARLINI *et al.*, 2013; TRINDADE-SUEDAM;

KOSTRISCH; PIMENTA; NEGRATO *et al.*, 2016) e oito no “*PubMed*”(AVILLA; SURJAN; DE FÁTIMA RATTO PADIN; CANFIELD *et al.*, 2017; BESSA; MITSUHIRO; CHALEM; BARROS *et al.*, 2010; LOBATO; MORAES; DIAS; REICHENHEIM, 2012; OLIVEIRA-CAMPOS; NUNES; MADEIRA; SANTOS *et al.*, 2014; RAMOS DE SOUZA; DO AMARAL; ALVES GUIMARÃES; REZZA *et al.*, 2017; REICHENHEIM; MORAES; LOPES; LOBATO, 2014; SAFFIER; KAWA; HARLING, 2017; SHU; HUANG; MENEZES; FAISAL-CURY, 2015). Nenhuma publicação foi encontrada no “*Lilacs*” (banco bibliográfico latino-americano) ou no “*Scielo*” quando se utilizou os mesmos termos. Os artigos encontrados nos bancos bibliográficos “*Web Of Science*”, “*Scopus*” e “*PubMed*”, não eram primariamente originados de estudos voltados para a investigação da prevalência de consumo de substâncias psicoativas durante a gestação. O estudo com perfil mais aproximado ao objetivo de investigar a prevalência foi o estudo de Shu *et al.* (2016)(SHU; HUANG; MENEZES; FAISAL-CURY, 2015), realizado sobre uma amostra de gestantes da cidade de São Paulo.

O estudo aqui apresentado, neste projeto de pesquisa, tem, portanto, um forte componente de originalidade para o contexto brasileiro, acrescentando-se sua originalidade no oferecimento de informações sobre um município de médio porte do interior do estado de São Paulo. Acrescente-se ainda que, até onde vai nosso conhecimento, parece ser o primeiro que tem entre seus objetivos avaliar a relação entre os dados de prevalência sobre uso de substâncias psicoativas na gestação com um indicador de literacia a respeito de consequências do consumo de álcool na gestação.

Este estudo foi um prolongamento do estudo intitulado “Fatores associados à eficácia de um modelo de intervenções breves para redução do consumo de álcool na gestação”, conhecido como “Gesta-IntervBrev” (Ver Anexo 1), que buscou avaliar usuárias e não usuárias de álcool na gestação.

Este estudo, assim como o estudo do qual se originou, o “Gesta-IntervBrev”, fazem parte de uma linha de pesquisa conduzida pelo Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado, introduzida em 1999 com o primeiro estudo da série, identificado como “Gesta-Álcool”, o qual permitiu a validação brasileira do questionário de rastreamento “T-ACE”, para identificação de gestantes com risco pré-natal de exposição fetal ao álcool e TEAF na prole(FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007; FURTADO; FABBRI, 1999; PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005).

A área temática básica em que se insere este estudo, referente ao consumo de substâncias psicoativas na gestação e sua repercussão sobre o feto e o desenvolvimento infantil, é de elevada relevância de saúde pública, tendo sido reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, que a ela dedicou uma diretriz específica, publicada em 2014, com a indicação das evidências científicas existentes e recomendações às agências de saúde dos países membros das Nações Unidas, e pesquisadores e profissionais de saúde de todo o mundo para o desenvolvimento de estratégias preventivas e de atenção ao problema. Igualmente, alertas para a gravidade do problema foram publicados em cartas abertas assinadas por pesquisadores de todo o mundo, em revistas científicas de alta repercussão internacional (JONSSON; SALMON; WARREN, 2014; WORLD HEALTH, 2014).

CAPÍTULO 3 LITERACIA EM SAÚDE E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

No que concerne ao uso de substâncias psicoativas durante a gestação, a relevância da literacia em saúde é evidente dado que concepções errôneas sobre o uso de álcool durante a gravidez são frequentes, como, por exemplo, a crença de que alguns tipos de bebidas implicam em menores riscos sobre a gravidez em relação a outros; que os riscos do consumo de álcool se limitem apenas ao início da gravidez ou que apenas consumo em grandes quantidades cause danos (BARBOUR, 1990).

Em um estudo a respeito de conhecimentos e atitudes diante do consumo de álcool na gravidez, a maioria das entrevistadas (92,7%) concordou que o consumo de álcool durante a gravidez poderia afetar o feto, porém, 16,2% não acreditaram que o consumo poderia desencadear prejuízos duradouros à criança. Apesar da

disponibilização e acesso de recomendações sobre o consumo de álcool durante a gestação, não necessariamente, ocorrem modificações nos conhecimentos, atitudes e comportamentos de mulheres perante o consumo de álcool durante a gestação, mesmo em países desenvolvidos(KESMODEL; URBUTÉ, 2019).

A respeito do uso de tabaco, adequada literacia a respeito dos riscos de efeitos adversos do tabagismo durante a gestação é baixa. Estudo americano identificou que apenas 23% das mulheres em idade reprodutiva tinham conhecimento apropriado sobre os efeitos adversos do uso de tabaco sobre os desfechos da gravidez. Mulheres com maiores níveis de literacia demonstram maior preocupação a respeito dos efeitos adversos do tabagismo sobre si próprias e aos seus bebês. Com relação ao tabagismo passivo, a literacia adequada se mostra ainda menor(CHOMBA; TSHEFU; ONYAMBOKO; KASEBA-SATA *et al.*, 2010).

Apesar dos riscos conhecidos do consumo de maconha durante a gravidez para o feto e para gestação, a literacia a seu respeito ainda é baixa. Levantamento realizado pelo *National Survey on Drug Use and Health* demonstrou um aumento da probabilidade de que o uso regular de maconha durante gestação não implica em riscos, de 4.6% em 2005 para 19% em 2015(JARLENSKI; KOMA; ZANK; BODNAR *et al.*, 2017) e que 70% das mulheres que usam marijuana 1-2 semana acreditam que o risco é pequeno ou ausente(KO; FARR; TONG; CREANGA *et al.*, 2015). Outro estudo demonstrou que pacientes demonstram conhecimento a respeito de riscos do uso pré-natal de tabaco e álcool, porém, interpretavam que o uso de maconha era seguro(CHANG; TARR; HOLLAND; DE GENNA *et al.*, 2019).

No Brasil, o tema ainda é quase completamente ignorado, considerando-se a escassez de publicações específicas. Entre os resultados publicados em 2014, do estudo BRISA, um amplo estudo longitudinal prospectivo sobre fatores associados à gestação e desenvolvimento infantil, realizado em São Luís, Maranhão, Brasil, observou-se uma forte associação entre baixo nível educacional, uso inadequado de cuidados de pré-natal e maior consumo de bebidas alcoólicas entre gestantes(BERNARDES; DA SILVA; COIMBRA; ALVES *et al.*, 2014).

CAPÍTULO 4 ESCOPO DO ESTUDO E SEUS OBJETIVOS

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo Geral:

Investigar, através do relato de recém-puérperas, a prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas na gestação e sua relação com características sociodemográficas, da gestação e parto, e nível de conhecimento ou literacia sobre consequências do consumo.

4.1.2 Objetivos Específicos:

Caracterizar a distribuição sociodemográfica das puérperas, avaliando as diferenças de perfil sociodemográfico entre diferentes padrões de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, conforme suas respostas aos questionários de rastreamento AUDIT e ASSIST.

Verificar a relação entre os escores obtidos pela aplicação de questionários de rastreamento para o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas na gestação e intercorrências da gestação e parto.

Examinar os parâmetros de vitalidade dos recém-nascidos, em termos de peso e estatura ao nascer, com os escores obtidos no instrumento ASSIST, para cada grupo de substâncias de abuso.

Identificar características sociodemográficas associadas ao nível de conhecimento ou literacia.

Verificar comparativamente se nível de escolaridade e de conhecimento ou literacia sobre os Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal está associado a maior ou menor uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas.

4.2 Metodologia

4.2.1. Delineamento do estudo

O presente projeto de pesquisa foi desenvolvido como uma análise original de fontes secundárias, consistindo no exame de dados previamente colhidos em um estudo anterior.

O estudo anterior, que originou os dados para este projeto, é o “GestaIntervBrev-Mecônio”, o qual teve um recorte epidemiológico analítico observacional e transversal, sendo realizado em 2014 sobre uma amostra de 160 mulheres recém-puérperas da cidade de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo (Ver seção “aspectos éticos”).

A seguir serão fornecidas informações relativas ao tamanho amostral e características das puérperas, sujeitos da pesquisa, informando sobre critérios de inclusão e exclusão, forma de recrutamento, e entrevista e questionários de rastreamento sobre consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Serão informados os limites da abordagem analítica para este estudo.

4.2.2 Tamanho amostral e participantes da pesquisa

A amostra de puérperas e recém-nascidos do projeto original “GestaIntervBrev-Mecônio”, foi formada por 160 pares de mulheres e seus recém-nascidos, do ano de 2014.

Ao final da gestação, poucas horas após o parto, elas foram abordadas e entrevistadas, quando também foi realizada a coleta de dados hospitalares referentes aos parâmetros antropométricos, de vitalidade do recém-nascido e de saúde geral da mãe puérpera. A coleta de dados foi realizada nas dependências do Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM-Mater), maternidade pública vinculada ao Complexo HC-FMRP-USP, que atende gestantes de baixo risco do Sistema Único de Saúde, em Ribeirão Preto.

Para participação na pesquisa, as mulheres puérperas tinham que atender aos seguintes critérios de inclusão: boas condições gerais de saúde física e mental que lhes permitissem compreender com clareza os objetivos da pesquisa e as questões formuladas na entrevista estruturada e fornecer sem dificuldades as informações solicitadas, e que tivessem previamente registrado seu consentimento com plena clareza dos objetivos da pesquisa e seus direitos.

4.2.3 Entrevista

Foi utilizada uma entrevista estruturada com 97 questões, divididas em seções, incluindo diferentes instrumentos (ver anexo). Todas entrevistas foram realizadas por uma única pessoa, uma entrevistadora de nível superior e pós-graduada da área da saúde, devidamente treinada e habilitada, junto ao leito, com anuência e colaboração da equipe médica e de enfermagem, e respeitando os horários de amamentação e refeição, sono, repouso e procedimentos médicos e de enfermagem, sem causar constrangimento ou desconforto à puérpera. O tempo médio de duração da entrevista variou de 20 a 30 minutos. As respostas foram inicialmente assinaladas nos formulários impressos e posteriormente digitadas em uma planilha Excel para compor o banco de dados, e depois exportadas para arquivos digitais com formato específico para uso em programas de análises estatística (SPSS ou MedCalc).

Abaixo, seguem informações sobre as diferentes seções da entrevista estruturada, com maior detalhamento de sua estrutura.

4.2.4 Avaliação sociodemográfica

Os dados sociodemográficos foram avaliados pela idade da mãe em anos, estado civil, escolaridade, cor de pele (segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), se exerce atividade remunerada, renda familiar em reais, se houve planejamento da gestação, idade gestacional em semanas, modo de parto, sexo do recém-nascido, número de consultas e ultrassonografias pré-natais.

4.2.5 Instrumentos de rastreio empregados na pesquisa:

As participantes do estudo foram submetidas a entrevista no leitos de enfermaria por meio da aplicação de instrumentos de rastreio selecionados: T-ACE, AUDIT e ASSIST.

O questionário foi aplicado em forma de entrevista pela pesquisadora nos leitos, respeitando os horários da amamentação, refeição, avaliação da equipe de

enfermagem e médica. O tempo médio de duração da entrevista variou de 20 a 30 minutos.

O instrumento T-ACE (Tolerance, Cut-down, Annoyed, Eye-opener) trata-se de um questionário de rastreamento para identificar gestantes com consumo de risco para desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool no feto. O questionário foi desenvolvido por Sokol (1989) a partir de outro instrumento de rastreamento CAGE (C = cut down, A = annoyed, G = guilt, E = eye opener) (SOKOL; MARTIER; AGER, 1989). O T-ACE compõe-se de quatro questões: *Tolerance (T)*, que busca informações sobre tolerância; *Annoyed (A)*, que inquiri sobre desconforto ou aborrecimento diante de críticas providas de familiares e outras pessoas sobre o consumo de álcool; *Cut Down (C)*, que avalia sobre a percepção da necessidade de redução do consumo e *Eye-opener (E)*, que indaga a respeito da presença de desejo de consumo de álcool pela manhã. A primeira questão tem pontuação que varia de 0 a 2 pontos (não bebo – 0 ponto; até duas doses – 1 ponto; três ou mais doses – 2 pontos). As demais questões variam de 0 a 1 ponto (não – 0 ponto; sim – 1 ponto) (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007; SOKOL; MARTIER; AGER, 1989).

O Instrumento AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) é um instrumento de rastreamento preconizado pela Organização Mundial da Saúde para rastreamento em serviços de saúde, principalmente em serviços de atenção primária. É composto por dez questões: as três primeiras questões avaliam a quantidade e frequência do consumo; as três seguintes avaliam sintomas da dependência alcoólica e as quatro últimas avaliam o risco nocivo ao usuário (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011; SAUNDERS; AASLAND; BABOR; DE LA FUENTE *et al.*, 1993). A pontuação do AUDIT pode variar de 0 a 40 e, de acordo com a pontuação obtida, classifica o usuário em categorias de padrões de consumo de álcool. São elas: uso de baixo risco (0 a 7 pontos) no qual o indivíduo apresenta um consumo de baixo risco para consequência perigosa para si própria como pra outrem; uso de risco (8 a 15 pontos) no qual o indivíduo apresenta um consumo que aumenta o risco para consequência perigosa para si própria como para outrem, apesar de não ter sofrido ainda nenhum dano; uso nocivo (16 a 19 pontos) no qual o indivíduo apresenta um consumo que ocasiona danos a sua saúde; e provável dependência (20 a 40 pontos) onde o indivíduos apresenta sintomas da dependência alcoólica e deverá ser encaminhado para uma avaliação

médica para confirmar o diagnóstico da dependência alcoólica (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011; SAUNDERS; AASLAND; BABOR; DE LA FUENTE *et al.*, 1993).

A detecção do uso de tabaco e outras substâncias psicoativas foi realizada através do questionário de rastreamento ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*). Tal instrumento foi desenvolvido por iniciativa da Organização Mundial da Saúde e seu uso é recomendado para ser utilizado em serviços de atenção primária, não especializados. O ASSIST tem uma estrutura semelhante à do AUDIT em vários aspectos, sendo que apresenta diferentes pontos-de-corte para diferentes substâncias. O ASSIST oferece a possibilidade do rastreamento para o álcool, tabaco e outras categorias de substâncias psicoativas. Neste estudo o AUDIT foi utilizado para avaliação do consumo de álcool enquanto o ASSIST foi utilizado para avaliação do uso de tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes e hipnóticos sedativos (HOTHAM; ALI; WHITE, 2016; 2002). O ASSIST (é um questionário de rastreamento desenvolvido por iniciativa da Organização de Saúde para detecção de uso de risco/nocivo e dependência de álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, solventes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras substâncias (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility, 2002). O instrumento está constituído por oito questões nos quais são abordadas frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupações a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4-15 como indicativa de abuso, ≥ 16 como sugestiva de dependência. No estudo de confiabilidade de teste-reteste ($n=236$) foram obtidos coeficientes Kappa entre 0,58 e 0,90 para as principais questões (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility, 2002). No estudo de validação brasileiro ($n=147$) a sensibilidade variou de 84% a 91% e a especificidade de 79% a 98%, com coeficientes alfa de Cronbach para álcool, tabaco, maconha e cocaína

respectivamente de 0,80, 0,80, 0,79 e 0,81(HENRIQUE; DE MICHELI; LACERDA; LACERDA *et al.*, 2004).

4.1.6 Avaliação de dados clínicos dos recém-nascidos

Os dados antropométricos e as condições dos recém-nascidos foram avaliadas pelas variáveis: peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, escores de Apgar no 1º e 5º minuto. Esses dados foram retirados do prontuário médico.

4.3. Análise estatística

Análises estatísticas foram realizadas a partir do banco de dados com variáveis quantitativas, contínuas, ordinais, categoriais ou classificatórias, para os quais foram aplicados testes analíticos para verificação da hipótese principal do estudo e para o alcance dos objetivos primário e secundários, com uso de métodos estatísticos paramétricos e não-paramétricos, conforme a distribuição dos dados. Para tanto foi adotado um alfa de 0,05.

As variáveis avaliadas foram: escores parciais e totais dos questionários AUDIT e ASSIST relativos ao padrão de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas durante a gestação, dados sociodemográficos, condições da gestação e parto, e nível de conhecimento (literacia) sobre consequências do consumo de álcool e outras substâncias na gestação.

As variáveis categóricas foram descritas pela frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas por medidas de tendência central (média, mediana) e por medidas dispersivas (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Para execução das análises, foram utilizados os aplicativos computacionais estatísticos “IBM SPSS Statistics 20” e “MedCalc 19.03”.

4.4. Aspectos Éticos e Análise Crítica de Riscos e Benefícios

A etapa referente ao rastreamento para o consumo de risco de álcool durante a gestação fez parte do projeto temático denominado GESTAINTERVBREV (Fatores associados à eficácia de um modelo de

intervenções breves para redução do consumo de álcool na gestação), que teve sua aprovação no Processo nº 12.627/2009, em 19 de Janeiro de 2010 (ver anexo 1), pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, o qual recebeu aprovação em adendo para coleta de mecônio, em 26 de Outubro de 2011 (ver Anexo 2).

O projeto aqui apresentado, deve ser entendido também como uma extensão e desdobramento do projeto GESTA-INTERVBREV-MECONIO, com utilização dos dados coletados naquele estudo, com a utilização das mesmas planilhas e bancos de dados compilados e agregados, e que se encontram sob a guarda do Prof. Dr. Erikson F. Furtado, pesquisador principal e formulador dos projetos em questão.

A proposta deste estudo foi empreender uma análise original dos dados já coletados e que não foi desenvolvida nos estudos anteriores. Portanto, não houve novo processo de recrutamento de participantes ou de coleta de dados por entrevistas ou qualquer outro meio, sendo solicitado ao Comitê de Ética a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPÍTULO 5 RESULTADOS

5.1. Descrição sociodemográfica da amostra de gestantes

A amostra foi composta por 160 pares de mães e recém-nascidos. Em relação às características sociodemográficas, a tabela 1 apresenta informações a respeito das variáveis idade, renda, número de dependentes e renda per capita, enquanto a tabela 2 informa sobre as variáveis dicotômicas: exercer atividade remunerada, residir com companheiro, praticar religião.

A média de idade das participantes foi 26 anos ($M=26,24$; $EP=0,47$) e 60,6% ($n=97/160$) delas exerciam atividade remunerada com renda familiar média de 1878 reais ($EP=80,33$ reais). Por sua vez, a renda per capita familiar era de enquanto a renda per capita familiar média foi de R\$ 440,55 ($EP: 20,86$). Em média, havia 4,34 ($EP: 0,12$) dependentes de renda por domicílio e 82,50% ($n=132/160$) residiam com companheiro. Quanto ao credo religioso, este esteve presente em 56,25% ($n=90/160$) das participantes.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)

Variável	N	Média	Erro padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	160	26,24	0,47	15	41
Renda familiar (R\$)	133	1878,26	80,33	0	5000
Dependentes da renda	136	4,34	0,12	0	8
Renda per capita familiar (R\$)	133	440,55	20,86	0	1500

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica por frequência para variáveis: exercer atividade remunerada, residir com companheiro e ser praticante de religião (n=160)

Variável	Resposta	Frequência	Porcentagem (%)
Exerce atividade remunerada	Sim	97	60,63
	Não	63	39,38
	Total	160	100,00
Reside c/ companheiro	Sim	132	82,50
	Não	28	17,50
	Total	160	100,00
Credo religioso	Sim	90	56,25
	Não	70	43,75
	Total	160	100,00

Na Tabela 3 estão apresentados dados acerca da relação marital, escolaridade e cor de pele/etnia. Como pode ser observado, no que diz respeito à relação marital, 83,1% (n=133/160) apresentam união estável, sendo 30% (n=48/160) casadas e 53,1% amasiadas (n=85/160). Quanto à escolaridade, 23,1% (n=37/160) delas apresentavam ensino fundamental incompleto ao passo que 38,8% (n=62/160) detinham ensino médio completo e 1,9% (n=3/160) alcançaram ensino superior completo. Dentre as etnias, 30% (n=48/160) se definiram como brancas, 48,8% (n=78/160) como pardas, 10% (n=16/160) como amarelas, 9,4% (n=15/160) e 1,9% (n=3/160) como indígenas.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica por frequência para as variáveis: relação marital, escolaridade e cor de pele/etnia

Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem (%)
Relação marital	Vive junto	85	53,1
	Casada	48	30,0
	Solteira	24	15,0
	Não informou	2	1,3
	Divorciada	1	0,6
	Total	160	100,0
Escolaridade	Médio	54	33,8
	Médio incompleto	46	28,8
	Fundamental incompleto	37	23,1
	Fundamental	12	7,5
	Superior incompleto	8	5,0
	Superior	3	1,9
Total	160	100,0	
Cor da pele/Etnia	Parda	78	48,8
	Branca	48	30,0
	Amarela	16	10,0
	Preta	15	9,4
	Indígena	3	1,9
	Total	160	100,0

5.2. Descrição de dados gestacionais

Dados pré-natais a respeito do número de consultas, ultrassonografias e idade gestacional estão representados na Tabela 4 enquanto tabela 5 apresenta dados sobre via de parto, sexo do neonato e planejamento gestacional.

A idade gestacional apresentou duração média de 39,4 semanas (DP=1,4), variando de 35 a 42 semanas. A gestação não foi planejada em 66,9% (n=107/160) dos casos, enquanto a média de de consultas pré-natais foi de 8,3 (DP=2,4) e o de ultrassonografias, 5 (DP=1,3). Por sua vez, via de parto vaginal ocorreu em 70,0%(n=112/160) das gestações, sendo os neonatos do sexo feminino em 51,9% (n=83/160) das ocasiões.

Tabela 4 - Dados pré-natais: idade gestacional, consultas pré-natais e ultrassonografias

Variáveis	N	M	Md	DP	Min	Máx
Idade gestacional (semanas)	160	39,4	42	1,4	35	42
Número de consultas pré-natais	160	8,3	15	2,4	0	15
Número de ultrassonografias-pré-natais	160	5,0	7	1,3	0	7

Legenda: N – tamanho da amostra; M – média aritmética; Md – mediana; DP – desvio padrão da média; Min-Máx – valor mínimo e máximo da média.

Tabela 5 – Caracterização gestacional por frequência para as variáveis: planejamento da gestação, via de parto, sexo do neonato

Variáveis	Categorias	Frequência	Porcentagem (%)
Planejamento da gestação	Sim	53	33,1
	Não	107	66,9
	Total	160	100,0
Via de parto	Vaginal	112	70,0
	Cesárea	48	30,0
	Total	160	100,0
Sexo do neonato	Masculino	77	48,1
	Feminino	83	51,9
	Total	160	100,0

5.3. Resultados a respeito indicadores de saúde e vitalidade fetal

Dados antropométricos e vitalidade neonatal foram avaliados nos recém-nascidos das participantes e seus dados estão apresentados na tabela 6 O peso médio dos recém-nascidos foi de 3209,5 gramas (DP=469,3), enquanto o comprimento médio foi de 48,7 centímetros (DP=2,1). O perímetro cefálico médio foi de 34 centímetros (DP=1,4) e o torácico de 32,6 centímetros (DP=1,8). O APGAR médio foi de 8,5 (DP=1,5) no primeiro minuto e 9,5 (DP=1,0) no quinto minuto.

Tabela 6 – Parâmetros antropométricos e escores APGAR dos recém-nascidos

Variável	N	M	Md	DP	Mín	Máx
Peso (g)	160	3209,5	3160	469	2225	4795
Estatura (cm)	160	48,7	48,5	2,1	44,5	54,0
Perímetro Cefálico (cm)	160	34,0	34	1,4	30,5	38,5
Perímetro Torácico (cm)	160	32,6	33	1,8	28	38
APGAR 1' minuto	160	8,5	9	1,5	1	10
APGAR 5' minuto	160	9,5	10	1,0	0	10

Legenda: N – tamanho da amostra; M – média aritmética; Md – mediana; DP – desvio padrão da média; Min-Máx – valor mínimo e máximo da média.

Na tabela 7 está apresentada a associação entre o sexo do recém-nascido e os parâmetros antropométricos e de vitalidade. O sexo do recém-nascido foi avaliado para associação com as variáveis peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, APGAR. Para as variáveis peso ($Z=15,959$; $p<0,001$), estatura ($Z=17,844$, $p<0,001$), perímetro cefálico ($Z=13,910$; $p<0,001$) e perímetro torácico ($Z=9,346$; $p=0,003$) foi observada diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo, enquanto para os parâmetros de vitalidade, APGAR 1' ($Z=1,058$; $p=0,305$) e APGAR 5' ($Z=0,000$; $p=0,993$) não foi encontrada diferença significativa.

Tabela 7 – Associação entre variáveis antropométricas e de vitalidade e sexo do recém-nascido

Variável	Sexo	N	M	DP	Mín	Máx	Anova	
							Z	p
Peso	Masculino	82	3343,72	484,58	2225,00	4795,00	15,959	<0,001
	Feminino	78	3061,03	404,63	2385,00	4275,00		
Estatura	Masculino	82	49,30	2,22	44,50	54,00	17,844	<0,001
	Feminino	78	47,96	1,76	44,50	53,00		
Perímetro Cefálico	Masculino	82	34,42	1,45	31,50	38,50	13,910	<0,001
	Feminino	78	33,61	1,28	30,50	36,00		
Perímetro Torácico	Masculino	80	33,04	1,90	28,50	38,00	9,346	0,003
	Feminino	78	32,21	1,51	28,00	36,00		
APGAR 1'	Masculino	81	8,35	1,65	2,00	10,00	1,058	0,305
	Feminino	77	8,60	1,41	1,00	10,00		
APGAR 5'	Masculino	81	9,52	0,59	8,00	10,00	0,000	0,993
	Feminino	77	9,52	0,70	6,00	10,00		

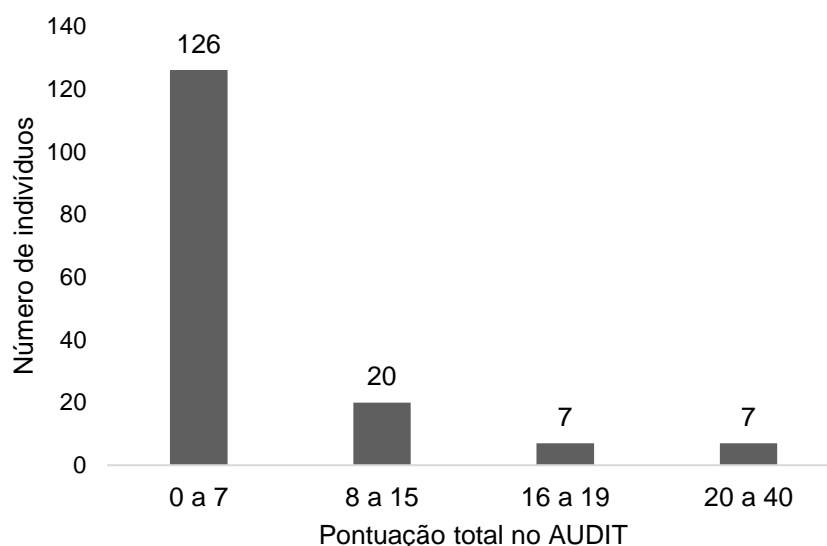
Legenda: N – tamanho da amostra; M – média aritmética; DP – desvio padrão da média; Min-Máx – valor mínimo e máximo da média; Z – coeficiente do teste; Anova; p – significância estatística; Peso – peso do recém-nascido; Estatura – estatura do recém-nascido; Perímetro Cefálico – perímetro cefálico do recém-nascido; Perímetro torácico – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto.

5.4. Consumo de álcool

A seguir serão apresentados resultados sobre o consumo de álcool feito pelas gestantes por meio da pontuação no AUDIT e pelo Alcohol Timeline Followback.

No que diz respeito ao consumo de álcool avaliado pelo AUDIT, a participantes apresentaram pontuação que variou de zero a 40 distribuídas nas seguintes categorias: baixo risco (0 a 7 pontos), risco (8 a 15 pontos), uso nocivo (16 a 19 pontos) e provável dependência (20-40 pontos). A distribuição das participantes por categoria está representada na Figura 1. Como pode ser observado 78,8% (n=126/160) das participantes pertenciam à categoria uso de baixo risco, 12,5% (n=20/160) à categoria uso de risco, 4,4% (n= 7/160) à categoria de uso nocivo e 4,4% (7/160) à categoria de provável dependente. Será chamado de grupo “triagem positiva do AUDIT ou simplesmente AUDIT+” ao conjunto das participantes cuja pontuação fora maior que sete no AUDIT (categorias de risco, uso nocivo, provável dependência).

Figura 1 – Gráfico de barras com distribuição das participantes conforme categorias de pontuação no AUDIT



Foram realizadas análises estatísticas no grupo AUDIT+ a conjuntos de variáveis de interesse, cujos resultados serão apresentados nos parágrafos seguintes.

Na Tabela 8 estão representados dados sobre análise comparativa das médias daquelas com triagem positiva no AUDIT perante as variáveis

sociodemográficas idade, renda, número de dependentes e renda per capita. Como é possível observar na Tabela 8, não foi encontrada associação significativa entre as variáveis sociodemográficas pertencentes ao grupo AUDIT+.

Tabela 8 – Análise comparativa de médias, por triagem positiva do AUDIT, para: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)

Variável	AUDIT	N	M	DP	Mín	Máx	Anova Z	p	TDE n ²	95% IC inf	TDE sup
Idade materna	Não	126	26,34	6,02	15,00	41,00	0,18	0,67	0,001	0,000	0,033
	Sim	34	25,85	5,84	15,00	40,00					
Renda familiar	Não	105	1941,08	969,05	0,00	5000,00	2,32	0,13	0,017	0,000	0,084
	Sim	28	1642,71	711,42	400,00	4000,00					
Dependentes da renda	Não	108	4,29	1,37	0,00	8,00	0,68	0,41	0,005	0,000	0,054
	Sim	28	4,54	1,60	0,00	8,00					
Renda per capita familiar	Não	105	460,97	248,49	0,00	1500,00	3,67	0,06	0,027	0,000	0,102
	Sim	28	363,96	193,31	68,95	1000,00					

Legenda: N – tamanho da amostra; M – média aritmética; DP – desvio padrão da média; Min-Máx – valor mínimo e máximo da média; TDE – tamanho do efeito; 95% IC – 95% do intervalo de confiança; Z – coeficiente do teste Anova; p – significância estatística; n² - Quadrado de Eta; inf-sup – limites inferior e superior.

Na Tabela 9 estão apresentados dados sobre as variáveis categóricas relacionadas à situação marital das participantes da pesquisa, a partir dos quais realizou-se análise comparativa de proporções. Observaram-se associações significativas tanto no teste qui-quadrado de Pearson $\chi^2 = 18,816$ ($p < 0,001$; $df = 4$; $n=160$) quanto no qui-quadrado da razão de verossimilhanças $G^2 = 23,048$ ($p < 0,0001$; $df = 4$; $n=160$).

Tabela 9 – Análise comparativa de proporções por triagem positiva do AUDIT para categorias de respostas quanto a relação marital (N=160)

Categorias	Grupo AUDIT Positivo				Grupo AUDIT Negativo				N Total	% Tot
	N	% Tot	% Grupo	% Cat	N	% Tot	% Grupo	% Cat		
Vive junto	25	15,6%	74%	29%	60	37,5%	48%	71%	85	53,1%
Casada	1	0,6%	3%	2%	47	29,4%	37%	98%	48	30,0%
Solteira	6	3,8%	18%	25%	18	11,3%	14%	75%	24	15,0%
Divorciada	1	0,6%	3%	100%	0	0,0%	0%	0%	1	0,6%
Não informou	1	0,6%	3%	50%	1	0,6%	1%	50%	2	1,3%
N Total	34	21,3%	100%	21%	126	78,8%	100%	79%	160	100,0%

Qui-quadrado de Pearson: χ^2 (df – p) = 18,816 (4 – 0,001)
Razão de verossimilhança: G^2 (df – p) = 23,048 (4 – 0,0001)

Legenda: N – número de sujeitos da pesquisa; % Tot – porcentagem do total; % Grupo – porcentagem do grupo; % Cat – porcentagem da categoria; χ^2 – coeficiente do Qui-quadrado de

Pearson; G^2 - coeficiente do teste de Razão de Verossimilhança; df – “degree of freedom”, grau de liberdade; p – significância estatística.

Na Tabela 10, por sua vez estão apresentadas as correlações entre o escore total do AUDIT com parâmetros antropométricos (perímetro cefálico, perímetro torácico, estatura, peso) e pontuação APGAR do recém-nascido. Foram encontradas correlações inversas entre as variáveis mencionadas e escore total do AUDIT, todavia, apenas as correlações envolvendo perímetro torácico ($r^2= -0,177$; $p= 0,026$), APGAR 1' ($r^2= -0,177$; $p= 0,026$) demonstraram associação significativa.

Tabela 10 – Correlação escore total no AUDIT com dados antropométricos e pontuação APGAR do recém-nascido

	Variáveis Analisadas					
	Peso	Estatura	PC	PT	APGAR 1'	APGAR 5'
Correlação de Pearson	-0,137	-0,152	-0,035	-0,177	-0,177	-0,110
Sig. (2extremidades)	0,084	0,055	0,664	0,026	0,026	0,169
N	160	160	160	158	158	158

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso – peso do recém-nascido; Estatura – estatura do recém-nascido; PC – perímetro cefálico do recém-nascido; PT – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto.

O Alcohol Timeline Followback foi empregado para avaliar o consumo trimestral das participantes com subdivisão em quatro trimestres: trimestre anterior a gestação e primeiro, segundo e terceiro trimestres gestacionais e as informações estão apresentadas na Tabela 11.

Tabela 11 – Consumo de álcool pelas gestantes durante o trimestre anterior a gestação e durante os três trimestres gestacionais

	Período	M	DP	Mín	Máx
Número de ocasiões que bebeu	Antes da gestação	7,6	14,5	0	84
	1º trimestre	4,2	10	0	84
	2º trimestre	2,1	5,6	0	28
	3º trimestre	1,7	4,4	0	24
Número de doses por ocasião	Antes da gestação	2,4	4,8	0	32
	1º trimestre	1,9	4,7	0	32
	2º trimestre	1,0	3,4	0	32
	3º trimestre	0,8	1,8	0	12
Número total de doses que bebeu	Antes da gestação	60,5	191,5	0	1680
	1º trimestre	38,4	167,7	0	1680
	2º trimestre	12,3	55,2	0	560
	3º trimestre	5,1	17,8	0	144

Legenda: N – tamanho da amostra; M – média aritmética; DP – desvio padrão da média; Min-Máx – valor mínimo e máximo da média.

Conforme pôde ser observado, antes da gestação, o consumo de álcool ocorreu em 44,4% ($n=71/160$) das gestantes, sendo tipo binge em 28,1%

(n=45/160) dos casos. Por sua vez, consumo de álcool em algum momento durante a gestação ocorreu em 50% (n=80/160) dos casos, sendo tipo binge em 21,3% (n=34/160) deles. Uso de álcool no primeiro trimestre ocorreu em 9,4% (n=15/160) das gestantes, enquanto, 15% (n=15/160) delas consumiram álcool durante os três trimestres gestacionais.

Em relação à qualquer uso de álcool durante a gestação, buscou-se avaliar a associação deste com variáveis sociodemográficas selecionadas. Na Tabela 12 está representada a análise comparativa das médias para variáveis idade, renda, número de dependentes, renda per capita. Não foram encontradas associações significativas entre as variáveis idade materna (M=25,87, DP=5,69; p=0,42), renda familiar (M=1756,61; DP=863,09; p=0,13) e dependentes de renda (M=4,43; DP=1,53; p=0,42). A variável renda per capita familiar (M=390,15; DP= 202,68) revelou associação com uso de álcool na gestação (p=0,01) com tamanho de efeito pequeno ($\eta^2=0,045$).

Tabela 12 – Análise comparativa de médias, conforme qualquer uso de álcool na gestação, para variáveis sociodemográficas: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)

Variável	Uso	N	M	dp	Mín	Máx	Anova		TDE n ²	95% IC TDE	
							Z	p		inf	sup
Idade materna	Não	78	26,63	6,26	15,00	41,00	0,65	0,42	0,004	0,000	0,046
	Sim	82	25,87	5,69	15,00	38,00					
Renda familiar	Não	66	2001,76	977,68	724,00	5000,00	2,35	0,13	0,018	0,000	0,084
	Sim	67	1756,61	863,09	0,00	4500,00					
Dependentes da renda	Não	67	4,24	1,29	0,00	8,00	0,65	0,42	0,005	0,000	0,053
	Sim	67	4,43	1,53	0,00	8,00					
Renda per capita familiar*	Não	66	491,70	265,58	112,50	1500,00	6,16	0,01	0,045	0,002	0,130
	Sim	67	390,15	202,68	0,00	1000,00					

Legenda: N – tamanho da amostra; M – média aritmética; dp – desvio padrão da média; Min-Máx – valor mínimo e máximo da média; TDE – tamanho do efeito; 95% IC – 95% do intervalo de confiança; Z – coeficiente do teste Anova; p – significância estatística; n² - Quadrado de Eta; inf-sup – limites inferior e superior.

Em relação à situação marital das participantes de pesquisa, realizou análise comparativa de proporções acerca de qualquer consumo de álcool na gestação e os dados estão apresentados na Tabela 13. Como pode ser observado, foram identificadas associações significativas tanto no teste qui-quadrado de Pearson $\chi^2 = 13,146$ (p=0,011; df = 4; n=160) quanto no qui-quadrado da razão de verossimilhanças $G^2 = 14,489$ (p=0,006; df = 4; n=160).

Tabela 13 – Análise comparativa de proporções, por uso de álcool na gestação, para categorias de respostas quanto a relação marital (N=160)

Categorias	Uso de Álcool Positivo				Uso de Álcool Negativo				N Total	% Tot
	N	% Tot	% Grupo	% Cat	N	% Tot	% Grupo	% Cat		
Vive junto	49	30,6%	60%	58%	36	22,5%	46%	42%	85	53,1%
Casada	15	9,4%	18%	31%	33	20,6%	42%	69%	48	30,0%
Solteira	15	9,4%	18%	63%	9	5,6%	12%	38%	24	15,0%
Divorciada	1	0,6%	1%	100%	0	0,0%	0%	0%	1	0,6%
Não informou	2	1,3%	2%	100%	0	0,0%	0%	0%	2	1,3%
N Total	82	51,3%	100%	51%	78	48,8%	100%	49%	160	100,0%

Qui-quadrado de Pearson: χ^2 (df – p) = 13,146 (4 – 0,011)
 Razão de verossimilhança: G^2 (df – p) = 14,489 (4 – 0,006)

Legenda: N – número de sujeitos da pesquisa; % Tot – porcentagem do total; % Grupo – porcentagem do grupo; % Cat – porcentagem da categoria; χ^2 – coeficiente do Qui-quadrado de Pearson; G^2 - coeficiente do teste de Razão de Verossimilhança; df – “degree of freedom”, grau de liberdade; p – significância estatística.

5.5. Consumo de outras substâncias psicoativas

O consumo de outras substâncias psicoativas foi avaliado por meio do ASSIST. O instrumento apresenta escore total de 20 pontos e cada resposta obtida varia de 0 a 4 pontos. A faixa de escore de 0 a 3 é indicativa de uso ocasional enquanto a de 4-15 indica abuso. Por sua vez, pontuação ≥ 16 é sugestiva de dependência.

O consumo de substâncias psicoativas em algum momento da vida, exceto álcool, conforme mostrado na Tabela 14, foi de 23,8% (n=38/160), 10,6% (n=17/160) e 6,9% (n=11/160), 1,3%(n=2/160), 0,6%(n=1/160), 0,6%(n=1/160) e 0, respectivamente acerca do uso de tabaco, maconha, cocaína, inalantes, anfetaminas e hipnóticos sedativos e opioides. Por sua vez, 71,9% (n=115/160) informaram nenhum uso de substância.

Tabela 14 – Frequência de uso de substâncias psicoativas na vida, independentemente do uso de álcool, conforme ASSIST

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Nenhum uso	115	71,9
Uso de tabaco	38	23,8
Uso de maconha	17	10,6
Cocaína	11	6,9
Inalantes	2	1,3
Hipnóticos/sedativos	1	0,6
Anfetaminas	1	0,6
Opioides	0	0

Uso de uma ou mais substâncias 45 28,1

A Tabela 15 apresenta dados acerca do consumo de múltiplas substâncias, na vida, independentemente do uso de álcool. Como pode ser observado, 71,9% (n=115/160) informaram nenhum consumo, enquanto o consumo de uma, duas, três, quatro e cinco substâncias foi relatado, respectivamente por 17,5%(n=28/160), 8,1%(n=13/160), 1,3%(n=2/160), 0,6% (n=1/160) e 0,6% (n=1/160) das participantes.

Tabela 15 – Frequência de uso múltiplas de substâncias psicoativas na vida, independentemente do uso de álcool, conforme ASSIST

Variável	Frequência	Porcentagem (%)
Nenhum uso	115	71,9
Uma	28	17,5
Duas	13	8,1
Três	2	1,3
Quatro	1	0,6
Cinco	1	0,6

Na Tabela 16 está apresentada a distribuição do consumo de substâncias psicoativas no último trimestre gestacional. Nela pode-se constatar que o uso de tabaco ocorreu em 19,4% (n=31/160), maconha em 4,4% (n=7/160), cocaína em 3,7%(n=6/160), inalantes em 0,6% (n=1/160) e hipnóticos/sedativos em 0,6% (n=1/160). Nenhuma das entrevistadas referiu uso de anfetaminas ou opioides no último trimestre gestacional.

Tabela 16 – Distribuição do consumo de substâncias psicoativas no último trimestre gestacional conforme ASSIST

Substância	Estavam usando no último trimestre*		Não estavam usando no último trimestre*	
	N	%	N	%
Tabaco	31	19,4	129	80,6
Maconha	7	4,4	153	95,6
Cocaína	6	3,7	154	96,3
Anfetaminas	0	0	160	100
Inalantes	1	0,6	159	99,4
Hipnóticos/Sedativos	1	0,6	159	99,4
Opioides	0	0	160	100

*Três meses anteriores à entrevista no pós-parto

Na Tabela 17 está representada a análise comparativa das médias acerca do uso de drogas ilícitas na vida para as variáveis sociodemográficas idade, renda, número de dependentes e renda per capita. Não foram encontradas associações

entre o uso de drogas ilícitas e as variáveis idade materna ($p=0,96$), renda familiar ($p=0,03$), renda per capita familiar ($p=0,54$) e dependentes de renda ($p=0,08$).

Tabela 17 – Análise comparativa de médias, considerando uso de drogas ilícitas na vida, para: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)

Variável	Uso	N	M	DP	Min	Máx.	Anova		TDE	95% IC TDE	
							Z	p		n ²	inf
Idade materna	Não	137	26,25	6,04	15	41	0,00	0,96	0,00	0,00	0,01
	Sim	23	26,17	5,65	15	37					
Renda familiar	Não	115	1883,56	931,35	0	5000	0,03	0,87	0,00	0,00	0,02
	Sim	18	1844,44	919,86	400	4000					
Dependentes da renda	Não	118	4,25	1,38	0	8	3,19	0,08	0,02	0,00	0,09
	Sim	18	4,89	1,53	2	8					
Renda per capita familiar	Não	115	445,69	243,34	0	1500	0,39	0,54	0,00	0,00	0,05
	Sim	18	407,72	225,69	80	1000					

Legenda: N – tamanho da amostra; M – média aritmética; DP – desvio padrão da média; Min-Máx – valor mínimo e máximo da média; TDE – tamanho do efeito; 95% IC – 95% do intervalo de confiança; Z – coeficiente do teste Anova; p – significância estatística; n² - Quadrado de Eta; inf-sup – limites inferior e superior

Por sua vez, a Tabela 18 apresenta a análise comparativa de proporções acerca de da relação do planejamento gestacional e encontrou associação para a categoria AUDIT+($X^2=6,612$; $p=0,010$), uso de droga ilícita na vida ($X^2=7,237$; $p=0,007$) e uso de tabaco na gestação ($X^2=4,890$; $p=0,027$).

Tabela 18 – Análise comparativa de proporção acerca do planejamento gestacional para as variáveis : AUDIT +, uso de álcool na gestação, uso de droga ilícita na vida, uso de droga ilícita na gestação e uso de tabaco na gestação (N=160)

Variável	Planejamento Gestação			χ^2	p
	Não	Sim			
AUDIT+	Não	78 (48,8%)	48 (38,1%)	6,612	0,010
	Sim	29 (18,1%)	5 (3,1%)		
Uso de álcool na gestação	Não	47 (29,4%)	31 (19,4%)	3,010	0,083
	Sim	60 (37,5%)	22 (26,8%)		
Uso de droga ilícita na vida	Não	86 (53,8%)	51 (31,9%)	7,237	0,007
	Sim	21 (13,1%)	2 (1,3%)		
Uso de droga ilícita na gestação	Não	103 (64,4%)	53 (33,1%)	2,032	0,154
	Sim	4 (2,5%)	0		
Uso de tabaco gestação	Não	87 (54,4%)	50 (31,3%)	4,890	0,027
	Sim	20 (12,5%)	3 (1,9%)		

Legenda: AUDIT+ – rastreamento positivo no AUDIT; N – número de sujeitos da pesquisa; χ^2 – coeficiente do Qui-quadrado de Pearson; p – significância estatística

A respeito do consumo de tabaco, 23,8% (n=38/160) o consumiram em algum momento de suas vidas, enquanto 13,8% (n=22/160) referiram consumo atual. O uso em uma base regular, diária, ocorreu em 13,1% (n=21/160) delas, ao passo que 10,6% (n=17/160) das entrevistadas relataram fissura por tabaco e, em 10,6% (n=17/160) delas gerava preocupações em terceiros. Em média, o consumo de cigarros foi de 1,47 (DP=4,95).

Na Tabela 19 está apresentada a análise comparativa acerca do uso de tabaco na gestação para as variáveis sociodemográficas idade, renda, número de dependentes e renda per capita. Não foram encontradas associações significativas entre o uso de tabaco e as variáveis idade materna (p=0,44), dependentes de renda (p=0,06), renda familiar (p=0,06). Todavia, foi encontrada associação com a variável renda per capita familiar se associou ao uso de tabaco (p=0,03) com tamanho de efeito pequeno ($n^2=0,036$).

Tabela 19 – Análise comparativa de médias, considerando uso de tabaco na gestação, para: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)

Variável	Uso	N	M	DP	Min.	Máx	Anova Z	p	TDE n ²	95% IC inf.	TDE sup.
Idade materna	Não	137	26,09	6,15	15	41	0,60	0,44	0,004	0,000	0,045
	Sim	23	27,13	4,69	18	37					
Renda familiar	Não	115	1939,00	958,70	0	500	3,73	0,06	0,028	0,000	0,103
	Sim	18	1490,22	562,58	724	300					
Dependentes da renda	Não	118	4,26	1,40	0	8	2,57	0,11	0,019	0,000	0,086
	Sim	18	4,83	1,42	2	8					
Renda per capita familiar	Não	115	458,66	249,35	0	150	4,96	0,03	0,036	0,000	0,117
	Sim	18	324,86	126,41	144,8	600					

Legenda: N – tamanho da amostra; M – média aritmética; DP – desvio padrão da média; Min-Máx. – valor mínimo e máximo da média; TDE – tamanho do efeito; 95% IC – 95% do intervalo de confiança; Z – coeficiente do teste Anova; p – significância estatística; n² - Quadrado de Eta; inf-sup. – limites inferior e superior

Buscou-se avaliar a existência de correlações acerca do consumo de tabaco e parâmetros antropométricos e de vitalidade neonatal dos recém-nascidos das participantes. Os dados obtidos estão apresentados na Tabela 20 e na Tabela 21. Pode-se observar uma correlação inversa com associação significativa entre o número de cigarros/dia para peso ($r^2= -0,194$; p= 0,014) e estatura ($r^2= -0,169$; p= 0,033) e no escore total do ASSIST para tabaco e peso ($r^2= -0,158$; p= 0,046). Ainda que as demais correlações apresentadas em ambas as tabelas tenham sido

inversas, não estabeleceram associações significativas. Não houve registro de consumo para anfetaminas e opioides pelo ASSIST.

Tabela 20 – Correlação entre consumo de tabaco (número de cigarros/dia) variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido

	Variáveis Analisadas					
	Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	Perímetro torácico	APGAR 1'	APGAR 5'
Correlação de Pearson	-0,194	-0,169	-0,120	-0,072	-0,118	-0,086
Sig. (2extremidades)	0,014	0,033	0,130	0,365	0,139	0,281
N	160	160	160	158	158	158

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso – peso do recém-nascido Estatura – estatura do recém-nascido; Perímetro Cefálico – perímetro cefálico do recém-nascido Perímetro torácico – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto.

Tabela 21 – Correlação entre escore total do ASSIST para tabaco e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido

	Variáveis Analisadas					
	Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	Perímetro torácico	APGAR 1'	APGAR 5'
Correlação de Pearson	-0,158	-0,126	-0,104	-0,080	-0,064	-0,072
Sig. (2extremidades)	0,046	0,112	0,190	0,315	0,428	0,368
N	160	160	160	158	158	158

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso – peso do recém-nascido; Estatura – estatura do recém-nascido; Perímetro Cefálico – perímetro cefálico do recém-nascido Perímetro torácico – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto.

As **Tabelas 22, 23, 24 e 25** expressam correlações entre variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido respectivamente com escore total ASSIST/COCAÍNA. ASSIST/MACONHA, ASSIST/INALANTES e ASSIST/HIPNÓTICOS–SEDATIVOS, porém, as correlações não apresentaram associações significativas.

Tabela 22 – Correlação escore total ASSIST – COCAÍNA e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido

	Variáveis Analisadas					
	Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	Perímetro torácico	APGAR 1'	APGAR 5'
Correlação de Pearson	-0,061	-0,088	0,085	-0,026	-0,112	-0,086
Sig. (2extremidades)	0,446	0,270	0,283	0,741	0,162	0,284
N	160	160	160	158	158	158

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso – peso do recém-nascido; Estatura – estatura do recém-nascido; Perímetro Cefálico – perímetro cefálico do recém-nascido Perímetro torácico –

Tabela 23 – Correlação Escore total do ASSIST – MACONHA e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido

	Variáveis Analisadas					
	Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	Perímetro torácico	APGAR 1'	APGAR 5'
Correlação de Pearson	-0,035	-0,055	-0,014	0,016	-0,088	-0,112
Sig. (2extremidades)	0,663	0,486	0,863	0,846	0,269	0,162
N	160	160	160	158	158	158

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso – peso do recém-nascido Estatura – estatura do recém-nascido; Perímetro Cefálico – perímetro cefálico do recém-nascido Perímetro torácico – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto.

Tabela 24 – Correlação Escore total do ASSIST – INALANTES e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido

	Variáveis Analisadas					
	Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	Perímetro torácico	APGAR 1'	APGAR 5'
Correlação de Pearson	0,040	0,064	0,071	0,077	-0,068	-0,085
Sig. (2extremidades)	0,612	0,424	0,373	0,339	0,397	0,290
N	160	160	160	158	158	158

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso – peso do recém-nascido Estatura – estatura do recém-nascido; Perímetro Cefálico – perímetro cefálico do recém-nascido Perímetro torácico – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto.

Tabela 25 – Correlação Escore total do ASSIST – HIPNÓTICOS/SEDATIVOS e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido

	Variáveis Analisadas					
	Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	Perímetro torácico	APGAR 1'	APGAR 5'
Correlação de Pearson	-0,130	-0,118	-0,129	-0,115	0,027	-0,085
Sig. (2extremidades)	0,102	0,137	0,104	0,149	0,732	0,290
N	160	160	160	158	158	158

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso – peso do recém-nascido Estatura – estatura do recém-nascido; Perímetro Cefálico – perímetro cefálico do recém-nascido Perímetro torácico – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto.

5.5. Descrição sobre literacia entre as participantes

Quanto à literacia, as perguntas se relacionaram aos conhecimentos a respeito do consumo de álcool e tabaco durante a gestação e lactação. Foram realizadas treze perguntas objetivas sobre o tema, sendo dez delas dedicadas aos conhecimentos sobre álcool, enquanto três abordaram o consumo de tabaco. As perguntas relacionadas ao consumo de álcool estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Perguntas relacionadas à literacia sobre consumo de álcool na gestação e lactação

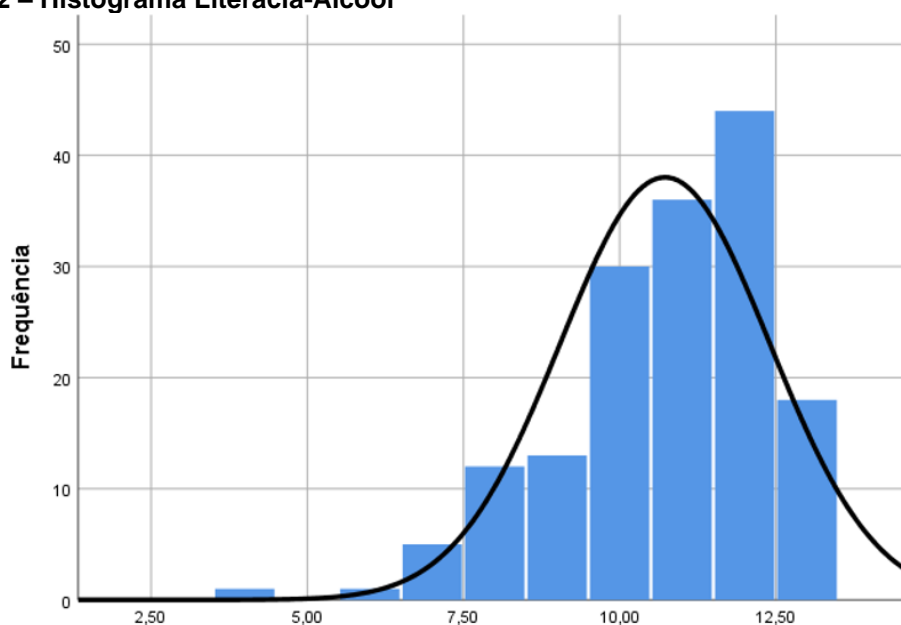
1. Quão grave você pensa que deve ser para o seu bebê se você consumir álcool durante a gestação? Nada Grave Um pouco grave Grave Muito Grave
2. Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool?
 Não Sim
3. É bom para a saúde da gestante beber um pouco de cerveja pois esta bebida é diurética?
 Não Sim
4. O consumo de álcool durante a gestação pode causar aborto espontâneo?
 Não Sim
5. Crianças nascidas de mães que fizeram uso de álcool durante a gestação podem ter dificuldades de aprendizagem?
 Não Sim
6. Quando a mãe consome bebidas alcoólicas durante a gestação o álcool não passa para o bebê?
 Não Sim
7. Quanto mais a gestante bebe, maiores as chances de ter um filho com retardo mental?
 Não Sim
8. A cerveja preta ajuda a mãe a produzir mais leite durante a amamentação?
 Não Sim
9. Durante a amamentação o álcool passa para o bebê?
 Não Sim
10. O consumo de bebida alcoólica na gestação pode provocar pressão alta?
 Não Sim

Dentre as entrevistadas, 81,9% (n=131/160) consideraram que o consumo de álcool durante a gestação seria grave ou muito grave para o bebê, todavia apenas 28,7% (n=46/160) já tinham ouvido falar da síndrome fetal do álcool. As demais perguntas relacionadas à literacia envolviam respostas do tipo SIM/NÃO. Associação entre consumo de álcool durante a gestação e risco de abortamento foi resposta de 87,5% (140/160) das participantes, enquanto 95,6% (n=153/160) interpretaram que o álcool consumido durante a gestação fosse passado ao bebê. Por sua vez, 89,4% (n=143/160) acreditavam na possibilidade de aumento dos níveis de pressão arterial durante a gestação em decorrência desse uso. Quanto à possibilidade de que os filhos de mães que fizessem uso de álcool na gestação pudessem apresentar dificuldades de aprendizagem, 76,9% (n=123/160) das

participantes demonstraram crer nessa associação e 81,2% (n=130/160) delas consideraram que maior ingestão de álcool se associaria a maior risco de déficit intelectual em sua prole. Sobre potenciais benefícios de consumo de álcool, 95,6% (n=153/160) acreditavam que o consumo de cerveja pudesse ser benéfico por ser “diurética” e 70,6% (n=113/160) consideravam que a cerveja preta ajudasse na produção de leite durante a amamentação. No que diz respeito ao consumo de tabaco durante a gestação, 98,1% consideravam possível a associação entre baixo peso e problemas respiratórios ao bebê e 99,4% (n=159/160) afirmaram que haveria risco para a saúde de seu filho se este fosse exposto ao tabagismo passivo. 63,1% (n=101/160) acreditavam que o consumo de cigarro durante a amamentação alterasse o sabor do leite materno.

Como pode ser observado na Figura 2 – Histograma Literacia-Álcool, o escore Literacia-Álcool pode variar de zero a 13 pontos. Na população avaliada, oscilou entre quatro a 13 pontos, com média de 10,72 pontos (DP: 1.68), assumindo distribuição assimétrica com cauda longa à esquerda de tal modo que 80% da amostra efetuou escore ≥ 10 pontos.

Figura 2 – Histograma Literacia-Álcool



Buscou avaliar-se a existência de associação entre a Literacia-Álcool com as variáveis sociodemográficas idade, renda, número de dependentes e renda per capita mediante análise comparativa de médias. Conforme demonstrado na E estão representadas na Tabela 26. Não foram encontradas associações entre nível de literacia com as variáveis idade materna ($p=0,96$), renda familiar ($p=0,87$), renda

per capita familiar ($p=0,54$) e dependentes de renda ($p=0,08$). Conforme mostrado na Tabela 27 não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre médias das variáveis de uso de substâncias ou literacia entre as mães, em relação ao sexo do bebê.

Tabela 26 – Análise comparativa de médias, por nível de literacia, para: idade, renda, número de dependentes e renda per capita (N=160)

Variável	LIT	N	M	DP	Mín	Máx	Anova		TDE	95% IC TDE	
							Z	p	n ²	inf	sup
Idade materna	Adeq	128	26,34	6,17	15	41	0,00	0,96	0,000	0,000	0,007
	Insuf	32	25,81	5,13	18	37					
Renda familiar	Adeq	109	1920,76	958,37	0	5000	0,03	0,87	0,000	0,000	0,025
	Insuf	24	1685,25	752,05	724	3500					
Dependentes da renda	Adeq	112	4,28	1,40	0	8	3,19	0,08	0,023	0,000	0,094
	Insuf	24	4,63	1,50	2	8					
Renda per capita familiar	Adeq	109	454,26	255,49	0	1500	0,39	0,54	0,003	0,000	0,047
	Insuf	24	378,29	143,77	121	667					

Legenda: LIT – Nível de Literacia; Adeq – Adequado; Insuf – Insuficiente; N – tamanho da amostra; M – média aritmética; dp – desvio padrão da média; Min-Máx – valor mínimo e máximo da média; TDE – tamanho do efeito; 95% IC – 95% do intervalo de confiança; Z – coeficiente do teste Anova; p – significância estatística; n² - Quadrado de Eta; inf-sup – limites inferior e superior

Tabela 27 – Associação entre o sexo do recém-nascido e as variáveis uso de substâncias (ASSIST) e literacia entre as mães

Variável	Sexo	N	M	DP	Teste de Levene		Teste t igualdade das médias		
					Z	sig	p	95% IC	
							inf	sup	
AUDIT TOT	Masculino	82	4,35	6,78	1,780	0,184	0,625	-1,49941	2,48878
	Feminino	78	3,86	5,93					
Cigarros	Masculino	82	1,60	5,35	0,693	0,406	0,749	-1,29810	1,80091
	Feminino	78	1,35	4,52					
Literacia Álcool/Tabaco	Masculino	82	13,42	1,87	0,273	0,602	0,579	-0,43683	0,77892
	Feminino	78	13,24	2,03					
Literacia Álcool	Masculino	82	10,74	1,58	0,592	0,443	0,884	-0,48715	0,56470
	Feminino	78	10,71	1,79					
Literacia Tabaco	Masculino	82	2,67	0,50	6,381	0,013	0,121	-0,03536	0,29990
	Feminino	78	2,54	0,57					
ASSIST-Tabaco	Masculino	82	2,84	7,44	0,296	0,587	0,696	-2,74347	1,83666
	Feminino	78	3,30	7,21					
ASSIST-Maconha	Masculino	82	0,35	2,32	1,418	0,236	0,565	-0,39150	0,71420
	Feminino	78	0,19	0,88					
ASSIST-Cocaína	Masculino	82	0,32	2,30	1,050	0,307	0,596	-0,98307	0,56593
	Feminino	78	0,53	2,65					
ASSIST-Anfetaminas	Masculino	82	0,00	0,00					
	Feminino	78	0,00	0,00					

ASSIST- Inalantes	Masculino	82	0,07	0,66	3,899	0,050	0,331	-0,07503	0,22137
	Feminino	78	0,00	0,00			0,320	-0,07242	0,21876
ASSIST- Hipnóticos	Masculino	82	0,00	0,00	4,318	0,039	0,307	-0,45015	0,14246
	Feminino	78	0,15	1,36			0,320	-0,46019	0,15250

Legenda: AUDIT TOT – Pontuação total no AUDIT; Cigarros – número de cigarros; Literacia Álcool/Tabaco – Escore Literacia Álcool e Tabaco (treze questões); Literacia Álcool – Escore Literacia Álcool (dez questões); Literacia Tabaco – Escore Literacia Tabaco (três questões); ASSIST-Tabaco – Escore ASSIST-Tabaco; ASSIST-Maconha – Escore ASSIST-Maconha; ASSIST-Cocaína – Escore ASSIST - Cocaína ASSIST-Anfetaminas – Escore ASSIST-Anfetaminas; ASSIST-Inalantes – Escore ASSIST-Inalantes; ASSIST-Hipnóticos/Sedativos – Escore ASSIST-Hipnóticos/Sedativos

Com o objetivo de avaliar o comportamento da variável literacia em relação a variáveis neonatais (peso, estatura, perímetro torácico, APGAR 1º minuto, APGAR 5º minuto), socioeconômica (renda), questionários de rastreamento (AUDIT, T-ACE) e ingesta de álcool (antes e durante cada trimestre gestacional) foram realizadas correlações as quais estão apresentadas nas tabelas uma análise tipo correlação de Pearson. Esses dados estão apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 28 – Correlação escore total de literacia e variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido

	Variáveis Analisadas					
	Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	Perímetro torácico	APGAR 1'	APGAR 5'
Correlação de Pearson	0,085	0,156	0,130	0,032	0,080	-0,021
Sig. (2extremidades)	0,286	0,050	0,102	0,691	0,316	0,795
N	160	160	160	158	158	158

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso – peso do recém-nascido; Estatura – estatura do recém-nascido; Perímetro Cefálico – perímetro cefálico do recém-nascido Perímetro torácico – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto.

Tabela 29 – Correlação Literacia-Álcool e dados antropométricos do recém-nascido e renda familiar

	Variáveis Analisadas						
	Peso	Estatura	Perímetro Cefálico	Perímetro torácico	APGAR 1'	APGAR 5'	Renda
Correlação de Pearson	0,086	0,136	0,099	0,045	0,096	0,029	0,03
Sig. (2extremidades)	0,281	0,087	0,215	0,577	0,230	0,716	0,79
N	160	160	160	158	159	159	133

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; p – nível de significância; Peso RN – peso do recém-nascido Est. RN-estatura do recém-nascido; PC RN – perímetro cefálico do recém-nascido PT RN – perímetro torácico do recém-nascido; APGAR 1' – Pontuação no escore APGAR no primeiro minuto; APGAR 5' - Pontuação no escore APGAR no quinto minuto; Renda – renda familiar.

Tabela 30 – Correlação Literacia-álcool e pontuação nos questionários AUDIT e T-ACE e consumo de álcool durante quatro trimestres

	T-ACE	T AUDIT	T Álcool	T AÁlcool 1ºT	Álcool 2ºT	Álcool 3ºT
Correlação de Pearson	-0,261	-0,261	-0,335	-0,310	-0,324	-0,335
Sig. (2 extremidades)	0,001	0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001

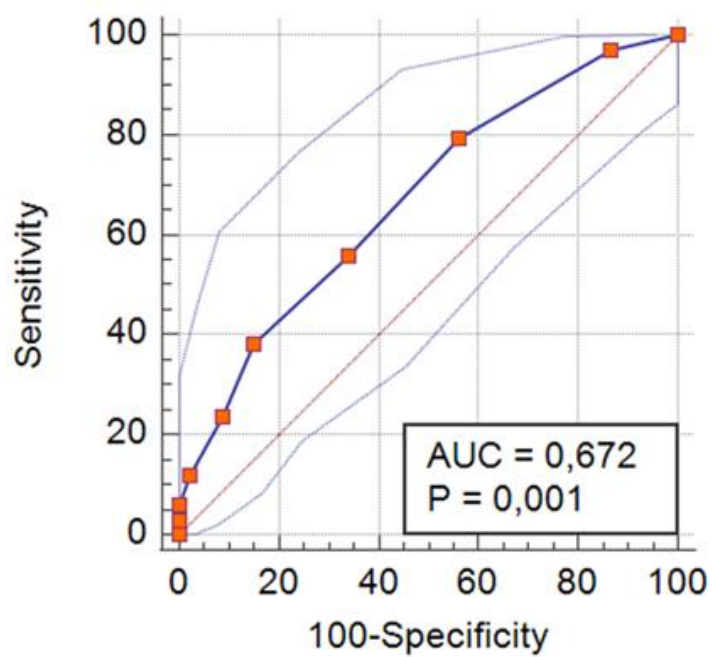
N (total)	160	160	160	160	160	160
-----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Legenda: N- número de sujeitos da pesquisa; r^2 coeficiente de correlação de Pearson; T-ACE T: pontuação total no T-ACE; AUDIT-T: pontuação total no AUDIT; Álcool T A consumo total de álcool, em gramas, no trimestre anterior à gestação; Álcool 1ºT: consumo total de álcool, em gramas, no primeiro trimestre gestacional; Álcool 2-T: consumo total de álcool, em gramas, no segundo trimestre gestacional; Alcool-3-T: consumo total de álcool, em gramas, no terceiro trimestre gestacional.

Na Tabela 28, que apresenta as correlações entre o escore total de literacia variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido, pode-se observar correlação estatisticamente significativa com a estatura do recém-nascido. Na Tabela 29, onde estão apresentadas correlações Literacia-Álcool variáveis antropométricas e de vitalidade do recém-nascido e renda familiar não foram encontradas associações significativas. Por sua vez, na Tabela 30 que apresenta a correlação Literacia-Álcool e pontuação nos questionários AUDIT e T-ACE foram encontradas correlações inversas estatisticamente significativas, Para o questionário T-ACE, a correlação foi -0,261 ($p=0,001$) enquanto para o AUDIT - 0,261 ($p=0,001$). No que diz respeito ao consumo de álcool em gramas, sua correlação no trimestre anterior à gestação foi -0,335 ($p<0,001$), enquanto no primeiro, segundo e terceiro trimestres gestacionais, respectivamente, foi -0,310 ($p<0,001$), -0,324 ($p<0,001$), -0,335($p<0,001$).

Levando-se em consideração a pontuação obtida com as dez questões a respeito de Literacia-Álcool e as pontuações obtidas no AUDIT, foi construída uma curva ROC Literacia-Álcool apresentada na Figura 3. A área sobre a curva foi de 0,672 (IC 95%; 0,593-0,744) evidenciando poder discriminativo do teste e o ponto de corte ≤ 9 houve maior probabilidade de a gestante obter score positivo no AUDIT.

Figura 3 – Curva ROC Literacia-Álcool x AUDIT



CAPÍTULO 6 DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de consumo de substâncias psicoativas na gestação e parto e a relação destas com variáveis sociodemográficas e literacia das participantes. Para realização do mesmo empreendeu-se análise de fontes secundárias a partir de dados colhidos em estudo anterior, este pertencente ao projeto GestalntervBrev-Mecônio”.

O Capítulo 01 apresentou informações sobre literacia em saúde, enquanto o capítulo 2 apresentou informações a respeito do uso de substâncias psicoativas. Já no capítulo 03 estabeleceu-se uma contextualização entre literacia em saúde e uso de substâncias psicoativas

O conceito de literacia em saúde tem evoluído no decorrer das às ultimas décadas à medida que a sua relevância e implicações para processos saúde-doença tem crescido.

Há relevância adicional pelo fato das gestantes constituírem um grupo socialmente vulnerável e literacia antes, durante e após a gestação impacta diretamente a prole(OHNISHI; NAKAMURA; TAKANO, 2005) BAKER, 2006; LOGAN, 2017; NUTBEAM, 2000; SØRENSEN. Dessa forma ter facilidade de acesso a informações de qualidade como ter meios de compreender e executar ações coerentes com boas práticas de saúde têm relevância adicional nesse grupo populacional(ASADI; AMIRI; SAFINEJAD, 2020; BAKER, 2006; LOGAN, 2017; NAWABI; KREBS; VENNEDEY; SHUKRI *et al.*, 2021; NUTBEAM, 2000; SØRENSEN; VAN DEN BROUCKE; FULLAM; DOYLE *et al.*, 2012)

No estudo foram analisados 160 pares de mães e recém-nascidos com idade média de 26 anos e com variação entre 15-41 anos e é semelhante aos dados obtidos em outros estudos nacionais(CALOU; DE OLIVEIRA; CARVALHO; SOARES *et al.*, 2018{Miranda-Ribeiro, 2019 #178}). Neste grupo, 60,6% exerciam atividade remunerada, percentual inferior ao observado aos países europeus (CASAS; CORDIER; MARTÍNEZ; BARROS *et al.*, 2015). No que diz respeito à renda média, ela foi inferior à média nacional de rendimento entre mulheres demonstrado pelo IBGE, 1988(HOFFMANN, 2018) enquanto a frequência de

participantes em união estável foi superior aos dados do censo de 2010, nos qual 50,05% dos brasileiros apresentavam união estável (IBGE, 2010).

Observa-se que o perfil de sujeitas desse estudo diferencia-se em termos de escolaridade quanto à população nacional tomando por base o censo de 2010; enquanto a proporção nacional de mulheres com ensino superior completo é 12,5% no censo de 2010, no estudo, foi de 1,9%, quanto ao ensino fundamental incompleto foi de 23,1% ao passo que no censo era de 47,8% e já o ensino médio completo de 38,8% ao passo que no censo era de 25% (IBGE, 2010).

Houve semelhança entre os dados do censo de 2010 para o quesito cor de pele, contudo, diferentemente daquele, neste estudo houve predominância de população parda (48,8%) em detrimento da população branca (30%) (IBGE, 2010). No que diz respeito ao número de consultas pré-natais, a quantidade realizada entre participantes (média 8,3) foi semelhante ao de estudos nacionais (MARQUES; TOMASI; SARAIVA; BOING *et al.*, 2021; NASCIMENTO; OLIVEIRA; ALVES; SILVA, 2013; TOMASI; SARAIVA; BOING; DELZIOVO *et al.*, 2021) Via de parto (TOMASI; SARAIVA; BOING; DELZIOVO *et al.*, 2021) (GUIMARÃES; FREITAS; SENZI; GIL *et al.*, 2021) vaginal foi predominante nesse estudo e superior aos dados nacionais de outros estudos, ainda que aquém do proposto pela OMS (RATTNER; MOURA, 2016).

Em média, foram realizadas 5 ultrassonografias pré-natais, todavia, não há uma indicação formal na literatura que expresse esse quantitativo, de tal modo, que este dado não mostrou correspondentes com outros estudos, todavia, é digno de nota que a recomendação da realização de tais exames reflete indicação clínica e não estão obrigatoriamente incorporados aos exames de rotina pré-natal. Por outro lado, há associação entre qualidade de assistência pré-natal com aumento da frequência da realização de ultrassonografias. (OTUNDO, 2019)

O peso médio dos recém-nascidos foi de 3209,5 gramas (DP=469,3), enquanto o comprimento médio foi de 48,7 centímetros (DP=2,1). O perímetro cefálico médio foi de 34 centímetros (DP=1,4) e o torácico de 32,6 centímetros (DP=1,8). O APGAR médio foi de 8,5 (DP=1,5) no primeiro minuto e 9,5 (DP=1,0) no quinto minuto.

O AUDIT é um questionário mais longo e de mais demorada aplicação, porem com boa habilidade de diagnosticar o uso de álcool na gestação dado que consegue rastrear todos níveis de consumo (a probabilidade de detectar consumo

de álcool no ano anterior à pesquisa é de 94% para mulheres e, em se tratando de gestantes, nas quais não existe nível seguro de consumo de álcool, este instrumento de rastreio se torna mais apropriado que outros de aplicação mais rápida como T-ACE, TWEAK, CRAFFT, CAGE (RUBINSKY; DAWSON; WILLIAMS; KIVLAHAN *et al.*, 2013; SOKOL; MARTIER; AGER, 1989). O AUDIT está composto por dez questões e sua pontuação varia de 0 a 40, permitindo classificar a entrevista em quatro zonas de risco de acordo com a pontuação obtida. No presente estudo, 78,8% (n=126/160) das participantes pertenciam à categoria uso de baixo risco (ZONA I), enquanto 12,5% (n=20/160) à categoria uso de risco, 4,4% (n= 7/160) à categoria de uso nocivo e 4,4% (7/160) à categoria de provável dependente. Pessoas que se localizam na zona I geralmente fazem uso de baixo risco ou são abstinências. Na zona II (uso de risco) estão presentes indivíduos que fazem uso acima de duas doses-padrão todos os dias ou mais de cinco doses-padrão numa única ocasião. Tais dados se assemelham a outros obtidos no cenário nacional como o de Gonçalves e Souza, cujos consumos de baixo risco foram, respectivamente, de 80% e 76,9% (GONÇALVES; MONTEIRO; JÚNIOR; VELOSO *et al.*, 2020).

Considerando o grupo de participantes que apresentaram triagem positiva do AUDIT, ou seja, pertencentes às ZONAS II, III ou IV, foi realizada análise comparativa das médias para variáveis sociodemográficas (idade, renda, número de dependentes e renda per capita), todavia não foi encontrada associação entre as variáveis selecionadas e a presença de consumo de risco.

Considerando o grupo de participantes que apresentaram triagem positiva do AUDIT, ou seja, pertencentes às ZONAS II, III ou IV, foi realizada análise comparativa das médias para variáveis sociodemográficas (idade, renda, número de dependentes e renda per capita), todavia não foi encontrada associação entre as variáveis selecionadas e a presença de consumo de risco.

Em relação a qualquer uso de álcool na gestação e variáveis sociodemográficas, apenas a variável renda per capita familiar (M=390,15; DP=202,68) revelou associação com uso de álcool na gestação ($p=0,01$) com tamanho de efeito pequeno ($n^2=0,045$). Características como estar desempregado (PELTZER; PENGPID, 2019), idade (O'KEEFFE; KEARNEY; MCCARTHY; KHASHAN *et al.*, 2015), etnia (O'KEEFFE; KEARNEY; MCCARTHY; KHASHAN *et al.*, 2015), estado civil (O'KEEFFE; KEARNEY; MCCARTHY;

KHASHAN *et al.*, 2015), paridade(O'KEEFFE; KEARNEY; MCCARTHY; KHASHAN *et al.*, 2015{Agiresaasi, 2021 #197}), exposição à violência (CORRALES-GUTIERREZ; MENDOZA; GOMEZ-BAYA; LEON-LARIOS, 2020; SKAGERSTRÓM; CHANG; NILSEN, 2011, baixo nível educacional {Skagerstróm, 2011 #194), consumo prévio de álcool (CORRALES-GUTIERREZ; MENDOZA; GOMEZ-BAYA; LEON-LARIOS, 2020{Agiresaasi, 2021 #197; SKAGERSTRÓM; CHANG; NILSEN, 2011}), parceiro que consuma álcool(AGIRESAASI; NASSANGA; MAINA; KIGULI *et al.*, 2021; CORRALES-GUTIERREZ; MENDOZA; GOMEZ-BAYA; LEON-LARIOS, 2020), percepção sobre riscos gestacionais do uso de álcool (AGIRESAASI; NASSANGA; MAINA; KIGULI *et al.*, 2021; CORRALES-GUTIERREZ; MENDOZA; GOMEZ-BAYA; LEON-LARIOS, 2020), viver em zonas rurais (AGIRESAASI; NASSANGA; MAINA; KIGULI *et al.*, 2021; MURAKAMI; HASHIMOTO, 2019). Outro preditor sociodemográfico relacionado ao consumo de álcool é a idade e faixas etárias mais elevadas têm sido associadas a maior risco de consumo de álcool na gestação(O'KEEFFE; KEARNEY; MCCARTHY; KHASHAN *et al.*, 2015; SKAGERSTRÓM; CHANG; NILSEN, 2011),

A priori, poderia se esperar que fosse obtida uma associação estatística entre variáveis como renda, dependentes de renda e renda per capita familiar levando-se em conta que costumam ser encontradas como preditoras de uso de álcool na gestação no estratos sociais mais vulneráveis. Todavia a dinâmica interativa entre fatores preditores ou protetores pode comprometer a previsibilidade dos modelos mediante a interferência de normas socioculturais, rede de apoio social, recursos e crenças individuais, escolarização, apoio familiar, disponibilidade de acesso à bebidas, entre outras condições (CORRALES-GUTIERREZ; MENDOZA; GOMEZ-BAYA; LEON-LARIOS, 2020; MURAKAMI; HASHIMOTO, 2019; O'KEEFFE; KEARNEY; MCCARTHY; KHASHAN *et al.*, 2015; SKAGERSTRÓM; CHANG; NILSEN, 2011). Também é digno de nota que maior parcela dos estudos sobre o consumo de álcool entre mulheres são oriundos de países com maiores padrões de renda o que limita a generalização dos resultados (MURAKAMI; HASHIMOTO, 2019; O'KEEFFE; KEARNEY; MCCARTHY; KHASHAN *et al.*, 2015; SKAGERSTRÓM; CHANG; NILSEN, 2011; WALLS; COOK; MATZOPOULOS; LONDON, 2020)

Adicionalmente ao se avaliar a análise entre triagem positiva do AUDIT com a relação marital encontra-se associação estatística para o qui-quadrado de

Pearson: $\chi^2 = 18,816$, $p < 0,001$) e razão de verossimilhança $G^2 = 23,048$ e $p < 0,0001$ e semelhante àquela em que avaliou associação entre qualquer uso de álcool na gestação e relação marital, ($\chi^2 = 18,816$, $p < 0,001$; $G^2 = 23,048$, $p < 0,0001$). Esses achados são consistentes com o que se tem sido observado na literatura (LARANJEIRA; PINSKY; SANCHES; ZALESKI *et al.*, 2009; LIANG; CHIKRITZHS, 2012; LIEW, 2012; POWER; RODGERS; HOPE, 1999; PRESCOTT; KENDLER, 2001). De maneira consistente a relação marital, melhor entendida aqui como o ato de ter um companheiro conjugal, tem se mostrado protetiva no diz respeito ao consumo de álcool tanto para homens quanto para mulheres, ao passo que estar solteiro ou divorciado se associe a maior risco de consumo de álcool (LIANG; CHIKRITZHS, 2012; POWER; RODGERS; HOPE, 1999; PRESCOTT; KENDLER, 2001). Por outro lado, a transição de um estado solteiro para um casado parece ser mais protetiva para homens do que para mulheres (POWER; RODGERS; HOPE, 1999). Entretanto, a razão pela qual um relação marital tenha efeito protetor tende a ser mais complexa e diversas variáveis tem sido consideradas como responsabilidades parentais junto aos filhos (GRITTNER; KUNTSCHKE; GMEL; BLOOMFIELD, 2013), melhores condições de saúde física (LIANG; CHIKRITZHS, 2012), mental (LIANG; CHIKRITZHS, 2012) e felicidade (LIANG; CHIKRITZHS, 2012), redução na frequência de socialização com amigos solteiros (PRESCOTT; KENDLER, 2001), diminuição da quantidade de renda disponível para consumo de álcool (PRESCOTT; KENDLER, 2001), atitudes sociais (PRESCOTT; KENDLER, 2001) e crenças religiosas (PRESCOTT; KENDLER, 2001). É possível que condições como boa saúde mental atuem como fatores moderadores entre estabelecimento de relação marital e consumo de álcool. Indivíduos divorciados ou separados tem níveis similares de consumo de álcool daqueles que nunca se casaram (LIANG; CHIKRITZHS, 2012). Digno de nota é que ter filhos ou exercer a parentalidade não parece ser protetiva (PRESCOTT; KENDLER, 2001), assim como o componente racial e/ou étnico (PRESCOTT; KENDLER, 2001) dado que a maior parte dos estudos tem como alvo população branca. (PRESCOTT; KENDLER, 2001), embora haja alguma evidência de que mulheres brancas tendam a consumir mais álcool que os correspondentes negros ou hispânicos (LIEW, 2012). Também não há informações consistentes de que o efeito protetivo da relação marital esteja relacionado à qualidade da relação marital, como felicidade, satisfação, comunicação ou apoio familiar (LIEW, 2012). Ainda

que a literatura nacional careça de estudos direcionados ao impacto da relação do estado civil, dados sociodemográficos reforçam a associação protetiva do estado marital no consumo de álcool (LARANJEIRA; PINSKY; SANCHES; ZALESKI *et al.*, 2009; MACHADO; MONTEIRO; MALTA; LANA, 2017)

A respeito dos desfechos neonatais foram encontradas associações entre o consumo de álcool e tabaco com indicadores de vitalidade e saúde neonatal. A respeito da exposição ao álcool, mensurada pelo escore total do AUDIT, houve correlação inversa com associação significativa para perímetro torácico ($r^2 = -0,177$; $p = 0,026$) e APGAR 1' ($r^2 = -0,177$; $p = 0,026$). Por sua vez, a exposição ao tabaco, mensurada pelo consumo de número de cigarros/dias, encontrou correlação negativa e significativa para peso ($r^2 = -0,194$; $p = 0,014$) e estatura ($r^2 = -0,169$; $p = 0,033$) e para peso naquela mensurada pelo ASSIST peso ($r^2 = -0,158$; $p = 0,046$). Ainda que as demais correlações não tenham encontrado associação significativa, houve uma predominância de correlações inversas para exposições relacionadas ao consumo de álcool, tabaco, maconha e cocaína. Os achados encontrados estão de acordo com as evidências na literatura. Abdallah (2021) identificou risco aumentado de baixo peso ao nascer tanto para consumo de álcool. Hamulka (2018) encontrou risco aumentado de baixo peso ao nascer e nascimento diante da exposição ao tabaco e álcool, assim como de nascimento pré-termo na exposição ao tabaco (HAMUŁKA; ZIELIŃSKA; CHĄDZYŃSKA, 2018). Estes mesmos autores encontraram exacerbação do impacto de efeitos adversos neonatais (peso ao nascer, tamanho, escore APGAR) diante do uso simultâneo de álcool e tabaco (HAMUŁKA; ZIELIŃSKA; CHĄDZYŃSKA, 2018). Revisão sistemática realizada por Gouin (2011) identificou risco aumentado baixo peso ao nascer, neonatos pequenos para idade gestacional, redução da idade gestacional e menor peso de nascimento diante da exposição por cocaína durante a gestação. (GOUIN; MURPHY; SHAH, 2011). Gunn (2016), por sua vez, em revisão sistemática encontrou risco aumentado de baixo peso ao nascer naquelas que fizeram uso de cannabis durante a gestação (GUNN; ROSALES; CENTER; NUÑEZ *et al.*, 2016).

A despeito da associação dos efeitos nocivos do uso de substâncias psicoativas na gestação, os dados não se mostram universalmente consensuais. Em revisão sistemática, Henderson não encontrou evidência de efeitos adversos da exposição níveis baixo a moderados de álcool na gestação (HENDERSON;

GRAY; BROCKLEHURST, 2007) e Mamlukressaltou que as evidências do efeito de consumo de baixas quantidades de álcool na gestação sejam escassas (Mamluk, 2017 #227) Dentro as intercorrências obstétricas relacionadas à exposição gestacional de substâncias psicoativas são relatadas com mais consistência eventos como sangramento gestacional (POPOVA; DOZET; O'HANLON; TEMPLE *et al.*, 2021), sangramento antenatal (POPOVA; DOZET; O'HANLON; TEMPLE *et al.*, 2021), hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia (LEEMAQZ; DEKKER; MCCOWAN; KENNY *et al.*, 2016), diabetes gestacional (LEEMAQZ; DEKKER; MCCOWAN; KENNY *et al.*, 2016), parto pré-termo (LEEMAQZ; DEKKER; MCCOWAN; KENNY *et al.*, 2016)s, descolamento prematuro da placenta, necessidade de cesariana de urgência, restrição de crescimento intrauterino (POPOVA; DOZET; O'HANLON; TEMPLE *et al.*, 2021). Por sua vez, eventos adversos neonatais, admissão em UTI, permanência prolongada em hospital, natimorto, mortalidade perinatal, pequeno para idade gestacional (LEEMAQZ; DEKKER; MCCOWAN; KENNY *et al.*, 2016), alterações de perímetro cefálico, comprimento ao nascer, peso ao nascer, APGAR e malformações congênitas. A respeito de parto prematuro há tanto descrição de efeitos protetivos do uso de álcool (LEEMAQZ; DEKKER; MCCOWAN; KENNY *et al.*, 2016; LUNDSBERG; ILLUZZI; BELANGER; TRICHE *et al.*, 2015) quanto deletérios (NYKJAER; ALWAN; GREENWOOD; SIMPSON *et al.*, 2014). Alguns estudos encontram risco aumento de hipertensão gestacional e/ou pré-eclâmpsia quando diante da exposição de tabaco, maconha e cocaína (CHABARRIA; RACUSIN; ANTONY; KAHR *et al.*, 2016 {Aghamohammadi, 2016 #276}), embora não seja consistentemente identificada em outros (GREINER; LO; SPERANZA; RINCÓN *et al.*, 2020; LEEMAQZ; DEKKER; MCCOWAN; KENNY *et al.*, 2016; WARSHAK; REGAN; MOORE; MAGNER *et al.*, 2015) e em um estudo tenha sido identificado efeito protetivo do uso de maconha em relação á hipertensão gestacional (CORSI; WALSH; WEISS; HSU *et al.*, 2019). A relação entre uso de substâncias psicoativas durante gravidez e diabetes gestacional, sangramento gestacional, descolamento prematuro de placenta e restrição de crescimento intrauterino se mantém controversa (CORSI; WALSH; WEISS; HSU *et al.*, 2019; GUNN; ROSALES; CENTER; NUÑEZ *et al.*, 2015; HAMUŁKA; ZIELIŃSKA; CHĄDZYŃSKA, 2018; LEEMAQZ; DEKKER; MCCOWAN; KENNY *et al.*, 2016; POPOVA; LANGE; PROBST; GMEL *et al.*, 2018; WARSHAK; REGAN; MOORE; MAGNER *et al.*,

2015) (AGHAMOHAMMADI; ZAFARI, 2016; CHABARRIA; RACUSIN; ANTONY; KAHR *et al.*, 2016; GIBSON; BAGHURST; COLLEY, 1983; GREINER; LO; SPERANZA; RINCÓN *et al.*, 2020).

Nascimento pré-termo é um dos desfechos deletérios frequentemente relacionado ao substâncias psicoativas. Quanto ao uso de maconha, diversos autores encontraram risco aumentado (CHABARRIA; RACUSIN; ANTONY; KAHR *et al.*, 2016; CORSI; WALSH; WEISS; HSU *et al.*, 2019; GIBSON; BAGHURST; COLLEY, 1983; LEEMAQZ; DEKKER; MCCOWAN; KENNY *et al.*, 2016) enquanto outros não encontram associação (GABRHELÍK; MAHIC; LUND; BRAMNESS *et al.*, 2021; GUNN; ROSALES; CENTER; NUÑEZ *et al.*, 2016; MAMLUK; EDWARDS; SAVOVIĆ; LEACH *et al.*, 2017; SBRANA; GRANDI; BRAZAN; JUNQUERA *et al.*, 2016; WARSHAK; REGAN; MOORE; MAGNER *et al.*, 2015), ao passo que a associação entre maconha e tabaco estaria associada a um impacto maior sobre esse desfecho (CHABARRIA; RACUSIN; ANTONY; KAHR *et al.*, 2016; HAMUŁKA; ZIELIŃSKA; CHĄDZYŃSKA, 2018), ainda que o consumo de tabaco isoladamente também se associe a nascimento prematuro (CHABARRIA; RACUSIN; ANTONY; KAHR *et al.*, 2016; HAMUŁKA; ZIELIŃSKA; CHĄDZYŃSKA, 2018). Já o consumo de álcool encontra evidências controversas, tanto para aumento de risco (HAMUŁKA; ZIELIŃSKA; CHĄDZYŃSKA, 2018; NYKJAER; ALWAN; GREENWOOD; SIMPSON *et al.*, 2014) quanto para ausência de evidência de risco (MAMLUK; EDWARDS; SAVOVIĆ; LEACH *et al.*, 2017; SBRANA; GRANDI; BRAZAN; JUNQUERA *et al.*, 2016). Menor corpo de evidência também se associa ao consumo de cocaína e nascimento prematuro (AGHAMOHAMMADI; ZAFARI, 2016; GOUIN; MURPHY; SHAH, 2011). Associação entre incidência de natimortos e admissão em UTI tem sido apontado em alguns estudos (CORSI; WALSH; WEISS; HSU *et al.*, 2019; GUNN; ROSALES; CENTER; NUÑEZ *et al.*, 2015; WARSHAK; REGAN; MOORE; MAGNER *et al.*, 2015), ao passo que outros não conseguiram identificar associação (GREINER; LO; SPERANZA; RINCÓN *et al.*, 2020; WARSHAK; REGAN; MOORE; MAGNER *et al.*, 2015). O efeito também se mostra inconsistente para parâmetros neonatais como perímetro cefálico (CHABARRIA; RACUSIN; ANTONY; KAHR *et al.*, 2016; GABRHELÍK; MAHIC; LUND; BRAMNESS *et al.*, 2021; GUNN; ROSALES; CENTER; NUÑEZ *et al.*, 2015; MCDONALD; WATSON, 2020), APGAR (CORSI; WALSH; WEISS; HSU *et al.*, 2019; GABRHELÍK; MAHIC; LUND; BRAMNESS *et al.*, 2021; GREINER; LO;

SPERANZA; RINCÓN *et al.*, 2020; HAMUŁKA; ZIELIŃSKA; CHADZYŃSKA, 2018) e malformações congênitas(BELL; RAYNES-GREENOW; TURNER; BOWER *et al.*, 2014; GABRHELÍK; MAHIC; LUND; BRAMNESS *et al.*, 2021{Kurita, 2021 #278; KELSEY; DWYER; HOLFORD; BRACKEN, 1978; LORENTE; CORDIER; GOJJARD; AYMÉ *et al.*, 2000; MAIER; WEST, 2001; MILLS; GRAUBARD, 1987; O'LEARY; NASSAR; KURINCZUK; DE KLERK *et al.*, 2010; ODENDAAL; STEYN; ELLIOTT; BURD, 2009; POLYGENIS; WHARTON; MALMBERG; SHERMAN *et al.*, 1998; WEN; YU; ZHANG; FAN *et al.*, 2016; WILLIAMS; SMITH, 2015}), ainda que estas estejam mais frequentemente correlacionadas ao consumo de álcool(MAIER; WEST, 2001; MARTÍNEZ-FRÍAS; BERMEJO; RODRÍGUEZ-PINILLA; FRÍAS, 2004; POPOVA; DOZET; O'HANLON; TEMPLE *et al.*, 2021; WILLIAMS; SMITH, 2015}).

Levando-se em consideração a pontuação obtida com as dez questões a respeito de Literacia-Álcool e as pontuações obtidas no AUDIT, foi construída uma curva ROC Literacia-Álcool. A curva ROC (do inglês Receiver Operating Characteristic) é empregada quando o resultado do teste é expresso em valores e necessita-se a determinação de um ponto de corte, ou seja, necessita de uma pontuação a partir da qual valores abaixo sejam considerados negativos para a exposição e a acima dele como positivos. Cada ponto de corte está associado a um valor de sensibilidade e especificidade, sendo que a escolha do ponto de corte pode ser arbitrária, de acordo com a finalidade clínica do teste (HAJIAN-TILAKI, 2013). A curva é obtida pela plotagem da sensibilidade (verdadeiros positivos) versus 1- especificidade (falsos positivos) do teste, e pode-se calcular a área sob a curva (AUC, do inglês Area Under the Curve) que quanto mais próximo de 1, maior a capacidade do teste em discriminar indivíduos entre o grupo exposto e não exposto, enquanto um valor próximo de 0,5 indica uma predição aleatória (MARTINEZ; LOUZADA NETO; PEREIRA, 2003).

A curva ROC Literacia-Álcool x AUDIT apresentou uma área de 0,672 (IC 95%; 0,593-0,744), o que evidenciou poder discriminativo do teste. Também permitiu observar que para aquelas com ponto de corte ≤ 9 houve maior probabilidade de a gestante obter escore positivo no AUDIT. Da avaliação Literacia-Álcool, análises sobre possíveis associações com variáveis sociodemográficas, gestacionais e neonatais e correlações com uso de substâncias desfechos gestacionais foram realizadas.

Os dados a respeito da relação Literacia–Álcool com variáveis sociodemográficas não encontraram associação significativa para variáveis renda familiar, renda per capita familiar, dependentes de renda, idade materna. Estes achados se contrapõem em relação ao que tem sido observado na literatura que associa baixa renda (GARCIA-CODINA; JUVINYÀ-CANAL; AMIL-BUJAN; BERTRAN-NOGUER *et al.*, 2019; RIKARD; THOMPSON; MCKINNEY; BEAUCHAMP, 2016; WANG; ZHOU, 2020), estado civil (não fazer parte de união estável (RIKARD; THOMPSON; MCKINNEY; BEAUCHAMP, 2016), gênero (sexo masculino) (AYOTTE; ALLAIRE; BOSWORTH, 2009), etnia (pertencer a minoria étnica) (AYOTTE; ALLAIRE; BOSWORTH, 2009; SVENDSEN; BAK; SØRENSEN; PELIKAN *et al.*, 2020), baixo nível educacional (MARICIC; STOJANOVIC; PAZUN; STEPOVIĆ *et al.*, 2021) nível educacional (Svendensen, 2020 #431) Ayotte, 2009 #428}, extremos de faixa etária (RIKARD; THOMPSON; MCKINNEY; BEAUCHAMP, 2016) (Svendensen, 2020 #431), trabalho remunerado (GULER; SAHIN; OZDEMIR; UNSAL *et al.*, 2021).

Foram encontradas correlações inversas entre a pontuação no questionários AUDIT e T-ACE sugerindo que menor nível de literacia se associa a maior probabilidade de que participantes pontuem positivamente nos instrumentos de rastreio.

A respeito de desfechos gestacionais, pouco é conhecido sobre as repercussões sobre o desfecho gestacional em relação aos níveis de literacia. Os dados dessa dissertação não encontraram associação significativa com parâmetros antropométricos e de vitalidade neonatal. Todavia, o corpo de evidências a respeito do tema é escasso e não permite estabelecer extrapolações além dos dados obtidos. Em revisão sistemática recente, Zibellini (2021) avaliou desfechos gestacionais relacionadas à literacia em saúde e chegou a conclusão de que intervenções em saúde materna podem contribuir para melhores desfechos como controle de ansiedade, porém, não tratou daqueles ligados ao bem-estar fetal (ZIBELLINI; MUSCAT; KIZIRIAN; GORDON, 2021). Digno de nota é dentre os estudos incluídos na revisão realizada por Zibellini, número limitado de estudos se encarregou de avaliar desfechos neonatais, o quais incluíram peso de nascimento e idade gestacional (LUMLEY; DONOHUE, 2006; NASSAR; ROBERTS; RAYNES-GREENOW; BARRATT *et al.*, 2007; RAYNES-GREENOW; NASSAR;

TORVALDSEN; TREVENA *et al.*, 2010; ZIBELLINI; MUSCAT; KIZIRIAN; GORDON, 2021).

Esses achados estão consistentes com outras publicações que avaliaram a relação entre literacia e uso de substâncias psicoativas, em especial concepções errôneas a respeito do uso de álcool durante a gestação (BARBOUR, 1990). Kesmodel (2019) encontrou taxa de 16,2% de entrevistadas que não acreditavam que o consumo de álcool pudesse desencadear prejuízos duradouros à criança. Semelhantemente em estudos sobre exposição gestacional ao tabaco, Chomba (2010) identificou que apenas 23% das mulheres em idade reprodutiva tinham conhecimento apropriado sobre os efeitos adversos do uso de tabaco sobre os desfechos da gravidez e aquelas com maiores níveis de literacia demonstravam maior preocupação a respeito dos efeitos adversos do tabagismo sobre si próprias e aos seus bebês. (CHOMBA; TSHEFU; ONYAMBOKO; KASEBA-SATA *et al.*, 2010). A respeito do uso maconha, Ko (2015) identificou que 70% das mulheres que usavam marijuana 1-2 semana acreditam que o risco era pequeno ou ausente (KO; FARR; TONG; CREANGA *et al.*, 2015).

O presente estudo apresenta limitações. Ele consistiu em uma análise original de fontes de secundárias, portanto restrito ao exame de dados colhidos em estudo anterior. Dessa forma, não possível construir um instrumento próprio para avaliação de literacia materna no período gestacional e puerperal e dessa forma, a quantidade de informações obtidas sobre literacia foi limitada. Embora dados a respeito do uso de diversas substâncias psicoativas estivessem disponíveis, o mesmo não o foi no que diz respeito à avaliação de literacia. A avaliação do uso de substâncias psicoativas encontra limitações diante da aplicação de métodos de rastreio, dado que os relatos podem subestimar a frequência de real consumo da população avaliada em detrimento do que ocorre em amostragem biológicas, em parte pelo estigma social relacionado o consumo de substâncias na gestação. O consumo de álcool ocorreu em menos de 50% das gestantes e para substâncias como anfetaminas, alucinógenos, opioides, inalantes, a amostragem foi menor o que limita a interpretação dos resultados.

Por outro lado este estudo tem um forte componente de originalidade para o contexto brasileiro, acrescentando-se sua originalidade no oferecimento de informações sobre um município de médio porte do interior do estado de São Paulo. Acrescente-se ainda que, até onde vai nosso conhecimento, parece ser o primeiro

que tem entre seus objetivos avaliar a relação entre os dados de prevalência sobre uso de substâncias psicoativas na gestação com um indicador de literacia a respeito de consequências do consumo de álcool na gestação. Os resultados dessa dissertação contribuem para o conhecimento sobre relação de consumo de substâncias psicoativas em gestantes e enfatiza a importância de melhor compreensão a respeito dos impactos de literacia em saúde exercem para saúde materno-fetal tema de literacia em saúde materna em nosso país.

Estudos futuros podem se ocupar de amostras maiores ou de estratificar grupos para obter maior taxa de exposição a substâncias psicoativas, ao mesmo tempo, deve ser escopo de atenção especial a metodologia a ser empregada para a identificação de uso de substâncias psicoativas (entrevistas, amostras biológicas) e janelas temporais ligadas à exposição (se durante parte da gestação ou no decorrer de toda a gestação). Dado que o campo de compreensão da literacia em saúde materna e, em especial, os desfechos relacionados a níveis adequados/inadequados de literacia ainda é incipiente, avaliação detalhada de variáveis sociodemográficas, educacionais e culturais devem ser trabalhadas com atenção a possíveis fatores confundidores e moderadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOUMATAR, H. J.; CARSON, K. A.; BEACH, M. C.; ROTER, D. L. *et al.* The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. **J Gen Intern Med**, 28, n. 11, p. 1469-1476, Nov 2013.
- ACKERMAN, J. P.; RIGGINS, T.; BLACK, M. M. A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. **Pediatrics**, 125, n. 3, p. 554-565, Mar 2010.
- AGHAMOHAMMADI, A.; ZAFARI, M. Crack abuse during pregnancy: maternal, fetal and neonatal complication. **J Matern Fetal Neonatal Med**, 29, n. 5, p. 795-797, Mar 2016.
- AGIRESAASI, A.; NASSANGA, G.; MAINA, G. W.; KIGULI, J. *et al.* Various forms of alcohol use and their predictors among pregnant women in post conflict northern Uganda: a cross sectional study. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, 16, n. 1, p. 3, 2021/01/04 2021.
- AHERN, N. R.; FALSAFI, N. Inhalant abuse: youth at risk. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, 51, n. 8, p. 19-24, Aug 2013.
- The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, 97, n. 9, p. 1183-1194, Sep 2002.
- ALMEIDA, S. P. D.; SILVA, M. T. A. Histórico, efeitos e mecanismo de ação do êxtase (3-4 metilenodioximetanfetamina): revisão da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 8, p. 393-402, 2000.
- ARRIA, A. M.; DERAUF, C.; LAGASSE, L. L.; GRANT, P. *et al.* Methamphetamine and other substance use during pregnancy: preliminary estimates from the Infant Development, Environment, and Lifestyle (IDEAL) study. **Matern Child Health J**, 10, n. 3, p. 293-302, May 2006.
- ARRIBAS, C. G. D. S. M. D.; CARVALHO, M. R. D.; SILVA, E. M. D.; DINIZ, G. T. N. *et al.* Positividade ao consumo de álcool e outras drogas por mulheres gestantes em três hospitais públicos do Recife a partir da aplicação do teste ASSIST. 2018.
- ARSHAD, A.; HANAN, M.-A.; SALEEM, N.; FARZOOQ, S. *et al.* Media and Mental Health Literacy: Do Mediated Interventions Enhance Mental Health Awareness? Implications and Policy Recommendations. **International Journal of Mental Health Promotion**, 21, n. 3, p. 99--109, 2019.
- ASADI, L.; AMIRI, F.; SAFINEJAD, H. Investigating the effect of health literacy level on improving the quality of care during pregnancy in pregnant women covered by

health centers. **Journal of Education and Health Promotion**, 9, n. 1, p. 286-286, January 1, 2020 2020. Original Article.

ASSEMANY, S.; NEU, R.; GARDNER, L. DEFORMITIES IN A CHILD WHOSE MOTHER TOOK L.S.D. **The Lancet**, 295, n. 7659, p. 1290, 1970.

ASSESSMENT, C. What is literacy? An investigation into definitions of English as a subject and the relationship between English, literacy and 'being literate'. Retrieved **January**, 1, p. 2017, 2013.

ASSOCIATION, A. P. Substance-Related and Addictive Disorders. *In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC, 2013. p. 520-529.

AVILLA, R. M.; SURJAN, J.; DE FÁTIMA RATTO PADIN, M.; CANFIELD, M. *et al.* Factors associated with attrition rate in a supportive care service for substance using pregnant women in Brazil. **Am J Addict**, 26, n. 7, p. 676-679, Oct 2017.

AZUINE, R. E.; JI, Y.; CHANG, H.-Y.; KIM, Y. *et al.* Prenatal Risk Factors and Perinatal and Postnatal Outcomes Associated With Maternal Opioid Exposure in an Urban, Low-Income, Multiethnic US Population. **JAMA Network Open**, 2, n. 6, p. e196405-e196405, 2019.

BAIS, B.; MOLENAAR, N. M.; BIJMA, H. H.; HOOGENDIJK, W. J. G. *et al.* Prevalence of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs exposure before, during and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord**, 269, p. 18-27, May 15 2020.

BAKER, D. W. The meaning and the measure of health literacy. **Journal of general internal medicine**, 21, n. 8, p. 878-883, 2006.

BAPTISTE-ROBERTS, K.; HOSSAIN, M. Socioeconomic Disparities and Self-reported Substance Abuse-related Problems. **Addiction & health**, 10, n. 2, p. 112-122, 2018.

BARBOUR, B. G. ALCOHOL AND PREGNANCY. **Journal of Nurse-Midwifery**, 35, n. 2, p. 78-85, 1990.

BASTOS, F. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. *In: BASTOS, F. (Ed.). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde*. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2017 2017. p. 244.

BECKER, J. B.; HU, M. Sex differences in drug abuse. **Frontiers in neuroendocrinology**, 29, n. 1, p. 36-47, 2008.

BECKER, J. B.; MCCLELLAN, M. L.; REED, B. G. Sex differences, gender and addiction. **Journal of neuroscience research**, 95, n. 1-2, p. 136-147, 2017.

BELL, J. C.; RAYNES-GREENOW, C.; TURNER, R. M.; BOWER, C. *et al.* Maternal alcohol consumption during pregnancy and the risk of orofacial clefts in infants: a systematic review and meta-analysis. **Paediatr Perinat Epidemiol**, 28, n. 4, p. 322-332, Jul 2014.

BELLANTUONO, C.; TOFANI, S.; DI SCIASCIO, G.; SANTONE, G. Benzodiazepine exposure in pregnancy and risk of major malformations: a critical overview. **Gen Hosp Psychiatry**, 35, n. 1, p. 3-8, Jan-Feb 2013.

BENAVENTE, A.; ROSA, A.; COSTA, A.; ÁVILA, P. A Literacia em Portugal: Resultados de uma Pesquisa Extensiva e Monográfica.[Literacy in Portugal: results of an extensive research and monograph]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Conselho Nacional de Educação, 1996; 27-119.

BERNARDES, A. C. F.; DA SILVA, R. A.; COIMBRA, L. C.; ALVES, M. T. S. S. D. B. *et al.* Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. **BMC pregnancy and childbirth**, 14, p. 266-266, 2014.

BESSA, M. A.; MITSUHIRO, S. S.; CHALEM, E.; BARROS, M. C. D. M. *et al.* Correlates of substance use during adolescent pregnancy in São Paulo, Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 32, p. 66-69, 2010.

BRITTON, P. C. The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. **Addiction Research & Theory**, 12, n. 2, p. 103-114, 2004/04/01 2004.

BROWN, Q. L.; SARVET, A. L.; SHMULEWITZ, D.; MARTINS, S. S. *et al.* Trends in Marijuana Use Among Pregnant and Nonpregnant Reproductive-Aged Women, 2002-2014. **JAMA**, 317, n. 2, p. 207-209, 2017.

BUCHANAN, J. F.; BROWN, C. R. 'Designer Drugs'. **Medical Toxicology and Adverse Drug Experience**, 3, n. 1, p. 1-17, 1988/02/01 1988.

CAIN, M. A.; BORNICK, P.; WHITEMAN, V. The maternal, fetal, and neonatal effects of cocaine exposure in pregnancy. **Clin Obstet Gynecol**, 56, n. 1, p. 124-132, Mar 2013.

CALOU, C. G. P.; DE OLIVEIRA, M. F.; CARVALHO, F. H. C.; SOARES, P. R. A. L. *et al.* Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. **Health and quality of life outcomes**, 16, n. 1, p. 109-109, 2018.

CASAS, M.; CORDIER, S.; MARTÍNEZ, D.; BARROS, H. *et al.* Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation: combined analysis of 13 European birth cohorts. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, 41, n. 4, p. 384-396, 2015.

CAZDEN, C. A Pedagogy of Multiliteracies: Designing Social Futures. **Harvard Educational Review**, 66, 04/01 1996.

CHABARRIA, K. C.; RACUSIN, D. A.; ANTONY, K. M.; KAHR, M. *et al.* Marijuana use and its effects in pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 215, n. 4, p. 506.e501-507, Oct 2016.

CHANG, J. C.; TARR, J. A.; HOLLAND, C. L.; DE GENNA, N. M. *et al.* Beliefs and attitudes regarding prenatal marijuana use: Perspectives of pregnant women who report use. **Drug Alcohol Depend**, 196, p. 14-20, Mar 1 2019.

CHATTERJI, P. Illicit Drug Use and Educational Attainment. **Health economics**, 15, p. 489-511, 05/01 2006.

CHINN, D. Critical health literacy health promotion and people with intellectual disabilities. **Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education**, 5, n. 3, p. 249-265, 2014/09/02 2014.

CHOMBA, E.; TSHEFU, A.; ONYAMBOKO, M.; KASEBA-SATA, C. *et al.* Tobacco use and secondhand smoke exposure during pregnancy in two African countries: Zambia and the Democratic Republic of the Congo. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, 89, n. 4, p. 531-539, 2010.

Committee Opinion No. 711: Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy. **Obstet Gynecol**, 130, n. 2, p. e81-e94, Aug 2017.

COOK, J. L.; GREEN, C. R.; DE LA RONDE, S.; DELL, C. A. *et al.* Epidemiology and Effects of Substance Use in Pregnancy. **J Obstet Gynaecol Can**, 39, n. 10, p. 906-915, Oct 2017.

COPE, W.; KALANTZIS, M. "Multiliteracies": New Literacies, New Learning. **Pedagogies**, 4, p. 164-195, 08/06 2009.

CORDENONZI, W. H.; DEL PINO, J. C.; CONCEIÇÃO OLIVEIRA, E.; GUIMARÃES STROHSCHOEN, A. A. Alfabetização – uma evolução do conceito: alfabetização e letramento em código. **Texto Livre: Linguagem e Tecnologia**, 13, n. 1, p. 137-155, 07/11 2020.

CORRALES-GUTIERREZ, I.; MENDOZA, R.; GOMEZ-BAYA, D.; LEON-LARIOS, F. Understanding the Relationship between Predictors of Alcohol Consumption in Pregnancy: Towards Effective Prevention of FASD. **International journal of environmental research and public health**, 17, n. 4, p. 1388, 2020.

CORSI, D. J.; WALSH, L.; WEISS, D.; HSU, H. *et al.* Association Between Self-reported Prenatal Cannabis Use and Maternal, Perinatal, and Neonatal Outcomes. **JAMA**, 322, n. 2, p. 145-152, 2019.

COSTA, J. L. D.; PINTAO, E. R.; CORRIGLIANO, C. M. C.; NEGRINI NETO, O. Determinação de 3, 4-metilenodioximetanfetamina (MDMA) em comprimidos de Ecstasy por cromatografia líquida de alta eficiência com detecção por fluorescência (CLAE-DF). **Química Nova**, 32, n. 4, p. 965-969, 2009.

- COSTET, N.; BÉRANGER, R.; GARLANTÉZEC, R.; ROUGET, F. *et al.* Occupational exposure to organic solvents during pregnancy and childhood behavior: findings from the PELAGIE birth cohort (France, 2002–2013). **Environmental Health**, 17, n. 1, p. 63, 2018/07/27 2018.
- COX, B. M. A Concise Review of Concepts in Opioid Pharmacology up to the Discovery of Endogenous Opioids. **Mol Pharmacol**, 98, n. 4, p. 392-400, Oct 2020.
- CROCQ, M.-A. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. **Dialogues in clinical neuroscience**, 9, n. 4, p. 355-361, 2007.
- CROSSIN, R.; QAMA, A.; ANDREWS, Z. B.; LAWRENCE, A. J. *et al.* The effect of adolescent inhalant abuse on energy balance and growth. **Pharmacology research & perspectives**, 7, n. 4, p. e00498-e00498, 2019.
- CRUME, T. Tobacco Use During Pregnancy. **Clin Obstet Gynecol**, 62, n. 1, p. 128-141, Mar 2019.
- CUNHA, R. B. O que significa alfabetização ou letramento para os pesquisadores da educação científica e qual o impacto desses conceitos no ensino de ciências. **Ciência & Educação (Bauru)**, 24, p. 27-41, 2018.
- DADIPOOR, S.; RAMEZANKHANI, A.; ALAVI, A.; AGHAMOLAEI, T. *et al.* Pregnant Women's Health Literacy in the South of Iran. **Journal of Family & Reproductive Health**, 11, p. 211-218, 12/01 2017.
- DAMEN, L.; VISSER, D. H.; SIE, S. D.; VAN WEISSENBRUCH, M. M. Apparent Life-Threatening Event following Maternal Use of Temazepam during Labour. **Case reports in pediatrics**, 2014, p. 650605-650605, 2014.
- DATTA, U.; SCHOENROCK, S. E.; BUBIER, J. A.; BOGUE, M. A. *et al.* Prospects for finding the mechanisms of sex differences in addiction with human and model organism genetic analysis. **Genes, brain, and behavior**, 19, n. 3, p. e12645-e12645, 2020.
- DE DIOS, J.; MOYA, M.; CARRATALÁ-MARCO, F. 'Floppy infant' syndrome in twins secondary to the use of benzodiazepines during pregnancy. **Revista de neurologia**, 29, p. 121-123, 07/16 1999.
- DEJONG, K.; OLYAEI, A.; LO, J. O. Alcohol Use in Pregnancy. **Clinical obstetrics and gynecology**, 62, n. 1, p. 142-155, 2019.
- DERAUF, C.; KATZ, A. R.; FRANK, D. A.; GRANDINETTI, A. *et al.* The prevalence of methamphetamine and other drug use during pregnancy in Hawaii. **Journal of Drug Issues**, 33, n. 4, p. 1001-1016, 2003.
- DIAMOND, J. J. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. **Nutrition Journal**, 6, n. 1, p. 5, 2007/02/14 2007.

DO ROSÁRIO TAVARES, A.; RIBEIRO, J. P.; PORTO, A. R.; LOPES, K. B. *et al.* Perfil das gestantes atendidas em um ambulatório no Rio Grande do Sul e o uso de substâncias psicoativas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13, n. 1, p. e5848-e5848, 2021.

DOS SANTOS, R. G. Safety and side effects of ayahuasca in humans--an overview focusing on developmental toxicology. **J Psychoactive Drugs**, 45, n. 1, p. 68-78, Jan-Mar 2013.

ECONOMIDES, D.; BRAITHWAITE, J. Smoking, pregnancy and the fetus. **J R Soc Health**, 114, n. 4, p. 198-201, Aug 1994.

EL MARROUN, H.; BROWN, Q. L.; LUND, I. O.; COLEMAN-COWGER, V. H. *et al.* An epidemiological, developmental and clinical overview of cannabis use during pregnancy. **Prev Med**, 116, p. 1-5, Nov 2018.

ELGAR, F. J.; ROBERTS, C.; PARRY-LANGDON, N.; BOYCE, W. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. **Eur J Public Health**, 15, n. 3, p. 245-250, Jun 2005.

ENATO, E.; MORETTI, M.; KOREN, G. The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis. **J Obstet Gynaecol Can**, 33, n. 1, p. 46-48, Jan 2011.

ENDRES, L. K.; SHARP, L. K.; HANEY, E.; DOOLEY, S. L. Health Literacy and Pregnancy Preparedness in Pregestational Diabetes. **Diabetes Care**, 27, n. 2, p. 331-334, 2004.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. Identifying maternal risk factors associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: a systematic review. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, 23, n. 10, p. 877-889, Oct 2014.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. Stressful life events and alcohol consumption in pregnant women: A cross-sectional survey. **Midwifery**, 71, p. 27-32, Apr 2019.

FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Revista de Saúde Pública**, 41, p. 979-984, 2007.

FAGAN, A. A.; WRIGHT, E. M.; PINCHEVSKY, G. M. Exposure to violence, substance use, and neighborhood context. **Social science research**, 49, p. 314-326, 2015.

FEAR, J. **Choice overload : Australians coping with financial decisions / Josh Fear**. Canberra: The Australia Institute, 2008. (Discussion paper (Australia Institute) ; no. 99., v. Accessed from <https://nla.gov.au/nla.cat-vn4391008>).

FILE, S. E. The history of benzodiazepine dependence: a review of animal studies. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, 14, n. 2, p. 135-146, 1990.

FRANK, D. A.; AUGUSTYN, M.; KNIGHT, W. G.; PELL, T. *et al.* Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review. **JAMA**, 285, n. 12, p. 1613-1625, 2001.

FREEMAN, M. P.; GÓEZ-MOGOLLÓN, L.; MCINERNEY, K. A.; DAVIES, A. C. *et al.* Obstetrical and neonatal outcomes after benzodiazepine exposure during pregnancy: Results from a prospective registry of women with psychiatric disorders. **Gen Hosp Psychiatry**, 53, p. 73-79, Jul-Aug 2018.

FURTADO, E.; FABBRI, C. Consumo materno de álcool e outras substâncias psicoativas e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Medicina (Ribeirao Preto)**, 32, p. 53-58, 06/25 1999.

FURTADO, E. F. A., P. P. ; SOUZA, J. ; ESPER, L. H. Evaluation of a brief intervention protocol for reducing alcohol consumption by pregnant women attending the Brazilian Unified Health System. *S1*, v. 13, p. p. 12-12., 2018.

GABRHELÍK, R.; MAHIC, M.; LUND, I. O.; BRAMNESS, J. *et al.* Cannabis Use during Pregnancy and Risk of Adverse Birth Outcomes: A Longitudinal Cohort Study. **Eur Addict Res**, 27, n. 2, p. 131-141, 2021.

GIBSON, G. T.; BAGHURST, P. A.; COLLEY, D. P. Maternal Alcohol, Tobacco and Cannabis Consumption and the Outcome of Pregnancy. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 23, n. 1, p. 15-19, 1983/02/01 1983. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1983.tb00151.x>.

GILLBERG, C. "FLOPPY INFANT SYNDROME" AND MATERNAL DIAZEPAM. **The Lancet**, 310, n. 8031, p. 244, 1977.

GOLD, M. S.; WASHTON, A. M.; DACKIS, C. A. Cocaine abuse: neurochemistry, phenomenology, and treatment. **NIDA Res Monogr**, 61, p. 130-150, 1985.

GONÇALVES, L. D. A.; MONTEIRO, C. F. D. S.; JÚNIOR, F. J. G. D. S.; VELOSO, L. U. P. *et al.*, 2020, **Rastreo do consumo de bebidas alcoólicas em gestantes**.

GOUIN, K.; MURPHY, K.; SHAH, P. S. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. **Am J Obstet Gynecol**, 204, n. 4, p. 340.e341-312, Apr 2011.

GREENFIELD, S. F.; BACK, S. E.; LAWSON, K.; BRADY, K. T. Substance Abuse in Women. **Psychiatric Clinics**, 33, n. 2, p. 339-355, 2010.

GREINER, K.; LO, J.; SPERANZA, R.; RINCÓN, M. *et al.* Marijuana use and pregnancy outcomes among women with hypertension in pregnancy. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, p. 1-8, 07/06 2020.

GRIFFIN, C. E., 3RD; KAYE, A. M.; BUENO, F. R.; KAYE, A. D. Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. **The Ochsner journal**, 13, n. 2, p. 214-223, Summer 2013.

GRIGORIADIS, S.; GRAVES, L.; PEER, M.; MAMISASHVILI, L. *et al.* Benzodiazepine Use During Pregnancy Alone or in Combination With an Antidepressant and Congenital Malformations: Systematic Review and Meta-Analysis. **J Clin Psychiatry**, 80, n. 4, Jul 9 2019.

GRITTNER, U.; KUNTSCHE, S.; GMEL, G.; BLOOMFIELD, K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels—results from an international study. **European Journal of Public Health**, 23, n. 2, p. 332-339, 2013.

GRITTNER, U.; NEMETH, Z.; KUNTSCHE, S.; GAERTNER, B. *et al.* What is the role of roles? Exploring the link between social roles and women's alcohol use in low- and middle-income countries. **The International Journal of Alcohol and Drug Research**, 4, n. 2, p. 139-149, 12/18 2015.

GROUP, P. L. E. PIAAC Literacy: A Conceptual Framework. 2009.

GUIMARÃES, N. M.; FREITAS, V. S.; SENZI, C. G. D.; GIL, G. T. *et al.*, 2021, **PARTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO: PREVALÊNCIA E PERFIL DAS PARTURIENTES / CHILDBIRTHS UNDER THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) OF BRAZIL: PREVALENCE AND PROFILE OF PARTURIENTS.**

GUNN, J. K. L.; ROSALES, C. B.; CENTER, K. E.; NUÑEZ, A. *et al.* Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BMJ open**, 6, n. 4, p. e009986-e009986, 2016.

GUNN, J. K. L.; ROSALES, C. B.; CENTER, K. E.; NUÑEZ, A. V. *et al.* The effects of prenatal cannabis exposure on fetal development and pregnancy outcomes: a protocol. **BMJ open**, 5, n. 3, p. e007227-e007227, 2015.

HAMUŁKA, J.; ZIELIŃSKA, M. A.; CHĄDZYŃSKA, K. The combined effects of alcohol and tobacco use during pregnancy on birth outcomes. **Rocz Panstw Zakl Hig**, 69, n. 1, p. 45-54, 2018.

HENDERSON, J.; GRAY, R.; BROCKLEHURST, P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. **Bjog**, 114, n. 3, p. 243-252, Mar 2007.

HENRIQUE, I. F. S.; DE MICHELI, D.; LACERDA, R. B. D.; LACERDA, L. A. D. *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, 50, p. 199-206, 2004.

HOFFMANN, R. **Como mulheres e homens contribuem para a desigualdade da renda domiciliar per capita.** 2018.

HOLBROOK, B. D. The effects of nicotine on human fetal development. **Birth Defects Res C Embryo Today**, 108, n. 2, p. 181-192, Jun 2016.

HOTHAM, E. D.; ALI, R. L.; WHITE, J. M. Analysis of qualitative data from the investigation study in pregnancy of the ASSIST Version 3.0 (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). **Midwifery**, 34, p. 183-197, Mar 2016.

HUITFELDT, A.; SUNDBAKK, L. M.; SKURTVEIT, S.; HANDAL, M. *et al.* Associations of Maternal Use of Benzodiazepines or Benzodiazepine-like Hypnotics During Pregnancy With Immediate Pregnancy Outcomes in Norway. **JAMA Network Open**, 3, n. 6, p. e205860-e205860, 2020.

HUYBRECHTS, K. F.; BRÖMS, G.; CHRISTENSEN, L. B.; EINARSDÓTTIR, K. *et al.* Association Between Methylphenidate and Amphetamine Use in Pregnancy and Risk of Congenital Malformations: A Cohort Study From the International Pregnancy Safety Study Consortium. **JAMA Psychiatry**, 75, n. 2, p. 167-175, 2018.

HYNES-DOWELL, M.; MATEU-GELABERT, P.; BARROS, H. M. T.; DELVA, J. Volatile substance misuse among high school students in South America. **Substance use & misuse**, 46 Suppl 1, n. 0 1, p. 27-34, 2011.

IBGE, I. Censo demográfico 2010. **IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e**, p. 34-35, 2010.

JARLENSKI, M.; KOMA, J. W.; ZANK, J.; BODNAR, L. M. *et al.* Trends in perception of risk of regular marijuana use among US pregnant and nonpregnant reproductive-aged women. **American journal of obstetrics and gynecology**, 217, n. 6, p. 705-707, 2017.

JONES, H. E.; BALSTER, R. L. Inhalant abuse in pregnancy. **Obstet Gynecol Clin North Am**, 25, n. 1, p. 153-167, Mar 1998.

JONES, H. E.; BALSTER, R. L. INHALANT ABUSE IN PREGNANCY. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, 25, n. 1, p. 153-167, 1998/03/01/1998.

JONSSON, E.; SALMON, A.; WARREN, K. R. The international charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder. **The Lancet Global Health**, 2, n. 3, p. e135-e137, 2014.

KALAITZOPOULOS, D. R.; CHATZISTERGIOU, K.; AMYLIDI, A. L.; KOKKINIDIS, D. G. *et al.* Effect of Methamphetamine Hydrochloride on Pregnancy Outcome: A Systematic Review and Meta-analysis. **J Addict Med**, 12, n. 3, p. 220-226, May/Jun 2018.

KALE, P. L.; FONSECA, S. C.; DA SILVA, K. S.; DA ROCHA, P. M. *et al.* Smoking prevalence, reduction, and cessation during pregnancy and associated factors: a cross-sectional study in public maternities, Rio de Janeiro, Brazil. **BMC Public Health**, 15, p. 406, Apr 19 2015.

KATZ, M. G.; JACOBSON, T. A.; VELEDAR, E.; KRIPALANI, S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. **Journal of general internal medicine**, 22, n. 6, p. 782-786, 2007.

- KEATING, C. Discourses about language and literacy education in Portugal: past and present. **International Journal of the Sociology of Language**, 2019, n. 259, p. 15-38, 2019.
- KELSEY, J. L.; DWYER, T.; HOLFORD, T. R.; BRACKEN, M. B. Maternal smoking and congenital malformations: an epidemiological study. **Journal of epidemiology and community health**, 32, n. 2, p. 102-107, 1978.
- KESMODEL, U.; URBUTÉ, A. Changes in drinking patterns, attitudes towards and knowledge about alcohol consumption during pregnancy in a population of pregnant Danish women. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, 03/01 2019.
- KILBRIDE, H.; CASTOR, C.; HOFFMAN, E.; FUGER, K. L. Thirty-six-month outcome of prenatal cocaine exposure for term or near-term infants: impact of early case management. **J Dev Behav Pediatr**, 21, n. 1, p. 19-26, Feb 2000.
- KO, J. Y.; FARR, S. L.; TONG, V. T.; CREANGA, A. A. *et al.* Prevalence and patterns of marijuana use among pregnant and nonpregnant women of reproductive age. **Am J Obstet Gynecol**, 213, n. 2, p. 201.e201-201.e210, Aug 2015.
- KOBULSKY, J. M.; MINNES, S.; MIN, M. O.; SINGER, M. I. Violence Exposure and Early Substance Use in High-Risk Adolescents. **Journal of social work practice in the addictions**, 16, n. 1-2, p. 46-71, 2016.
- KUCZKOWSKI, K. M. The effects of drug abuse on pregnancy. **Curr Opin Obstet Gynecol**, 19, n. 6, p. 578-585, Dec 2007.
- LADHANI, N. N. N.; SHAH, P. S.; MURPHY, K. E. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 205, n. 3, p. 219.e211-219.e217, 2011/09/01/ 2011.
- LANGE, S.; PROBST, C.; REHM, J.; POPOVA, S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, 6, n. 7, p. e769-e776, 2018.
- LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; SANCHES, M.; ZALESKI, M. *et al.* Alcohol use pattern among Brazilian adults. **Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)**, 32, p. 231-241, 11/01 2009.
- LEEMAQZ, S. Y.; DEKKER, G. A.; MCCOWAN, L. M.; KENNY, L. C. *et al.* Maternal marijuana use has independent effects on risk for spontaneous preterm birth but not other common late pregnancy complications. **Reproductive Toxicology**, 62, p. 77-86, 2016/07/01/ 2016.
- LIANG, W.; CHIKRITZHS, T. Brief report: marital status and alcohol consumption behaviours. **Journal of Substance Use**, 17, n. 1, p. 84-90, 2012/02/01 2012.
- LIEW, H. The effects of marital status transitions on alcohol use trajectories (In Press). **Longitudinal and Life Course Studies**, 3, 07/13 2012.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; DIAS, A. S.; REICHENHEIM, M. E. Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 47, n. 3, p. 427-438, Mar 2012.

LOGAN, R. A. S. E. R. **Health literacy : new directions in research, theory and practice**. 2017. 9781614997894 1614997896.

LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C.; GARCÍA-GARCÍA, P. The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: half a century of anxiolytic drugs. **Journal of anxiety disorders**, 25, n. 4, p. 554-562, 2011.

LORENTE, C.; CORDIER, S.; GOUJARD, J.; AYMÉ, S. *et al.* Tobacco and alcohol use during pregnancy and risk of oral clefts. Occupational Exposure and Congenital Malformation Working Group. **American journal of public health**, 90, n. 3, p. 415-419, 2000.

LOUW, K.-A. Substance use in pregnancy: The medical challenge. **Obstetric medicine**, 11, n. 2, p. 54-66, 2018.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. *et al.* Religious beliefs and alcohol control policies: a Brazilian nationwide study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 36, p. 4-10, 2013.

LUNDSBERG, L. S.; ILLUZZI, J. L.; BELANGER, K.; TRICHE, E. W. *et al.* Low-to-moderate prenatal alcohol consumption and the risk of selected birth outcomes: a prospective cohort study. **Annals of Epidemiology**, 25, n. 1, p. 46-54.e43, 2015/01/01/ 2015.

LUPATTELLI, A.; PICINARDI, M.; EINARSON, A.; NORDENG, H. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. **Patient Educ Couns**, 96, n. 2, p. 171-178, Aug 2014.

MACHADO, Í. E.; MONTEIRO, M. G.; MALTA, D. C.; LANA, F. C. F. Brazilian Health Survey (2013): relation between alcohol use and sociodemographic characteristics by sex in Brazil. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, 20 3, p. 408-422, 2017.

MAEDA, A.; BATEMAN, B. T.; CLANCY, C. R.; CREANGA, A. A. *et al.* Opioid Abuse and Dependence during Pregnancy: Temporal Trends and Obstetrical Outcomes. **Anesthesiology**, 121, n. 6, p. 1158-1165, 2014.

MAIER, S. E.; WEST, J. R. Drinking patterns and alcohol-related birth defects. **Alcohol Res Health**, 25, n. 3, p. 168-174, 2001.

MAMLUK, L.; EDWARDS, H. B.; SAVOVIĆ, J.; LEACH, V. *et al.* Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. **BMJ Open**, 7, n. 7, p. e015410, 2017.

MANENTI, S. A.; GALATO JÚNIOR, J.; SILVEIRA, E. D. S.; OENNING, R. T. *et al.* Epidemiologic and clinical characteristics of pregnant women living with HIV/AIDS in a region of Southern Brazil where the subtype C of HIV-1 infection predominates. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, 15, p. 349-355, 2011.

MANGANELLO, J. A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Educ Res**, 23, n. 5, p. 840-847, Oct 2008.

MARQUES, A.; RIBEIRO DE ARAÚJO, M.; LARANJEIRA, R. **Abuso e dependência de inalantes (2012)**. 2012.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. D. S.; BOING, A. F. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, 25, 2021.

MARTÍNEZ-FRÍAS, M. L.; BERMEJO, E.; RODRÍGUEZ-PINILLA, E.; FRÍAS, J. L. Risk for congenital anomalies associated with different sporadic and daily doses of alcohol consumption during pregnancy: a case-control study. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol**, 70, n. 4, p. 194-200, Apr 2004.

MCDONALD, B. W.; WATSON, P. E. Maternal alcohol intakes before and during pregnancy: Impact on the mother and infant outcome to 18 months. **Nordisk Alkohol Nark**, 37, n. 2, p. 153-171, Apr 2020.

MCGLOTHLIN, W. H.; SPARKES, R. S.; ARNOLD, D. O. Effect of LSD on Human Pregnancy. **JAMA**, 212, n. 9, p. 1483-1487, 1970.

MCLAFFERTY, L. P.; BECKER, M.; DRESNER, N.; MELTZER-BRODY, S. *et al.* Guidelines for the Management of Pregnant Women With Substance Use Disorders. **Psychosomatics**, 57, n. 2, p. 115-130, Mar-Apr 2016.

MENENDEZ, M. E.; VAN HOORN, B. T.; MACKERT, M.; DONOVAN, E. E. *et al.* Patients With Limited Health Literacy Ask Fewer Questions During Office Visits With Hand Surgeons. **Clin Orthop Relat Res**, 475, n. 5, p. 1291-1297, May 2017.

MILLS, J. L.; GRAUBARD, B. I. Is Moderate Drinking During Pregnancy Associated With an Increased Risk for Malformations? **Pediatrics**, 80, n. 3, p. 309-314, 1987.

MORERO, J. A. P.; BRAGAGNOLLO, G. R.; SANTOS, M. T. S. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. **Revista Cuidarte**, 9, n. 2, p. 2257-2268, 2018.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 27, p. 497-509, 2011.

MÜLLER, J. S.; ANTUNES, M.; BEHLE, I.; TEIXEIRA, L. *et al.* Acute Effects of Maternal Smoking on Fetal-Placental-Maternal System Hemodynamics. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 78, p. 152-155, 2002.

MURAKAMI, K.; HASHIMOTO, H. Associations of education and income with heavy drinking and problem drinking among men: evidence from a population-based study in Japan. **BMC Public Health**, 19, n. 1, p. 420, 2019/04/23 2019.

NASCIMENTO, V. C. D.; OLIVEIRA, M. I. C. D.; ALVES, V. H.; SILVA, K. S. D., 2013, **Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar.**

NAWABI, F.; KREBS, F.; VENNEDEY, V.; SHUKRI, A. *et al.* Health Literacy in Pregnant Women: A Systematic Review. **International journal of environmental research and public health**, 18, n. 7, p. 3847, 2021.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. **Health Promotion International**, 15, 09/01 2000.

NUTBEAM, D.; KICKBUSCH, I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. **Health Promotion International**, 15, n. 3, p. 183-184, 2000.

NYKJAER, C.; ALWAN, N. A.; GREENWOOD, D. C.; SIMPSON, N. A. B. *et al.* Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: evidence from a British cohort. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 68, p. 542 - 549, 2014.

O'KEEFFE, L. M.; KEARNEY, P. M.; MCCARTHY, F. P.; KHASHAN, A. S. *et al.* Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. **BMJ open**, 5, n. 7, p. e006323-e006323, 2015.

O'LEARY, C. M.; NASSAR, N.; KURINCZUK, J. J.; DE KLERK, N. *et al.* Prenatal alcohol exposure and risk of birth defects. **Pediatrics**, 126, n. 4, p. e843-850, Oct 2010.

ODENDAAL, H. J.; STEYN, D. W.; ELLIOTT, A.; BURD, L. Combined effects of cigarette smoking and alcohol consumption on perinatal outcome. **Gynecologic and obstetric investigation**, 67, n. 1, p. 1-8, 2009.

OEI, J.; ABDEL-LATIF, M. E.; CLARK, R.; CRAIG, F. *et al.* Short-term outcomes of mothers and infants exposed to antenatal amphetamines. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, 95, n. 1, p. F36, 2010.

OGAWA, Y.; TAKESHIMA, N.; FURUKAWA, T. A. Maternal exposure to benzodiazepine and risk of preterm birth and low birth weight: A case-control study using a claims database in Japan. **Asia Pac Psychiatry**, 10, n. 3, p. e12309, Sep 2018.

OHNISHI, M.; NAKAMURA, K.; TAKANO, T. Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy

implications for community care services. **Health Policy**, 72, n. 2, p. 157-164, May 2005.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; NUNES, M. L.; MADEIRA, F. D. C.; SANTOS, M. G. *et al.* Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 17, p. 116-130, 2014.

OTUNDO, M. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience in Kenya. **SSRN Electronic Journal**, 01/01 2019.

PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. Promoting health literacy research to reduce health disparities. **J Health Commun**, 15 Suppl 2, p. 34-41, 2010.

PARKER, R. Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. **Health Promotion International**, 15, 12/01 2000.

PATHAN, H.; WILLIAMS, J. Basic opioid pharmacology: an update. **British journal of pain**, 6, n. 1, p. 11-16, 2012.

PEDROZO, M.; SIQUEIRA, M. Solventes de cola: abuso e efeitos nocivos à saúde. **Revista De Saude Publica - REV SAUDE PUBL**, 23, 08/01 1989.

PEERSON, A.; SAUNDERS, M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? **Health promotion international**, 24, p. 285-296, 05/01 2009.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Maternal alcohol use during pregnancy in a general national population in South Africa. **The South African journal of psychiatry : SAJP : the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa**, 25, n. 0, p. 1236-1236, 2019.

PEREIRA, C. M.; PACAGNELLA, R. C.; PARPINELLI, M. A.; ANDREUCCI, C. B. *et al.* Drug Use during Pregnancy and its Consequences: A Nested Case Control Study on Severe Maternal Morbidity. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 40, p. 518-526, 2018.

PINELES, B. L.; HSU, S.; PARK, E.; SAMET, J. M. Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. **Am J Epidemiol**, 184, n. 2, p. 87-97, Jul 15 2016.

PINHEIRO, R. T.; DA CUNHA COELHO, F. M.; DA SILVA, R. A.; DE ÁVILA QUEVEDO, L. *et al.* Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates. **J Affect Disord**, 136, n. 3, p. 520-525, Feb 2012.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, 39, p. 593-598, 2005.

- PITTS, D. K.; MARWAH, J. Autonomic actions of cocaine. **Can J Physiol Pharmacol**, 67, n. 9, p. 1168-1176, Sep 1989.
- PLESSINGER, M. A. PRENATAL EXPOSURE TO AMPHETAMINES: Risks and Adverse Outcomes in Pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, 25, n. 1, p. 119-138, 1998/03/01/ 1998.
- POLYGENIS, D.; WHARTON, S.; MALMBERG, C.; SHERMAN, N. *et al.* Moderate Alcohol Consumption during Pregnancy and the Incidence of Fetal Malformations: A Meta-Analysis. **Neurotoxicology and Teratology**, 20, n. 1, p. 61-67, 1998/01/01/ 1998.
- POPOVA, S.; DOZET, D.; O'HANLON, G.; TEMPLE, V. *et al.* Maternal alcohol use, adverse neonatal outcomes and pregnancy complications in British Columbia, Canada: a population-based study. **BMC Pregnancy Childbirth**, 21, n. 1, p. 74, Jan 22 2021.
- POPOVA, S.; LANGE, S.; PROBST, C.; GMEL, G. *et al.* Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy, and fetal alcohol spectrum disorder. **Biochem Cell Biol**, 96, n. 2, p. 237-240, Apr 2018.
- POWER, C.; RODGERS, B.; HOPE, S. Heavy alcohol consumption and marital status: disentangling the relationship in a national study of young adults. **Addiction**, 94, n. 10, p. 1477-1487, Oct 1999.
- PRESCOTT, C. A.; KENDLER, K. S. Associations between marital status and alcohol consumption in a longitudinal study of female twins. **Journal of Studies on Alcohol**, 62, n. 5, p. 589-604, 2001/07/01 2001.
- RAMOS DE SOUZA, M.; DO AMARAL, W. N.; ALVES GUIMARÃES, R.; REZZA, G. *et al.* Reproductive desire among women living with HIV/AIDS in Central Brazil: Prevalence and associated factors. **PloS one**, 12, n. 10, p. e0186267-e0186267, 2017.
- RATTNER, D.; MOURA, E. C. D., 2016, **Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas.**
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; LOPES, C. S.; LOBATO, G. The role of intimate partner violence and other health-related social factors on postpartum common mental disorders: a survey-based structural equation modeling analysis. **BMC Public Health**, 14, p. 427, May 5 2014.
- REISI, M.; JAVADZADE, S.; MOSTAFAVI, F.; SHARIFIRAD, G. *et al.* Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. **Journal of Education and Health Promotion**, 1, n. 1, p. 31-31, January 1, 2012 2012. Original Article.
- RICHARDSON, G. A.; CONROY, M. L.; DAY, N. L. Prenatal cocaine exposure: effects on the development of school-age children. **Neurotoxicol Teratol**, 18, n. 6, p. 627-634, Nov-Dec 1996.

ROBERTS, M.; CALLAHAN, L.; O'LEARY, C. Social media: A path to health literacy. **Information Services & Use**, 37, p. 177-187, 2017.

ROBINSON, J. T.; CHITHAM, R. G.; GREENWOOD, R. M.; TAYLOR, J. W. Chromosome aberrations and LSD. A controlled study in 50 psychiatric patients. **Br J Psychiatry**, 125, n. 0, p. 238-244, Sep 1974.

ROEHR, B. American Psychiatric Association explains DSM-5. **BMJ**, 346, p. f3591, Jun 6 2013.

RUBINSKY, A. D.; DAWSON, D. A.; WILLIAMS, E. C.; KIVLAHAN, D. R. *et al.* AUDIT-C scores as a scaled marker of mean daily drinking, alcohol use disorder severity, and probability of alcohol dependence in a U.S. general population sample of drinkers. **Alcohol Clin Exp Res**, 37, n. 8, p. 1380-1390, Aug 2013.

RYAN, T. Multiliteracies and Multiple Literacies within Ontario (Canada) Health and Physical Education. **International Journal of Research in Education and Science**, 6, p. 568, 09/19 2020.

SAFFIER, I. P.; KAWA, H.; HARLING, G. A scoping review of prevalence, incidence and risk factors for HIV infection amongst young people in Brazil. **BMC infectious diseases**, 17, n. 1, p. 675-675, 2017.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A.; CRUZ, J. I.; CARLINI, E. A. *et al.* Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. **Clinics**, 68, p. 489-494, 2013.

SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G.; BABOR, T. F.; DE LA FUENTE, J. R. *et al.* Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. **Addiction**, 88, n. 6, p. 791-804, 1993.

SBRANA, M. F.; GRANDI, C.; BRAZAN, M. D. L.; JUNQUERA, N. *et al.* Alcohol consumption during pregnancy and perinatal results: a cohort study. **Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina**, 134 2, p. 146-152, 2016.

SCHEERES, J. J.; CHUDLEY, A. E. Solvent abuse in pregnancy: a perinatal perspective. **J Obstet Gynaecol Can**, 24, n. 1, p. 22-26, Jan 2002.

SENNA, L. A. G. O campo acadêmico do letramento e da alfabetização no Brasil: estados e perspectivas da pesquisa em linguística aplicada. **Revista Teias**, 15, n. 38, p. 58-74, 2014.

SHIEH, C.; HALSTEAD, J. Understanding the Impact of Health Literacy on Women's Health. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG**, 38, p. 601-610; quiz 610, 09/01 2009.

SHU, J.; HUANG, H.; MENEZES, P.; 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**, 19, 05/14 2015.

SHYKEN, J. M.; BABBAR, S.; BABBAR, S.; FORINASH, A. Benzodiazepines in Pregnancy. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, 62, n. 1, 2019.

SILVEIRA, T.; DOS SANTOS, M.; TAVELLA, R.; BRUM, R. *et al.* Newborn outcomes exposure to crack cocaine during pregnancy: a critical review. **Brazilian Journal of Development**, 6, p. 11220-11232, 01/01 2020.

SKAGERSTRÓM, J.; CHANG, G.; NILSEN, P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. **Journal of women's health (2002)**, 20, n. 6, p. 901-913, 2011.

SMID, M. C.; METZ, T. D.; GORDON, A. J. Stimulant Use in Pregnancy: An Under-recognized Epidemic Among Pregnant Women. **Clinical obstetrics and gynecology**, 62, n. 1, p. 168-184, 2019.

SOARES, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Revista brasileira de educação**, p. 5-17, 2004.

SOARES, M. **Letramento-um tema em três gêneros**. Autêntica, 2018. 8582179278.

SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S.; AGER, J. W. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. **Am J Obstet Gynecol**, 160, n. 4, p. 863-868; discussion 868-870, Apr 1989.

SØRENSEN, K.; VAN DEN BROUCKE, S.; FULLAM, J.; DOYLE, G. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, 12, n. 1, p. 80, 2012/01/25 2012.

SPEROS, C. Health literacy: concept analysis. **J Adv Nurs**, 50, n. 6, p. 633-640, Jun 2005.

STEINER, M. K., 2017, **Impact of Beginnings Pregnancy Guides on Maternal Health Literacy among Medicaid Patients in Group Prenatal Care**.

SUKA, M.; ODAJIMA, T.; OKAMOTO, M.; SUMITANI, M. *et al.* Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. **Patient Education and Counseling**, 98, n. 5, p. 660-668, 2015/05/01/ 2015.

TFOUNI, L. V. Perspectivas históricas e a-históricas do letramento. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, 26, p. 49-62, 1994.

TINKER, S. C.; REEFHUIS, J.; BITSKO, R. H.; GILBOA, S. M. *et al.* Use of benzodiazepine medications during pregnancy and potential risk for birth defects,

National Birth Defects Prevention Study, 1997-2011. **Birth Defects Res**, 111, n. 10, p. 613-620, Jun 1 2019.

TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. D. S.; BOING, A. C.; DELZIOVO, C. R. *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2021.

TRINDADE-SUEDAM, I. K.; KOSTRISCH, L. M. V.; PIMENTA, L. A. F.; NEGRATO, C. A. *et al.* Diabetes mellitus and drug abuse during pregnancy and the risk for orofacial clefts and related abnormalities. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 24, 2016.

TSO, P. H.; WONG, Y. H. Molecular basis of opioid dependence: role of signal regulation by G-proteins. **Clin Exp Pharmacol Physiol**, 30, n. 5-6, p. 307-316, May-Jun 2003.

VALENTINO, R. J.; VOLKOW, N. D. Opioid Research: Past and Future. **Mol Pharmacol**, 98, n. 4, p. 389-391, Oct 2020.

VETULANI, J. Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and presence. **Pol J Pharmacol**, 53, n. 3, p. 201-214, May-Jun 2001.

WADLEY, G. How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. **Brain Res Bull**, 126, n. Pt 1, p. 138-151, Sep 2016.

WALLS, H.; COOK, S.; MATZOPOULOS, R.; LONDON, L. Advancing alcohol research in low-income and middle-income countries: a global alcohol environment framework. **BMJ global health**, 5, n. 4, p. e001958-e001958, 2020.

WARREN, R. J.; RIMOIN, D. L.; SLY, W. S. LSD exposure in utero. **Pediatrics**, 45, n. 3, p. 466-469, Mar 1970.

WARSHAK, C. R.; REGAN, J.; MOORE, B.; MAGNER, K. *et al.* Association between marijuana use and adverse obstetrical and neonatal outcomes. **J Perinatol**, 35, n. 12, p. 991-995, Dec 2015.

WELLS, G. M. The Effect of Religiosity and Campus Alcohol Culture on Collegiate Alcohol Consumption. **Journal of American College Health**, 58, n. 4, p. 295-304, 2010/01/29 2010.

WEN, Z.; YU, D.; ZHANG, W.; FAN, C. *et al.* Association between alcohol consumption during pregnancy and risks of congenital heart defects in offspring: meta-analysis of epidemiological observational studies. **Italian Journal of Pediatrics**, 42, n. 1, p. 12, 2016/02/03 2016.

WHO. ASSIST **Addiction**, 97, n. 9, p. 1183-1194, Sep 2002.

WIKNER, B. N.; STILLER, C.-O.; BERGMAN, U.; ASKER, C. *et al.* Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal

outcome and congenital malformations. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, 16, n. 11, p. 1203-1210, 2007.

WILLIAMS, J. F.; SMITH, V. C. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. **Pediatrics**, 136, n. 5, p. e1395-1406, Nov 2015.

WINDHAM, G. C.; SHUSTERMAN, D.; SWAN, S. H.; FENSTER, L. *et al.* Exposure to organic solvents and adverse pregnancy outcome. **Am J Ind Med**, 20, n. 2, p. 241-259, 1991.

WORLD HEALTH, O. **Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy**. Geneva: World Health Organization, 2014 2014. 9789241548731 9786162715266 (Thai).

WRIGHT, T. E.; SCHUETTER, R.; TELLEI, J.; SAUVAGE, L. Methamphetamines and pregnancy outcomes. **Journal of addiction medicine**, 9, n. 2, p. 111-117, Mar-Apr 2015.

WU, L.-T.; RINGWALT, C. L. Inhalant use and disorders among adults in the United States. **Drug and alcohol dependence**, 85, n. 1, p. 1-11, 2006.

ZHAO, J.-P.; BERTHOD, C.; SHEEHY, O.; KASSAI, B. *et al.* Prevalence and duration of prescribed opioid use during pregnancy: a cohort study from the Quebec Pregnancy Cohort. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 21, n. 1, p. 800, 2021/12/01 2021.

ZUMIANI, G.; SANTOS, J.; PEREIRA, M. "Lança perfume": O uso de solventes e drogas inalantes como substâncias de abuso no Brasil. **Saúde Ética & Justiça**, 24, p. 3-9, 07/12 2019.

Uncategorized References

AYOTTE, B. J.; ALLAIRE, J. C.; BOSWORTH, H. The associations of patient demographic characteristics and health information recall: the mediating role of health literacy. **Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn**, 16, n. 4, p. 419-432, Jul 2009.

GARCIA-CODINA, O.; JUVINYÀ-CANAL, D.; AMIL-BUJAN, P.; BERTRAN-NOGUER, C. *et al.* Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. **BMC Public Health**, 19, n. 1, p. 1122, 2019/08/16 2019.

GULER, D. S.; SAHIN, S.; OZDEMIR, K.; UNSAL, A. *et al.* Health literacy and knowledge of antenatal care among pregnant women. **Health & Social Care in the Community**, 29, n. 6, p. 1815-1823, 2021.

HAJIAN-TILAKI, K. Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve Analysis for Medical Diagnostic Test Evaluation. **Caspian journal of internal medicine**, 4, n. 2, p. 627-635, Spring 2013.

LUMLEY, J.; DONOHUE, L. Aiming to increase birth weight: a randomised trial of pre-pregnancy information, advice and counselling in inner-urban Melbourne. **BMC Public Health**, 6, n. 1, p. 299, 2006/12/10 2006.

MARICIC, M.; STOJANOVIC, G.; PAZUN, V.; STEPOVIĆ, M. *et al.* Relationship Between Socio-Demographic Characteristics, Reproductive Health Behaviors, and Health Literacy of Women in Serbia. **Front Public Health**, 9, p. 629051, 2021.

MARTINEZ, E. Z.; LOUZADA NETO, F.; PEREIRA, B. D. B. A curva ROC para testes diagnósticos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, 11, n. 1, p. 7-31, 2003.

NASSAR, N.; ROBERTS, C.; RAYNES-GREENOW, C.; BARRATT, A. *et al.* Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial [ISRCTN14570598]. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, 114, n. 3, p. 325-333, 2007.

RAYNES-GREENOW, C. H.; NASSAR, N.; TORVALDSEN, S.; TREVENA, L. *et al.* Assisting informed decision making for labour analgesia: a randomised controlled trial of a decision aid for labour analgesia versus a pamphlet. **BMC Pregnancy Childbirth**, 10, p. 15, Apr 8 2010.

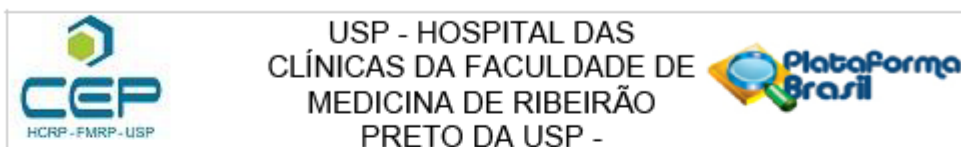
RIKARD, R. V.; THOMPSON, M. S.; MCKINNEY, J.; BEAUCHAMP, A. Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). **BMC Public Health**, 16, n. 1, p. 975, 2016/09/13 2016.

SVENDSEN, M. T.; BAK, C. K.; SØRENSEN, K.; PELIKAN, J. *et al.* Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. **BMC Public Health**, 20, n. 1, p. 565, 2020/04/28 2020.

WANG, C.; ZHOU, L. Prevalence and risk factors of low health literacy in residents of Anhui province: A cross-sectional survey. **Medicine**, 99, n. 34, 2020.

ZIBELLINI, J.; MUSCAT, D. M.; KIZIRIAN, N.; GORDON, A. Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. **Women Birth**, 34, n. 2, p. 180-186, Mar 2021.

ANEXO A Aprovação do CEP do HC-FRMP-USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LITERACIA E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA GESTAÇÃO

Pesquisador: ALBERTO GARCIA DORNELAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17404719.3.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.474.023

Apresentação do Projeto:

O rastreamento sistemático com uso de instrumentos padronizados, do padrão de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas em gestantes ao início da gestação, contribui para as orientações do pré-natal e para promover a abstinência, favorecendo a prevenção de intercorrências médicas da gestação e parto e de problemas e transtornos do neurodesenvolvimento nos filhos. Um estudo brasileiro recente, que comparou gestantes com nível grave de morbidade gestacional com gestantes sem risco gestacional, encontrou uma prevalência em torno de 17% de gestantes confirmando uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, durante a gestação, incluindo álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetamínicos, opióides e outras substâncias, com utilização do instrumento de rastreamento ASSIST. A baixa literacia ou letramento insuficiente da população feminina sobre o uso de álcool na gestação tem relação com as atitudes que as mulheres adotarão durante sua própria gravidez

Objetivo da Pesquisa:

Investigar, através do relato de recém-puérperas, a prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas na gestação e sua relação com características sociodemográficas, da gestação e parto, e nível de conhecimento ou literacia sobre consequências do consumo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Tratando-se de um estudo de fontes secundárias, sobre dados já previamente colhidos,

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 26 de outubro de 2011.

Ofício n.º 3864/2011
CEP/MGV

PROCESSO HCRP N.º 12627/2009

Prezado Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 317ª Reunião Ordinária, realizada em 07/02/2011, analisou e aprovou a solicitação de adendo (conforme parecer anexo), assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão 2.0 de agosto de 2011 da pesquisa: “FATORES ASSOCIADOS À EFICÁCIA DE UM MODELO DE INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ALCOOL NA GESTAÇÃO”. **O CEP aprovou a continuidade da pesquisa.**

Atenciosamente,

Marcia Villanova
DR. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento

Campus Universitário – Monte Alegre
14046-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

ANEXO B – APROVAÇÃO DO CEP DO HC-FMRP-USP



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br



Ribeirão Preto, 19 de janeiro de 2010

Ofício nº 108/2010
CEP/MQV


Prezado Professor,

O trabalho intitulado "**FATORES ASSOCIADOS À EFICÁCIA DE UM MODELO DE INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO**" foi analisado "AD REFERENDUM" e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 12627/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2188 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900, Ribeirão Preto - SP

Seção III – Dados Sócio - demográficos

23. Idade: anos

24. Ocupação:

25. Atualmente, com quem você mora?

Pais Companheiro Amigas Sozinha Outros

26. Especifique:

27. Estado civil: casada: Vive junto: Solteira: Separada/divorciada: Viúva:

28. Esta é a sua primeira relação conjugal? Não Sim Não se aplica:

29. Qual o tempo de relação com o atual companheiro? anos e meses não se aplica

30. Escolaridade:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Ensino Médio/Técnico completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio/Técnico incompleto | |

31. Qual a cor que você considera que seja a sua pele?

Amarela Branca Indígena Parda Preta

32. Exerce atividade remunerada? Não Sim

33. Qual a renda mensal total da sua família:

R\$, Não sei Não quis responder

34. Quantas pessoas dependem desta mesma renda mensal? pessoas

35. Você é praticante de alguma religião? Não Sim

Seção IV – Avaliação da Saúde Geral

"Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua saúde".

36. Qual a Idade gestacional? semanas

37. Você planejava ficar grávida? Não Sim

38. Quantos filhos biológicos você já teve? filhos Nenhum

39. Você faz tratamento para algum problema de saúde? Não Sim

40. Se sim, quais problemas de saúde?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	Diabetes	Alergias	Problemas cardíacos/ circulatório
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratórios	Problemas gastrointestinais	DSTs/ AIDS	Problemas renais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas mentais	Problemas genito- urinários	Anemias	Outros

Outros

41. Você faz tratamento psiquiátrico ou psicológico?

Não Já fiz Estou fazendo atualmente

42. O tratamento foi motivado devido a algum dos itens a seguir?

Ansiedade Depressão Conflitos conjugais
 Problemas com os filhos Transtornos alimentares Outros

Outros

43. Faz uso de algum medicamento? Não Sim

Qual?

44. Teve alguma intercorrência na gestação? Não Sim

Seção V – T-ACE – Rastreamento Orientações para o entrevistador

O T-ACE é um questionário que avalia o uso de risco de álcool na gestação. As questões sublinhadas são para facilitar a conversa. Não é necessário anotar as respostas. Faça as perguntas 9 a 12 exatamente como estão escritas neste questionário. Marque com um X a opção que melhor se encaixa na resposta da gestante. Os valores de cada questão do T-ACE estão ao lado dos quadradinhos. Quando terminar toda a entrevista, por favor, some os números e anote no local indicado a pontuação final.

Você tem bom apetite? O que costuma comer nas refeições principais? Qual a bebida alcoólica de sua preferência?

53. Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou mais "alegre"? (Avaliar conforme nº de

doses-padrão) 0 Não bebo 1 Até duas doses 2 Três ou mais doses

54. Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber? (Ex: marido, filho, pais) 0 Não 1 Sim

55. Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida? 0 Não 1 Sim

56. Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar do mal-estar do

"dia seguinte" (ressaca)? 0 Não 1 Sim

Pontuação final:

pontos

- Se a gestante pontuou 0 a 1 ponto - há um baixo risco para a saúde do bebê
- Se a gestante pontuou 2 a 5 – o uso de álcool da gestante pode trazer risco à saúde do bebê. Encaminhe a gestante para a equipe de pesquisa do PAI-PAD para que possamos fazer a intervenção a

Seção VI – Avaliação dos Hábitos de Vida

"Agora, gostaria de saber sobre seu consumo de bebida alcoólica, como cerveja, vinho, batidas, vodca, Martini, etc."

57. Gostaria que você recordasse com que frequência você consumiu bebida alcoólica:

Trimestre anterior a Gestação	Primeiro trimestre	Segundo Trimestre	Terceiro Trimestre
<input type="checkbox"/> Nenhuma vez	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez
<input type="text"/> <input type="text"/> doses por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> doses por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> doses por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> doses por semana
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____ (outra quant/freq)	_____ (outra quant/freq)	_____ (outra quant/freq)	_____ (outra quant/freq)

58. Qual a quantidade, em média, que você bebeu nessas ocasiões no trimestre anterior à gestação?
doses

59. Quantas vezes você consumiu três ou mais doses, no trimestre anterior a gestação?

Nenhuma vezes

60. Qual a quantidade, em média, que você bebeu nessas ocasiões durante a gestação?

doses

61. Quantas vezes você consumiu três ou mais doses durante a gestação?

Nenhuma vezes

62. Agora me responda sobre seu consumo de álcool habitual: AUDIT-Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

	0	1	2	3	4
	Nunca	Mensalmente ou menos	De 2 a 4 vezes por mês	De 2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
63. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 ou 1	2 ou 3	4 ou 5	6 ou 7	8 ou mais
64. Quantas doses de bebidas alcoólicas você consome num dia normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Menos que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Quase todos os dias
65. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Menos que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Quase todos os dias
66. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Menos que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Quase todos os dias
67. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Menos que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Quase todos os dias
68. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Menos que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Quase todos os dias
69. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Menos que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Quase todos os dias
70. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca		Sim, mas não no último ano		Sim, durante o último ano

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

82. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc...)

	Não, Nunca	Sim, nos último 3 meses	Sim, mas não nos últimos três meses
Derivados do tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína, crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas ou êxtase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipnóticos/ sedativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opióides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras, especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

83. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc...) e não conseguiu?

	Não, nunca	Sim, nos últimos três meses	Sim, mas não nos últimos três meses
Derivados do tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína, crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas ou êxtase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipnóticos/sedativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opióides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras, especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

84. Alguma vez você já usou drogas por injeção?
- Não, nunca
 Sim nos últimos 3 meses
 Sim, mas não nos últimos 3 meses

Seção VII – Avaliação da percepção de risco, crenças e conhecimento

"Por fim, gostaria de saber sua opinião sobre alguns assuntos abaixo".

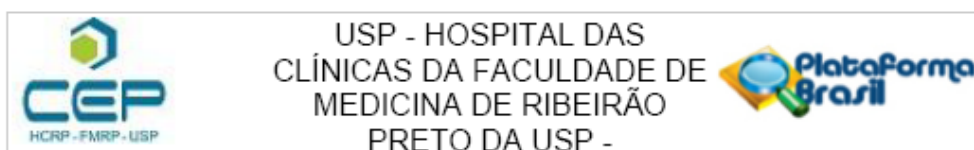
85. Quão grave você pensa que deve ser para o seu bebê se você consumir álcool durante a gestação?
₁ Nada grave ₂ Um pouco grave ₃ Grave ₄ Muito grave
86. Você já ouviu falar da Síndrome Fetal do Álcool? Não Sim

"Nas questões abaixo responda "Sim" para as afirmativas que você concorda e "Não" para as afirmativas que você discorda".

87. É bom para a saúde da gestante beber um pouco de cerveja pois esta bebida é diurética Não Sim
88. O consumo de álcool durante a gestação pode causar aborto espontâneo Não Sim
89. Crianças nascidas de mães que fizeram uso de álcool durante a gestação podem ter dificuldades de aprendizagem Não Sim
90. Quando a mãe consome bebidas alcoólicas durante a gestação o álcool não passa para o bebê Não Sim
91. Quanto mais a gestante bebe maiores as chances de ter um filho com retardo mental Não Sim
92. A cerveja preta ajuda a mãe a produzir mais leite durante a amamentação Não Sim
93. Durante a amamentação o álcool passa para o bebê Não Sim
94. O uso de cigarro durante a gestação pode causar baixo peso e problemas respiratórios ao bebê Não Sim
95. O uso de cigarro durante a amamentação altera o sabor do leite materno Não Sim
96. Mesmo que a mãe fumante não esteja amamentando, se ela fumar próximo a criança poderá causar danos à saúde do seu filho Não Sim
97. O consumo de bebida alcoólica na gestação pode provocar pressão alta Não Sim

OBSERVAÇÕES:

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP DO HC-FRMP-US



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LITERACIA E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA GESTAÇÃO

Pesquisador: ALBERTO GARCIA DORNELAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17404719.3.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.474.023

Apresentação do Projeto:

O rastreamento sistemático com uso de instrumentos padronizados, do padrão de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas em gestantes ao início da gestação, contribui para as orientações do pré-natal e para promover a abstinência, favorecendo a prevenção de intercorrências médicas da gestação e parto e de problemas e transtornos do neurodesenvolvimento nos filhos. Um estudo brasileiro recente, que comparou gestantes com nível grave de morbidade gestacional com gestantes sem risco gestacional, encontrou uma prevalência em torno de 17% de gestantes confirmando uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, durante a gestação, incluindo álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetamínicos, opióides e outras substâncias, com utilização do instrumento de rastreamento ASSIST. A baixa literacia ou letramento insuficiente da população feminina sobre o uso de álcool na gestação tem relação com as atitudes que as mulheres adotarão durante sua própria gravidez

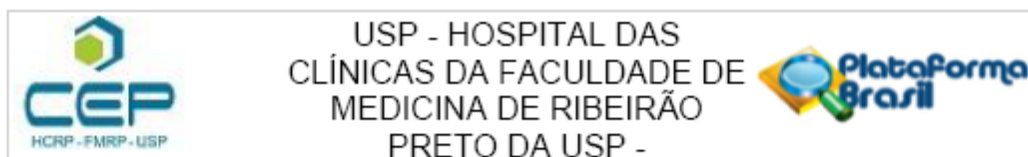
Objetivo da Pesquisa:

Investigar, através do relato de recém-puérperas, a prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas na gestação e sua relação com características sociodemográficas, da gestação e parto, e nível de conhecimento ou literacia sobre consequências do consumo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Tratando-se de um estudo de fontes secundárias, sobre dados já previamente colhidos,

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.474.023

não há riscos identificados para os participantes da pesquisa. Os dados serão analisados através de agrupamentos. Os dados individuais são codificados e sem identificação pessoal. Portanto há total garantia de anonimato e proteção dos dados individuais.

Benefícios: O conhecimento adquirido será útil para subsidiar ações preventivas para o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas na gestação e suas consequências sobre o desenvolvimento infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O delineamento do presente estudo consistirá na análise secundária de dados já previamente coletados em um estudo anterior, de recorte epidemiológico analítico observacional e transversal, realizado em 2014 sobre uma amostra de 160 mães recém-puérperas de uma maternidade da cidade de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo. O desfecho principal será relativo ao efeito do nível de literacia sobre a variação da ocorrência de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

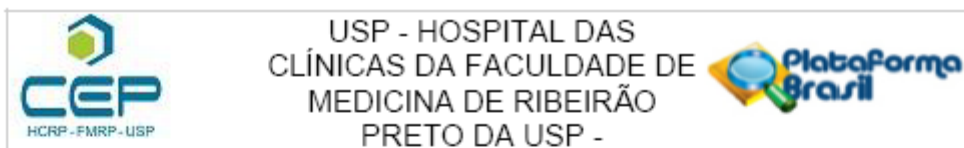
Documentos devidamente apresentados. Solicita a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As razões para solicitação da isenção do TCLE são enumeradas abaixo:

1. Pesquisa de fonte secundária através de levantamento de dados em banco de dados colhido em projeto anterior, aprovado por este CEP, e vinculado ao presente estudo em termos de objetivos e envolvendo ações previstas nos TCLE colhidos anteriormente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente documental;
3. População de estudo, formada por gestantes, parturientes e seus recém-nascidos, não tem seguimento na instituição no presente, sem condições de ser contatada;
4. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados apenas através de números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Esses dados não serão objetos de análise.

Recomendações:

não se aplica

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO			
Bairro: MONTE ALEGRE	CEP: 14.048-900		
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO		
Telefone: (16)3802-2228	Fax: (16)3833-1144	E-mail: cep@hcrp.usp.br	



Continuação do Parecer: 3.474.023

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 468/2012, o projeto de pesquisa, assim como a solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

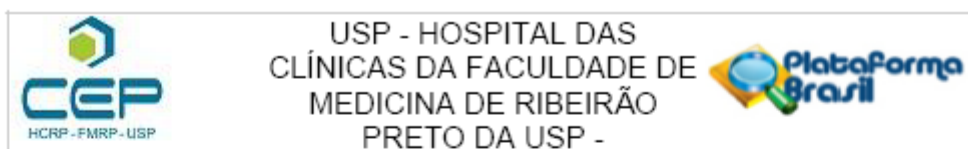
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1376857.pdf	15/07/2019 12:17:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_GestIntervBrev_mestrado_AlbertoGarciaDornelas_ProfEriksonFFurtado_Maio2019.pdf	15/07/2019 12:16:46	ALBERTO GARCIA DORNELAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Dispensa_TCLE_Projeto_Pesq_GestIntervBrevLITERACIA_AlbertoGDornelas_ProfEriksonFFurtado_02Julho2019.pdf	15/07/2019 12:16:11	ALBERTO GARCIA DORNELAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_Projeto_GestIntervBrevASSIST_Literacia_ALBERTO DORNELAS_Prof_EriksonFFurtado_2019.pdf	15/07/2019 11:32:58	ALBERTO GARCIA DORNELAS	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto_Pesquisa_GestIntervbrevASSIST_AlbertoGarciaDornelas_ProfEriksonFFurtado_Junho2019.pdf	15/07/2019 11:27:24	ALBERTO GARCIA DORNELAS	Aceito
Orçamento	Orcamento_aprovado_UPC_ALBERTO_G_DORNELAS_Projeto_Literacia_Prof_EriksonFFurtado_2019.pdf	15/07/2019 11:26:53	ALBERTO GARCIA DORNELAS	Aceito
Orçamento	Orcamento_Projeto_Pesquisa_GestIntervbrevASSIST_AlbertoGarciaDornelas_ProfEriksonFFurtado_Junho2019.pdf	15/07/2019 11:26:37	ALBERTO GARCIA DORNELAS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_ALBERTO_GARCIA_DORNELAS_Projeto_Literacia_Gesta_2019.pdf	15/07/2019 11:23:23	ALBERTO GARCIA DORNELAS	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.474.023

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 29 de Julho de 2019

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

**ANEXO B – APROVAÇÃO DO CEP DO HC-FRMP (PROJETO
CONTENDO FONTES PRIMÁRIAS DE DADOS)**



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 26 de outubro de 2011.

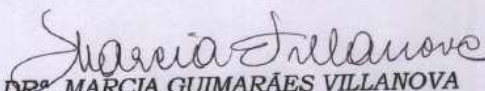
Ofício n.º 3864/2011
CEP/MGV

PROCESSO HCRP N.º 12627/2009

Prezado Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 317ª Reunião Ordinária, realizada em 07/02/2011, analisou e aprovou a solicitação de adendo (conforme parecer anexo), assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão 2.0 de agosto de 2011 da pesquisa: “FATORES ASSOCIADOS À EFICÁCIA DE UM MODELO DE INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ALCOOL NA GESTAÇÃO”. **O CEP aprovou a continuidade da pesquisa.**

Atenciosamente,


DR. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento

ANEXO C – APROVAÇÃO DO CEP DO HC FMRPUSP



Ribeirão Preto, 19 de janeiro de 2010

Ofício nº 108/2010
CEP/MGV

Prezado Professor,

O trabalho intitulado **"FATORES ASSOCIADOS À EFICÁCIA DE UM MODELO DE INTERVENÇÕES BREVES PARA REDUÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO"** foi analisado "AD REFERENDUM" e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 12627/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor

PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-3228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900. Ribeirão Preto - SP