

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

LARISSA HORTA ESPER

**Eventos estressores e sua relação com morbidade psiquiátrica e consumo de
álcool e tabaco na gestação**

RIBEIRÃO PRETO- SP
2011

LARISSA HORTA ESPER

Eventos estressores e sua relação com morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde Mental
Orientador: Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado

RIBEIRÃO PRETO - SP
2011

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.

Esper, Larissa Horta

Eventos estressores e sua relação com morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação. Ribeirão Preto, 2011.

107 p.: il.; 30 cm.

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

Orientador: Erikson Felipe Furtado

1. Gestação. 2. Eventos Estressores. 3. Morbidade psiquiátrica.
4. Álcool. 5. Tabaco.

Nome: ESFER, Larissa Horta

Título: Eventos estressores e sua relação com morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Mental.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____ Assinatura: _____

À minha família, que acredita em meus sonhos e nunca mede esforços para me ajudar, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A vida me abençoou com inúmeros mestres e influências orientadoras a quem devo agradecer e, cada um à sua maneira, contribuiu para eu escrever este trabalho. Entre eles, e não por último, estão os meus pais, Willian e Maria Isabel, que me alimentaram com seu o amor e alegria, e me ensinaram com muito carinho os valores essenciais para uma vida que realmente faça sentido.

Agradeço ao professor Erikson Felipe Furtado, pela confiança e oportunidade em desenvolver este projeto, pela orientação criteriosa que sempre estimula minha reflexão e pelo incentivo constante.

À minha família Bruno, Sônia e Diego pelo apoio e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, sei que vocês sempre vibram com minhas conquistas e torcem por mim. E em especial à minha irmã Isabella, por cuidar com tanto carinho de mim durante as longas noites de estudo.

À querida equipe do PAI - PAD e integrantes do NPCP, entre eles: Lia, Marcella, Mey, Elisandra, Pâmela, Allan, Cristiano, Sarah, Flávia, Ildebrando e Alexandre por dividir comigo experiências, permitir o meu amadurecimento profissional e principalmente pela amizade, força e estímulo.

Aos amigos Mariana e Leandro, pelo apoio sempre presente e por dividirem comigo parte de suas histórias, risadas e momentos únicos. Nossas conversas com certeza muito me ajudaram a diminuir o estresse gerado em alguns momentos nesta pesquisa.

Às minhas amigas Marina, Aline, Clara, Marília e Vanessa, o apoio de vocês foi essencial para a conclusão deste trabalho.

À professora Clarissa, por me ensinar com dedicação e paciência os fundamentos de um estudo científico e por tanto contribuir com minha formação acadêmica, cada vez mais tenho você como uma excelente referência profissional e pessoal.

A toda equipe Gesta- Intervbrev que muito contribuiu com o meu aprendizado sobre a saúde mental da mulher. Em especial Joseane e Poliana pelas diversas orientações e discussões sobre esta temática e pela amizade que partilhamos durante todo este caminhar.

À todas as gestantes colaboradoras deste estudo que permitiram a realização deste pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior pela concessão de bolsa de mestrado.

*“Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz...”*

(Almir Sater)

RESUMO

ESPER, L.H. **Eventos estressores e sua relação com morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação.** 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Evidências científicas trazem importantes associações entre a vivência de eventos estressores por gestantes e prejuízos a saúde mental materna. Identifica ainda que tal exposição possa estar relacionada ao aumento de consumo de álcool e tabaco por mulheres. Visto os prejuízos para a saúde materna relacionada a esta vivência, este estudo teve por objetivo analisar a relação entre a ocorrência de eventos estressores, morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco em mulheres no terceiro trimestre gestacional. Trata-se de um estudo epidemiológico clínico, observacional, transversal, sobre amostra de 449 gestantes de uma maternidade pública na cidade de Ribeirão Preto-SP. Os instrumentos de coleta foram: um questionário para obtenção de dados sócio-demográficos, relato de uso de tabaco, Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) e entrevista para eventos recentes de vida (IRLE). Para avaliação do consumo de álcool foi utilizado o instrumento T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut-down, Eye-Opener*) e um questionário para avaliação segundo critérios de pesquisa da CID-10 para uso nocivo ou síndrome de dependência. Os eventos estressores receberam três tipos de análises: isolados, agrupados em categorias e através da somatória total. Os resultados demonstraram que todas as participantes reportaram ter vivenciado algum evento estressor durante o período avaliado ($\mu = 5$; $dp = 2,2$; $min = 1$, $máx = 14$) com destaque para a categoria “saúde” (99,1%). Quanto aos eventos estressores específicos, a “gravidez indesejada” (60,5%; $n = 272$) e “dificuldade financeira média” (31,8%; $n = 143$) foram os mais freqüentes. O primeiro evento estressor recebeu elevado impacto de estresse, 97 gestantes referiram estresse alto ou acentuado, 128 estresse baixo ou moderado e apenas 47 nenhum estresse. A somatória total de eventos estressores ($p < 0,001$) e as categorias “Educação”, “Finanças”, “Aspectos legais”, “Migração” e “Trabalho” apresentaram correlação estatística significativa em relação à morbidade psiquiátrica ($p < 0,001$). Os eventos “dificuldade financeira média ou grande” e “brigas com familiares” foram cerca de 3,5 vezes maior em gestantes com suspeição de transtorno psiquiátrico ($p < 0,001$; 95%IC:2,16-3,84). Em relação ao consumo de álcool, o número total de eventos e a categoria “Finanças” apresentaram correlação estatística significativa com o consumo de risco e uso nocivo ou dependência. O uso de tabaco foi associado à categoria “finanças” ($p < 0,05$) e aos eventos “gravidez indesejada” ($p < 0,001$; 95%IC:1,4-4,9) e “brigas com o marido” ($p < 0,05$; 95%IC:0,8-3,1). Os dados apontam alta vivência materna de eventos estressores durante o período gestacional e associação entre eventos estressores (isolados ou em categorias), sintomas psiquiátricos, consumo de álcool e tabaco. A avaliação dos eventos estressores por profissionais de saúde torna-se, portanto útil para o tratamento, educação e promoção da saúde pública visto que pode ajudar as mulheres a reforçar os seus estilos de enfrentamento ao estresse e prevenir o consumo de substâncias lícitas e danos à saúde mental materna.

Palavras chave: Eventos estressores. Gestação. Morbidade psiquiátrica. Álcool. Tabaco.

ABSTRACT

ESPER, L.H. **Stressful events and the relationship to psychiatric morbidity and alcohol and tobacco consumption during pregnancy.** 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Scientific evidences provide important associations between the experience of stressful events by pregnant women and harm to mental health. It identifies that such exposure may be related to increased consumption of alcohol and tobacco by women. Considering the damage to maternal health related to this experience, this study aimed to analyze the relationship between the occurrence of stressful events, psychiatric morbidity and alcohol and smoking consumption in pregnant women. This is a clinical epidemiological study, observational, cross-sectional sample of 449 pregnant women at a public maternity hospital in Ribeirão Preto. The instruments used to collect the data were a questionnaire to obtain socio-demographic data, history of tobacco use, Psychiatric Morbidity Questionnaire for Adults (QMPA) and interview for recent life events (IRLE). To assess alcohol consumption it was used the instrument T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-Opener) and a second questionnaire to evaluate the search criteria of CID-10 criteria for harmful use or dependence syndrome. The stressful events were three types of analysis: individual, grouped into categories and through the total sum. The results showed that all participants reported having experienced some stressful event during the period study ($\mu = 5$, $SD = 2.2$, $min = 1$, $max = 14$) with emphasis on the category "health" (99.1%). Considering the specific stressful events, the "unwanted pregnancy" (60.5%, $n = 272$) and "average financial difficulty" (31.8%, $n = 143$) were the most frequent. The first stressor received high impact stress, 97 pregnant women reported high stress or severe, 128 moderate stress and only low or no stress 47. The total sum of stressful events ($p < 0.001$) and the categories of "education", "finance", "legal aspects", "migration" and "work" showed statistically significant correlation in relation to psychiatric morbidity of patients ($p < 0.001$). The events "mean and great financial difficulty" and "fights with family members" were about 3.5 times higher in women with suspected psychiatric disorder ($p < 0.001$, 95% IC : 2,16-3, 84). In relation to alcohol consumption, the total number of events and the category "Finances" showed statistically significant correlation with the risk and consumption of alcohol abuse or dependence. Tobacco use was associated with the category "Finances" ($p < 0.05$) and events "unwanted pregnancy" ($p < 0.001$, 95% IC :1,4-4, 9) and "fights with her husband" ($p < 0.05$, 95% IC :0,8-3, 1). The data indicate high maternal experiences of stressful events during pregnancy and association between stressful events (singly or in categories), psychiatric symptoms, alcohol and tobacco. The evaluation of stressful events by health professionals it is therefore useful for treatment, education and promotion of public health, because it can help women strengthen their coping styles with stress and prevent the consumption of licit and damage to mental health.

Keywords: Life events. Pregnant. Psychiatric morbidity. Alcohol. Tobacco.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o número total de eventos estressores	47
Gráfico 2 - Consumo médio de álcool por ocasião, segundo dose padrão de álcool, durante o período anterior a gestação e trimestre gestacional	53
Gráfico 3 – Associação entre tabaco e consumo de risco de álcool	65
Gráfico 4 - Associação entre tabaco e CID-10 para uso nocivo ou dependência de álcool.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra do estudo	45
Tabela 2 - Frequencia e porcentagem de cada categoria de eventos estressores ..	47
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com vivência de evento estressor e impacto de estresse	49
Tabela 4 - Frequencia de ocorrência de sintomas por itens do QMPA	55
Tabela 5 - Distribuição de gestantes segundo consumo médio de cigarros por dia durante o primeiro, segundo, terceiro trimestre e momento atual	57
Tabela 6 - Distribuição das gestantes de acordo com as categorias de eventos estressores e casos positivos e negativos no QMPA	58
Tabela 7 - Distribuição das gestantes segundo exposição ao evento estressor específico e casos no QMPA com associações estatisticamente relevantes.....	59
Tabela 8 - Distribuição de gestantes de acordo com as categorias de eventos estressores e casos positivos e negativos no T-ACE.....	61
Tabela 9 - Distribuição de gestantes segundo exposição ao evento estressor específico e casos no T-ACE com associações estatisticamente significantes	62
Tabela 10 - Distribuição das gestantes positivas ou negativas segundo critérios diagnósticos para uso nocivo ou dependência de álcool e categorias de eventos estressores.....	62
Tabela 11 - Distribuição de gestantes segundo exposição a evento estressor específico casos segundo CID-10 com associações estatisticamente significantes	63
Tabela 12 - Distribuição das gestantes de acordo com uso atual de tabaco e categorias de eventos estressores.	64
Tabela 13 - Distribuição de gestantes segundo exposição a evento estressor específico e consumo atual de tabaco com associações estatisticamente significante	65

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

dp	Desvio padrão
EE	Eventos estressores
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GAS	General Adaptation Syndrome
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRLE	Interview for recents life events
μ	Média
NPCP	Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia
OMS	Organização mundial de saúde
PAI-PAD	Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade
QMPA	Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos
SFA	Síndrome Fetal do Álcool
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
T-ACE	Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Estresse e saúde mental.....	15
1.1.1 Evolução do conceito de estresse.....	15
1.1.2 Eventos estressores e saúde mental.....	18
1.1.3 Estresse e Mulheres: fontes, demandas e estratégias.....	19
1.1.4 Estresse e saúde mental na gestação	22
1.2 Mulheres e o consumo de álcool.....	26
1.2.1 O problema do consumo de álcool entre gestantes	27
1.3 O problema do consumo de tabaco entre gestantes.....	30
1.4 Formulação do problema.....	31
2. OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo geral	34
2.2 Objetivos específicos	34
3. METODOLOGIA	35
3.1 Contexto do estudo	36
3.2 Participantes da pesquisa	36
3.3 Instrumentos.....	37
3.4 Coleta de dados	40
3.5 Aspectos éticos	41
3.6 Análises estatísticas.....	41
4. RESULTADOS.....	43
4.1 Caracterização da amostra	44
4.2 Eventos estressores.....	46
4.2.1 Descrição geral do IRLE.....	46
4.3 Prevalência de uso de álcool.....	52
4.4 Prevalência de problemas emocionais.....	54
4.5 Prevalência de uso de tabaco	57
4.6 Eventos estressores e morbidade psiquiátrica	57
4.6.1 IRLE e QMPA.....	57

4.7 Eventos estressores e consumo de álcool	60
4.7.1 IRLE e T-ACE.....	60
4.7.2 IRLE e CID-10	62
4.8 Eventos estressores e consumo de tabaco.....	63
4.9 Associações entre consumo de álcool e tabaco.....	65
4.10 Associação entre eventos estressores e consumo de álcool e/ou tabaco	66
5. DISCUSSÃO	67
5.1 Eventos estressores.....	68
5.2 Eventos estressores e morbidade psiquiátrica	72
5.3 Eventos estressores e consumo de álcool e/ou tabaco	76
6. CONCLUSÃO	81
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS	94

1. INTRODUÇÃO

1.1 Estresse e saúde mental

1.1.1 Evolução do conceito de estresse

O termo estresse parece ter sua origem no campo dos estudos da física. Conforme Selye (1950) e Lazarus (1993), no final do século XVIII, Robert Hooke demonstrou interesse em estudar como determinadas estruturas, pontes e construções, resistiam a forças naturais como terremotos e ventos. Este pesquisador observou a flexibilidade dos materiais e descreveu uma lei que explicita que a mudança na forma do corpo elástico, denominado por ele como tensão, é diretamente proporcional a força deformante, considerada neste estudo como o estresse. Apesar das mudanças conceituais ao longo do tempo, as pesquisas de Hooke influenciaram diversos estudos modernos nas áreas da fisiologia e psicologia ao considerar o estresse como uma reação a demandas externas (SELYE,1950; LAZARUS,1993).

Segundo Moal (2007), já em 1878 o fisiologista Claude Bernard fez contribuições básicas para as modernas concepções sobre o estresse. Claude Bernard considera que o organismo interno não é indiferente ao mundo externo, o organismo adquire uma precisa e informada relação com este, de tal forma que o equilíbrio é resultado de uma delicada interação compensatória (MOAL, 2007).

Outro importante pesquisador foi o fisiologista Walter Cannon, o qual passa a utilizar o termo homeostase para denominar os diversos mecanismos internos responsáveis pela manutenção do estado de equilíbrio (MOAL, 2007; CHROUSOS, 2009). Cannon em 1932 apresenta a teoria da “reação de emergência” e direciona sua atenção principalmente para as funções da adrenalina e do sistema nervoso autônomo após situações emergenciais (SELYE, 1950; LAZARUS, 1993).

Hans Selye em 1950 na Universidade McGill, no Canadá, influenciado pelos trabalhos de Claude Bernard e Walter Cannon, propõe outro conceito para os estudos desta temática. Este fisiologista foi talvez o primeiro a introduzir o conceito de estresse na área da saúde para designar um conjunto de reações que ocorrem em um organismo quando este está submetido ao esforço de adaptação. As formas de ocorrência do estresse foram definidas ainda como eustresse ou distresse. O

primeiro caso seria uma reação saudável do organismo ao estresse, já o distresse seria prejudicial devido à incapacidade em superar a reação estressante levando-o ao desgaste e diminuição do bem-estar do indivíduo (SELYE, 1956).

Com o propósito de compreender melhor a fisiologia do estresse, Selye descreveu o modelo trifásico do estresse e identificou como o organismo responde a prejuízos ou ameaças à sua integridade. Tal modelo foi designado como *General Adaptation Syndrome* (GAS) ou Síndrome de Adaptação Geral.

O GAS corresponde à soma de reações sistemáticas do corpo em resposta a exposição contínua ao estresse e consiste primariamente em três estágios: reação de alarme, resistência e exaustão. Segundo Selye para tal síndrome ser designada não é necessário que todos os três estágios estejam presentes, tal autor reporta que a maioria dos estressores (físicos, mentais ou biológicos) geram alterações correspondentes principalmente ao primeiro e segundo estágio, etapa em que os indivíduos tendem a adaptação. Os estágios da GAS são descritos a seguir.

A reação de alarme é considerada como a fase inicial do estresse, é o estágio em que o organismo reconhece e se prepara para reagir ao estressor. Modificações fisiológicas importantes ocorrem como, por exemplo, o aumento dos níveis circulatórios de glicose, pois o organismo entende que o corpo poderá precisar de mais energia disponível para reagir ao estressor. Ocorrem alterações também em diversos processos regulatórios afetando a pressão sanguínea, o balanço eletrolítico, o fluxo sanguíneo e a permeabilidade das membranas (SELYE, 1950). Caso o estresse permaneça por um período prolongado, inicia-se o segundo estágio: a resistência.

No estágio de resistência o organismo procura se adaptar aos efeitos desagradáveis do estressor e restabelecer o equilíbrio interno (SELYE, 1950). Nessa fase pode ocorrer desgaste do organismo o que o tornaria vulnerável a desencadear sintomas físicos ou comportamentais, tais como: alterações no apetite, insônia, medo e isolamento social. Caso o estímulo estressor continue ou aumente sua intensidade, o organismo inicia o terceiro estágio do estresse denominado exaustão.

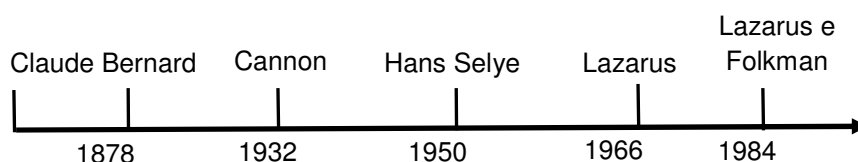
A exaustão é o estágio desencadeado pelo desgaste do organismo, tornando-o propenso a doenças. A exaustão ocorre quando as reservas adaptativas se esgotam por motivos de encontros estressantes repetidos ou prolongados. Nesta fase o retorno ao estágio de resistência deixa de ser possível e as doenças são desencadeadas (SELYE, 1950; LIPP, 1996).

As pesquisas sobre o estresse foram além da abordagem fisiológica nas últimas décadas. Segundo Lazarus (1993) e Paykel (2001), a ocorrência das duas grandes guerras mundiais e a tentativa de reorganização social no período pós-guerra não deixou dúvidas das graves conseqüências à saúde mental da população decorrente do estresse nesta época. Os estudos sobre as conseqüências do estresse no período pós-guerra tornaram-se comuns neste período e obtiveram importante efeito no campo das pesquisas psiquiátricas (LAZARUS, 1993; PAYKEL, 2001).

Lazarus desenvolveu estudos sobre esta temática, suas pesquisas avaliavam principalmente o estresse no aspecto psicológico. Este autor identifica que embora existam importantes sobreposições entre o estresse psicológico e o estresse fisiológico, estes requerem diferentes níveis de análises. O que seria um estressor no aspecto fisiológico seria diferente do estressor no aspecto psicológico. Lazarus abandona a idéia de que o estresse é meramente uma reação à ação (conceito unidimensional) e considera que o estresse é baseado nas características individuais, relações com o ambiente e a representação cognitiva pessoal (conceito multidimensional). Tal autor propõe o modelo transacional do estresse o qual destaca os processos de avaliação cognitiva (LAZARUS, 1993).

Lazarus e Folkman (1984) trazem alguns anos depois, o conceito de *coping* (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Segundo Ribeiro (2004) o *coping* é considerado como o fator comportamental e cognitivo estabilizador, que permite ajustamentos e adaptações individuais quando se está perante situações estressantes (RIBEIRO, 2004). Para Lazarus e Folkman (1984) há dois tipos principais de estratégias de *coping*: a primeira seria o *coping* focado no problema (*problem-focused coping*), baseada na ação e visa desenvolver alternativas para solucionar o problema; a segunda seria o *coping* focado na emoção (*emotion-focused coping*) baseado na interpretação, visa evitar o enfrentamento de realidades que podem causar desconforto emocional (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Abaixo é apresentada síntese de uma linha cronológica da evolução dos estudos sobre o tema estresse discutidos anteriormente.



Os estudos realizados recentemente denotam o estresse como um estado gerado pela percepção de estímulos que ameaçam a homeostase (BRADY; SONNE, 1999; MARGIS et al., 2005). Lipp e Malagris (1995), pesquisadoras brasileiras da área, definem este mesmo termo como sendo “uma reação do organismo, com componentes físicos e ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que a irrite, amedronte ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz” (LIPP; MALAGRIS, 1995).

1.1.2 Eventos estressores e saúde mental

O termo “evento estressor” também é um conceito importante utilizado nos estudos que abordam esta temática. Na literatura os eventos estressores recebem diferentes terminologias tais como: eventos de vida estressores, eventos estressantes, eventos adversos e acontecimentos vitais. Neste estudo utilizamos a nomenclatura eventos estressores a qual é definida como ocorrências externas, identificadas no tempo, que podem gerar mudanças pessoais e sociais no ambiente do sujeito (PAYKEL, 1997; MARGIS; PICON; COSNER, 2005; RAFANELLI, 2005).

Os trabalhos pioneiros sobre eventos estressores foram desenvolvidos por Holmes & Rahe (1967), tais estudos representaram um passo importante para as pesquisas da área, pois identificam que não apenas os eventos traumáticos, mas também os eventos estressores de menor impacto poderiam estar associados a prejuízos a saúde mental. Estes estudiosos construíram a Escala de Avaliação de Reajustamento Social. Trata-se de uma lista de eventos estressores a qual é apresentada aos participantes e sugere-se que estes indiquem se vivenciou no ano anterior a data da entrevista qualquer um dos acontecimentos apontados. Os acontecimentos citados recebem escores específicos e, de acordo com estes autores, a vivência de 200 e 300 escores de estresse indica uma probabilidade de aproximadamente 50% de que o indivíduo venha a ficar doente devido ao excesso de estresse (HOLMES; RAHE, 1967).

Paykel (2001) valoriza tal escala, porém aponta algumas desvantagens do instrumento em questão como: a auto-aplicação ao invés do método de entrevista; a falta de distinção entre os eventos positivos e negativos e a confusão entre os

eventos externos e as mudanças comportamentais (PAYKEL, 2001). Savoia (1999) identifica ainda como desvantagens a possibilidade de não constar na lista algum evento importante e o fato desta escala considerar apenas as grandes ocorrências da vida da pessoa e não os pequenos eventos diários (SAVOIA, 1999)

Há uma importante distinção conceitual em relação aos eventos traumáticos e os eventos estressores. As vivências traumáticas como, por exemplo, participação em combates de guerra, acidente pessoal com risco real de vida, tragédias naturais (enchentes, terremotos) se referem a um trauma extremo, uma reação psíquica a esses eventos ocorre como um esforço para assimilar tal experiência negativa e o trauma pode tornar-se uma fixação, mesmo após o afastamento do evento, a memória traumática persiste como se fosse atual (MARGIS; PICON; COSNER, 2005).

Os eventos estressores considerados neste estudo referem-se a ocorrências externas ou internas não tão traumáticas, mas que também são causadoras de estresse devido à necessidade de novas adaptações do indivíduo. Tais eventos podem dar origem a efeitos psicológicos mas uma vez removidos tendem a acarretar uma diminuição do quadro psicopatológico provocado (BROCKINGTON, 1998; MARGIS; PICON; COSNER, 2005). São exemplos de ocorrências externas situações como mudança de emprego, separação conjugal, morte de familiares e dificuldades financeiras (PAYKEL, 1997). As doenças físicas e a gravidez são exemplos de ocorrências internas e são importantes eventos estressores considerados neste estudo, pois podem exigir do indivíduo alterações no seu ambiente social e pessoal, assim como ocorre nos acontecimentos meramente externos.

Alguns estudos identificam ainda que as mulheres referem vivenciar mais eventos estressores e serem potencialmente mais estressadas se comparadas aos homens, devido a altas demandas que lhe são peculiares (ROSSI, 2004; DAWSON; GRANT; RUAN, 2005).

1.1.3 Estresse e Mulheres: fontes, demandas e estratégias

As últimas décadas foram marcadas por profundas transformações nos papéis da mulher na economia, na família e na sociedade. No Brasil houve o fortalecimento da participação feminina no mercado de trabalho, aumento da

responsabilidade destas no comando de suas famílias e maior acesso à escolaridade. Segundo pesquisa nacional do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) 57,6% das brasileiras com 15 anos ou mais estavam ocupadas ou à procura de emprego no ano de 2008. Entre os arranjos familiares, no ano de 1993, 22,3% dos lares eram chefiados por mulheres e atualmente chegamos a 35%. A média de escolaridade dessas novas “chefes de família” também aumentou, em média de 4,4 para 5,6 anos de estudos.

Outra característica importante foi a consolidação da tendência à queda da taxa de fecundidade, fato que contribuiu para este avanço feminino. As mulheres tinham em média 6,3 filhos há 40 anos, atualmente este número chega a somente 1,8 filhos por mulher. Com menos filhos, as mulheres puderam conciliar melhor o papel de mãe e trabalhadora (IPEA, 2007; IPEA, 2010).

A mulher passa a assumir novas responsabilidades, porém ainda mantêm as tradicionais como, por exemplo, a de responder pelo cuidado dos filhos, a de realizar as tarefas relacionadas à limpeza da casa, higiene e alimentação da família. A proporção de mulheres ocupadas que se dedicavam a afazeres domésticos segundo IPEA em 2008, foi de 86,3% enquanto a de homens foi 45,3%. Mais expressiva é a diferença no número médio de horas trabalhadas em afazeres domésticos, as mulheres ocupadas despendiam, em média, 23,9 horas semanais e os homens, 9,7 horas (IPEA, 2007; IPEA, 2010).

A inserção a um espaço antes destinado principalmente aos homens faz com que elas assumam tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico, sobrecarregando-as com uma dupla/tripla jornada. Tal avanço na autonomia e independência traz importantes repercussões para a saúde mental da mulher moderna.

A literatura identifica que a mulher é potencialmente mais sujeita ao estresse e a eventos estressores do que o homem (ROSSI, 2004; HATCH; DOHRENWEND, 2007), tal fato poderia estar relacionado às profundas exigências decorrentes das transformações nos papéis desta na economia, na família e na sociedade. Segundo Rossi (2006) “A mulher é em princípio uma vítima eminente (do estresse), empurrada em direções opostas e às vezes conflitantes, procurando satisfazer seus papéis de mãe, esposa, administradora da casa e frequentemente profissional” (ROSSI, 2006).

Em estudo nacional realizado pelo ISMA - BR (*International Stress Management Association*) foram verificados prejuízos a saúde decorrente do estresse, participaram deste estudo mil profissionais, entre estes homens e mulheres. Foram constatados que 70% da amostra sofreu algum dano (físico e/ou mental) causado pelo estresse, sendo que destes 30% apresentavam sintomas de exaustão total (ROSSI, 2006).

Apesar da maior vivência de estresse cotidiano, a mulher parece lidar melhor com este problema, o que a torna menos suscetível a determinadas doenças (ROSSI, 2004). A característica feminina associada à diminuição destes riscos é relacionada com a maneira com que elas reagem ao estresse, o uso de estratégias focalizadas em suas emoções, ou seja, estratégias que buscam equilibrar o estado emocional como, por exemplo, conversar com o companheiro e expressar seus sentimentos, parece ajudá-las a lidar com a vivência freqüente de eventos estressores (BRESLIN et al., 2005; CHAPLIN et al., 2008).

As mulheres apresentam maior percepção de gravidade e parecem reportar mais problemas emocionais e pessoais do que os homens (YOUNG, 1987; RUTLEDEG; SHER, 2001; GEISNER; LARIMER; NEIGHBORS, 2004; CHAPLIN et al., 2008).

Chaplin et al. (2008) identificaram que as mulheres reportam mais tristeza e ansiedade e expressam mais suas emoções após um estado de estresse. Apesar da maior emoção subjetiva e comportamental, algumas alterações fisiológicas prejudiciais, tais como o aumento abrupto da freqüência cardíaca e pressão arterial, foram menos freqüentes entre elas, fato que as protegeriam de possíveis danos cardíacos (CHAPLIN et al., 2008).

Entre os homens, as estratégias centradas no problema e o consumo de álcool como enfrentamento a emoções negativas parece ser mais comum (COOPER et al., 1992; HUSSONG, 2003; VEESTRA et al., 2007; WANG et al., 2008). Entretanto alguns autores trazem que os estilos de enfrentamento não são inerentemente adaptativos ou mal adaptativos, mas variam dependendo do tipo de estressor vivenciado (LAZARUS, 1993; VEESTRA et al., 2007).

1.1.4 Estresse e saúde mental na gestação

O período gestacional é um importante momento de mudanças físicas, sociais, familiares e psicológicas no qual a mulher fica exposta a diversas situações estressantes. Holmes e Rahe, já em 1967, ao proporem um inventário de avaliação de eventos estressores, inseriram a gravidez como um importante evento na lista de acontecimentos significativos (HOLMES; RAHE, 1967).

As mudanças na aparência e forma corporal podem gerar insatisfação e preocupação para algumas mulheres. Estas referem incômodo físico, limitações de suas atividades diárias, diminuição da auto-estima e podem se sentir menos atraentes e inseguras quanto ao futuro do relacionamento conjugal após o nascimento do bebê. Por outro lado, para muitas gestantes neste momento ocorre o reforço da sua própria feminilidade e realização pessoal, estas se sentem valorizadas pelos familiares e sociedade, consideram a gravidez como um período privilegiado de suas vidas, referem conformidade diante das repercussões físicas negativas e satisfação diante das transformações percebidas em seu corpo (BROCKINGTON, 1998; PICCININI et al., 2008). Apesar das diferentes e contraditórias percepções femininas diante da gravidez, este é um importante momento de adequações ao ambiente social e pessoal da mulher.

Na transição para a maternidade, profundas adaptações no relacionamento conjugal e familiar também ocorrem. O senso comum muitas vezes defende que a gravidez proporciona um momento de estreitamento nas relações entre o casal, porém a literatura vem demonstrando que estas expectativas nem sempre se confirmam. Estudos sugerem diminuição da satisfação conjugal associada ao período pré-natal, pois que experimentaram dificuldades de adaptação à gravidez parecem manter os problemas conjugais após o nascimento do bebê (SNOWDEN et al., 1988). Além disso, a relação insatisfatória com o companheiro influencia na adaptação da mulher ao seu papel de mãe (BROWN, 1994), tais situações podem levá-la a maiores conflitos conjugais durante este período.

Por outro lado, a presença do companheiro e principalmente de um bom relacionamento entre ambos parece prevenir complicações físicas e psicológicas durante a gestação (LAWRENCE; NYLEN; COBB, 2007).

O adequado suporte social proporcionado durante os períodos gestacional, parto e puerpério favorece a mulher ao diminuir a ansiedade e depressão que podem aparecer nestas fases. Dessen et al. (2000) investigaram o suporte social de gestantes e mães de recém nascidos, 60% delas apontaram o suporte do marido ou companheiro como o mais importante dentre os apoios recebidos e, em seguida o apoio de suas próprias mães (DESSEN et al., 2000). O apoio emocional do companheiro pode contribuir para reduzir os estressores (MALDONATO, 1997) e proporcionar uma gravidez mais tranquila. A qualidade do vínculo da gestante com seu companheiro é importante e pode funcionar como um amortecedor dos efeitos dos eventos estressores decorrentes das mudanças desta fase.

Evidências científicas apontam ainda que os fatores relacionados ao estresse estejam associados a diversos prejuízos à saúde da mãe durante o período gestacional, parto e puerpério. Os altos níveis de estresse e ansiedade maternos durante a gestação parecem aumentar os riscos para aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro e complicações obstétricas (MULDER, 2002; WHITEHEARD, 2008).

Chrousos (2009) em uma recente revisão bibliográfica identificou que tanto o estresse agudo quanto o crônico são prejudiciais ao organismo. O estresse agudo poderia ser um dos fatores desencadeadores de manifestações alérgicas como asma, urticária, eczema; ataques hipertensivos ou hipotensivos; sintomas gastrointestinais como indigestão, diarreia e constipação; diferentes tipos de dor como dor abdominal, pélvica e lombar e sintomas psiquiátricos tais como ataques de pânico e episódios psicóticos (CHROUSOS, 2009).

O estresse crônico também pode ser fator relacionado com desencadeamento de diferentes manifestações tais como: ansiedade e depressão; danos cardiovasculares como a hipertensão e aterosclerose; câncer, osteopenia e osteoporose; distúrbios metabólicos como a obesidade ou diabetes mellitus tipo dois e distúrbios do sono como a insônia (CHROUSOS, 2009).

Danos físicos específicos no período gestacional também são identificados na literatura, Whiteheard (2008) encontrou importantes associações entre eventos estressores e a maior ocorrência de partos prematuros. Dentre os 18 eventos avaliados a autora destacou os problemas financeiros, a violência doméstica, o divórcio e a ocorrência de tentativas de suicídio por familiares ou amigos próximos

da gestante como os principais estressores que coincidem com o aumento de risco para parto prematuro (WHITEHEARD, 2008).

Prejuízos à saúde mental materna também estão relacionados a tais vivências. Muhwezi e colaboradores (2009) identificaram que as gestantes depressivas quando comparadas ao grupo controle, reportaram mais eventos estressores, níveis de impacto negativos mais intensos e maior prevalência de eventos independentes, ou seja, eventos que possivelmente não são consequência da doença psiquiátrica (MUHWEZI; AGREEN; NEEMA, 2009).

Os traços individuais de personalidade materna parecem contribuir para experiências estressantes durante a gestação. Pluess et al. (2010) investigaram a relação entre a personalidade materna e medidas de estresse psicológico e biológico. Foram utilizados neste estudo: questionário de fatores de personalidade proposto por Cattell et al. 1970, instrumentos que avaliaram depressão, eventos estressores, níveis de estresse e ansiedade e amostras de cortisol salivar. Segundo estes autores, as características maternas foram positivamente relacionadas às medidas de estresse tanto psicológico quanto biológico. Traços ansiosos maternos, por exemplo, influenciaram no impacto de estresse referido pelas mães e estão associados à maior exposição a experiências estressantes e a maiores níveis de cortisol salivar (PLUES et al., 2010).

O desenvolvimento fetal também parece ser prejudicado pelo estresse durante a gestação. Estudos experimentais com amostras animais demonstram que os elevados níveis de cortisol materno liberados em resposta ao estresse físico ou psicológico, produzem permanentes alterações no eixo hipotalâmico – pituitário - adrenal do feto gerando importantes danos ao seu desenvolvimento (SPIETZ; KELLY, 2002; EGLISTON; CATHERINE; MARIE-PAULE, 2002) tal associação também parece ocorrer com humanos. Esta modificação poderia aumentar as probabilidades de malformações como deformações crânio-neurais (HANSEN; JOU; OLSEN, 2000), baixo peso ao nascer e problemas emocionais decorrentes do estresse materno (RICE; JONES; THAPAR, 2007).

Glover e O'Connor (2002) destacaram ainda os efeitos do estresse materno em fases tardias da gestação nas alterações de ordem emocional e comportamental de crianças. A ansiedade pode estar associada à hiperatividade e ao déficit de atenção em meninos e problemas emocionais e comportamentais em meninas na idade de quatro anos (GLOVER; O'CONNOR, 2002).

O desenvolvimento destas condições, ou seja, dos danos à saúde materna e fetal, dependem de diversos fatores que devem ser considerados, tais como: vulnerabilidades individuais da mulher, resiliência, duração e impacto do estresse, presença de fatores ambientais de risco ou protetores, estratégias de *coping* utilizadas e o acúmulo de eventos estressores (VEENSTRA et al., 2007; CHROUSOS, 2009).

A literatura vem demonstrando que o acúmulo de eventos estressores no decorrer de determinado período pode gerar importantes danos a saúde mental da mulher e parece ainda estar associado a alguns comportamentos de risco, tais como o uso abusivo de substâncias como o álcool e tabaco (JOSE et al., 2000; DAWSON; GRANT; RUAN, 2005; LLOYD; TURNER, 2008). A associação entre morbidade psiquiátrica em gestantes e problemas relacionados ao consumo de álcool foi verificada em pesquisas do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPPCP). Pinheiro (2005) observou maior sofrimento psiquiátrico e sintomas depressivos e ansiosos entre as gestantes abusadoras e dependentes de álcool se comparado às gestantes sem esses diagnósticos (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005). Em outro estudo Aliane (2008) verificou que aumentam os sintomas depressivos no pós-parto à medida que aumenta o consumo de álcool e o *binge* alcoólico durante a gestação (ALIANE, 2008).

Conger em 1956 apresenta pela primeira vez em estudos humanos, associação entre o consumo de álcool e o enfrentamento a vivências estressantes. A hipótese de redução de tensão propõe que indivíduos com expectativas positivas tenderiam a aumentar o consumo de álcool diante uma situação considerada geradora de estresse. Este autor afirma que o álcool serviria para reduzir a tensão ou ansiedade, possivelmente devido ao efeito depressor ou calmante desta substância sobre o sistema nervoso. O consumo seria, portanto reforçado pelos efeitos da redução da tensão obtidos (CONGER, 1956).

Apesar de tais achados, estudos admitem que esta associação é inconsistente e não apresenta evidências científicas suficientes. As diferenças relacionadas ao tipo de evento estressor vivenciado, expectativas positivas de redução de tensão, características individuais e gênero parecem ser fatores importantes para a avaliação do consumo de álcool e estresse (SHER, 1987; COOPER et al., 1992; HUSSONG, 2003).

1.2 Mulheres e o consumo de álcool

Estudos nacionais identificam aumento de consumo de álcool e outras drogas entre a população feminina (CEBRID, 2005). Em relação ao álcool, a prevalência de uso problemático aumentou significativamente para elas. A relação homem/mulher, no que se refere à dependência, era de cerca de 10/1 em 1970 e, atualmente (2007), chega a 4/1 (LIMA, 2008).

Entre os adolescentes, ambos os sexos estão consumindo bebidas alcoólicas cada vez mais cedo e com freqüências semelhantes. Estudo realizado em 2007 identificou que cerca de um terço destes consomem bebidas alcoólicas, sendo que a média do início do consumo de álcool, entre os jovens de até 17 anos, foi de 13,9 anos (SENAD, 2007).

A literatura apresenta ainda explicações para o aumento do consumo feminino. Este aumento poderia estar relacionado com a mudança social da mulher, que têm assumido papéis que anteriormente cabiam apenas aos homens, como a ocupação do espaço público através, por exemplo, do trabalho fora do lar. Estas mudanças poderiam ter encorajado a mulher a adotar também outros comportamentos que antes eram permitidos apenas aos homens, como o uso de bebidas alcoólicas (MADRIGAL, 1993). Entretanto, este argumento não é um consenso na literatura, pois o consumo de álcool entre as mulheres também parece ter aumentado entre aquelas que continuam no espaço privado do lar, em atividades predominantemente domésticas. Outro fator é que mesmo entre o grupo de mulheres com atividades similares às masculinas, o consumo ainda é menor do que entre os homens.

Mediante a ingestão de quantidades equivalentes, o álcool apresenta maior impacto negativo no organismo feminino do que no organismo masculino, devido às características físicas peculiares das mulheres. Um dos motivos é a maior dificuldade de metabolização desta substância pela mulher, pois há menor volume de água corporal, menor atividade da enzima álcool desidrogenase e maior proporção de gordura corpórea. Estes fatores as levam a sentir os efeitos das bebidas alcoólicas mais rápido que os homens, precisando de menores quantidades para conseguir os mesmos efeitos (HERNANDEZ-AVILA et al., 2004).

As mulheres também tendem a desenvolver cirrose hepática e miocardiopatias precocemente devido à maior vulnerabilidade dos tecidos e apresentam a dependência alcoólica em menor espaço de tempo se comparadas aos homens (MADRIGAL, 1993).

A preocupação maior sobre o risco de uso e abuso de álcool pelas mulheres está principalmente naquelas que estão em idade fértil e gestantes. O fato da maior parte das gestações no país serem espontâneas, não planejadas, e o fato do álcool ser largamente utilizado na forma de bebidas pela sociedade expõe a gestante a um elevado risco de se alcoolizar em algum momento da gestação, principalmente no início do período gestacional em que a maioria delas ainda não tem ciência do fato (FABRI; FURTADO; LAPREGA, 2007). Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a influência negativa do álcool é mais acentuada durante a embriogênese que ocorre justamente no primeiro trimestre gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

1.2.1 O problema do consumo de álcool entre gestantes

O risco de uso e abuso de álcool é de grande relevância nas mulheres gestantes devido aos prejuízos não só para a saúde materna, mas também para a saúde do bebê. Em Ribeirão Preto/SP foram realizadas entrevistas com 150 puérperas de uma maternidade e avaliado o uso de álcool por meio do instrumento T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener*) (FREIRE et al., 2005) tais achados foram comparados com os dados antropométricos dos recém-nascidos destas mães. Das mulheres avaliadas, 31 (20,7%) foram rastreadas como tendo feito uso de álcool na gestação. O uso de álcool por estas mães foi associado à restrição do crescimento fetal, com a diminuição do comprimento, peso e perímetro cefálico dos recém-nascidos (FREIRE et al., 2005).

Em outro estudo realizado em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo, foram entrevistadas 445 puérperas e identificaram o padrão de uso de álcool durante a gestação. Dentre as entrevistadas, 17,8% consumiram bebida alcoólica durante toda a gravidez; 15,9% consumiram até a confirmação da gravidez que

ocorreu em média com 9,6 semanas; 98,7% consumiram aos finais de semana e/ou em festas e 1,3% diariamente (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001).

Moraes, Viellas e Reichenheim (2005) também investigaram o uso de álcool em gestantes de três maternidades públicas do Rio de Janeiro. Verificaram uma prevalência de 24,1% de mães positivas para uso de álcool utilizando o instrumento T-ACE para o rastreamento (MORAES; VIELLAS; REICHENHEIM, 2005).

Tais estudos nacionais encontraram, portanto uma prevalência aproximada de 20 a 25% de mães que fizeram uso de álcool durante a gestação, ou seja, duas em cada dez gestantes são identificadas como casos de risco para o desenvolvimento da Síndrome Fetal do Álcool.

O álcool está intimamente relacionado aos danos fetais devido à capacidade desta substância em atravessar a barreira placentária, atingir o organismo fetal diretamente através da artéria umbilical e ainda permanecer impregnado no líquido amniótico (CHAUDHURI, 2000). Segundo LIMA (2006), enquanto a mãe ingere a bebida alcoólica pela boca, passando pelo fígado e por todo processo de metabolização, o feto recebe esta substância de forma direta, através da corrente sanguínea. Tal capacidade faz com que a exposição fetal ao álcool seja ainda maior, pois o metabolismo e eliminação alcoólica para o feto são mais lentos se comparado ao materno (LIMA, 2008).

O uso de álcool durante a gestação está associado à maior chance de aborto, parto prematuro, descolamento prematuro de placenta e eclampsia (PARKS et al., 1996; BROCKINGTON, 1998).

King et al., (2003) identificaram ainda associação entre o consumo de álcool gestacional, estressores e comorbidades psiquiátricas. As gestantes consumidoras problemáticas reportaram mais sintomas depressivos e maior número de eventos estressores quando comparadas aos homens com o mesmo padrão de consumo (KING et al., 2003).

Em relação aos danos à saúde fetal, destacamos a Síndrome Fetal do Álcool (SFA) considerada um dos prejuízos mais graves causados pelo consumo abusivo de álcool durante a gestação. Não identificamos na literatura consultada, estudos sobre a prevalência de SFA no Brasil, porém a prevalência apresentada em pesquisas internacionais oscila segundo a população estudada. May e Gossage (2001) verificaram que tal síndrome acomete cerca de 0,02 a 0,2% das crianças norte-americanas e entre 4 a 10% dos nascidos de mães dependentes de álcool

(MAY; GOSSAGE, 2001). Em outro estudo realizado em uma comunidade da África do Sul, foi identificada prevalência de 40,5 a 46,4 por 1000 crianças em idade escolar. Tais taxas são cerca de 18 a 141 vezes maiores do que as encontradas nos Estados Unidos (MAY, 2008).

As características clínicas da SFA são: deficiências no desenvolvimento pré e pós-natal, prejuízos ao desenvolvimento neuropsicomotor (hiperatividade, atrasos no desenvolvimento da linguagem, déficit de atenção, dificuldades de aprendizagem, pobre coordenação motora) e uma série de anomalias faciais típicas (fissura palpebral curta, pregas epicânticas, ponte nasal rebaixada, nariz curto, queixo fino, lábio superior fino, filtro nasal pouco visível e microcefalia) (MUNGER et al., 1996; MOORE, 1997).

Em relação ao termo Efeitos Fetais do álcool, este corresponde a um grupo de crianças que foram expostas ao álcool durante o período gestacional, porém não apresentam todos os critérios de diagnóstico para a SFA. Dentre as formas incompletas da SFA destacam-se os Transtornos Neurodesenvolvimentais relacionados ao álcool (*Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders - ARND*) e Malformações Congênitas relacionadas ao álcool (*Alcohol Related Birth Defects - ARBD*) (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000).

Os recém nascidos que apresentam ARND evidenciam alterações neuro-comportamentais, tais como: distúrbios do sono, alterações do ciclo sono-vigília, hiperatividade física e menor adaptação a estímulos aversivos. Apresentam ainda disfunções cognitivas como: dificuldade de aprendizagem, dificuldade escolar, pobre capacidade de abstração, problemas de memória, atenção e julgamento. Em relação à ARBD, os prejuízos envolvem problemas cardíacos, renais, oculares, auditivos e outras malformações (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000).

Estudos admitem que mesmo em baixos níveis de exposição pré-natal, o feto ainda pode ser atingido negativamente pelo álcool (NIAAA, 1999; US SURGEON GENERAL, 2004). O dano ao bebê varia segundo quantidade de álcool consumida, frequência de consumo e momento da idade gestacional que o álcool foi ingerido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Há ainda limitações ao consumo materno também durante o período de amamentação. O álcool é transmitido ao leite e pode gerar importantes mudanças na constituição, aroma, sabor e produção láctea, apresentando conseqüentemente importantes alterações na nutrição e desenvolvimento do bebê (BURGOS, 2002).

1.3 O problema do consumo de tabaco entre gestantes

Estudos nacionais apontam que uma parcela importante da população feminina nacional faz uso de cigarro. O levantamento domiciliar realizado no Brasil em 2001 identificou uma prevalência ao longo da vida de 36,3% de mulheres usuárias de tabaco, enquanto em 2005 foi identificado um aumento para 39,2%, sendo que 9% destas referiam ser dependentes de tabaco (CEBRID, 2001; CEBRID, 2005). Entre as gestantes a literatura demonstra que uma em cada quatro gestantes no país seja fumante (POSSATO; PARADA; TONETE, 2007).

Em um estudo nacional realizado em hospitais públicos de seis capitais brasileiras, buscou-se avaliar a correlação de fatores sociodemográficos e o hábito de fumar entre gestantes. Entre os fatores de risco destaca-se: baixa escolaridade, presença de filhos prévios e ausência de um companheiro. Os autores encontraram maior chance para o consumo de álcool entre gestantes fumantes em relação às não fumantes e diminuição da média de cigarros consumidos diariamente no decorrer da gestação (KROEFF et al., 2004).

O tabaco é responsável por diversas doenças, dentre elas destacam-se o câncer de pulmão e as doenças respiratórias. As mulheres são mais sensíveis aos danos tanto pulmonares quanto cardíacos provocados pelo uso de cigarro (PRESCOTT, 1998). Oliveira e colaboradores (2008) identificaram que mulheres fumantes apresentam duas vezes mais chance de sofrer um ataque cardíaco do que as não fumantes, tal fato é relacionado com o número de cigarros diários e tempo de consumo (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008).

A mulher fumante apresenta ainda um risco maior para irregularidades no ciclo reprodutivo, tais como a menopausa precoce, a redução da fertilidade e o atraso da primeira menstruação (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001).

O prejuízo à saúde da mãe e do feto causados pelo uso de tabaco tem sido amplamente citado na literatura. Estudos apontam relação entre este consumo e a maior ocorrência de complicações obstétricas, retardo no desenvolvimento intrauterino no segundo e terceiro trimestre de gestação, baixo peso ao nascer, aumento de problemas respiratórios do bebê e redução das funções pulmonares na infância (MAINOUS; HEUSTON, 1994; PRIETSCH, 2002; PRABHU, 2010). A relação do fumo e sintomas respiratórios é ainda mais complexa, pois além da

exposição pré-natal muitas vezes a criança continua sendo exposta após o seu nascimento. Apesar disso, estudo aponta que a exposição durante a gestação é ainda mais prejudicial ao bebê (PRABHU, 2010).

O uso materno de cigarro é um importante fator de risco para o atraso no desenvolvimento motor e cognitivo de crianças. Este déficit parece ser devido à hipóxia intra-uterina induzida por substâncias tóxicas do cigarro, como por exemplo, a nicotina e o monóxido de carbono (KOHLENDORFER; PEGLOW; REITER, 2010).

A insuficiência útero-placentária é considerada a principal causa de restrição no desenvolvimento em fetos de gestantes fumantes. Uma das explicações apontadas pela literatura é a liberação de nicotina pelo cigarro. Tal substância quando inalada pela mãe gera a vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, reduzindo assim o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto (LEOPERCIO; GIGLIOTI, 2004). Outra explicação proposta seria a diminuição dos hormônios de crescimento placentário e fatores de crescimento endócrinos fetais, como a insulina, causados pelo uso contínuo materno de cigarro (COUTANT, 2001).

O tabagismo durante a gestação pode levar a prejuízos imunológicos para o bebê, sendo um importante fator para o aumento de mortalidade neonatal (COUTANT, 2001). Estudos demonstram que há comprometimento também da imunidade materna, as infecções seriam facilitadas pela toxicidade do fumo e conseqüentemente o risco de abortamento espontâneo seria maior (LEOPERCIO; GIGLIOTI, 2004).

1.4 Formulação do problema

A gestação é um importante momento de mudanças físicas, sociais, familiares e psicológicas que podem expor a mulher a diversas situações estressantes. Esta exposição poderia gerar prejuízos à sua saúde mental e estar relacionada a comportamentos de risco tal como o consumo de álcool e/ou outras drogas.

Os estudos acerca do papel das variáveis psicossociais como fatores de risco para o desenvolvimento de prejuízos psiquiátricos, têm demonstrado a importância de identificar as variáveis ambientais que influenciam a saúde mental. A avaliação

dos eventos estressores torna-se relevante para esclarecer os fatores relacionados com as doenças mentais e comportamentos maternos durante a gestação.

Frente às informações trazidas pela literatura citadas, parece-nos adequado formular as seguintes perguntas norteadoras:

- (1) Quais são os principais eventos estressores e o impacto de estresse destes vivenciados durante a gestação?
- (2) Os eventos estressores estão associados ao risco de morbidade psiquiátrica de gestantes?
- (3) Os eventos estressores estão associados ao consumo de álcool e tabaco na gestação?
- (4) Há associação entre o consumo de álcool e tabaco?

Interessante identificar documentos do Ministério da Saúde que apontam preocupação com a atenção profissional durante o período pré - natal. O MS ao propor os princípios gerais e as diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal destaca que o principal objetivo dos serviços de saúde no país durante a atenção pré - natal e puerperal é:

“acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (Ministério da Saúde, 2004)

Dentre os parâmetros estabelecidos para que este objetivo seja atingido destaca-se a prevenção, o tratamento das intercorrências físicas gestacionais, o desenvolvimento de atividades educativas, classificação e atendimento às gestantes consideradas de risco. A atenção dos profissionais de saúde às gestantes pressupõe, portanto a avaliação dinâmica das situações de risco com o intuito de identificar os problemas e atenuar e/ou impedir um resultado desfavorável.

A identificação dos fatores de risco tais como a vivência de estresse e o abuso ou dependência de drogas lícitas durante a gestação se torna de extrema importância para os profissionais de saúde, pois a partir deste conhecimento melhores condutas e encaminhamentos entre os serviços poderiam ser realizados.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a relação entre a ocorrência de eventos estressores, morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco em gestantes de um serviço obstétrico da rede pública municipal.

2.2 Objetivos específicos

Levantar a ocorrência de eventos estressores, sua frequência e intensidade auto-referida de impacto de estresse, durante a gestação.

Identificar a relação entre ocorrência de eventos estressores e risco de morbidade psiquiátrica em gestantes.

Identificar a relação entre ocorrência de eventos estressores e os padrões de consumo de álcool em gestantes.

Identificar a relação entre ocorrência de eventos estressores e os padrões de consumo de tabaco em gestantes.

Verificar a associação entre consumo de álcool e tabaco na gestação.

3. METODOLOGIA

3.1 Contexto do estudo

O presente estudo é desdobramento da linha de pesquisa principal, intitulada “GESTA-ÁLCOOL: Estudo longitudinal sobre consumo de álcool durante a gestação”, que visa o acompanhamento e seguimento longitudinal de uma amostra de gestantes com e sem história de exposição fetal ao álcool; o qual é parte das atividades do PAI-PAD, Programa de Ações Integradas de Prevenção e Atenção a Álcool e Drogas, coordenado e sob responsabilidade do Prof. Dr. Erikson F. Furtado da FMRP-USP.

Duas dissertações de mestrado foram desenvolvidas, defendidas e publicadas, a partir de recorte de dados oriundos do projeto GESTA-ÁLCOOL. Tratam-se das dissertações dos seguintes autores: Carlos Eduardo Fabbri, o qual avaliou as características de desempenho da versão brasileira do instrumento T-ACE, para rastreamento do consumo de álcool na gestação e Simone Pinheiro, a qual verificou associações entre consumo de álcool e problemas emocionais de gestantes (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007).

O recorte previsto para o estudo aqui apresentado utiliza os dados de estudos anteriores referentes aos escores do QMPA (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005) e T-ACE (FABRI; FURTADO; LAPREGA, 2007), em uma análise original, não previamente realizada, relacionando-os com os dados do instrumento IRLE, para avaliação da associação entre eventos estressores e padrões de consumo de álcool e/ou tabaco, conforme os dados da entrevista estruturada utilizada no GESTA-ÁLCOOL.

3.2 Participantes da pesquisa

As participantes da pesquisa foram gestantes no terceiro trimestre de gestação, usuárias da MATER- Maternidade do complexo aeroporto. Esta unidade atende pelo SUS no município de Ribeirão Preto/SP. Os critérios para inclusão no

estudo foram ausência de gestação de risco, estar em condições de oferecer informações e declarar seu consentimento informado.

3.3 Instrumentos

Durante a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Ficha de registros de dados a qual contém informações referentes à identificação da paciente, dados sociodemográficos, dados do prontuário da paciente e referentes a saúde gestacional.

b) T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut Down, Eye-Opener*). Este instrumento foi desenvolvido por Sokol e cols. em 1989 e sua versão brasileira foi validada no ano de 2002 e publicada em 2007 por Fabbri, Furtado e Laprega. Pensando nas conseqüências do uso de álcool para o desenvolvimento do feto e a fim de viabilizar a detecção de gestantes que possuem consumo alcoólico de risco foi desenvolvido este instrumento.

O questionário é composto por quatro perguntas e as questões referem-se ao nível de tolerância, sentir-se molestado pela crítica dos outros, desejo de interromper o consumo e necessidade de beber pela manhã para se sentir melhor. Tais perguntas recebem pontuações da seguinte forma: zero a dois pontos para a primeira questão, e zero a um ponto para as demais. A pontuação máxima é de cinco pontos, sendo dois o ponto de corte. Uma pontuação igual ou maior que dois considera a gestante como caso positivo, ou seja, com consumo de risco de álcool tendo probabilidade aumentada de desenvolvimento da Síndrome Fetal do Álcool. Fabbri, Furtado e Laprega (2007), em estudo com a mesma amostra de gestantes da atual pesquisa, identificaram índices kappa para concordância e confiabilidade de 0,95 com 97% de respostas concordantes. Quando comparado ao CID-10, o T-ACE apresentou coeficientes de sensibilidade e especificidade de 100% e 97,9% respectivamente sendo, portanto um instrumento adequado para rastrear o consumo de álcool durante a gestação.

c) QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos) foi desenvolvido e adaptado às especificidades regionais da linguagem brasileira por Santana (1982). Andreoli e colaboradores (1994) aplicaram este mesmo

questionário a 6.470 indivíduos maiores de 15 anos, em amostras representativas da população de três cidades brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). Verificaram que a estrutura fatorial foi consistente e as mesmas dimensões psicopatológicas foram encontradas nos três locais e na matriz total (representada pelo somatório das cidades). Segundo estes autores os resultados encontrados são compatíveis com os quadros psicopatológicos identificados nas descrições clínicas; no entanto, ressaltam que cada fator representa uma dimensão psicopatológica e não propriamente um diagnóstico (ANDREOLI et al,1994).

O QMPA foi construído para ser auto-aplicável ou aplicado por entrevistador leigo e respondido por terceiros. As alternativas de resposta são sim ou não, para as quais são atribuídos valores de um ou zero. As primeiras 43 questões referem-se ao próprio indivíduo do qual se quer saber o estado de saúde mental, e as duas últimas questões (44 e 45) referem-se à sintomatologia apresentada por qualquer um dos membros da família. Um ponto de corte igual ou superior a sete (07) denota suspeição de transtorno psiquiátrico.

d) Critérios de pesquisa da CID-10:

1- Uso Nocivo: requer dano real à saúde física ou mental, conseqüências sociais adversas e uso freqüentemente criticado por outras pessoas.

2- Dependência de Álcool: ocorrência de três ou mais dos requisitos seguintes, em algum momento durante o ano anterior: desejo forte ou compulsão para consumir o álcool; dificuldades em controlar o uso de álcool em termos de início; término ou níveis de consumo; estado de abstinência fisiológico quando o uso cessou ou foi reduzido; evidenciado pela síndrome de abstinência e pelo uso da substância com o intuito de aliviar ou evitar sintomas de abstinência, evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de álcool são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de álcool, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou usar o álcool ou para se recuperar de seus efeitos; persistência no uso do álcool, apesar da ocorrência de conseqüências nocivas.

e) IRLE (*Interview for recent life events*) é o principal instrumento utilizado neste estudo, suas principais características são apresentadas a seguir.

A Entrevista para Eventos de Vida Recentes, *Interview for recent life events* (IRLE), foi desenvolvida por Eugene Paykel em 1967, na Universidade de Yale,

Estados Unidos. Após um trabalho piloto, uma lista com 61 eventos de vida foi organizada como uma entrevista semi-estruturada. A princípio este instrumento foi utilizado em estudos que verificavam associação com a depressão, esquizofrenia, atentados de suicídio e posteriormente para a avaliação da intensidade de estresse.

O instrumento recebeu algumas alterações decorrentes dos estudos realizados em Londres no St. George's Hospital Medical School na década de 80 e desde então ganhou o formato que se tem hoje.

A versão final trata-se de uma entrevista composta por 64 itens divididos em dez categorias: trabalho, educação, finanças, saúde, reação de luto ou perda, migração, moradia, aspectos legais, família e relacionamentos sociais. Apenas um dos 64 eventos não é especificado pelo instrumento, permitindo a anotação de algum outro acontecimento que não tenha sido citado anteriormente. Para cada evento referido pelo entrevistado são coletados dados sobre o mês de ocorrência, independência e impacto objetivo negativo.

O período previsto avaliado por este inventário é de 12 meses anteriores a data da entrevista. O autor sugere que o entrevistador utilize como estratégia de aplicação uma listagem de ocasiões específicas para facilitar a recordação dos eventos pelo entrevistado, como por exemplo, o Natal, datas comemorativas e feriados. A codificação de duas ocorrências para cada evento é permitida, caso o mesmo evento ocorra mais que duas vezes, e as ocorrências de maior impacto negativo são registradas (PAYKEL, 1997).

A avaliação da independência refere-se à possibilidade do evento não ser conseqüência ou potencial conseqüência da doença psiquiátrica do entrevistado. Alguns eventos parecem improváveis de ser o resultado de uma doença e são, portanto, importantes como fatores causais possíveis, para outros, a relação não é clara e o evento parece ter sido causado pela doença. Esta avaliação é realizada atribuindo uma pontuação de um a cinco: (1) quase certamente independente da doença; (2) provavelmente independente da doença; (3) incerteza; (4) provavelmente dependente da doença e (5) quase que certamente dependente da doença. Quanto maior o escore maior a chance de o evento estar relacionado com a doença psiquiátrica. Neste estudo a avaliação de independência dos eventos estressores não foi realizada, pois o IRLE faz tal avaliação a partir de amostra de pacientes com algum prejuízo psiquiátrico. No presente trabalho consideramos que, a princípio, as gestantes avaliadas não apresentam nenhum transtorno psiquiátrico.

O impacto objetivo negativo é verificado ao questionar o entrevistado sobre o grau de impacto desagradável ou ameaça diante do evento estressor. As categorias de nível de estresse são classificadas em uma escala de cinco pontos – severo, acentuado, moderado, baixo e nenhum estresse. Apenas os eventos com impacto negativo são avaliados nesta entrevista, os eventos puramente benéficos são classificados como ausência de estresse. Alguns eventos a princípio benéficos podem ser também estressores, como por exemplo, uma promoção no emprego, a qual poderia gerar um nível de estresse baixo.

Este instrumento tem sido amplamente utilizado por grupos de pesquisas científicas em vários países, em que avaliaram em diferentes tipos de amostra as possíveis relações entre os eventos estressores e transtornos mentais como a depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, abuso de heroína e álcool, e psicose puerperal. O IRLE também foi utilizado em alguns estudos para identificar as possíveis interações entre os eventos estressores e doenças físicas como a síndrome de *cushing*, hipertensão, diabetes, o baixo peso ao nascer e parto prematuro, e tireotoxicose, entre outras (OLIVEIRA, 2002).

Dois estudos identificaram confiabilidade e validade do IRLE na versão na língua inglesa (PAYKEL, 1983; COOKE; ALLAN, 1985). Numa avaliação da confiabilidade entre examinadores, a IRLE alcançou uma concordância total de 95%. Valores de correlação para avaliação da confiabilidade teste-teste alcançaram a margem de 0,95.

3.4 Coleta de dados

O estudo foi delineado como estudo epidemiológico clínico, observacional, transversal, com um momento de levantamento de dados, sobre amostra de conveniência recrutada de forma seqüencial e aleatória. A coleta de dados ocorreu no período de 2001 a 2002 antes das consultas de rotina de pré-natal. As entrevistas foram realizadas por três entrevistadores (duas psiquiatras e uma enfermeira) em esquema de rodízio diário.

A observação transversal foi constituída através da realização de duas entrevistas, sendo realizada na primeira a aplicação do T-ACE (*Tolerance, Annoyed,*

Cut-down, Eye-Opener) e de um questionário estruturado, visando com este a obtenção de dados sócio-demográficos, histórico gestacional, saúde da gestante, e padrão de consumo de álcool e tabaco, e na outra a aplicação dos instrumentos QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos), critérios da CID-10 para dependência e uso nocivo de álcool e IRLE (*Interview for recent life events*). A amostra final ficou composta por 449 gestantes.

A primeira etapa de compilação dos dados em banco de dados foi realizada entre setembro a dezembro de 2002. A segunda etapa, referente aos dados do instrumento IRLE, foi realizada no ano de 2009.

3.5 Aspectos éticos

Este projeto é um recorte e faz parte de um projeto principal intitulado “Desenvolvimento e validação de um instrumento de rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE)” da mesma linha de pesquisa do “Gesta-Álcool-Estudo Longitudinal sobre consumo de álcool durante a gestação”. O projeto de origem teve aprovação no comitê de ética do Hospital das Clínicas da FMRP-USP no dia 18 de dezembro de 2000 no Processo HCRP nº 10075/00. Desta forma, a pesquisa foi realizada respeitando-se os aspectos éticos para desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, atendendo à Resolução 196/96.

3.6 Análises estatísticas

As informações coletadas foram registradas em uma planilha do programa Excel e depois exportadas para o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS 16.0, 2007) onde foi realizada a análise estatística. As análises descritivas e inferenciais foram realizadas de maneira comparativa entre os grupos definidos em função das variáveis centrais para o estudo: eventos estressores, nível de estresse, morbidade psiquiátrica, uso de álcool e tabaco. Foram utilizadas estatísticas descritivas (frequências simples, porcentagens, médias e desvio-padrão)

para caracterizar a amostra segundo variáveis sócio-demográficas definidas (idade, estado civil, renda familiar e religião). Essa mesma estratégia estatística foi adotada para apresentar os escores dos instrumentos QMPA, T-ACE e IRLE.

Em relação a associações entre os eventos estressores e as variáveis: morbidade psiquiátrica, consumo de risco de álcool e uso de tabaco foram realizados três tipos diferentes de análises. A primeira foi a análise categórica dos eventos através do método não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* (tal método é apropriado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis observadas em duas ou mais amostras independentes). O segundo tipo de análise verificou os eventos estressores isoladamente através do Teste exato de Fisher. Em linhas gerais, este teste é usado na análise de dados onde o tamanho da amostra é pequeno e visa comprovar se as quantias de ocorrências são ou não equivalentes.

A terceira foi o cálculo de *Odds Ratio*. A medida de associação calculada no modelo de regressão logística foi dada da seguinte forma, se o OR for igual a 1 isso significa que a chance de A é igual a chance de B, mas se OR for maior que 1 isso quer dizer que a Chance de A é maior que a chance de B, assim a razão de chances é interpretada da seguinte forma: A chance de ocorrer A é de “X” vezes a chance de B. Porém se o valor de OR for menor que 1 isso significa que a chance de B é maior que a chance de A, sendo assim se torna um fator de proteção. Para sabermos se a variável em estudo é um fator de risco ou de proteção, observamos o intervalo de confiança com 95% de confiança (IC 95%) se o 1 estiver contido dentro de tal intervalo, isso quer dizer que não existem evidências de que aquela variável influenciou ou não na variável dependente. O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes ($p \leq 0,05$).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 449 gestantes, as quais faziam acompanhamento através de consultas de pré-natal em uma maternidade vinculada ao SUS na cidade de Ribeirão Preto-SP. A média de idade destas mulheres foi de 23,9 anos, com idade mínima de 14 anos e máxima de 44 anos ($dp = 5,5$).

As características sócio-demográficas são apresentadas na tabela a seguir. Cabe ressaltar, em relação às duas dissertações de mestrado anteriores que foram realizadas com dados deste estudo, que estes dados aqui apresentados, foram analisados novamente e outras variáveis foram inseridas com o intuito de complementar o trabalho. Os dados referentes aos anos de repetência e situação de emprego não foram apresentados em dissertações anteriores que utilizaram a mesma amostra.

Observa-se que, da amostra total de 449 gestantes, a maioria referia ser da cor branca ($n = 264$; 58,8%), com renda per capita entre um e cinco salários mínimos ($n = 291$; 64,8%) e tinha companheiro ($n = 383$; 85,3%), sendo que destas últimas, 164 (36,5%) eram legalmente casadas. Em relação à escolaridade, apenas seis referiram não ter grau escolar (1,3%), 73 referiram ter o ensino básico (16,3%), 207 o ensino fundamental (46,1%), 158 o ensino médio (35,2%) e quatro referiram ter ensino superior (0,9%). Quando questionadas sobre os anos de repetência escolar, 243 gestantes referiram nunca terem sido reprovadas (54,1%). Em relação à situação de emprego, a maioria das gestantes não trabalhava ($n = 359$; 80%).

Aproximadamente 430 gestantes referiram ter alguma religião (95,8%), dentre as quais se destaca a católica como a mais freqüente ($n = 303$; 67,5%), seguida da protestante tradicional ($n = 68$; 15,1%); protestante pentecostal ($n = 46$; 10,2%); espírita kardecista ($n = 11$; 2,4%) e outras ($n = 2$; 0,4%). Entre as gestantes que tinham religião, 259 declararam ser praticantes (57,7%) em contraste com 171 que não tinham práticas religiosas (38,1%).

Tabela 1 - Caracterização da amostra do estudo (n = 449).

Variáveis		N	%
Cor	Branca	264	58,8
	Negra	86	19,1
	Parda	97	21,6
	Amarela	01	0,2
	Não informado	01	0,2
Renda per capita (salários mínimos)	0-1	31	6,9
	1-5	291	64,8
	5-10	111	24,7
	>10	16	3,6
Estado civil	Casada	164	36,5
	Relacionamento consensual	219	48,8
	Solteira	53	11,8
	Divorciada	11	2,4
	Viúva	02	0,4
Escolaridade	Ensino básico	73	16,3
	Ensino Fundamental	207	46,1
	Ensino médio	158	35,2
	Ensino superior	04	0,9
	Sem escolaridade	06	1,3
	Ignorado	01	0,2
Anos de repetência	Nenhum	246	54,8
	Um ano	109	24,3
	Dois anos	66	14,7
	Três anos	23	5,1
	Quatro anos	5	1,1
Situação de emprego	Ativo	90	20,0
	Inativo	286	63,7
	Inativo (licença de saúde)	73	16,3
Praticante de religião	Sim	259	57,7
	Não	171	38,1
	Sem religião	19	4,2

Todas as gestantes deste estudo estavam no último trimestre gestacional. Quanto ao período, 124 estavam entre a 31^a e a 36^a semana de gestação (27,6%), 279 entre a 37^a e a 39^a semana de gestação (62,2%) e 46 entre a 40^a e a 42^a semana de gestação (10,2%). Em relação ao número de gestações, 188

mulheres (41,9%) eram primigestas, e entre as multigestas, 114 (25,4%) apresentavam duas gestações prévias, 58 (13%) três gestações, 45 (10%) quatro gestações, 23 (5,1%) cinco gestações e apenas 21 (4,6%) apresentavam mais de cinco gestações.

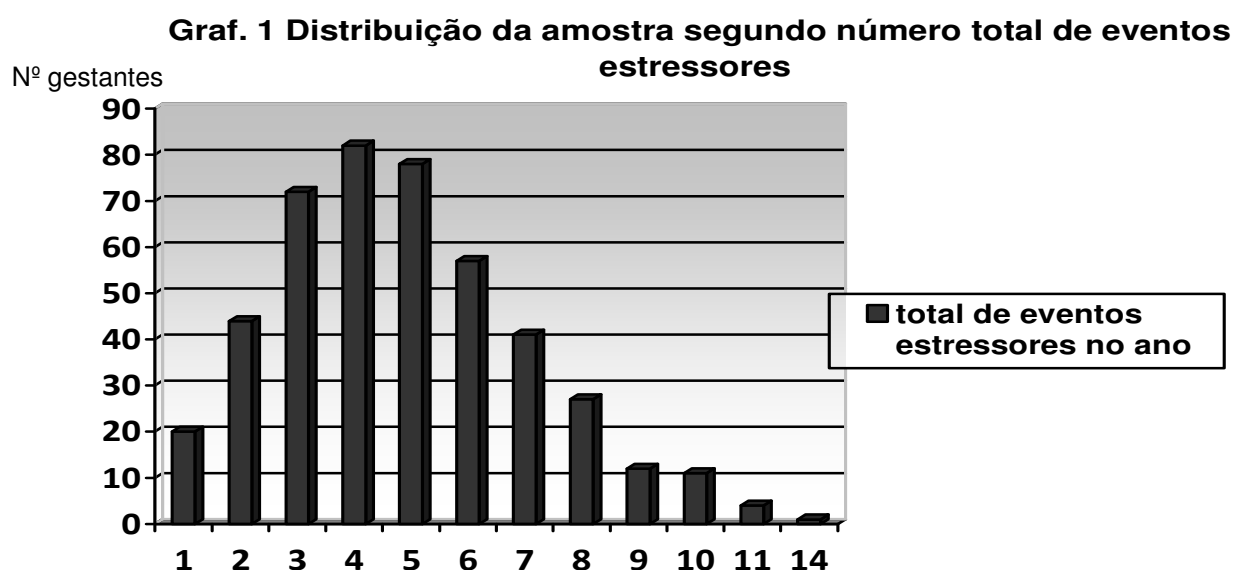
4.2 Eventos estressores

4.2.1 Descrição geral do IRLE

Os eventos estressores foram medidos através do instrumento IRLE. Este inventário verifica a ocorrência de diferentes eventos e a percepção de impacto de estresse diante tais vivências. O IRLE não apresenta um sistema de escore para análise, então três alternativas foram empregadas para a análise descritiva. A primeira foi examinar o número total de eventos estressores referido por gestante, a segunda avaliá-los agrupados em categorias e a terceira verificar isoladamente cada um.

Em relação ao número total de eventos estressores, todas as gestantes do estudo relataram a ocorrência de pelo menos um evento estressor durante os 12 meses anteriores a data da pesquisa.

O gráfico a seguir apresenta o número total de eventos estressores vivenciado por cada gestante. A média encontrada foi de cinco eventos estressores por gestante, com o mínimo de um e máximo de 14 ($dp = 2,2$).



Quando avaliados categoricamente, os eventos relacionados à categoria “Saúde” foram citados com maior frequência (99,1%), seguidos da categoria “Família e sociedade” (51,0%), “Relações conjugais” (48,6%), “Finanças” (42,1%), “Trabalho” (34,3%), “Migração” (32,7%), “Reação de luto ou perda” (31,4%), “Educação” (25,4%), “Aspectos legais” (12,9%) e “Namoro e casamento” (4,9%). Tais resultados referem-se ao relato de ao menos um evento estressor presente em cada categoria.

Tabela 2 - Frequência e porcentagem de cada categoria de eventos estressores.

Categoria de eventos estressores	N	%
Saúde	445	99,1
Família e sociedade	229	51,0
Relações conjugais	218	48,6
Finanças	189	42,1
Trabalho	154	34,3
Migração	147	32,7
Reação de luto ou perda	141	31,4
Educação	114	25,4
Aspectos legais	58	12,9
Namoro e casamento	22	4,9

Ao analisar cada evento estressor isoladamente, o mais frequente foi “gravidez indesejada” (60,6%), seguido de “gravidez desejada” (37,8%), “dificuldade financeira média” (31,8%), “mudança para a mesma cidade” (25,0%), “melhoria da relação com amigo” (24,1%) e “brigas com o marido” (17,8%). Todos os 64 eventos estressores do IRLE estão listados na tabela três. A questão 43 foi excluída, pois era destinada apenas ao companheiro da gestante.

Nesta tabela, a terceira coluna refere-se à porcentagem de gestantes a partir da amostra total (n = 449) que relatou a vivência de determinado evento estressor, já na quarta coluna, a porcentagem de impacto de estresse é apresentada a partir do número de gestantes que referiram cada evento estressor isoladamente.

Verificou-se a percepção de estresse referente a cada evento estressor. O impacto de estresse “0” refere-se à ausência de estresse, “1” ou “2” estresse baixo ou moderado, “3” ou “4” refere-se ao estresse alto ou acentuado.

Dentre os eventos mais freqüentes, os que obtiveram maior impacto de estresse foram: “gravidez indesejada”, “dificuldades financeiras médias” e “mudança para a mesma cidade”. Respectivamente das 272 gestantes que referiram o primeiro evento, 35,8% destas reportaram estresse alto ou acentuado (n = 97); 47,0% estresse baixo ou moderado (n = 128) e apenas 17,2% nenhum estresse (n = 47). Das 143 gestantes que reportaram o segundo; 48,3% destas reportaram estresse alto ou acentuado (n = 69) e a maioria 51,7% estresse moderado ou baixo (n = 74). E por fim, das 113 gestantes que referiram o terceiro evento citado; 11,5% destas reportaram estresse alto ou acentuado (n = 13); 23,0% estresse moderado ou baixo (n = 26) e 65,5% nenhum estresse (n = 74).

O evento “gravidez desejada” apesar de ser frequente não foi identificado com alto impacto de estresse, das 170 gestantes que reportaram tal evento, apenas 2,4% destas referiram estresse alto ou acentuado para este evento (n = 4).

Tabela 3 - Distribuição de gestantes de acordo com vivência de evento estressor e impacto de estresse (continua).

Categoria	Eventos estressores (E.E.)	N (%amostra total)	Impacto de estresse (% amostra por E.E.)		
			0	1-2	3-4
Trabalho	1. Mudança no trabalho	11 (2,4)	8 (73,0)	1 (9,0)	2 (18,0)
	2. Mudança nas condições de trabalho	35 (7,7)	27 (77,1)	7 (20,0)	1 (2,9)
	3. Mudança nas horas trabalhadas	23 (4,8)	12 (52,1)	8 (34,7)	3 (13,2)
	4. Problemas no trabalho	10 (2,2)	0	5 (50,0)	5 (50,0)
	5. Promoção	2 (0,4)	2 (100)	0	0
	6. Rebaixamento	2 (0,4)	0	1 (50,0)	1 (50,0)
	7. Demissão	35 (7,7)	3 (8,6)	16 (45,7)	16 (45,7)
	8. Aposentadoria	1 (0,2)	1(100)	0	0
	9. Desemprego	74 (16,5)	23 (31,0)	27 (36,4)	24 (32,6)
	10. Falência dos negócios	2 (0,4)	0	1 (50,0)	1 (50,0)
Educação	11. Estudar novamente	82 (18,2)	63 (76,8)	17 (20,7)	2 (2,5)
	12. Mudança de escola	1 (0,2)	1 (100)	0	0
	13. Deixa escola/se forma	33 (7,4)	16 (48,4)	12 (36,3)	5 (15,3)
	14. Fracasso escolar	1 (0,2)	0	1 (100)	0
	15. Exame importante	9 (2,0)	3 (33,3)	1 (11,0)	5 (55,7)
Finanças	16. Dificuldades financeiras médias	143 (31,8)	0	74 (51,7)	69 (48,3)
	17. Grandes dificuldades financeiras	33 (7,4)	1 (3,1)	4 (12,1)	28 (84,8)
	18. Melhoria das condições financeiras	20 (4,4)	19 (95,0)	0	1 (5,0)
Saúde	19. Doença/acidente pessoal	19 (4,2)	1 (5,2)	9 (47,4)	9 (47,4)
	20. Doença/acidente familiar	54 (12,0)	9 (16,6)	24 (44,4)	21 (39,0)
	21. Gravidez desejada	170 (37,8)	150 (88,2)	16 (9,4)	4 (2,4)
	22. Gravidez indesejada	272 (60,6)	47 (17,2)	128 (47,0)	97 (35,8)
	23. Complicação na gestação ou parto	55 (12,2)	9 (16,4)	23 (41,8)	23 (41,8)
	24. Nascimento de bebê	15 (3,3)	6 (40,0)	1(6,6)	8(53,4)
	25. Menopausa	0	0	0	0

A somatória das variáveis assinaladas não totaliza a soma das participantes porque uma mesma gestante pode ter sinalizado mais de um evento estressor. Por essa razão calculou-se a porcentagem das gestantes sobre o total da amostra na terceira coluna.

Impacto de estresse 0 = ausência de estresse;
Impacto de estresse 1 ou 2 = baixo ou moderado
Impacto de estresse 3 ou 4 = alto ou acentuado.

Tabela 3 - Distribuição de gestantes de acordo com vivência de evento estressor e impacto de estresse (continuação).

Categoria	Eventos estressores (E.E.)	N (%amostra total)	Impacto de estresse (% amostra por E.E.)		
			0	1-2	3-4
Reação de luto ou perda	26. Morte de parente/amigo	61 (13,5)	6 (9,8)	32 (52,4)	23 (37,8)
	27. Morte de familiares	71 (15,8)	5 (7,0)	27 (38,1)	39 (54,9)
	28. Morte de filho	3 (0,7)	0	0	3 (100)
	29. Morte de esposo	1 (0,2)	0	0	1 (100)
	30. Perda ou roubo de objeto	22 (5,0)	0	11 (50,0)	11 (50,0)
Migração	31. Mudança para a mesma cidade	113 (25)	74 (65,5)	26 (23,0)	13 (11,5)
	32. Mudança para outra cidade	35 (7,7)	19 (54,2)	6 (17,1)	10 (28,5)
	33. Mudança para outro país	0	0	0	0
Namoro e casamento	34. Noivado/ início	1 (0,2)	1 (100)	0	0
	35. Noivado/fim	1 (0,2)	0	0	1 (100)
	36. Relação estável/fim	7 (1,5)	0	3 (42,8)	4 (57,2)
	37. Briga com namorado	14 (3,3)	0	6 (42,8)	8 (57,2)
Aspectos legais	38. Infração legal	2 (0,4)	0	0	2 (100)
	39. Julgamento	1 (0,2)	0	0	1 (100)
	40. Prisão	23 (5,1)	2 (8,6)	5 (21,7)	16 (69,5)
	41. Processo judiciário	9 (2,0)	0	5 (55,5)	4 (44,5)
	42. Problemas familiares com a justiça	25 (5,6)	4 (16,0)	11 (44,0)	10 (40,0)
	43. (*)	-	-	-	-

A somatória das variáveis assinaladas não totaliza a soma das participantes porque uma mesma gestante pode ter sinalizado mais de um evento estressor. Por essa razão calculou-se a porcentagem das gestantes sobre o total da amostra na terceira coluna.

Impacto de estresse 0 = ausência de estresse
Impacto de estresse 1 ou 2 = baixo ou moderado
Impacto de estresse 3 ou 4 = alto ou acentuado

Tabela 3 - Distribuição de gestantes de acordo com vivência de evento estressor e impacto de estresse (conclusão).

Categoria	Eventos estressores (E.E.)	N (% amostra total)	Impacto de estresse (% amostra por E.E.)		
			0	1-2	3-4
Família e sociedade	44. Adoção de criança	2 (0,4)	0	1 (50,0)	1 (50,0)
	45. Mudança de parente	34 (7,5)	18 (52,9)	7 (20,5)	9 (26,4)
	46. Casamento/noivado de filho	0	0	0	0
	47. Casamento de filho mais velho	1 (0,2)	1 (100)	0	0
	48. Casamento de filho mais novo	1 (0,2)	1 (100)	0	0
	49. Mudança de filho	2 (0,4)	0	1 (50,0)	1 (50,0)
	50. Brigas familiares	56 (12,4)	2 (3,5)	14 (25,0)	40 (71,5)
	51. Brigas fora do ambiente familiar	27 (5,9)	1 (3,7)	12 (44,5)	14 (51,8)
	52. Melhoria da relação com amigo	108 (24,1)	100 (92,5)	7 (6,4)	1 (0,9)
	53. Afastamento de queridos	43 (9,3)	4 (9,3)	22 (51,1)	17 (0,3)
54. Problemas conjugais de parentes	15 (3,3)	3 (20,0)	9 (60,0)	3 (20,0)	
Relações conjugais	55. Casou-se	46 (10,3)	35 (76,0)	6 (13,2)	5 (10,8)
	56. Brigas com marido	80 (17,8)	1 (1,2)	39 (48,8)	40 (50,0)
	57. Longe do marido	20 (4,4)	2 (10,0)	6 (30,0)	12 (60,0)
	58. Separação temporária	38 (8,3)	1 (2,6)	8 (21,0)	29 (76,4)
	59. Marido tem casos	15 (3,3)	1 (6,7)	3 (20,0)	11 (73,3)
	60. Mulher tem casos	0	0	0	0
	61. Melhoria da relação conjugual	95 (21,0)	90 (94,7)	4 (4,2)	1 (1,1)
	62. Voltar a viver junto	21 (4,6)	17 (80,8)	2 (9,6)	2 (9,6)
	63. Separação definitiva	14 (3,1)	4 (28,5)	1 (7,1)	9 (64,2)
	64. Algum outro evento ainda não citado	52 (11,6)	6 (11,5)	21 (40,3)	25 (48,2)

A somatória das variáveis assinaladas não totaliza a soma das participantes porque uma mesma gestante pode ter sinalizado mais de um evento estressor. Por essa razão calculou-se a porcentagem das gestantes sobre o total da amostra na terceira coluna.

Impacto de estresse 0 = ausência de estresse
Impacto de estresse 1 ou 2 = baixo ou moderado
Impacto de estresse 3 ou 4 = alto ou acentuado

4.3 Prevalência de uso de álcool

O padrão de consumo de álcool durante o período gestacional foi medido através de três avaliações: CID-10, T-ACE e padrão de consumo durante cada trimestre gestacional e período anterior a gestação.

Quanto à identificação de consumo de álcool através da CID-10, 27 gestantes (6,0%) apresentavam diagnóstico positivo para uso nocivo de álcool e 14 gestantes (3,1%) preencheram os critérios diagnósticos para Síndrome de dependência alcoólica, totalizando 41 (9,1%) gestantes com problemas relacionados ao álcool.

Outro instrumento utilizado neste estudo foi o T-ACE, o qual apresenta questões sobre o nível de tolerância, sentimento de moléstia pela crítica dos outros, desejo de interromper o consumo e necessidade de beber pela manhã para se sentir melhor. Tal instrumento classifica como caso positivo a gestante que obtiver pontuação igual ou maior a dois. Foram identificadas 99 (22,0%) gestantes com uso de risco de álcool, ou seja, mulheres que reportaram um padrão de consumo de álcool que sugere riscos à saúde do feto. Dentre estas, 63 gestantes da amostra foram positivas com dois pontos (14,0%); seguidas por 23 que tiveram resultado positivo com três pontos (5,1%); 11 gestantes (2,4%) com quatro pontos e duas gestantes com cinco pontos (0,4%). O grupo com pontuação inferior ao ponto de corte foi considerado como caso negativo pelo instrumento T-ACE.

Interessante ressaltar que o instrumento T-ACE, além de realizar o rastreamento do consumo de risco de álcool, também verifica quais gestantes apresentam propensão a manter o padrão de consumo de álcool anterior ao período gestacional através da identificação da tolerância. A primeira questão deste instrumento levanta informações sobre a tolerância às bebidas alcoólicas. Neste estudo 101 (22,5%) gestantes referiram consumir para se sentir mais desinibida até uma dose, 36 (8%) até duas doses, 22 (4,9%) até três doses e 34 (7,6%) quatro ou mais doses. Estas informações são relevantes, pois apesar de muitas mulheres referirem ter cessado o consumo de álcool durante o período gestacional, a alta tolerância pode indicar quais dessas apresentam risco para consumir bebidas alcoólicas durante este período.

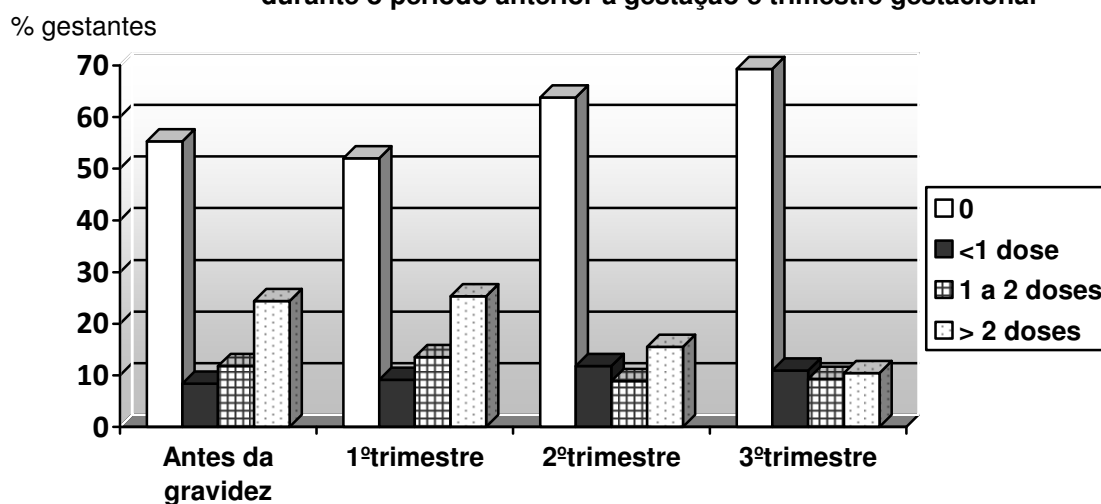
Em relação ao tipo de bebida alcoólica de preferência, 180 gestantes referiram ser a cerveja (40,1%), 146 preferem o vinho ou champanhe (32,5%), 19

referiram preferir licores ou batidas (4,2%) e apenas 16 preferem bebidas destiladas (3,6%). Estes resultados corroboram com dados nacionais, quando se compara as bebidas pelo número de doses consumidas anualmente, em torno de 61% dos brasileiros adultos consomem cerveja ou chope, 25% vinho e 12% bebidas destiladas (CEBRID, 2005).

O gráfico dois apresenta o padrão de consumo de álcool antes da gestação, durante o primeiro, segundo e terceiro trimestre, de acordo com o número de doses (uma dose igual a aproximadamente 12 gramas de álcool).

Observa-se ligeiro aumento no consumo durante o primeiro trimestre gestacional em relação ao período anterior. Antes da gestação, 249 (55,3%) mulheres eram abstinentes, este número apresenta diminuição para 234 (52,0%) no primeiro trimestre. Em relação às mulheres que faziam consumo médio em uma ocasião menor que uma dose, os números alteram de 38 (8,4%) mulheres antes da gestação para 41 (9,1%) gestantes no primeiro trimestre. Entre as que consumiram uma e duas doses o aumento foi de 53 (11,8%) mulheres antes da gestação para 61 (13,5%) no primeiro trimestre. E por fim entre as mulheres que referiram consumo maior que duas doses, o aumento foi de 110 (24,4%) para 114 (25,3%) no primeiro trimestre gestacional.

Graf. 2 - Consumo médio de álcool por ocasião, segundo dose padrão de álcool, durante o período anterior a gestação e trimestre gestacional



No segundo trimestre encontramos diminuição de consumo se compararmos com a quantidade do primeiro trimestre. Entre as que apresentavam média de

consumo de uma a duas doses, a diminuição foi de 61 (13,5%) para 40 (8,9%) gestantes. Em relação as que apresentaram consumo maior que duas doses a diminuição foi de 114 (25,3%) para 70 (15,5%) gestantes. Identificamos ainda aumento de gestantes com consumo menor do que uma dose, de 41 para 53 gestantes, e entre as abstinentes de 234 (52,0%) para 287 (63,8%).

No terceiro trimestre ocorre ligeira diminuição no grupo menor que uma dose, pequeno aumento no grupo de uma a duas dose e diminuição no grupo maior ou igual a duas doses. Identifica-se pelos dados apresentados no gráfico uma tendência em aumentar o número de gestantes abstinentes no decorrer da gestação.

4.4 Prevalência de problemas emocionais

A prevalência de problemas emocionais foi identificada através da aplicação do Questionário de Morbidade Psiquiátrica para Adultos (QMPA), tais dados são apresentados a partir dos resultados obtidos na dissertação de Pinheiro (2005). O QMPA averigua o atual estado de saúde mental do indivíduo através de um inventário sobre sintomas psiquiátricos.

Da amostra composta por 449 mulheres, 171 gestantes (38,1%) foram encontradas como caso positivo pelo QMPA. Os casos positivos se referem às gestantes que apresentaram ponto de corte igual ou maior a sete no instrumento em questão, e tal pontuação denota problemas emocionais com probabilidade de os respondentes serem portadores de doenças mentais.

A frequência, porcentagem e classe de sintomas das 43 questões são apresentadas na tabela quatro, onde as mais comuns foram respectivamente: sensação de “bolo na garganta” ou queimação gástrica (59,1%), períodos de tristeza ou desânimo (55,8%), insônia inicial (54,9%), fobia a locais fechados ou escuros, objetos e animais (52,2%), explosões fáceis (43,5%), fraqueza nas pernas ou dores nos nervos (38,9%), preocupações somáticas (34,9%), dores freqüentes de cabeça, crises de irritação, intranqüilidade e nervosismo (33,3%).

A calibragem do instrumento foi realizada retirando os itens “insônia inicial”, “fraqueza nas pernas ou dores nos nervos” e “sensação de bolo na garganta,

queimação ou empachamento no estômago” por se tratarem de sintomas comuns durante o período da gestação. As análises deste estudo foram realizadas a partir do QMPA calibrado.

A associação entre morbidade psiquiátrica e problemas relacionados ao consumo de álcool foi identificada em pesquisa com a mesma amostra de gestantes deste estudo. Pinheiro et al. (2005) buscaram investigar se as gestantes com consumo problemático de álcool tiveram mais problemas emocionais do que o grupo de gestantes com consumo não problemático. Observaram em seus resultados maior sofrimento emocional entre as que apresentaram consumo nocivo ou dependência de álcool, ou seja, maior média de pontuação nas subescalas ansiedade, depressão e álcool do QMPA.

Tabela 4 - Frequência de ocorrência de sintomas por itens do QMPA (continua).

Itens do QMPA	Nº das questões	Classe de sintomas	n	%
Falta apetite	1	Depressão	63	14,0
Insônia inicial	2	Ansiedade/Somatização	247	54,9
“Zumbidos/Agonia na cabeça”	3	Ansiedade/Somatização	55	12,2
Dores freqüentes de cabeça	4	Ansiedade/Somatização	150	33,3
Fraqueza nas pernas/dores nos nervos	5	Ansiedade/Somatização	175	38,9
Explosões fáceis	6	Depressão	196	43,5
Períodos de tristeza/ desânimo	7	Depressão/Ansiedade	251	55,8
“Sensação de bolo na garganta, queimação ou empachamento no estômago”	8	Ansiedade/Somatização	266	59,1
Tremores ou frieza nas mãos	9	Ansiedade/Somatização	79	17,5
Crises de irritação	10	Depressão	150	33,3
Dificuldades cognitivas	11	Ansiedade/Sintomas cognitivos	103	22,9
“Consome bebida alcoólica?”	12	Uso de substância (álcool)	99	22
Choro fácil	13	Depressão	143	31,8
Idéias suicidas	14	Depressão	65	14,4
Descontrole emocional	15	Depressão	67	14,9
Nervosismo com interferência na capacidade de trabalho	16	Descontrole emocional	39	8,7
Necessidade de isolamento	18	Depressão	56	12,4

Tabela 4 - Frequência de ocorrência de sintomas por itens do QMPA.

Itens do QMPA	N° das questões	Classe de sintomas	n	%
Intoxicação alcoólica (1 vez por semana)	19	Uso de substância (álcool)	25	5,5
Consumo diário de álcool	20	Uso de substância (álcool)	5	1,1
Palpitação ou aperto cardíaco	21	Ansiedade/Somatização	112	24,9
Intranquilidade ou nervosismo freqüente	22	Ansiedade/Depressão	150	33,3
Preocupações somáticas	23	Ansiedade/Somatização	157	34,9
“Ataque após susto ou contrariedade”	24	Conversão/Convulsão	43	9,5
Fobia a locais fechados ou escuros, objetos, ou animais	25	Sintomas Fóbicos	235	52,2
Compulsão de verificação	26	Sintomas de Obsessão/Compulsão	152	33,8
Audição de vozes ou visão de coisas não perceptíveis por outros	27	Sintomas da sensopercepção	70	15,5
“Fala sem sentido”	28	Comportamento bizarro	35	7,8
“Fala ou ri sozinho”	29	Comportamento bizarro	60	13,3
Persecutoriedade com a sensação de que pessoas querem lhe prejudicar	30	Sintomas da sensopercepção	36	8
Sensação de controle por telepatia, rádio ou espírito	31	Sintomas da sensopercepção	7	1,5
Assume posturas não usuais	32	Comportamento bizarro	16	3,5
Períodos de euforia sem motivo aparente	33	Exaltação do humor	53	11,8
Agitação psicomotora ou logorréia	34	Exaltação do humor	14	3,1
Uso de medicações psicotrópicas (calmantes/indutores do sono)	35	Tratamento	34	7,5
Incapacidade para freqüentar a escola	36	Dificuldades do funcionamento social	24	5,3
“Acesso de loucura” (Crises agudas de comportamento desorganizado)	37	Descontrole emocional	1	0,2
Relato de déficit cognitivo	38	Sintomas cognitivos	0	0
Mania de limpeza ou arrumação	39	Sintomas de Obsessão/Compulsão	178	39,5
Tratamento psiquiátrico	40	Tratamento	6	1,3
Crises de queda ao solo com abalos musculares	41	Conversão/Convulsão	4	0,8
Uso de drogas	42	Uso de substâncias (drogas)	32	7,1
Consumo exagerado de etílicos	43	Uso de substâncias (álcool)	4	0,8

(Pinheiro, 2007)

4.5 Prevalência de uso de tabaco

Com relação ao uso de tabaco, foi verificado o valor médio diário por trimestre gestacional e durante o período próximo à data da entrevista. Analisando a tabela cinco verificamos que houve um aumento considerável de gestantes abstinentes no decorrer da gestação sendo que no primeiro trimestre 346 (77,1%) não fumavam, no segundo 371 (82,6%), no terceiro 373 (83,1%) e na semana anterior à entrevista 375 (83,6%) eram abstinentes.

Tabela 5 - Distribuição de gestantes segundo consumo médio de cigarros por dia durante o primeiro, segundo, terceiro trimestre e atual.

Média de consumo de cigarros por dia (unidade)	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		Atual	
	n	%	N	%	n	%	n	%
0	346	77,1	371	82,6	373	83,1	375	83,6
1-9	27	6,0	36	8,1	41	9,1	40	8,9
10-19	27	6,0	20	4,5	20	4,5	19	4,2
>20	49	10,9	22	4,8	15	3,3	15	3,3

Identificamos ainda diminuição da média de consumo de cigarros. No primeiro trimestre 49 (10,9%) usavam mais do que um maço (≥ 20 cigarros), no segundo e terceiro trimestre encontramos 22 (4,8%) e 15 (3,3%) respectivamente. Entre as que fumavam 10 a 19 cigarros 27 gestantes (6%) fumavam esta quantidade no primeiro trimestre, este valor diminuiu para 19 gestantes (4,2%) no último período avaliado.

4.6 Eventos estressores e morbidade psiquiátrica

4.6.1 IRLE e QMPA

Verificou-se neste estudo relação entre a ocorrência de eventos estressores na gestação e risco de morbidade psiquiátrica. Através do Teste de Kruskal-Wallis

foi identificada maior ocorrência de eventos estressores entre gestantes positivas no QMPA.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes de acordo com as categorias de eventos estressores e casos positivos e negativos no QMPA.

Categorias	Morbidade Psiquiátrica				K	P
	Negativo (N = 278)		Positivo (N = 171)			
	Média	DP	Média	DP		
Namoro e casamento	0,06	0,23	0,04	0,23	1,11	0,29
Relações Conjugais	0,69	0,89	0,79	0,99	0,73	0,39
Educação	0,24	0,50	0,35	0,54	7,24	0,001***
Família e sociedade	0,64	0,73	0,65	0,80	0,01	0,96
Finanças	0,36	0,52	0,56	0,51	18,44	0,001***
Aspectos legais	0,09	0,29	0,20	0,43	8,42	0,003***
Reação de luto ou perda	0,32	0,55	0,40	0,59	2,12	0,14
Migração	0,28	0,45	0,41	0,50	7,44	0,006*
Saúde	1,33	0,55	1,26	0,53	1,42	0,23
Trabalho	0,37	0,62	0,53	0,76	4,94	0,02*
Número total de eventos	4,53	2,08	5,28	2,38	10,36	0,001***

Obs.: K – Teste de Kruskal-Wallis (Análise de variância não paramétrica) p – nível de significância estatística; DP – desvio padrão; * $p \leq 0,05$; ** $p = 0,01$; *** $p \leq 0,01$

O número total de eventos estressores apresentou uma correlação estatística positiva e significativa em relação aos sintomas e queixas emocionais de gestantes ($p = 0,001$), ou seja, quanto maior o número de eventos estressores, maior o número de sintomas psiquiátricos encontrado. Quando avaliados separadamente por categorias, utilizando o mesmo teste não paramétrico, os eventos das categorias “Educação” ($p < 0,05$), “Finanças” ($p < 0,001$), “Problemas legais” ($p < 0,05$), “Migração” ($p < 0,05$) e “Trabalho” ($p < 0,05$) foram significativamente associados à morbidade psiquiátrica na gestação (tab. 6). A mesma associação para as categorias “Namoro e casamento”, “Relações conjugais”, “Família e sociedade”, “Reação de luto ou perda” e “Saúde” não foram estatisticamente significantes.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes segundo exposição ao evento estressor específico e casos no QMPA com associações estatisticamente relevantes.

Evento estressor	Exposição ao E.E.(N)	QMPA negativo N(%)	QMPA positivo N(%)	p	OR (IC95%)
Dificuldade financeira média	143	58(20,9)	85(49,4)	< 0,001	3,6(2,4-5,6)
Grande dificuldade financeira	33	11(3,97)	22(12,8)	< 0,001	3,6(1,6-8,0)
Brigas familiares	56	19(6,8)	37(21,5)	< 0,001	3,5(1,9-6,4)
Brigas com marido	80	30(10,8)	50(29,1)	< 0,001	3,0(1,8-5,1)
Separação temporária	38	15(5,4)	23(13,4)	< 0,001	2,6(1,3-5,2)
Estudar novamente	82	36(13)	46(26,7)	< 0,001	2,5(1,5-4,1)
Morte de familiares	70	30(10,8)	40(23,3)	< 0,001	2,3(1,4-4,0)
Voltar a viver junto	21	4(1,4)	17(9,8)	<0,001	6,6(2,2-20,1)
Mudança para outra cidade	34	12(4,3)	22(12,8)	< 0,01	3,3(1,6-7,1)
Desemprego	74	35(12,6)	39(22,7)	< 0,01	2,06 (1,2-3,4)
Prisão	23	8(2,8)	15(8,7)	< 0,01	2,9(1,2-7,3)
Demissão	35	15(5,42)	20(11,6)	< 0,01	2,4 (1,1-4,9)
Melhoria nas condições financeiras *	20	17(6,1)	3(1,74)	< 0,05	3,6(1,0-12,7)
Melhoria da relação com parente/amigo *	109	82(29,6)	27(15,7)	< 0,001	2,2(1,3-3,6)
Melhoria da relação conjugal *	95	71(25,6)	24(14)	<0,01	2,1(1,2-3,5)

* eventos estressores que apresentam maior frequência entre o grupo QMPA negativo sendo realizado análise de Odds Ratio invertida

Na análise estatística a distribuição de gestantes (negativas ou positivas no QMPA) segundo exposição ao evento estressor específico também foi verificada. A tabela sete apresenta os eventos estressores com associação estatisticamente significativa. Foram estimados o *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95% por meio de análise multivariada. Este cálculo permitiu identificar que diante a exposição aos eventos estressores “dificuldades financeiras médias”, “grandes dificuldades financeiras” e “brigas com familiares” a chance de apresentar algum transtorno psiquiátrico é aproximadamente 3,5 vezes maior do que para as gestantes não expostas.

Interessante verificar que os eventos “melhoria da relação com amigo parente”, “melhoria da reação conjugal” e “melhoria nas condições financeiras” foram mais frequentes entre gestantes negativas no QMPA, ou seja, tais eventos foram

associados a menores sintomas psiquiátricos. O evento “voltar a viver junto” foi mais freqüente entre o grupo de gestantes positivas no QMPA.

Foi realizado ainda comparação entre o grupo de gestantes que vivenciaram menos de cinco eventos estressores e o grupo que vivenciou cinco ou mais eventos. O teste estatístico do qui-quadrado verificou associação de tais grupos com morbidade psiquiátrica. Foram verificados que 153 gestantes reportaram ter vivenciado mais de cinco eventos estressores, destas 81 (52,9%) foram negativas no QMPA comparadas a 72 (47,1%) neste mesmo instrumento. O grupo que reportou cinco ou mais eventos estressores, portanto apresentou mais sintomas emocionais do que o grupo com menos eventos estressores, sendo tal resultado significativo estatisticamente (X^2 , value= 7,3; $p < 0,001$).

4.7 Eventos estressores e consumo de álcool

4.7.1 IRLE e T-ACE

Os escores do T-ACE a as categorias de eventos estressores foram analisados através do método não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* com o intuito de comparar as distribuições de eventos estressores nos grupos de gestantes T-ACE negativas (escore ≤ 1) ou positivas (escore >1).

Os dados apontados na tabela indicam que as gestantes T-ACE positivas apresentaram maior média de eventos estressores em todas as categorias, sendo a diferença estatisticamente significativa nas categorias: “Finanças” ($p < 0,05$), “Aspectos legais” ($p < 0,05$) e número total de eventos estressores ($p < 0,05$). A partir desta análise podemos identificar que o acúmulo de eventos estressores durante o período avaliado e a exposição a eventos das categorias “Finanças” e “Aspectos legais” são positivamente relacionados com o consumo de risco de álcool de gestantes.

Tabela 8 - Distribuição de gestantes de acordo com as categorias de eventos estressores e casos positivos e negativos no T-ACE.

Categorias	T-ACE				K	p
	Negativo (N = 350)		Positivo (N = 99)			
	Média	DP	Média	DP		
Namoro e casamento	0,04	0,19	0,09	0,32	2,80	0,09
Relações Conjugais	0,68	0,87	0,91	1,09	3,38	0,65
Educação	0,27	0,50	0,30	0,54	0,21	0,64
Família e sociedade	0,60	0,73	0,77	0,82	3,46	0,06
Finanças	0,40	0,51	0,54	0,55	5,03	0,02*
Aspectos legais	0,11	0,33	0,20	0,40	5,82	0,01*
Reação de luto ou perda	0,33	0,55	0,40	0,60	0,98	0,32
Migração	0,32	0,47	0,34	0,47	0,13	0,11
Saúde	1,28	0,53	1,34	0,54	2,49	0,11
Trabalho	0,42	0,65	0,48	0,77	0,26	0,60
Número total de eventos	4,60	2,12	5,57	2,43	13,04	0,003*

Obs.: K – Teste de Kruskal-Wallis (Análise de variância não paramétrica

P – nível de significância estatística; DP – desvio padrão * $p \leq 0,05$; ** $p = 0,01$; *** $p < 0,01$

Os escores do T-ACE e os eventos estressores isolados foram analisados através do Teste exato de Fisher para medir a associação entre tais variáveis. Compararam-se os eventos estressores vivenciados pelas mães negativas e positivas segundo o instrumento T-ACE, com o intuito de verificar se há algum evento estressor específico mais frequentemente vivenciado por mulheres com consumo de risco de álcool. Foram identificadas 99 (22,0%) gestantes positivas no instrumento T-ACE (escore ≥ 2), sendo estatisticamente significante que tais mulheres vivenciaram mais do que o grupo comparativo os seguintes eventos: “problemas no trabalho” ($p < 0,05$), “fim de relação estável” ($p < 0,05$) e “brigas fora do ambiente familiar” ($p < 0,01$).

Na análise estatística, foram estimados ainda o *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95% por meio de análise multivariada. O cálculo do *odds ratio* permitiu identificar que diante da exposição ao evento estressor “problemas no trabalho” há 5,4 mais chances da gestante apresentar consumo de risco de álcool ($p < 0,05$; OR = 5,4; IC:1,4 - 20,4). Para o evento “fim de relação estável” as chances aumentam 4,8 vezes ($p < 0,05$) e para o evento “brigas fora do ambiente familiar” as chances aumentam 3,1 vezes ($p < 0,001$).

Tabela 9 - Distribuição de gestantes segundo exposição ao evento estressor específico e casos no T-ACE com associações estatisticamente significantes.

Evento estressor	Exposição ao E.E.	T-ACE negativo N(%)	T-ACE positivo N(%)	p	IC(95%)
Briga fora do ambiente familiar	27	15(4,2)	12(12,1)	<0,01	3,1(1,3-7,4)
Problemas no trabalho	10	5(1,43)	5 (5,05)	<0,05	5,4 (1,4-20,4)
Relação estável/ fim	7	3(0,8)	4(4,0)	<0,05	4,8(1,0-22,1)

4.7.2 IRLE e CID-10

As gestantes diagnosticadas com consumo problemático de álcool pelo CID-10 (uso nocivo ou síndrome de dependência ao álcool) e as gestantes sem este diagnóstico foram analisadas quanto à exposição a eventos estressores.

Tabela 10 - Distribuição das gestantes positivas ou negativas segundo critérios diagnósticos para uso nocivo ou dependência de álcool e categorias de eventos estressores.

Categorias	CID-10				K	p
	Negativo (N = 408)		Positivo (N = 41)			
	Média	DP	Média	DP		
Namoro e casamento	0,03	0,18	0,19	0,45	14,50	0,001***
Relações Conjugais	0,71	0,90	0,95	1,18	0,89	0,34
Educação	0,27	0,51	0,29	0,51	0,04	0,82
Família e sociedade	0,62	0,74	0,82	0,89	2,03	0,15
Finanças	0,41	0,51	0,63	0,58	5,64	0,01**
Aspectos legais	0,13	0,35	0,17	0,38	0,66	0,41
Reação de luto ou perda	0,34	0,55	0,43	0,67	0,65	0,41
Migração	0,32	0,47	0,34	0,48	0,03	0,84
Saúde	1,28	0,52	1,53	0,63	7,88	0,005***
Trabalho	0,43	0,68	0,46	0,67	0,24	0,62
Número total de eventos	4,69	2,16	6,07	2,53	11,65	0,006***

Obs.: K – Teste de Kruskal-Wallis (Análise de variância não paramétrica)

p – nível de significância estatística; DP – desvio padrão * $p \leq 0,05$; ** $p = 0,01$; *** $p < 0,01$

Observa-se que as gestantes com diagnóstico positivo apresentaram maior média de eventos estressores quando estes são avaliados categoricamente, sendo tal diferença significativa para as seguintes categorias: “Namoro e casamento” ($p = 0,001$), “Finanças” ($p = 0,01$), “Saúde” ($p < 0,01$) e número total de eventos ($p < 0,01$) (tab.10).

Quando se analisa os eventos estressores específicos, as gestantes diagnosticadas com uso nocivo ou dependência de álcool reportaram maior exposição a eventos estressores.

Os eventos “grandes dificuldades financeiras” ($p < 0,01$), “perda ou roubo de objeto” ($p < 0,05$), “brigas fora do ambiente familiar” ($p < 0,01$), foram aproximadamente três vezes maiores no grupo de gestantes com problemas com o álcool. O evento “fim de relação estável” ($p = 0,01$), “briga com namorado” ($p < 0,05$), “brigas familiares” ($p < 0,05$), e outro evento estressor não listado ($p < 0,05$) também foram identificados.

Tabela 11 - Distribuição de gestantes segundo exposição a evento estressor e casos no CID-10 com associações estatisticamente significantes.

Evento estressor (N)	Exposição ao E.E.	CID-10 negativo N(%)	CID-10 positivo N(%)	p	IC (95%)
Grandes dificuldades financeiras	33	25	8	<0,01	3,7(1,5-8,8)
Perda ou roubo de objeto	22	17	5	<0,05	3,1(1,1-9,1)
Fim de relação estável	7	4	3	<0,05	7,9 (1,7-36,6)
Briga com namorado	14	10	4	<0,01	4,3(1,2-14,3)
Briga com familiares	56	46	10	<0,01	2,5(1,1-5,5)
Brigas fora do ambiente familiar	28	21	7	<0,01	3,7(1,5-9,5)
Outro evento não listado	52	43	9	<0,05	2,3(1,0-5,3)

4.8 Eventos estressores e consumo de tabaco

Outro objetivo deste trabalho foi identificar possível associação entre a exposição a eventos estressores e consumo de tabaco, para tanto se realizou uma análise estatística (*Kruskal-Wallis*) a partir da média de eventos estressores por

categoria e consumo atual de tabaco. Observou-se que houve associação estatística apenas para a categoria “Finanças” ($p < 0,01$), ou seja, as gestantes com consumo atual de tabaco reportaram mais eventos estressores relacionados a aspectos financeiros (tab.12).

Tabela 12 - Distribuição das gestantes de acordo com uso atual de tabaco e categorias de eventos estressores.

Categorias	Tabaco				K	p
	Negativo (N = 376)		Positivo (N = 73)			
	Média	DP	Média	DP		
Namoro e casamento	0,04	0,22	0,06	0,25	0,67	0,41
Relações Conjugais	0,71	0,90	0,82	1,03	0,36	0,54
Educação	0,29	0,52	0,20	0,43	1,67	0,19
Família e sociedade	0,66	0,76	0,56	0,70	1,04	0,30
Finanças	0,41	0,51	0,54	0,59	4,38	0,03*
Aspectos legais	0,12	0,33	0,20	0,43	3,02	0,08
Reação de luto ou perda	0,34	0,54	0,35	0,58	0,00	0,98
Migração	0,33	0,47	0,34	0,47	0,05	0,81
Saúde	1,29	0,53	1,37	0,54	1,68	0,19
Trabalho	0,42	0,67	0,47	0,72	0,28	0,59
Número total de eventos	2,21	5,08	2,26	4,76	1,38	0,23

Obs.: K – Teste de Kruskal-Wallis (Análise de variância não paramétrica)

p – nível de significância estatística; DP – desvio padrão * $p \leq 0,05$; ** $p = 0,01$; *** $p < 0,01$

Foi realizado ainda análise dos eventos estressores específicos (teste de Fisher) para verificar se gestantes que fumam cigarro referem maior frequência de exposição a determinado evento estressor. Identificou-se que as gestantes com consumo de tabaco referiram com maior frequência os eventos “gravidez indesejada” ($p < 0,001$) e “brigas com o marido” ($p \leq 0,05$) se comparadas a gestantes que não fumavam. Identificaram-se ainda que entre as gestantes que não fumam atualmente houve maior frequência do evento gravidez desejada ($p < 0,001$; OR = 0,3; IC: 0,2 - 0,7).

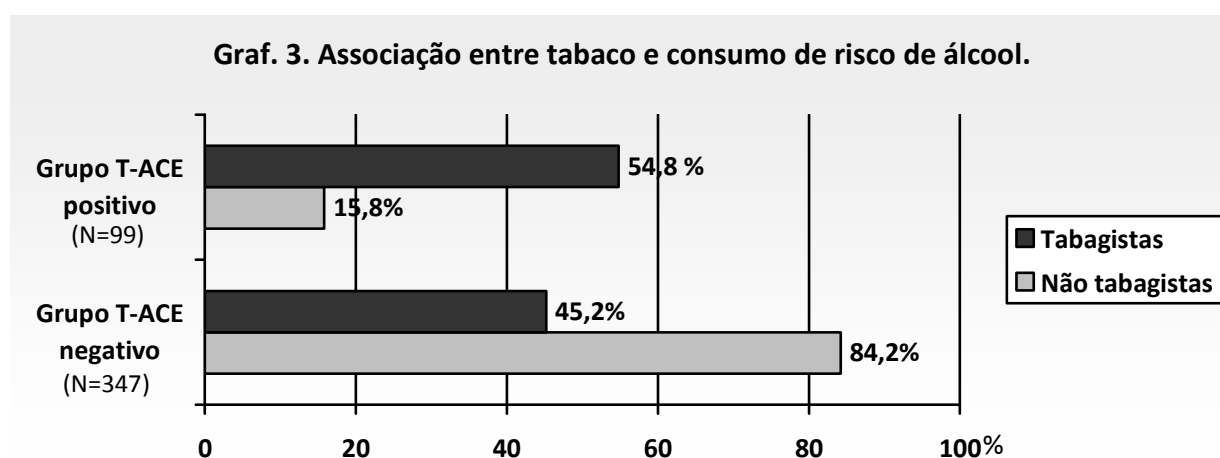
Tabela 13 - Distribuição de gestantes segundo exposição a evento estressor específico e consumo atual de tabaco com associações estatisticamente significante.

Evento estressor (N)	Exposição ao E.E.	Fumam negativo N(%)	Fumam positivo N(%)	p	OR (IC 95%)
Gravidez desejada*	167	152(40,8)	15(20,6)	<0,001	2,6(1,4-4,8)
Gravidez indesejada	270	213(57,1)	57(78,1)	<0,001	2,6 (1,4-4,9)
Brigas com marido	79	59(15,8)	20(27,4)	<0,05	1,6 (0,8-3,1)

*eventos estressores que apresentam maior frequência entre o grupo QMPA negativo sendo realizado análise de Odds Ratio invertida

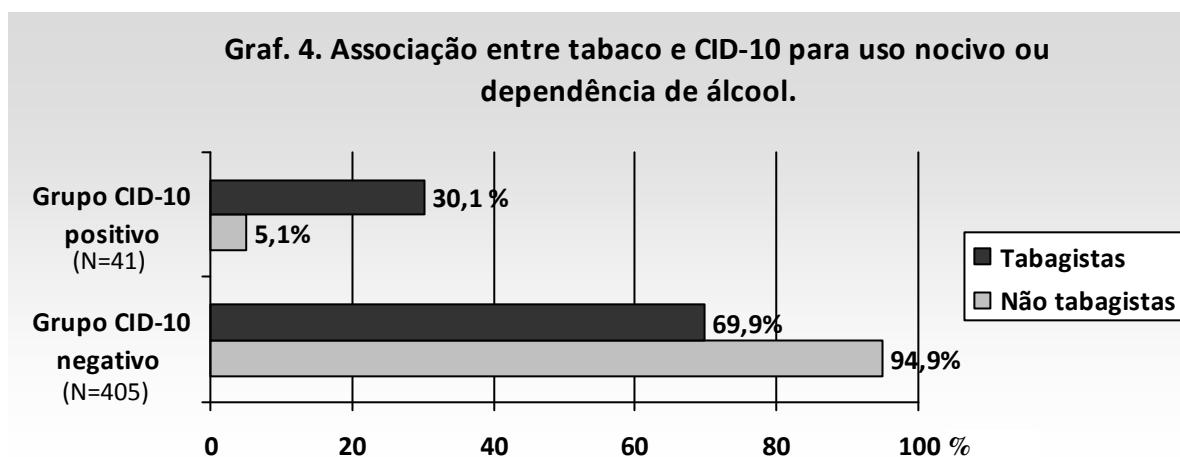
4.9 Associações entre consumo de álcool e tabaco

Verificou-se associação significativa entre o consumo de risco de álcool e tabaco. O grupo identificado como T-ACE positivo apresentou proporcionalmente maior número de gestantes tabagistas se comparado ao grupo T-ACE negativo. Observa-se que em relação às gestantes não tabagistas, do total de 347 apenas 59 (15,8%) eram consumidoras de risco e 314 (84,2%) eram consumidoras de baixo risco de álcool. A diferença entre estes dois grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).



Foi realizado ainda análise em relação à entrevista diagnóstica (CID-10) e consumo de tabaco. O grupo de gestantes com uso nocivo ou síndrome de

dependência de álcool apresentou proporcionalmente maior uso de tabaco se comparado ao grupo de gestantes sem estes diagnósticos. As análises demonstraram associação de tais variáveis, ou seja, o uso de tabaco foi significativamente maior entre as gestantes com problemas relacionados ao álcool (uso nocivo ou dependência alcoólica) como demonstrado a seguir.



4.10 Associação entre eventos estressores e consumo de álcool e/ou tabaco

Foram realizadas avaliação comparativa entre o grupo de gestantes que referiram consumo de álcool e/ou tabaco e o grupo de gestantes com ausência de consumo de qualquer uma destas substâncias. As gestantes com consumo de substâncias referiram vivenciar mais eventos estressores, sendo tal resultado significativo para as categorias : “Relações conjugais” ($p = 0,01$), “Finanças” ($p = 0,004$), “Aspectos legais” ($p < 0,01$) e número total de eventos estressores ($p < 0,001$).

5. DISCUSSÃO

5.1 Eventos estressores

Dentre os limites deste estudo destacam-se a dificuldade de generalização dos resultados, uma vez que, embora a amostra possa ser representativa da população de Ribeirão Preto, não foi realizado um estudo de levantamento populacional.

Neste estudo foi encontrada alta vivência de eventos estressores durante o período gestacional, todas reportaram ao menos um evento estressor sendo uma média de cinco por mulher. Evidências científicas, utilizando diferentes medidas, identificam elevados níveis de estresse (KING et al., 2009; PLUES et al., 2010), ansiedade (ARAÚJO; PEREIRA; KARC, 2007) e exposição a eventos estressores durante a gestação (GLYNN et al., 2003; WOODS et al., 2010).

Woods e colaboradores (2010) realizaram avaliação do estresse gestacional de 1522 mulheres utilizando um inventário de eventos estressores e escala *likert* para avaliação do impacto de estresse (*Prenatal Psychosocial Profile: Stress scale*). Verificaram que 91(6%) mulheres referiram estresse gestacional alto, 1190 (78%) referiram estresse moderado e baixo e apenas 241 (16%) nenhum estresse diante os eventos estressores vivenciados na gestação. Em outro estudo, Glynn et al. (2003) identificaram que 68% de amostra total de gestantes referiram a presença de ao menos um evento durante a gestação (GLYNN et al., 2003)

Os altos níveis de estresse vivenciados durante a gestação parecem estar relacionados tanto com a exposição a eventos estressores peculiares do período gestacional quanto com os fatores externos do estresse cotidiano destas mulheres.

Para compreender melhor os fatores externos relacionados ao estresse cotidiano feminino, é importante considerar as modificações dos papéis sociais da mulher durante as últimas décadas. Em tempos passados, a divisão tradicional de papéis segundo gênero apresenta que entre as atribuições da mulher, havia a responsabilidade principal em gestar, cuidar dos filhos e da rotina da casa. Porém nas últimas décadas, como consequência da luta pela emancipação feminina, novas exigências são atribuídas à mulher. Lages (2005) aponta que socialmente a mulher continua sendo considerada como o elo da família, porém espera-se que além deste papel ela também produza, ou seja, a mulher deve manter o trabalho profissional e não abandonar a sua missão de mantenedora social do lar (LAGES, 2005).

As mulheres assumem espaços que antes eram destinados principalmente aos homens, como a maior inserção ao mercado de trabalho e assumem novas responsabilidades, como a contribuição financeira no sustento do lar. Porém ainda permanecem responsáveis pelas atividades tradicionais. O acúmulo de tais cargos poderia sobrecarregá-las e deixá-las potencialmente mais estressadas do que os homens (LAGES, 2005; TURNER; AVISON, 2003; ROSSI, 2006).

Verificamos neste estudo que foram frequentes as gestantes que identificam as vivências das categorias “Finanças” e “Trabalho” como eventos estressores. Tais categorias foram reportadas por respectivamente 42,1% e 34,3% da amostra total. Entre os eventos estressores relacionados ao trabalho identificamos “problemas no trabalho” (n = 10), “mudança no trabalho” (n = 11), “mudança nas horas trabalhadas” (n = 23), “mudança nas condições de trabalho” (n = 35), “demissão” (n = 35) e “desemprego” (n = 74). O evento “desemprego” recebe destaque ainda pela gravidade de estresse reportada, 24 gestantes referem estresse alto ou acentuado e 27 gestantes estresse baixo ou moderado.

Entre os fatores financeiros o evento “dificuldade financeira média” foi referido por 143 (31,8%) gestantes, destas 69 (48,3%) referem alto impacto de estresse. Em relação ao evento “grandes dificuldades financeiras” o impacto de estresse foi proporcionalmente ainda maior, 33 gestantes referiram este evento e destas 28 (84,8%) consideram alta gravidade de estresse.

O fato da maioria da amostra ser de baixa renda per capita (64,8% da amostra apresentava renda de um a cinco salários mínimos e 6,9% até um salário) poderia intensificar os efeitos do estresse. O nível de tensão provocado, por exemplo, no ambiente do trabalho, devido a problemas no emprego ou desemprego poderia ser ainda maior para as pessoas com menor recurso financeiro. Hatch e Dohrenwend (2007) em revisão sistemática da literatura identificaram que o menor status socioeconômico foi associado a maiores taxas de eventos traumáticos e estressores, este resultado foi unânime nos estudos selecionados durante o período de 1989 a 2005. Os autores apontam que o grupo com menor renda apresenta significativamente mais eventos relacionados à violência, eventos financeiros e eventos relacionados à saúde, se comparados ao grupo de indivíduos com maior recurso financeiro (HATCH; DOHRENWEND, 2007).

Neste estudo a categoria “Saúde” e “Família e Sociedade” foram as mais freqüentes, reportadas respectivamente por 99,1% e 51% da amostra. Dawson e

colaboradores (2005) em amplo estudo realizado com amostra de 26.946 indivíduos (13.067 homens e 13.879 mulheres) com idade entre 18 a 24 anos nos EUA verificaram diferenças de gênero relacionadas ao tipo de evento estressor e acúmulo destes. Os homens reportaram significativamente mais eventos estressores da categoria “Estresse relacionado ao Trabalho” e as mulheres referiram mais “Estressores relacionados à Saúde e Aspectos sociais”. As mulheres apresentaram ainda maior exposição a eventos estressores no decorrer do ano sendo tal diferença significativa (DAWSON; GRANT; RUAN, 2005).

Hatch e Dohrenwend (2007) verificaram que não foi consistente nos estudos selecionados o fato das mulheres apresentarem mais eventos estressores do que os homens. Porém as diferenças relacionadas ao tipo de evento estressor foram comuns e poderiam estar relacionadas com os distintos papéis sociais. O elevado número de eventos para as mulheres relacionados a família e sociedade, por exemplo, poderia estar relacionado ao fato das mulheres atribuírem maior importância à qualidade das relações interpessoais (HATCH; DOHRENWEND, 2007). As diferenças de gênero poderiam estar relacionadas com o tipo de exposição ao evento estressor mas também com a percepção do que o indivíduo considera como estressor.

Em relação a outros fatores relacionados ao estresse feminino, a própria gravidez é considerada como um evento estressor (HOLMES; RAHE, 1967; LIPP, 1996). O fato de este ser um período de maior exposição a estressores e ser marcado por mudanças em diversos âmbitos (biológico, psicológico e social), poderiam estar relacionados a esta sobrecarga.

Entre os eventos estressores mais frequentes identificamos neste estudo o anseio por ser mãe. A gravidez desejada foi reportada por 170 (37,8%) mulheres e a gravidez indesejada por 272 (60,6%). Este último recebe destaque pelo alto impacto de estresse, 97 gestantes referiram estresse alto ou acentuado, 128 estresse moderado e apenas 47 nenhum estresse para este evento. Segatto et al. (2009) em estudo com gestantes sedentárias e fisicamente ativas também identificaram que entre as principais fontes de estresse está o fato da gravidez não ser planejada, foram mencionadas ainda a ansiedade pelo momento do parto, problemas financeiros e discussões familiares (SEGATTO et al., 2009).

A decisão de ter um filho é uma experiência que envolve desejos, medos de novas responsabilidades, planejamento financeiro, dúvidas, fortes emoções e

opções de vida como, por exemplo, dedicar-se à carreira profissional ou ao filho (SOUZA et al., 2010). O fato de no primeiro momento a gravidez não ter sido desejada poderia desencadear sentimentos ambivalentes para a mulher, tanto de satisfação quanto de perdas. Satisfação devido a nova conquista e/ou realização pessoal e perda devido a mudanças decorrentes do nascimento de um filho (PICCINI et al., 2008), esta ambivalência poderia intensificar ainda mais os sentimentos em relação ao fato de tornar-se mãe.

Outro ponto interessante identificado neste estudo foi o impacto de estresse diante a vivência do evento estressor. Verificamos que entre os eventos mais freqüentes, a maior gravidade de estresse foi reportada para os seguintes eventos “grande dificuldade financeira”, “morte de familiares”, “brigas familiares”, “brigas com marido” e “separação temporária”. Observa-se, portanto que o impacto de estresse alto ou acentuado foi direcionado principalmente para os eventos que envolvem a questão familiar e conjugal. Algumas evidências científicas apontam que diante uma situação estressora as mulheres buscam o suporte social e falam sobre os seus problemas (ROSSI, 2004; WANG et al., 2009). Em um estudo realizado por Lipp e colaboradores (1996) foi identificado que a principal estratégia de enfrentamento ao estresse utilizado por gestantes para lidar com o estresse da gestação foi à busca do apoio familiar e pelo suporte e participação do marido ou companheiro na gestação (LIPP, 1996).

Dessen e Braz (2000) também investigaram o suporte social de gestantes e mães de recém nascidos, 60% delas apontaram o suporte do marido ou companheiro como o mais importante dentre os apoios recebidos e, em seguida o apoio de suas próprias mães. A ausência deste suporte ou os conflitos familiares e/ou conjugais poderiam estar relacionados com a alta gravidade de estresse reportada pelas gestantes (DESSEN; BRAZ, 2000)

As mudanças relacionadas a percepção de estresse das mulheres durante a gestação são consideradas pelos estudos. Piccinini et al. (2008) trazem que as mulheres referem ficar mais sensíveis neste período e salientam a idéia de que seus sentimentos, de uma forma geral, foram intensificados com a gestação (PICCINI et al., 2008).

GLYNN et al. (2004) verificaram ainda que o avanço gestacional altera a resposta emocional diante o evento estressor. Para os eventos estressores ocorridos no final da gestação (terceiro trimestre) a percepção de estresse foi menor

se comparado com os eventos vivenciados no início da gestação (primeiro trimestre), ou seja, com o avanço da gestação a resposta emocional ao estresse parece diminuir (GLYNN et al., 2004). PLUES et al. (2010) investigaram a relação entre personalidade materna e medidas de estresse psicológico durante a gestação e verificaram que os traços de ansiedade materna foram associados à maior percepção de estresse e ao maior número de eventos estressores (PLUES et al., 2010). A sensibilidade exacerbada durante a gestação e as características individuais de personalidade maternas poderia influenciar o impacto reportado ao evento estressor.

Durante a revisão da literatura sobre o tema, nos estudos nacionais e internacionais consultados, identificamos poucas publicações que avaliaram os eventos estressores durante o período gestacional. Na literatura internacional é encontrada uma diversidade de estudos sobre estresse gestacional, porém a abordagem é principalmente fisiológica e voltada para as associações entre vivência de estresse materno e danos ao desenvolvimento fetal, tanto com amostras humanas quanto animais. Destaca-se, portanto a importância deste estudo por identificar quais seriam os principais eventos relacionados ao estresse gestacional.

5.2 Eventos estressores e morbidade psiquiátrica

O presente estudo mostrou que 171 (38,1%) gestantes foram positivas no questionário para morbidade psiquiátrica de adultos (QMPA). Esta prevalência é próxima dos resultados encontrados em recente pesquisa realizada com 1.267 gestantes atendidas em um serviço público na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Silva et al. (2010) verificaram em sua amostra uma prevalência de 41,4% de transtornos mentais comuns, o rastreamento foi realizado através do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e (SILVA et al., 2010).

A presença de sintomas ou transtornos psiquiátricos durante a gestação parece ser comum e trazer como consequência diversos prejuízos para a saúde da mãe e do bebê. Bennett e colaboradores (2004) em revisão da literatura, estimaram que a prevalência de depressão na gravidez é da ordem de 7,4% no primeiro, 12,8% no segundo e 12% no terceiro trimestre de gestação (BENNETT et al., 2004). Já em

estudo brasileiro realizado em Juiz de Fora no estado de Minas Gerais, foi encontrada uma prevalência de depressão durante a gestação de 19,8% (n = 35) obtida a partir do instrumento de diagnóstico MINI (ALIANE, 2008).

As conseqüências físicas relacionadas aos sintomas e transtornos psiquiátricos na gestação são evidenciadas pela literatura. Em revisão sistemática, Araújo et al. (2007) encontraram que a ansiedade na gestação foi associada e prematuridade e/ou baixo peso ao nascer em oito dos treze estudos selecionados, entre os fatores sugeridos para compreender tal associação encontra-se fatores endócrinos, psicológicos e comportamentais. São identificados ainda relação entre ansiedade e retardo no crescimento intra-uterino (TEIXEIRA et al., 1999), analgesia ou anestesia na segunda fase do trabalho de parto (PERKIN et al., 1993) e problemas comportamentais na infância (GLOVER; O'CONNOR, 2002). Em relação à depressão, estudos têm sugerido associações com complicações obstétricas como pré-eclâmpsia (KURKI, 2000) e trabalho de parto prematuro (MACKEY et al., 2000).

Embora diversos estudos apresentem o sofrimento psiquiátrico na gestação, um amplo estudo realizado nos EUA (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – NESARC*) não identificou diferenças significativas relacionadas a prevalência de transtornos psiquiátricos entre gestantes, puérperas e mulheres não gestantes em idade fértil (VESGA-LOPEZ et al., 2009) ou seja, embora a gestação seja um momento de mudanças em diversos âmbitos para a mulher, este período isolado não significa risco para sofrimento psiquiátrico.

Ao analisar cada categoria do instrumento IRLE separadamente houve associação estatística significativa em relação à categoria “Finanças”, “Educação”, “Aspectos legais”, “Migração”, “Trabalho” e o QMPA positivo, ou seja, as gestantes potencialmente passíveis de terem uma doença mental reportaram ter vivenciado mais eventos estressores nestas categorias.

Os eventos estressores “dificuldade financeira média” e “grande dificuldade financeira” foram cerca de 3,6 vezes maiores entre as gestantes com suspeição de transtorno psiquiátrico e os eventos “desemprego” e “demissão” cerca de 2 vezes maiores neste mesmo grupo. Tais resultados indicam que a dificuldade e instabilidade financeira poderiam influenciar a saúde mental das gestantes.

Este achado está consistente com pesquisa brasileira realizada por Lopes e colaboradores (2003). A população do estudo constou de 4.030 funcionários de uma universidade pública do RJ, composta predominantemente por mulheres. Foi

aplicado o questionário GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) utilizado para rastreamento de transtornos psiquiátricos menores (depressão e ansiedade) e uma entrevista para avaliação de eventos estressores. O evento “ter passado por dificuldades financeiras graves” foi relatado com maior freqüência e foi positivamente associado à depressão e ansiedade. Esta mesma associação também foi encontrada para outros eventos como: “ter sido vítima de agressão física”, “rompimento de relação amorosa”, “mudança de moradia” e “problemas sérios de saúde” (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Os eventos estressores “brigas familiares”, “brigas com marido” e “separação temporária” foram aproximadamente 3 vezes maiores entre as gestantes positivas no QMPA. Em contrapartida os eventos “melhoria da relação com amigo parente”, “melhoria da reação conjugal” e “melhoria nas condições financeiras” foram mais freqüentes entre gestantes com melhor saúde mental.

Os conflitos e a melhoria das relações com o companheiro e familiares neste estudo foram associados respectivamente com a maior e menor presença de sintomas psiquiátricos. O adequado suporte social proporcionado durante a gestação parece favorecer a saúde mental da mulher durante este período. Segundo Souza et al. (2010) a gestação influencia as relações em diversos âmbitos: familiar, conjugal e social. Nesta fase a mulher parece sentir mais necessidade de cuidado e atenção dos membros da família e dos amigos, sendo que esta rede de suporte poderia ajudá-la a enfrentar os diversos estressores presentes neste período (SOUZA et. al., 2010).

Os problemas conjugais, a exposição a eventos estressores no último ano, a falta de suporte social e a história de transtorno psiquiátrico anterior são identificados como fatores de risco para a depressão durante a gestação e puerpério (CAMACHO et al., 2006; LANCASTER et al., 2010). Lancaster et al. (2010) em recente revisão da literatura verificaram ainda outros fatores entre eles: a ansiedade materna, gravidez indesejada, violência doméstica, baixa renda e escolaridade, tabagismo e pouca qualidade do relacionamento foram associados com uma probabilidade maior de sintomas depressivos durante o período pré- natal (LANCASTER et al., 2010).

Embora sejam conhecidos múltiplos fatores de risco para transtornos psiquiátricos na gestação e puerpério, a etiologia exata ainda não é estabelecida.

Porém acredita-se que além de tais fatores anteriormente citados, fatores hormonais e hereditários também estejam envolvidos (CAMACHO et al.2006).

Encontrou-se uma correlação estatística significativa entre a quantidade total apresentada de eventos estressores e a morbidade psiquiátrica ($p < 0,001$). A presença de cinco ou mais eventos estressores apresentou ainda relação com mais sintomas psiquiátricos ($X^2 = 7,3$; $p < 0,01$). Estes dados indicam que o acúmulo de situações estressantes no decorrer do ano poderia causar desfechos negativos à saúde mental de gestantes em função do desgaste físico e psíquico envolvidos. Estes achados estão de acordo com outros estudos previamente conduzidos. Holmes & Rahe (1967), os pioneiros em trabalhos com eventos estressores, já mencionavam que a exposição a diversos eventos no decorrer de um determinado período de tempo poderia ter um efeito prejudicial à saúde do indivíduo.

As gestantes que vivenciam mais eventos estressores durante o período gestacional parecem apresentar mais sintomas depressivos e maior percepção de impacto do estresse (MUHWEZI et al., 2009). Além das associações positivas entre o número de eventos e danos a saúde mental, há também uma possível relação causal entre eventos estressores e o desenvolvimento de sintomas físicos e emocionais (COOKE et al., 1987).

Identificamos que as categorias de eventos estressores “Saúde”, “Família e sociedade” e “Relações conjugais” apesar de serem as mais freqüentes, não foram estatisticamente associadas à morbidade psiquiátrica.

Alguns trabalhos apontam que embora a mulher seja potencialmente mais sujeita ao estresse do que o homem (TURNER; AVISON, 2003; ROSSI, 2004), ela parece lidar melhor com o estresse. O fato das mulheres utilizarem estratégias de enfrentamento focadas em suas emoções diante o estresse diário parece estar relacionado com o menor risco de danos à saúde mental (BRESLIN, 2005; LIPP, 1996; CHAPLIN et al, 2008). Entre os homens, as estratégias de coping centradas no problema como enfrentamento a emoções negativas parecem ser mais comuns (WANG et al., 2009).

Huizink et al (2002) identificaram que o uso de estratégias focadas na emoção no início da gestação foi associado à diminuição do estresse em mulheres com gestação de baixo risco (HUIZINK et. al., 2002). Em estudo realizado no Brasil pelo ISMA (*International stress management association*) foram avaliados 220 profissionais sendo 110 homens e 110 mulheres. Os resultados apontam uma melhor adaptação feminina ao estresse a qual parece estar relacionada às seguintes

características; as mulheres têm maior facilidade para verbalizar suas emoções, têm maior conscientização das suas condições físicas e emocionais, buscam por ajuda nos primeiros sinais e sintomas, têm mais disciplina em práticas de relaxamento e têm mais fé (ROSSI, 2006).

O processo de socialização entre homens e mulheres parece estar relacionado com as diferentes formas de reação ao estresse. As mulheres parecem ser socializadas para internalizar o estresse e exibem com maior frequência sintomas como depressão e ansiedade. Já a exteriorização do estresse parece ocorrer principalmente entre os homens (COOPER et al., 1992).

5.3 Eventos estressores e consumo de álcool e/ou tabaco

O presente estudo propôs verificar associação entre eventos estressores e consumo de álcool e tabaco. Quanto ao álcool foram identificados que as categorias “Finanças e “Aspectos legais” foram associadas com o consumo de risco (T-ACE positivo). E as categorias “Relações conjugais”, “Finanças” e “Saúde” foram associadas ao uso nocivo ou dependência de álcool (CID-10).

Em relação aos eventos estressores específicos o grupo identificado pela entrevista diagnóstica (CID-10) reportou associação com um maior número de eventos estressores se comparados ao grupo T-ACE. Dentre os eventos identifica-se “grandes dificuldades financeiras”, “perda ou roubo de objeto”, “brigas fora do ambiente familiar”, “fim de relação estável”, “briga com namorado e familiar” e outro evento estressor não listado. Tais eventos foram de duas a sete vezes mais comuns no grupo com uso nocivo ou dependência de álcool do que entre o grupo sem estes diagnósticos.

Para compreender melhor esta associação, é interessante verificar que são diferentes as características das gestantes identificadas através dos instrumentos que avaliaram o consumo de álcool da amostra. O instrumento T-ACE por ser um instrumento muito sensível, insere como positivo um número maior de gestantes. Esta inserção inclui tanto as gestantes com baixo consumo como as gestantes com uso nocivo ou provável dependência. A entrevista diagnóstica por sua vez seleciona apenas as gestantes que já apresentam problemas relacionados ao álcool.

As gestantes positivas no CID-10 em decorrência do abuso e/ou perda do controle sobre o consumo de álcool poderiam ter tido comprometimentos clínicos, sociais e familiares e serem conseqüentemente mais expostas a eventos estressores. King et al. (2003) realizaram estudo em amostra de 83 homens e 71 mulheres com diferentes padrões de consumo de álcool. Verificaram que o grupo de indivíduos dependentes de álcool reporta significativamente mais eventos estressores independente do gênero. As mulheres com problemas relacionados ao álcool tiveram ainda mais sintomas depressivos e mais eventos estressores relacionados à saúde se comparadas aos homens. Os autores sugerem que a maior presença de sintomas psiquiátricos e estressores relacionados à saúde para elas estariam relacionados ao chamado “efeito telescópio”, este é o nome dado aos problemas causados pelo uso ou abuso de álcool que surgem precocemente para as mulheres se comparadas aos homens (KING; BERNARDYB; HAUNER, 2003).

Comprometimentos sociais, brigas e agressões verbais, tanto com os companheiros quanto com outros familiares, parecem ser comuns em mulheres dependentes de álcool (NOBREGA; OLIVEIRA, 2005). Mulheres que utilizam substâncias psicoativas parecem ter um risco maior de sofrerem violência, tanto como resultado de seu próprio uso como do uso de seus parceiros (ZILBERMAN; BLUME, 2005).

Embora o IRLE permita a inserção de outros eventos estressores não citados neste instrumento, alguns eventos não avaliados neste inventário, tais como a violência, são identificados na literatura como associados ao consumo abusivo de álcool. A vivência de eventos estressores como a violência do companheiro, parece estar associada ao aumento de consumo de substâncias durante o período gestacional.

Faslow et al. (2008) exploraram as possíveis associações entre a violência doméstica e os comportamentos maternos durante o período da gestação. Dentre os resultados, cerca de 9% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência doméstica durante a gestação, sendo que entre estas o consumo de tabaco e álcool na fase gestacional foi maior e a adesão ao pré-natal foi menor quando comparadas à amostra de mulheres que não sofreram nenhum tipo de violência (FASLOW et al., 2008). Em outro estudo realizado com 1.379 gestantes na cidade de Campinas, 263 (19,1%) mulheres reportaram violência psicológica e 6,5% (n = 89) violência física ou sexual. Os fatores associados à violência psicológica e física/sexual foram: baixa

escolaridade da gestante, presença de transtorno mental comum, gestante ter sofrido agressão física na infância e o consumo de bebida alcoólica do companheiro (frequência de duas ou mais vezes por semana) (AUDI et al., 2008).

O uso de álcool pode ser usado pelas mulheres como estratégia para lidar com lembranças ruins do passado. César (2006) em estudo qualitativo realizou entrevistas semi-estruturadas com nove mulheres que eram acompanhadas em uma unidade de tratamento para alcoolistas em uma instituição pública no Rio de Janeiro. Esta autora verificou que a alta taxa de mulheres que sofreram algum tipo de violência coincidiu com o início do consumo desta substância, 40% das mulheres relataram ainda a possibilidade de ter controle sobre o consumo de álcool. Entre as situações exemplificadas sobre esse controle, o período de gravidez e amamentação dos filhos foi o ponto comum nos relatos (CESAR, 2006).

Quanto aos comprometimentos clínicos, a literatura reporta que mediante a ingestão de quantidades equivalentes, o álcool apresenta maior impacto negativo no organismo feminino do que no organismo masculino, devido às características peculiares das mulheres. Estas tendem a desenvolver cirrose hepática, miocardiopatias e dependência alcoólica em menor espaço de tempo devido à maior vulnerabilidade dos tecidos (MADRIGAL, 1993). Entre as gestantes o uso de álcool está associado à maior chance de aborto, parto prematuro, descolamento prematuro de placenta e eclampsia (PARKS et al., 1996; BROCKINGTON, 1998). Neste estudo identificamos associação da categoria “Saúde” com gestantes identificadas com uso nocivo ou dependência de álcool esta associação pode evidenciar prejuízos físicos decorrentes do abuso desta substância. Como exemplo o evento estressor “complicação na gestação” e “doença/acidente pessoal” foram comuns neste grupo, sendo reportado por oito e quatro gestantes respectivamente.

Alguns estudos identificam ainda que a associação entre eventos estressores e consumo de álcool parece ser moderada por outros fatores tais como: tipo e quantidade de eventos estressores vivenciados, estratégias de *coping* utilizadas e expectativas de redução de tensão relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas.

Identificamos neste estudo que o acúmulo de eventos estressores foi associado tanto com o consumo de risco quanto com o uso nocivo ou dependência de álcool. Outros estudos indicam que a exposição a eventos estressores cumulativos ao longo do tempo é um fator de risco para o maior consumo de álcool (JOSE et al., 2000; DAWSON; GRANT; RUAN, 2005; LLOYD; TURNER, 2008).

Para LLOYD e Turner (2008) há uma espécie de dose- resposta relacionada à somatória de estressores, a exposição cumulativa ao longo do tempo é um fator de risco, independente das variações do tipo ou gravidade dos eventos envolvidos para o consumo abusivo de álcool (LLOYD; TURNER, 2008).

Em outro estudo, Dawson et al. (2005) identificaram em sua amostra que os consumidores regulares de álcool que vivenciaram seis ou mais eventos estressores no decorrer de um ano, apresentaram uma média de consumo de álcool diário e frequência de beber abusivo cerca de três vezes maior do que os consumidores que não apresentam tais eventos. A frequência de consumo abusivo (maior do que cinco drinks para homens e quatro drinks para mulheres segundo este autor) foi associado com o aumento de vivência de eventos estressores para homens e mulheres (24% com o adicional de cada estressor para homens e 13% com o adicional de cada estressor para mulheres) (DAWSON; GRANT; RUAN, 2005).

Estudos apresentam diferenças de gênero como moderadoras da associação entre estresse e consumo de álcool. Hipoteticamente as mulheres parecem internalizar os efeitos do estresse com maior frequência, enquanto os homens parecem externalizar os seus efeitos, o que resultaria na maior associação com consumo de álcool para eles (COOPER et al., 1992).

Wang (2009) realizaram no Canadá estudo com amostra nacional representativa de 36.984 indivíduos com 15 anos ou mais. O objetivo principal foi verificar as diferentes estratégias de *coping* de três diferentes grupos: indivíduos saudáveis, indivíduos com distúrbios mentais, dependentes de álcool ou outras drogas e pessoas com condições médicas em geral. Identificaram que as mulheres, independente do estado de saúde física ou mental, relatam mais do que os homens usar como estratégias de *coping* mudança nos hábitos alimentares (redução ou aumento de ingestão alimentar) e a busca pelo apoio social (conversar com amigos ou familiares sobre o problema). Em relação aos homens o aumento do consumo de álcool foi identificado como a estratégia mais comum independente do grupo. Verificaram ainda que em todos os grupos os homens usaram menos a estratégia “conversar com os outros” (WANG et al., 2008).

As expectativas de diminuição de tensão associadas ao consumo de álcool são avaliadas em estudos que verificaram esta associação também foram identificadas. Cooper et al. (1992) e Armeli et al. (2000) verificaram a hipótese de redução de tensão de Conger (1956). Em seus resultados verificaram que o estresse

foi preditor do maior consumo apenas para homens com expectativas positivas de redução de tensão, entre as mulheres, independentemente das expectativas não houve esta mesma associação (COOPER et al., 1992; ARMELI et al., 2000).

Os sintomas de estresse parecem ser diferentes para homens e mulheres. Alguns estudos trazem que as mulheres reportam vivenciar mais problemas emocionais e apresentam maior percepção de severidade. Porém a associação entre sintomas de estresse e consumo de álcool é significativamente maior entre os homens (RUTLEDEG; YOUNG, 1987; GEISNER et al., 2004; CHAPLIN et al., 2009).

Identificamos ainda associação entre consumo de álcool e tabaco, ou seja, o grupo de gestantes que apresentavam consumo de risco de álcool, usuárias abusivas ou dependentes apresentaram maior uso de cigarro. Esta relação também foi identificada em estudo realizado com 5.539 gestantes atendidas em serviços públicos de seis cidades brasileiras (Manaus, Fortaleza, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre). A chance para o consumo de álcool de gestantes fumantes foi cerca de duas vezes maior em relação às não fumantes. Outros fatores como menor idade, baixa escolaridade, paridade e ausência de companheiro também foram associados ao tabagismo na gestação (KROEFF et al., 2005).

Chaieb e Castellarin (1998) verificaram ainda associação entre tabagismo e alcoolismo em amostra da população geral de Porto Alegre e compararam uma amostra alcoolista com outra abstinência, pareadas pela idade e sexo. Estes pesquisadores identificaram que entre os alcoolistas, foi maior a prevalência de fumantes (67%) se comparada com a prevalência entre os não-alcoolistas (43%), tal diferença foi estatisticamente significativa (CHAIEB; CASTELLARIN, 1998). Em estudo qualitativo realizado no interior paulista com 27 gestantes verificaram-se a representação de gestantes tabagistas sobre o uso de cigarro. Entre seus achados os autores identificaram que as gestantes referem que o cigarro traz sensações prazerosas tais como: a diminuição do nervosismo, tranquilidade, ajuda a lidar com o estresse, satisfaz uma necessidade do corpo e até mesmo faz companhia. Porém neste estudo o uso de tabaco foi associado apenas à categoria “Finanças” e aos eventos estressores “gravidez indesejada” e “brigas com o marido”.

6. CONCLUSÃO

As análises realizadas apresentam relevantes resultados e identificam que a exposição a eventos estressores, categorias específicas e/ou número total de eventos estressores estão relacionadas com morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco.

Os dados apontam a importância da avaliação de eventos estressores durante a gestação, pois segundo a literatura, a exposição ao estresse durante o período gestacional poderia prejudicar a saúde física e mental da mulher bem como o desenvolvimento do seu bebê. A identificação de fatores de risco e moderadores relacionados poderia auxiliar no planejamento de intervenções com gestantes que estão passando por situações estressantes.

Um desdobramento esperado deste estudo é a utilização desse conhecimento para a formulação de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce, assim como uma melhor fundamentação de políticas públicas nesta área.

A avaliação dos eventos estressores por profissionais de saúde torna-se, útil para o tratamento, educação e promoção da saúde visto que pode ajudar as mulheres a reforçar os seus estilos de enfrentamento, manter uma melhor gestão do auto cuidado, prevenir o consumo de substâncias lícitas e danos à saúde mental materna. Destaca-se ainda que o suporte familiar e social da gestante precisa ser bem investigado, para que o profissional ajude a mulher a desenvolver habilidades sociais e de enfrentamento diante os eventos estressores.

A consistência de tais dados poderá ser confirmada a partir da realização de outras pesquisas como, por exemplo, estudos que investiguem as conseqüências do estresse ao longo da vida de mulheres e estudos nacionais que verifiquem as estratégias de enfrentamento utilizadas diante as tensões diárias, no intuito de analisar se tais estratégias são adequadas e eficientes ao controlar o estresse.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUDI, C.A.F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.42,n.5,p.877-85, 2008.

ANDREOLI,S.B; et al. Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicado em amostras populacionais de cidades brasileiras.**Revista de saúde pública**. v..28, n.4,249-260,1994.

ARAUJO,D.M.R; PEREIRA,N.L; KAC,G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde pública**,v.23,n.4,p.747-756, 2007.

ALIANE, P.P. **Uso de álcool na gestação e sua relação com sintomas depressivos no pós-parto**. 2008. 97p. Dissertação de mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,2008

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders. **Pediatrics**, v.106, n.2, p. 358-361, 2000.

BRASIL., Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicados do Ipea no 11. Pnad 2007: Primeiras Análises, Demografia-Gênero. Brasília: 2008.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicados do Ipea no 40. Mulher e trabalho: avanços e continuidades. Brasília: 2010.

BENNETT, H.A. *et al.* - Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstetrics & Gynecology** 103 (4): 698-709, 2004.

BRESLIN, F.C.; O'KEEFFE, M.K.; BURRELL, L.; RATLIFF-CRAIN, J.; BAUM, A.The effects of stress and coping on daily alcohol use in women. **Addictive Behaviors** v.20, p.141-147, 2005.

BROCKINGTON, I. F. **Pregnancy and mental health**. In: __. Motherhood and Mental Health. Oxford: Oxford University Press, 1998. p. 61-134.

BURGOS, M.G.A; MEDEIROS, M.C; BION, F.M.; Efeitos de bebidas alcólicas em mães lactantes e suas repercussões na prole. **Revista brasileira de saúde materna infantil** v. 2, n.2, p. 129-135, 2002.

CARLINI, E.A.; GALDUROZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 Maiores Cidades do País** - 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2001.

CARLINI, E.A; GALDUROZ, J.C.; NOTO, A.R; CARLINI, C.M; OLIVEIRA, L.G; NAPPO, S.A. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país** - 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CARLOS, A.; HERNANDEZ-AVILA, C.A; BRUCE, J.; ROUNSAVILLEB, R.; HENRY, R. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. **Drug and Alcohol Dependence** v.74,p.265-272, 2004.

CAMACHO, R.C. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33, n.2, p. 92-102, 2006.

CESAR, B.A.L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares . **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55,n.3 ,2006.

CHAIEB, J.A; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública**, v.32,n.3, 1998.

COUTANT Relationships between placental GH concentration and maternal smoking, newborn gender and maternal leptin; possible implications for birth weight. **Journal of Clinical endocrinology & Metabolism** v.86, p.4854-4859, 2001.

CHAPLIN, T.M.; HONG, K.; BERGQUIST, K.; SINHA, R. Gender differences in response to emotional stress: an assessment across subjective, behavioral, and physiological domains and relations to alcohol craving. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** v. 32, p.1242-1250, 2008.

CHAUDHURI. J.D. Alcohol and the developing fetus: a review.**Medical Science Monitor**,v.6,n.5,p.1031-1041,2000.

CHROUSOS, G. P. Stress and disorders of the stress system. **Nature Reviews Endocrinology** v.5,p. 374–381, 2009.

CONGER, J.J. Alcoholism: Theory, problem and challenge.Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. **Quaterly Journal of studies on alcohol** v.13,p. 260-276, 1956.

COOPER ML, RUSSELL M, SKINNER JB, FRONE MR, MUDAR P. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. **Journal of Abnormal Psychology** v.101,n.1,p.139-152, 1992.

COOKE, D.J; ALLAN, C.A. Stressful Life Events and Alcohol Abuse in Women: A General Population Study. **British Journal of Addiction**, v.79, n.4, p.425-430,1984.

COUTANT, R; BOUX,C.F; DOUAY,O. Relationships between placental GH concentration and maternal smoking, newborn gender, and maternal leptin: possible implications for birth weight. **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism** v.9, p 86:95,2001.

COUTINHO, D.S; BAPTISTA, M.N; MORAIS, P.R. Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. **Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**,v.10,n.2,p.63-71, 2006.

DAWSON, D.A; GRANT, B.F;RUAN, W.J. The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. **Alcohol & Alcoholism** v. 40,n. 5, p. 453–460, 2005.

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

EGLISTON K-A, CATHERINE M, MARIE-PAULE A. Stress in pregnancy and infant HPA axis function: Conceptual and methodological issues relating to the use of salivary cortisol as an outcome measure. Elsevier **Psychoneuroendocrinology** v.32, p.32: 41, 2002.

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**, v. 41, n. 5, p. 1-7, 2007.

FASLOW,J; SILVA, M; ROBINSON E; WHITEHEAD, A. Violence during pregnancy: associations with pregnancy intendedness, pregnancy-related care, and alcohol and tobacco use among a representative sample of New Zealand women. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.48, n.4, p.398-404, 2008.

FREIRE, T.M.; MACHADO, J.C; MELO, E.V; MELO, D.G. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v. 27,n.7, p.376-381,2005.

GEISNER, I.M.; LARIMER, M.E.; NEIGHBORS, C. The relationship among alcohol use, related problems, and symptoms of psychological distress: Gender as amoderator in a college sample. **Addictive Behaviors** v.29,n.5,p.843-848, 2004.

GLYN L.M; SCHETTER,C.D;WADHWA, P.D;SANDMAN, C.A. Pregnancy affects appraisal of negative life events. **Journal of Psychosomatic Research** v. 56,p. 47–52, 2004.

GLOVER, V; O’CONNOR, T.G. Effects of antenatal stress and anxiety. **The British Journal of Psychiatry** v.180, p.389-91, 2002.

HATCH, S.L; DOHRENWEND, B.P. Distribution of Traumatic and Other Stressful Life Events by Race/Ethnicity, Gender, SES and Age: A Review of the Research. **American Journal of Community Psychology** v.40,p.313–332, 2007.

HANSEN D; JOU H.C; OLSEN J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. **The Lancet** v. 356, p.875-880, 2000.

HERNANDEZ-AVILA et al., 2004 Opioid-cannabis and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. **Drug an alcohol dependence**,v.74, p.265-272,2004.

HUIZINK A.C; MULDER, E.J; VISSER, G.H; BUITELAAR, J.K. Coping in normal pregnancy **Annals of Behavioral Medicine** v.24,p.132-40,2002.

HUSSONG, AM. Further refining the stress-coping model of alcohol involvement. **Addictive Behaviors**, v.28, n.8, p.1515-1522, 2003.

HOLMES, T.H; RAHE, R.H. The Social Readjustment Rating Scale. **Journal of Psychosomatic** ,v. 11, p. 213–218, 1967.

JOSE, B. S.; VAN OERS, H. A.; VAN DE MHEEN, H. D. et al. Stressors and alcohol consumption. **Alcohol and Alcoholism** v.35, p. 307–312, 2000.

KAUP; MERIGHI; TSUNECIRO, Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v.23, p575-580, 2001.

KING AC, BERNARDY NC, HAUNER K. Stressful events, personality, and mood disturbance: gender differences in alcoholics and problem drinkers. **Addictive Behaviors** v.28,n.1,p.171-187, 2003.

KOHLENDORFER, R.E; PEGLOW, U.P; REITER, G. Smoking in pregnancy a risk factor for adverse neurodevelopmental outcome in preterm infants. **Acta paediatrica** v.7, p.1016-1019,2010.

KROEFF, L.F.;MENGUE, S.S;SCHIMIDT, M.I; DUNCAN,B.B. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista de saúde pública** v.38,p.261-267,2004.

LAGES, S.R.C. O preço da emancipação feminina – uma reflexão sobre o estresse gerado pela dupla jornada de trabalho. **Revista Estação Científica**, Juiz de Fora, 2005.

LANCASTER, C.A; GOLD,K.C; FLYNN,H.A; MARCUS,S.M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **American Journal of Obstetrics & Gynecology** , v.202, n.1, p.5-14, 2010.

LAZARUS, R.S. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. **Annual Review of Psychology** v.44, p.1-21,1993.

LAZARUS, R. S.;FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer, 1984.

LAWRENCE, E.; NYLEN, K.; COBB, R.J. Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. **Journal Family Psychological**, v.21,n.2, p.155-64, 2007.

LEOPERCIO W; GIGLIOTTI A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**,v.30, n.2, p.176-185, 2004.

LIMA, J.M.B;MELO, HVA; NETTO,A.C. Síndrome alcoólica fetal (SAF): Entidade neurológica comum, porém pouco conhecida. **Revista brasileira de neurologia**, v.42, n. 3, p.34-36, 2006.

LIMA, J.M.B. Álcool e Gravidez: Síndrome Alcoólica Fetal. Tabaco e Outras Drogas. Rio de Janeiro, **Medbook**, 2008.

LIPP, M.E.N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica** v. 28, p.347-349, 2001.

LIPP, M. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas, SP.Papirus, 1996

LLOYD,D.A.; TURNER, R.J. Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. **Drug and Alcohol Dependence** v.93, n.3,p.217-226, 2008.

LOPES CS; FAERSTEIN E; CHOR D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19,n.6, 2003.

MADRIGAL, E. **Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer**. In: Organización Panamericana de La Salud. Genero, mujer y salud en las Americas. EUA, p.163-177, 1993.

MAINOUS A.G., HEUSTON W.T. The effect of smoking cessation during pregnancy on preterm delivery and low birth weight. **Journal of Family Practice**,v. 38, n.3, p. 262-266, 1994.

MALDONADO, M.T.P. Psicologia da gravidez. Petrópolis: Vozes. 1997.

MARGIS R, PICON P, COSNER API. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** v. 25, 2005.

MAY, PA, GOSSAGE JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. *Alcohol Research Health.*; v.25,n.3, p.159-67, 2001.

MAY, PA. Maternal Risk Factors for Fetal Alcohol Syndrome and Partial Fetal Alcohol Syndrome in South Africa: A Third Study, disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18336634 2008 Maio; 32(5) 738-53. Epub 2008 Março 11, acessado em 15/05/2010

MELLO P.R.B; PINTO,G.R; BOTELHO, C. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. *Jornal de . Pediatría*,v.77, n.4, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ações Programáticas e Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico, Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

MOAL, M.L. Historical approach and evolution of the stress concept: a personal account. **Psychoneuroendocrinology**, v.32,p. 53-59,2007.

MOORE, C.A.; KHOURY, M. J.; LIN Y. Does light to moderate alcohol consumption during pregnancy increase the risk for renal anomalies among offspring. **Pediatrics** v.99, n.4, p.11, 1997.

MORAES, C.L.; VIELLAS, E.F.; REICHENHEIM, M.E. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating properties of the CAGE, T-AGE and TWEAK in a Brazilian setting. **Journal of studies on Alcohol** v.66,n.2,p.165-173,2005.

MUHWEZI, W.W.; AGREN, H.; NEEMA, S. Life events associated with major depression in Ugandan primary healthcare patients: issues of cultural specificity. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 54, n.2, p. 144-163, 2009.

MULDER, E.J.H. Prenatal maternal stress : effects on pregnancy and the (unborn) child. **Early Human Development** v.70, p. 3-14, 2002.

MUNGER, R. G.; ROMITTI, P. A.; DAACK H.S.; BURNS, T. L.; MURRAY, J.C.; HANSON, J. Maternal alcohol use and risk of orofacial cleft birth defects. **Teratology**, v.54, n.1, p.27 -33, 1996.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. **Identification and Care of Fetal Alcohol-Exposed Children. A Guide for Primary-Care Providers**. National Institutes of Health, Publication nº 99-4369, 1999.

NOBREGA, MPSS; OLIVEIRA, EM. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5, p. 816-23, 2005.

OLIVEIRA A.F; VALENTE J.G, LEITE I.C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública** v.42, n.2, 2008.

PARKS, KA; NOCHAJSKI, TH; WIECZOREK, WF; MILLER, BA. Assessing alcohol problems in female DWI offenders. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** v.20, n.3, p.434-439, 1996.

PAYKEL, E.S. The evolution of life events research in psychiatry. **Journal of Affective Disorders** v. 62, p.141–149, 2001.

PAYKEL, E.S. The interview for recent life events. **Psychological Medicine** v. 27, p. 301-310, 1997.

PERKIN, M.R et al.. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** v.100, p.629-634, 1993.

PICCININI, C.A.; GOMES, A.G.; NARDIN, T.; LOPES, R.S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo** v. 13, p 63-72, 2008.

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**, v.39, n.4, p. 593-598, 2005.

PINHEIRO, S.N. **Morbidade Psiquiátrica e Uso de Álcool em gestantes**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PLUESS, M.; BOLTEN, M.; PIRKE, KM, HELLHAMMER, D. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary cortisol in pregnancy. **Biological Psychology** v.1, 2010.

POSSATO, M;PARADA, C.M.G.L;TONETE, V.L.P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** v.41, p.434-440, 2007.

PRABHU N et al. First trimester maternal tobacco smoking habits and fetal growth. **Thorax** v.65, p.235- 240, 2010.

PRESCOTT. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: Longitudinal population study. **British Medical Journal** v.316, p.1043-1047, 1998.

PRIETSCH, S.O.M; FISCHER, G.B;CESAR, J.A;FABRIS, A.R. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *Jornal de Pediatria*v.78,n.5, p.415-422, 2002.

RAFANELLI C. Stressful life events, depression and demoralization as Risk Factors for Acute Coronary Heart Disease. **Psychotherapy and psychosomatics** v.74, 2005.

RIBEIRO, A.L; RODRIGUES,A.P. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. **Psicologia, saúde & doenças**, v.5,n.1,p.3-15, 2004

RICE, F.; JONES, I.; THAPAR, A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. **Acta Psychiatrica Scandinavica** v.115,p. 171–183, 2007.

ROSSI, AM. **Estressado eu ?**. Porto Alegre:RBS Publicações, 2004.

ROSSI,A.M. Autocontrole:nova maneira de gerenciar o estresse.Rio de Janeiro: BestSeller,2006.

RUTLEDGE, P.C.; SHER, K.J. Heavy drinking from the freshman year into early young adulthood: the roles of stress, tension-reduction drinking motives, gender and personality. **Journal of Studies on Alcohol** v.62, p 457-466, 2001.

SAVOIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento. **Revista de Psiquiatria Clínica** v. 26,p. 57-67,1999.

SELYE, H. The physiology and pathology of exposure to stress: a treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation. **Acta Medical publishers**. v.5, p. 22-56, 1950.

SELYE H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1956.

SEGATO, L. et al. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2009.

SHER, K.I. **Stress response dampening**. In: Blane, HT and Leonard, KE. Psychological theories of drinking and alcoholism, New York: guiford Press, p. 227-271, 1987.

SILVA, R.A; ORES, L.C; MONDIN; T.C. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26,n.9, 2010.

SNOWDEN, L. R.; SCHOTT, T. L.; AWALT, S. J.; GILLISKNOW. Marital satisfaction in pregnancy: Stability and change. **Journal of Marriage and the Famil** v.50,p. 325-333, 1988.

SOUZA, J; ALIANE, PP. ; ESPER, L. H. ; FURTADO, E. F. **Relacionamento Conjugal e Saúde Mental na Gestação. Relacionamento Interpessoal: Uma perspectiva interdisciplinar**. 1 ed. Vitória: Associação Brasileira de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal - ABRAPRI, v. 1, p. 39-50, 2010.

SPIETZ, A.; KELLY, J. The importance of maternal mental health during pregnancy: theory, practice, and intervention. **Public Health Nursing** v.19,p.53-55, 2002.

TEIXEIRA, J.M.A.; FISK, N.M.; GLOVER, V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increase uterine artery resistance index: cohort based study. **B.M.J.**, v.318, p.153-7, 1999.

TURNER, R.J, AVISON, W.R. Status Variations in Stress exposure:Implications for the Interpretation of Research on Race, Socioeconomic Status and Gender. **Journal of Health and Social Behavior** v.44, p. 488–505, 2003.

US SURGEON GENERAL. **Advisory on alcohol use in pregnancy**. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; December 14, 2004.

VEENSTRA, M.Y.; LEMMENS, P.H.; FRIESEMA, I.H.; TAN, F.E.; GARRETSEN, H.F.; KNOTTNERUS, J.A.; ZWIETERING, P.J. Coping style mediates impact of stress on alcohol use: a prospective population-based study. **Addiction** v.102, n.12, p.1890-1898, 2007.

VEENSTRA, M.Y. et al. Coping style mediates impact of stress on alcohol use: a prospective population-based study. **Addiction**, v.102, n.12, p.1890-1898, 2007.

VESGA-LOPEZ, O.; BLANCO, C.; KEYES, K.; OLFSO, M.; GRANT, B.F.; HASIN, D.S. Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, n.7, p. 805–815, 2008.

YOUNG, EH. Relationship of residents' emotional problems, coping behaviors, and gender. **Journal of Medical Education** v.62 ,n.8, p.642-650,1987.

WANG, J; KEOWN, L.A; PATTEN, S.B; WILLIAMS, J.A; CURRIE, S.R; BECK, C.A. A population-based study on ways of dealing with daily stress: comparisons among individuals with mental disorders, with long-term general medical conditions and healthy people. **Soc Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** v.44,n.8,p.:666-74, 2008.

WHITEHEARD, N. The Relationship Between Individual Life Events and Preterm Delivery. RTI Press publication No. RR-0003-0809. Research Triangle Park, NC: RTI International. Retrieved [date] from <http://www.rti.org/rtipress>, 2008

ANEXOS

ANEXO 1**Ficha de registro de dados****Identificação do paciente:**

Nome (iniciais): _____ Nº Registro: _____

Iniciais do Entrevistador : _____ Data: ____/ ____/ ____

Dados sócio-demográficos:

1. Idade: ____ anos

2. Biotipo e cútis: branca negra mestiça/mulata asiática 3. Estado civil: casado/amasiado solteiro/separado viúvo 4. Escolaridade: nenhuma até 4 anos – Ensino Básico até 8 anos – Ensino Fundamental até 12 anos – Ensino Médio/Técnico acima de 12 anos – Superior

Anos c/ Repetência: ____ anos

5. Situação de emprego:

ativo inativo do lar estudante aposentado licenciado para tratamento 6. Nível de renda familiar: até 1 SM até 5 SM até 10 SM acima de 10 SM 7. Religião: católica protestante tradicional protestante pentecostal espírita kardecista religiões afrobrasileiras

cultos asiáticos

outros

sem religião

Praticante? Sim não

Dados colhidos da Gestante:

1. Quantos filhos a Sra. possui ? _____
2. Idade na ocasião da primeira gestação: _____ anos
3. Qual o n.º. de gestações anteriores? G__P__C__A__
4. Qual a data da última menstruação? _____
5. Quantos meses ou semanas da gestação atual? _____
6. Qual o seu peso no início da gravidez? _____ kg
7. Qual o seu peso atual? _____ kg
8. A Sra. Gosta de Fumar ? Sim Não
9. A Sra. Fuma atualmente ? Sim Não
10. Quantos cigarros por dia? _____
11. Período da Gestação e Consumo de Cigarros:

1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre

Rastreamento T-ACE:

A Sra. tem bom apetite? _____

O que costuma comer nas refeições principais? _____

Qual a bebida de sua preferência? _____

(Explique e pergunte se chope, cerveja, pinga, conhaques, licores, bebidas fortes, batidas, uísque, etc...)

1. T – Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou mais “alegre” ?
(0) Não bebo (1) Até duas doses (2) Três ou mais doses

(Avaliar conforme nº de doses--padrão)

Tem facilidade em fazer amizades? _____

Relaciona-se bem com seus familiares? _____

2. A- Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?

(Ex: cônjuge, filho, pai ou mãe) Sim Não

Tem trabalhado durante a gravidez? _____

Quais atividades você faz para descansar/relaxar? _____

3.C - Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?

Sim Não

A Sra. dorme bem à noite? _____

A que horas costuma acordar? _____

4. E - Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar do mal-estar do “dia seguinte” (ressaca) ?

Sim Não

Pontos obtidos no T-ACE:

VI – Avaliação do padrão de consumo:

1. Se o paciente teve ou tem problemas com álcool, pergunte:

Tipo de bebida	Uso no ano (vezes/qtde)				Uso no mês (vezes/qtde)	Uso na semana (vezes/qtde)
	AG	1ºT	2ºT	3ºT		
Cerveja/ Chopp (5%)						
Vinho (13%)						
Destilados (50%)						
Outros:						

2. Antes da gravidez teve problemas devido ao uso de álcool?

(problemas médicos gerais: sintomas físicos relacionados ao uso de álcool, acidentes, faltas ao trabalho, problemas sociais, familiares, escolares ou com envolvimento policial)

Sim Não

Quais/Quantas ocasiões ? _____

3. Durante a gravidez teve problemas devido ao uso de álcool?

Sim Não

Quais/Quantas ocasiões ? _____

4. Fez ou faz uso de outras substâncias psicoativas ?

Sim Não

Quais/Quantas ocasiões ? _____

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS – CID 10

VII- USO NOCIVO –	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
--------------------------	--

1. Houve dano físico ou psicológico relacionado ao uso de substância psicoativa (lesão/prejuízo nas relações interpessoais) Sim Não

Com qual ou quais substâncias? _____

2. Natureza do dano: _____

3. Padrão de uso contínuo ao longo de um mês ou em episódios repetidos ao longo de 12 meses

Sim Não

4. O paciente não preenche critérios para outros transtornos mentais (exceto intoxicação)

Sim Não

VIII - SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA -**Sim Não**

Três ou mais dos seguintes itens, ocorrendo juntos, por um mês ou repetidamente por doze meses:

1. Forte desejo ou compulsão ? Sim Não
2. Dificuldade de controle no uso ? Sim Não
3. Síndrome de Abstinência ? Sim Não
4. Evidência de tolerância (maiores doses) ? Sim Não
5. Envolvimento com a droga levando a mudança de hábitos ? Sim Não
6. Uso continuado apesar da presença de efeitos nocivos ? Sim Não

Escala para eventos estressores- registro de respostas

Iniciais da gestante: _____ Data: _____ Entrevistador: _____

Instruções ao examinador

Nível de estresse muito alto Marque 1
 Nível de estresse acentuado Marque 2
 Nível de estresse moderado Marque 3
 Nível de estresse baixo..... Marque 4
 Nenhum estresse Marque 5

Trabalho

	1- Mudança no trabalho	2-Mudança em condições de trabalho	3-Mudança em horas trabalhadas	4-Problemas no trabalho	5-Promoção
Data da 1ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório					

	6- Rebaixamento	7-Demitida	8-Aposentou-se	9- Desempregada	10-Falência
Data da 1ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório					

Educação

	11-Estudar novamente	12-Mudança na escola	13-Deixar escola/se formar	14-Fracasso escolar	15-Exame importante
Data da 1ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório					

Finanças:

	16-Dificuldades financeiras médias	17-Grandes dificuldades financeiras	18-Melhoria das condições financeiras
Data da 1ª ocorrência			
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência			
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório			

Saúde

	19-Doença acidente pessoal	20- Doença/aciden te familiar	21-gravidez desejada	22-Gravidez indesejada
Data da 1ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório				

	23-Complicação gestação/parto	24-Nascimento bebê	25-Menopausa
Data da 1ª ocorrência			
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência			
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório			

Reação de luto ou perda

	26-Morte de amigo	27-Morte de familiares	28-Morte de filho	29-Morte de esposo	30- Perda/roubo de objeto
Data da 1ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório					

Migração

	31-Mudança p/mesma cidade	32-Mudança p/ outra cidade	33-Mudança p/ outro país
Data da 1ª ocorrência			
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência			
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório			

Namoro e casamento

	34-Noivado/início	35-Noivado/fim	36-Relação estável/fim	37-Briga com namorado
Data da 1ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório				

Aspectos legais

	38-infração legal	39-Julgamento	40-Prisão	41-Processo judiciário	42-Problemas familiares c/justiça
Data da 1ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório					

Familia e Sociedade

	43-	44-Adoção de criança	45-Mudança de parente	46-casamento/noivado de filho
Data da 1ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório				

	47-Casamento+	48-Casamento -	49-Mudança de filho	50-Brigas familiares
Data da 1ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório				

	51-Brigas fora de casa	52-Melhoria rel.amigo	53- Afastamento de queridos	54-Problemas conj parentes
Data da 1ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência				
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório				

Relações conjugais

	55-casou-se	56-Brigas com marido	57-Longe do marido	58-Separação temporária	59-Marido tem casos
Data da 1ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório					

	60-Mulher tem casos	61-Melhoria na relação conjugal	62-voltar a viver junto	63-separação definitiva	64- Algo a acrescentar
Data da 1ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Data da 2ª ocorrência					
Nível de estresse	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5	1-2-3-4-5
Somatório					

ANEXO 2**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO DEPARTAMENTO
DE MEDICINA SOCIAL**

Campus Universitário Monte Alegre - Fone: 602-2533 - Fax: 602-2544

CEP 14.048-900 RIBEIRÃO PRETO - SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**NOME DA PESQUISA:**

"DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE
RASTREAMENTO DO USO NOCIVO DE ÁLCOOL DURANTE A GRAVIDEZ
(T – ACE)"

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

PROF. DR. MILTON R. LAPREGA – CRM-SP 17504

ORIENTADOR: Professor - Doutor do Dept. Medicina Social da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da USP.

PROF. DR. ERIKSON F. FURTADO – CRM-SP 82 645

COORIENTADOR: Professor - Doutor de Psiquiatria e Psicologia Médica do
Dept. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto - USP.

1) JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

Devido à grande frequência de problemas decorrentes do uso de álcool, é necessário o desenvolvimento de meios efetivos de identificação do uso e abuso de álcool por gestantes. O conhecimento dos problemas relacionados ao consumo materno de bebidas com álcool permitirá, não somente realizar um melhor atendimento ao recém-nascido e à família como um todo, mas também irá melhorar a prevenção de problemas na criança. O nosso objetivo é testar um tipo de entrevista para avaliação do uso de bebidas alcólicas em gestantes.

2) PROCEDIMENTOS A SEREM UTILIZADOS

Você está sendo solicitado a participar desta pesquisa e voluntariamente responder a algumas perguntas que lhe serão colocadas por um de nossos profissionais de saúde. As suas informações e respostas serão anotadas em uma ficha, que será mantida sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador-responsável. O seu nome será mantido em sigilo. As pessoas não serão identificadas e as informações serão consideradas como confidenciais. Se for identificado algum novo problema de saúde, você será comunicado e orientado.

3) DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

Não há nenhum desconforto ou risco para você em participar. A única coisa que lhe pedimos é o tempo que você terá que gastar para responder às perguntas. O tempo para a entrevista fica em torno de meia-hora e será feito no mesmo horário de sua consulta normal. Você não perderá sua consulta com o seu médico.

4) BENEFÍCIOS

As informações que você nos der serão muito úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e para o treinamento dos médicos. Também poderemos conhecer melhor a relação entre uso de álcool e gestação.

Com sua participação você estará contribuindo para a melhoria da saúde e da assistência de saúde, em nosso hospital e em nosso país.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa a que será submetido;
2. A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;
3. A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;

4. O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;
5. A disponibilidade de tratamento médico e indenização a que legalmente tem direito, por parte da instituição de saúde, em caso de danos justificados, causados diretamente pela pesquisa;
6. Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO:

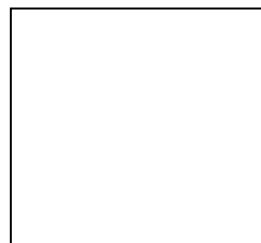
Eu, Sr(a). _____ RG: _____,

abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos acima relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, Data: _____ / _____ / _____ .

a) _____

Assinatura do sujeito da pesquisa (Assinatura digital,
com o polegar direito, quando não puder escrever)



a) _____

Assinatura do responsável, tutor legal, ou parente
responsável (quando menor, ou quando sujeito a
tutela ou quando incapaz de compreender)

(Assinatura digital, com o polegar direito, quando
não puder escrever)

