

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

POLIANA PATRÍCIO ALIANE

**Uso de álcool na gestação e sua relação com
sintomas depressivos no pós-parto**

RIBEIRÃO PRETO – SP

2008

POLIANA PATRÍCIO ALIANE

**Uso de álcool na gestação e sua relação com
sintomas depressivos no pós-parto**

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
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUERMEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Aliane, Poliana Patrício.

Uso de álcool na gestação e sua relação com sintomas depressivos no pós-parto/ Poliana Patrício Aliane; orientador Erikson Felipe Furtado. Ribeirão Preto, 2008.

97 p. il. 30cm

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

1. Álcool. 2. Depressão pós-parto. 3. Gestantes.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Poliana Patrício Aliane

Uso de álcool na gestação e sua relação com sintomas depressivos no pós-parto

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

Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais pelo constante apoio, zelo, incentivo, amor, e por me proporcionarem todos os meios para que esta etapa fosse conquistada.

AGRADECIMENTOS

Aos professores *Erikson Furtado* e *Telmo Ronzani*, pela confiança em mim depositada para a realização deste trabalho, pelas orientações e pelo exemplo de competência e seriedade como pesquisadores.

A toda a *equipe do GESTA-ÁLCOOL-JF*, em especial à *Dani, Cris Schumann e Aline*. Espero um dia poder retribuir tudo o que vocês fizeram por mim aí em Juiz de Fora!

Aos meus *pais e irmãos (Bi e Bianco)*, por todo o apoio, confiança e amor dedicados.

Ao *Lê*, por ter acompanhado bem de perto meu trabalho, lendo, sugerindo, pensando junto, por todo o apoio moral nas horas difíceis, e por todo seu carinho e atenção - que foram muitos. Teria sido mais difícil sem você!

Aos *amigos* que me acolheram em Ribeirão Preto, em especial à *Mel, Sessé, Dri e Celso*, que se tornaram meus novos grandes amigos.

Aos *amigos do PAI-PAD e do NPPCP*, *Angel, Pam, Lucila, Lia, Manu, Jane, Matheus, Allan, Camila, Lincoln, Alex, Dani Cid e Gisele*.

A *toda minha família*, tios e primos que vibram com minhas conquistas e aguardam o momento de estarmos juntos novamente, especialmente minha querida prima *Mari*.

A *minha família de Ribeirão Preto, Carol, Tati e Amanda*, pela convivência respeitosa e carinhosa que vimos compartilhando a tanto tempo.

Aos *amigos de Juiz de Fora*, *Ju, Fred, Nice, Gi, Sandrinha, Fer, Jana, Anderson, Joice, Gis, Andréia, Anna Luiza, Beatriz e Daniel*, sempre bem informados sobre minhas férias e temporadas em Juiz de Fora, me apoiando de perto e de longe. Sinto muitas saudades de vocês.

Às *amigas Malu, Aninha Vilela e Dani*, pelo companheirismo e amizades que chegaram na hora certa.

A *todos que me ajudaram e apoiaram* de alguma forma durante este período, *Fátima e Valter Fachini, Karina Stevanato, Karynne e Margarida*.

A *todas as gestantes*, que aceitaram participar desta pesquisa e contribuíram com valiosas informações para os entrevistadores.

A *todos os profissionais de saúde*, que compartilharam conosco seu espaço de trabalho durante a realização das entrevistas.

À *FAPESP*, pela concessão de bolsa de mestrado, e ao *CNPq*, pelo apoio financeiro ao projeto.

RESUMO/ABSTRACT

RESUMO

ALIANE, P. P. **Uso de álcool na gestação e sua relação com sintomas depressivos no pós-parto**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O consumo de álcool durante a gestação tem sido associado na literatura científica a uma maior intensidade de sofrimento psiquiátrico durante a gestação e no pós-parto. Este estudo teve como objetivo principal verificar se o consumo de álcool em gestantes está relacionado a um aumento de sintomas depressivos e/ou ao diagnóstico de depressão no pós-parto. Para tal foi realizado um estudo prospectivo, com dois tempos de coleta de dados. Foram convidadas a participar gestantes da rede pública de saúde da cidade de Juiz de Fora/MG. Inicialmente foram entrevistadas 260 mulheres no terceiro trimestre gestacional, das quais 177 foram entrevistadas entre 15 dias a 3 meses após o parto. Para avaliação do uso de álcool durante a gestação foram utilizados os instrumentos T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener*) e AUDIT C (*Alcohol Use Disorders Identification Test C*), além do relato das gestantes sobre a quantidade de álcool ingerida durante toda a gestação. Para avaliação de sintomas depressivos no pós-parto foi utilizado o instrumento EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) e para o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior foi utilizada a entrevista diagnóstica MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*). Os resultados obtidos apontaram para um aumento de sintomas depressivos no pós-parto proporcional ao aumento do consumo de álcool durante a gestação medido pelo total do AUDIT C (Spearman Correlation, $r=0,251$; $p<0,001$) e pelo total em gramas de álcool consumido durante toda a gestação (Spearman Correlation, $r=0,185$; $p=0,01$). Além disso, foi observado uma maior prevalência de depressão pós-parto entre as mulheres que tiveram pelo menos um *binge* alcoólico durante a gestação (Non-parametric Chi-Square, $value=88,28$, $p<0,001$). Os dados apresentados permitem concluir que existe um aumento de sintomatologia depressiva no pós-parto à medida que aumenta o consumo de álcool na gestação e aumento de diagnóstico para aquelas que tiveram pelo menos um *binge* alcoólico durante a gestação.

Palavras-chave: álcool, depressão pós-parto, gestação.

ABSTRACT

ALIANE, P. P. **Alcohol use in pregnancy and its relationship with postpartum depressive symptoms**. 2008. 97 p. Dissertation (Master Degree) – School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Alcohol consumption during pregnancy, according to the scientific literature, has been associated to a higher intensity of psychiatric problems during the gestational period as well in the postpartum period. This study aimed to verify whether alcohol consumption in pregnancy is related to an increase of depressive symptoms and/or the diagnosis of depression in the postpartum period. For this purpose a prospective study was carried out, with two phases of data collection. Pregnant women assisted by public health services of the city of Juiz de Fora /MG were invited to participate. Initially 260 women in the third gestational trimester have been interviewed. For the second phase 177 were interviewed between 15 days to three months after childbirth. To assess alcohol use during the gestational period the research instruments T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-opener) and AUDIT C (Alcohol Use Disorders Identification Test C) have been used, besides of direct reports of the pregnant women about the amount of alcohol ingested during all the gestation. To evaluate postpartum depressive symptoms the instrument EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) was used and to determine the presence of a diagnosis of Major Depressive Episode the diagnostic interview MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) was used. The results pointed out to an increase of postpartum depressive symptoms proportional to the increase of alcohol consumption during the gestation measured by the total score of the AUDIT C (Spearman Correlation, $r=0,251$; $p<0,001$) and by the total amount (in grams) of alcohol ingested during all the gestational period (Spearman Correlation, $r=0,185$; $p=0,01$). Further, a higher prevalence of postpartum depression was found among the pregnant women who reported at least once a binge episode during the gestational period (Nonparametric Chi-Square, value=88,28; $p<0,001$). The presented data allow concluding about the occurrence of an increase of depressive symptoms in the postpartum period related to higher alcohol consumption in pregnancy as well an increase of diagnosis among those pregnant women who have had at least one binge episode during all the gestational period.

Keywords: alcohol, postpartum depression, pregnancy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAGE	Cut down, Annoyed, Guilt, Eye opener
CES-DC	Center for Epidemiological Studies of Depression - Children's Scale
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento em Pesquisa
CRRESAM	Centro Regional de Referência em Saúde Mental
DP	Desvio Padrão
EDM	Episódio Depressivo Maior
EFA	Efeitos Fetais do Álcool
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M	Média
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NPPCP	Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia
PAI-PAD	Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PRIME-MD	Patient Health Questionnaire
QMPA	Questionário de Morbidades Psiquiátricas
SFA	Síndrome Fetal do Álcool
SCID-P	Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patient Edition
SM	Salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
T-ACE	Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUSPA	Transtorno por uso de substâncias psicoativas
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.0 - INTRODUÇÃO	1
1.1 - DEPRESSÃO PÓS-PARTO	2
1.1.1 – Avaliação da depressão Pós-parto.....	4
1.2 - USO DE ÁLCOOL EM GESTANTES	6
1.2.1 – Avaliação do uso de álcool em gestantes	9
1.3 - USO DE ÁLCOOL E DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	11
2.0 - OBJETIVOS	14
3.0 - METODOLOGIA	16
3.1 - DELINEAMENTO DO ESTUDO	17
3.2 - CONTEXTO DO ESTUDO	17
3.3 - TREINAMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	17
3.4 - ESTUDO PILOTO	18
3.5 - LOCAL DAS ENTREVISTAS	20
3.6 - PERÍODO DA COLETA.....	21
3.7 - PARTICIPANTES DA PESQUISA	21
3.8 - COLETA DOS DADOS	24
3.9 - QUESTIONÁRIO.....	25
3.10 - INSTRUMENTOS	27
3.11 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS	29
3.12 - APOIO FINANCEIRO.....	30
3.13 - ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	30
4.0 - RESULTADOS	33
4.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	34
4.2 - PREVALÊNCIAS DE USO DE ÁLCOOL	36
4.3 - PREVALÊNCIAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	37
4.4 - PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO E DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	39
4.5 - VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E USO DE ÁLCOOL	39
4.6 - VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	41
4.7 - USO DE ÁLCOOL E DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	43
5.0 - DISCUSSÃO	46
6.0 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
7.0 - APÊNDICE	68
8.0 - ANEXO	75

1.0 - INTRODUÇÃO

1.1 - Depressão Pós-parto

Estudos epidemiológicos sugerem que a depressão tem se tornado mais freqüente nos últimos anos. Um estudo realizado nos EUA (EATON et al., 2007) mostrou que a prevalência de depressão na população geral era de 2,7% no ano de 2004. Neste estudo, Eaton et al. (2007) encontraram que a prevalência de depressão em homens era de 0,9% enquanto entre as mulheres a prevalência era de 3,8%.

Existem dados consistentes de que a prevalência de depressão é cerca de duas vezes maior em mulheres do que em homens (SHAW; KENNEDY; JOFFE, 1995). Porém uma questão não resolvida em estudos epidemiológicos refere-se à predominância da depressão no sexo feminino enquanto relativa a uma diferença de gênero ou, se esta diferença pode ser explicada por fatores sócio-culturais, por vieses no sistema de diagnóstico, ou pela própria conceituação da depressão enquanto doença.

Existe uma hipótese biológica para a depressão em mulheres que diz respeito às alterações hormonais (especialmente de estrógeno e progesterona). Isto explicaria porque as mulheres estão mais propensas à depressão no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa. Contudo, as pesquisas neste sentido não conseguiram provar diferenças nos índices hormonais entre mulheres com e sem diagnóstico de depressão pós-parto (NOELEN-HOEKSEMA, 1995). Além disso, há evidência de que muitas mulheres que apresentam depressão pós-parto já estavam deprimidas durante a gestação e os níveis hormonais nesses dois períodos são bem diferentes (CHANDRAN et al., 2002; HO-YEN et al., 2007; KITAMURA et al., 2006; LATORRE-LATORRE; CONTRERAS-PEZZOTI; HERRAN-FALLA, 2006; LEUNG;

MARTINSON; ARTHUR, 2005; MARTINEZ-SCHALLMOSE; TELLEEN; MACMULLEN, 2003).

Há de se considerar, porém, os fatores psicossociais e sócio-demográficos que aumentam a vulnerabilidade para depressão pós-parto, tais como: estresse durante a gestação (CORWIN et al., 2005; LEUNG; MARTINSON; ARTHUR, 2005), episódios depressivos na gestação ou passados (CORWIN et al., 2005; HOMISH et al., 2004; LEUNG; MARTINSON; ARTHUR, 2005), relações conflituosas com o parceiro e a família (OLSHANSKY; SEREIKA, 2005; LEE et al., 2004), baixa renda familiar (MORAES et al., 2006; BROWNE; SCOTT; SILVERS, 2006), e estado civil (ABOTT; WILLIAMS, 2005; ADEWUYA et al., 2005; HOMISH et al., 2004).

Sendo assim, pode-se afirmar que a etiologia da depressão pós-parto ainda não é totalmente conhecida. Acredita-se que além dos fatores hormonais, psicossociais e sócio-demográficos anteriormente citados, fatores hereditários e de saúde da gestante (tais como fatores obstétricos) podem estar envolvidos numa manifestação depressiva no pós-parto. O'Hara et al. (1991) descrevem o modelo de vulnerabilidade-estresse, no qual em pessoas vulneráveis à depressão os eventos de vida estressantes podem desencadear o transtorno. Para este modelo são consideradas vulneráveis à depressão pessoas que já tiveram depressão na vida, depressão na gestação ou mesmo pessoas com auto-esquemas depressivos. Entre as mulheres com esta vulnerabilidade, a gestação, o parto, os cuidados com o bebê, entre outros, poderiam atuar como fatores estressores e desencadear o transtorno depressivo.

Segundo um estudo de meta-análise realizado por O'Hara e Swain (1996), a prevalência de depressão pós-parto varia de 10% a 20%. Na América Latina, alguns estudos realizados sobre a prevalência de depressão pós-parto descreveram taxas

de 10,2% e 36,7% utilizando a Escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS) para rastreamento de sintomas (JADRESIC et al., 1992; JADRESIC; ARAYA, 1995), e uma prevalência de 4,2% de diagnóstico utilizando a RDC (*Research Diagnostic Criteria*), na cidade de Bucaramanga, Colômbia (JADRESIC; JARÁ; ARAYA, 1992).

No Brasil, Moraes et al. (2006) descrevem uma prevalência de 19,1% utilizando a escala Hamilton num estudo de base populacional em Pelotas/RS. Outros estudos utilizando a escala EPDS encontraram prevalências de 12% a 39,4% (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; DA-SILVA et al., 1998; RUSHI et al., 2007). Apesar de esses índices serem elevados, os estudos concluem que, clinicamente, a realização de uma investigação do estado emocional em gestantes e puérperas não tem recebido a devida importância, assim como são poucas as mulheres que procuram por tratamento quando acometidas pela doença.

1.1.1 – Avaliação da depressão pós-parto

A caracterização da depressão pós-parto enquanto descrição de um transtorno mental não recebe ainda uma diferenciação do transtorno depressivo descrito no DSM-IV-TR, senão pelo especificador “com início no pós-parto” (04 semanas após o parto). Porém, há de se considerar que a depressão no pós-parto assume características particulares que podem estar presente em alguns quadros, como: componentes ansiosos mais proeminentes, pensamentos obsessivos, sentimentos ambivalentes acerca do bebê e opressão pela responsabilidade de cuidar dos filhos (CAMACHO et al., 2006).

Pensando nessas particularidades a EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) foi desenvolvida especificamente para o rastreamento da depressão no período do pós-parto. Desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987), a EPDS é

um instrumento de auto-registro que contém 10 questões de sintomas comuns de depressão pós-parto com três opções de resposta. A pontuação de cada questão varia de zero a três pontos. O tempo médio de preenchimento da escala é de cinco minutos.

No Brasil, foram realizados estudos de validação por Santos et al. (2007) e por Santos, Martins e Pasquali (1999). Santos, Martins e Pasquali (1999), utilizaram uma população de mulheres de classe média e alta da cidade de Brasília/DF, enquanto Santos et al. (2007), descrevem as qualidades psicométricas do instrumento para uma população de menor nível sócio-econômico, da cidade de Pelotas/RS.

O melhor ponto de corte para o rastreamento da depressão pós-parto recomendado por Santos et al. (2007) é de 9/10, com valores de sensibilidade e especificidades de 83,3% e 74,7%, respectivamente. Enquanto os valores descritos por Santos, Martins e Pasquali (1999) para o mesmo ponto de corte são de 92% de sensibilidade e 66% de especificidade.

A EPDS é uma escala curta, de rápida aplicação, fácil compreensão, e fácil preenchimento e pontuação. Pode ser utilizada por profissionais não especializados em saúde mental e é bastante utilizada e aceita em diversos países/culturas.

Neste estudo, além de verificar a frequência e intensidade da depressão pós-parto, foi realizada de forma complementar, uma entrevista diagnóstica semi-estruturada para detecção de casos positivos para depressão. Sendo assim, foi adotada a entrevista semi-estruturada MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

Desenvolvido por Sheehan et al., 1998, e traduzido para o português por Amorim (2000), o MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada, compatível com os

critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, de aplicação rápida (de 15 a 30 minutos), destinado principalmente à utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos.

O MINI compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV (Episódio Depressivo Maior, Episódio Depressivo Maior com características melancólicas, Distímia, Episódio Hipomaníaco, Episódio Maníaco, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-traumático, Dependência/Abuso de Álcool, Dependência/Abuso de Substâncias, Síndrome Psicótica, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa tipo compulsão periódica/ purgativa, Transtorno de Ansiedade Generalizada), o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social.

O MINI apresenta qualidades psicométricas comparáveis às de outros questionários diagnósticos padronizados tais como o CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) e o SCID-P (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R – Patient Edition*), porém estes últimos necessitam um treinamento extensivo dos utilizadores bem como sua aplicação têm duração mais prolongada que a aplicação do MINI (Amorim, 2000).

1.2 - Uso de álcool em gestantes

Estudos realizados nas últimas décadas sobre as características do uso de álcool por mulheres têm sugerido vários fatores ambientais específicos do alcoolismo feminino. Entre esses fatores se destacam: o baixo nível sócio-econômico, alcoolismo dos pais, experiências infantis negativas, uso de substâncias pelos parceiros, comportamentos dos amigos em relação à bebida e baixa capacidade de controle dos impulsos frente às adversidades do meio (RAMOS; BERTOLOTE, 1997; STEIN; CYR, 1997).

A genética, a constituição e as experiências emocionais das mulheres, seja no ambiente familiar como no meio social, contribuem para predispor ao uso problemático de álcool. As influências culturais reforçam os padrões familiares, estabelecendo predileção ao uso do álcool como meio de obter alívio para ansiedade e depressão (que ocorrem mais em mulheres do que em homens). Experiências de privação emocional podem às vezes agir como precipitantes de períodos de abstinência ou retorno ao uso de álcool por parte daquelas que abandonaram o uso da substância. Especialmente na adolescência e juventude, o álcool pode ser um recurso de auto-medicação para sintomas disfóricos, ansiedade social e estados depressivos (FURTADO, 1990).

Kerr-Corrêa et al. (2006), em uma revisão de literatura, relatam sobre a influência de fatores sociais na manutenção de um padrão de uso de álcool abusivo durante a gestação. Neste sentido, a presença de colegas de trabalho, amigos, parceiro íntimo ou membros da família que apresentem um padrão de uso abusivo ou que não desaprovem o uso de álcool durante a gestação, têm um papel importante na manutenção do padrão de uso abusivo por parte da gestante.

Dados levantados pelo projeto “GESTA-ÁLCOOL” do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPCP) da USP de Ribeirão Preto/SP, sobre uma amostra de 450 gestantes, revelaram uma prevalência de 22,1% de gestantes com um padrão de consumo de álcool considerado de risco para o surgimento de Síndrome Fetal do Álcool (SFA) ou de Efeitos Fetais do Álcool (EFA), sendo 9% identificadas como portadoras de síndrome de dependência ou uso nocivo de álcool. Ao mesmo tempo, o estudo detectou um baixo índice de avaliações de uso de álcool na gestação durante a realização das consultas de pré-natal (em torno de 9%

apenas) (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007; PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Em um estudo realizado em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo, foram entrevistadas 445 puérperas sobre seu padrão de uso de álcool durante a gestação. Dentre as entrevistadas, 17,8% consumiram bebida alcoólica durante toda a gravidez e 15,9% consumiram até a confirmação da gravidez que ocorreu em média com 9,6 semanas; 98,7% das gestantes consumiram nos finais de semana e/ou em festas e 1,3% diariamente (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001).

Em Ribeirão Preto/SP, foram entrevistadas 150 puérperas de uma maternidade e avaliado o uso de álcool por meio do instrumento T-ACE. Destas, 20,7% foram rastreadas pelo T-ACE como tendo feito uso de risco de álcool na gestação. O uso de álcool por estas mães esteve associado à restrição do crescimento fetal, com diminuição de comprimento, peso e perímetro cefálico dos recém-nascidos, cujas mães foram positivas no T-ACE (FREIRE et al., 2005).

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

Embora o uso de álcool e drogas na gestação seja reconhecidamente associado a prejuízos diversos para o desenvolvimento do bebê, a dimensão objetiva do problema na realidade brasileira ainda não é plenamente conhecida. No momento em que se observa um crescimento do consumo de álcool entre mulheres jovens no Brasil, especialmente nos centros urbanos, assim como um aumento do número de gestantes adolescentes, verifica-se a escassez de informações e estudos sobre o tema e de programas de intervenção (GALDURÓZ et al., 2005).

1.2.1 – Avaliação do uso de álcool em gestantes

O uso de álcool pela gestante põe em risco a saúde do feto que, como consequência máxima da exposição fetal ao álcool, pode desenvolver a Síndrome Fetal do Álcool ou ainda apresentar anomalias congênitas e problemas neurorodesenvolvimentais relacionados ao álcool (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000).

Pensando nas consequências do uso de álcool para o desenvolvimento do feto e afim de viabilizar a detecção de gestantes que possuem consumo alcoólico de risco foi desenvolvido o instrumento T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener*).

O T-ACE foi desenvolvido por Sokol et al., 1989, derivado do CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilt, Eye opener*), instrumento de rastreamento para avaliação de dependência de álcool.

Em 2001 foi realizado no Brasil, por Fabbri, Furtado e Laprega (2007), o estudo de adaptação e validação do T-ACE para uma população de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Ribeirão Preto/SP.

O instrumento consta de quatro questões, e sua aplicação tem de um a dois minutos de duração. As questões do T-ACE, na versão brasileira, foram intercaladas com outras questões, que tratam sobre comportamentos relacionados com alimentação e que não interferem no resultado do instrumento.

A primeira questão investiga a tolerância, ou seja, a quantidade de álcool que a gestante precisa beber para se sentir desinibida. A segunda questão investiga a preocupação de terceiros com o padrão de consumo de álcool da gestante. A terceira questão investiga o desejo de interromper ou diminuir o consumo de álcool, e a última questão sobre a necessidade de beber pela manhã para se sentir melhor.

Cada uma das quatro questões possui uma pontuação que varia de zero a dois pontos, para a primeira questão, e de zero a um ponto da segunda à quarta questão.

Quando comparado aos parâmetros da CID-10 (utilizada como padrão-ouro) o T-ACE com ponto de corte igual ou acima de dois pontos, apresentou coeficientes de sensibilidade e especificidade de 100% e 97,9% respectivamente.

De forma a complementar os dados sobre uso de álcool foi utilizado também o instrumento AUDIT-C que nos forneceu uma medida contínua do padrão de uso de álcool da gestante medido pela quantidade e frequência de uso.

O AUDIT é um instrumento de rastreamento, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, para a investigação do uso excessivo de álcool e para ajudar na realização de intervenções breves.

A versão brasileira foi traduzida em 2003 (BABOR et al., 2003), e o manual para utilização do instrumento foi organizado e distribuído pelo PAI-PAD (Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP).

O instrumento pode ser aplicado em forma de entrevista por um aplicador treinado ou em forma de questionário auto-aplicável e consta de dez questões que investigam três domínios: uso de risco de álcool (questões 1, 2 e 3), sintomas de dependência (questões 4, 5 e 6), e uso nocivo de álcool (questões 7, 8, 9 e 10).

Cada questão possui possibilidades de respostas com pontuações que variam de zero a quatro pontos. As questões 9 e 10 tem possibilidades de respostas com pontuações igual a zero, dois ou quatro pontos. Sendo assim, através de escores quantitativos, o AUDIT identifica na população geral, o uso de baixo risco (pontuações entre zero e sete), uso de risco (pontuações entre oito e quinze), uso

nocivo (pontuações entre dezesseis e dezenove) e sintomas de dependência (pontuações acima de vinte).

As três primeiras questões do AUDIT contêm perguntas sobre a quantidade e frequência do uso e servem como um instrumento à parte (AUDIT C), para identificar o padrão de uso de álcool. A primeira questão investiga a frequência do uso de álcool, a segunda questão investiga a quantidade consumida em uma ocasião, e a terceira questão investiga a frequência de consumo de cinco ou mais doses (*binge* alcoólico).

O AUDIT C tem sido utilizado como um instrumento de rastreamento e como uma alternativa a outros rastreadores de curta aplicação para identificação de uso problemático de álcool. Esta versão tem se mostrado eficiente na detecção de uso de risco e uso nocivo, enquanto o AUDIT completo tem sido mais eficiente na detecção de abuso e dependência de álcool.

As qualidades psicométricas do AUDIT C foram testadas para população de gestantes por Dawson et al. (2005), e foi estabelecido um ponto de corte maior ou igual a três para identificar uso de risco com sensibilidade de 94,6% e especificidade de 84,6%.

1.3 - Uso de álcool e depressão pós-parto

Os problemas emocionais vivenciados pelas mulheres, tais como disfunção sexual, sintomas depressivos, uso de drogas pelo parceiro e distúrbios alimentares, têm sido associados ao alcoolismo (WILSNACK; WILSNACK; KLASSEN, 1986).

O abuso de substâncias psicoativas é o transtorno coexistente mais freqüente entre portadores de transtornos mentais. Entre os adultos com diagnóstico de transtorno por uso de substância psicoativa (TUSPA), 15% a 30% também têm outro diagnóstico. Dentre os transtornos mais comuns associados ao TUSPA,

encontramos os transtornos de humor, como a depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, esquizofrenia, transtornos alimentares e de personalidade (LARANJEIRA; ZALESKI; RATTO, 2004). Um estudo de comorbidades revelou que entre mulheres com dependência de álcool e drogas, 19% tiveram depressão em algum momento da vida (ABELARDINO, 2004).

Uma pesquisa realizada com 186 gestantes (KELLY; ZATZICK; ANDERS, 2001) demonstrou que 38% delas tinham diagnóstico psiquiátrico e/ou dependência de substâncias através da aplicação do PRIME-MD (*Patient Health Questionnaire*). Destas, 21% apresentavam depressão, 5% transtornos ansiosos, 5% transtornos alimentares e, em 2% foram observados problemas com álcool, sendo que em 8% encontraram-se concomitantemente desordens psiquiátricas e uso de substâncias.

Pajulo et al. (2001a) verificaram a associação de dependência a substâncias e depressão na gestação e encontraram que ser ou ter sido dependente de substâncias se relacionou à presença de depressão durante a gestação. Já Zucherman et al. (1989) mostraram associação entre sintomas depressivos e consumo de álcool em gestantes, enquanto Horrigan, Schroeder e Schaffer (2000) relacionaram depressão passada com uso de álcool durante a gestação.

No Brasil, Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) encontraram que gestantes com dependência e/ou abuso de álcool apresentaram maior intensidade de problemas emocionais quando comparadas às gestantes que não tiveram este diagnóstico. Estas gestantes também apresentaram maior média de pontuação na subescala depressão do QMPA (Questionário de Morbidades Psiquiátricas) se comparadas às demais gestantes que não tinham diagnóstico de consumo de álcool.

Bennett et al. (2004) chamam a atenção para o fato de que, embora não extensivamente pesquisado, os dados disponíveis sugerem que a depressão esteja

associada ao abuso de substâncias lícitas e ilícitas ao longo da gestação. Além disso, estes dados referem-se a pesquisas realizadas com gestantes em atendimento pré-natal, sendo que, em gestantes que não aderem ao cuidado pré-natal, esta associação deve ser maior.

No que tange ao uso de álcool e depressão pós-parto, um estudo longitudinal realizado nos EUA, com 595 puérperas, identificou que ter tido um *binge* alcoólico no 3º trimestre da gestação aumenta em 3,5 vezes a chance para a comorbidade entre uso de álcool e sintomas depressivos no pós-parto (HOMISH et al., 2004).

Em um estudo realizado com 12 puérperas, que apresentavam problemas associados ao uso de álcool ou drogas, Pajulo et al. (2001b) identificaram que estas mães tinham mais sintomas de depressão pós-parto que as mães do grupo controle.

Barnet et al. (1995) mediram o uso de álcool após o parto em mães adolescentes e encontraram uma associação com sintomas depressivos no quarto mês após o parto. Neste momento da avaliação, aproximadamente metade das mães que usavam álcool e um quarto das não usuárias apresentaram sintomas depressivos pelo CES-DC (*Center for Epidemiological Studies of Depression - Children's Scale*).

Destaca-se que a metodologia abordada no presente estudo, que visa identificar o uso de álcool na gestação e sua relação com sintomas depressivos no pós-parto de forma prospectiva, não foi a mesma metodologia adotada pelos estudos encontrados que investigaram o uso de álcool e depressão pós-parto. Sendo assim, este trabalho apresenta sua contribuição, no sentido de avançar no conhecimento sobre a influência do uso de álcool na gestação para a depressão pós-parto, além de fornecer um estudo sobre as prevalências de uso de álcool entre gestantes e de sintomas depressivos após o parto.

2.0 - OBJETIVOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- caracterizar a amostra de gestantes entrevistadas com relação aos dados sócio-demográficos e o número de filhos;
- verificar a prevalência de uso de risco de álcool entre as gestantes e comparar com as prevalências encontradas na literatura nacional;
- verificar a prevalência de depressão na gestação;
- verificar a prevalência de depressão pós-parto e comparar com as prevalências encontradas na literatura nacional;
- verificar comparativamente a diferença entre grupos referentes ao uso de risco de álcool na gestação considerando as variáveis sócio-demográficas e número de filhos;
- verificar comparativamente a diferença entre grupos referentes à depressão pós-parto considerando as variáveis sócio-demográficas e número de filhos;
- verificar através da diferença proporcional de grupos o efeito do uso de risco de álcool na prevalência de Episódio Depressivo Maior em gestantes.

OBJETIVO GERAL:

- verificar se o consumo de álcool em gestantes está relacionado a um aumento de sintomas depressivos e/ou ao diagnóstico de depressão no pós-parto.

3.0 - METODOLOGIA

3.1 - Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico, do tipo coorte prospectivo, comparativo, caracterizado por dois tempos de coleta de dados, sob a forma de entrevista face-a-face com o sujeito participante.

3.2 - Contexto do estudo

Este projeto é um recorte do projeto temático “Estudo Longitudinal sobre Uso de Álcool e Aspectos Psicossociais entre Gestantes”, e foi desenvolvido em parceria entre o Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia, coordenado e sob responsabilidade do Professor Doutor Erikson Felipe Furtado da FMRP-USP com o Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com a colaboração do Professor Doutor Telmo Mota Ronzani e alunos de graduação do curso de Psicologia.

Juiz de Fora é uma cidade localizada na zona da mata mineira, possui 513.348 habitantes (contagem da população 2007) distribuídos num território de 1.437 km². (IBGE, acesso em 14/02/2008).

As entrevistas foram realizadas na cidade de Juiz de Fora/MG.

3.3 - Treinamento para coleta de dados

Inicialmente foram selecionados cinco alunos de graduação, os quais participaram de um treinamento, em agosto de 2006.

O treinamento consistiu na leitura do questionário, estudo dos instrumentos de rastreamento e diagnóstico, e a realização de, no mínimo 05 entrevistas por aluno nos locais estipulados para a coleta de dados. Foram realizadas, em caráter complementar, aplicações do instrumento de diagnóstico MINI (Mini International

Neuropsychiatric Interview) no Centro Regional de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) Oeste, em pacientes psiquiátricos em tratamento, a fim de aprimorar a capacidade de formulação diagnóstica dos aplicadores.

Dentre os aplicadores inicialmente selecionados, três ausentaram-se da pesquisa no período de agosto de 2006 a dezembro de 2007 e quatro novas alunas foram selecionadas em 04/06/07, das quais três permaneceram na pesquisa. Estas foram submetidas ao treinamento teórico durante os dias 20/06/07, 22/06/07 e 26/06/07, num total de seis horas e a um treinamento prático que consistiu em acompanhamento das entrevistas realizadas pelas aplicadoras mais experientes e na realização de entrevistas supervisionadas.

3.4 - Estudo Piloto

No período de 29/08/06 a 17/10/06 foi realizado um estudo piloto, a fim de verificar a viabilidade do questionário proposto. Este estudo contou com a aplicação completa de 33 questionários e realizou-se nos locais estipulados para a coleta de dados.

As dificuldades apresentadas no estudo piloto foram discutidas tendo-se realizado algumas modificações no questionário, porém foram mantidos os instrumentos de rastreamento e de diagnóstico inicialmente propostos.

Identificou-se um reduzido número de gestantes nas consultas de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, tendo-se dado preferência para coleta de dados nos locais onde há um maior fluxo de gestantes, a saber: PAM Marechal (Unidade Básica Central) e Instituto da Mulher.

Após o estudo piloto foi realizada uma modificação na aplicação do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Este instrumento refere-se ao consumo

de álcool durante os últimos 12 meses. Durante o estudo piloto, verificamos que pode existir uma mudança de comportamento com relação ao consumo de álcool quando a mulher engravida, tornando difícil perguntar sobre o consumo relativo aos últimos 12 meses, já que parte deste tempo a mulher não estava grávida e outra parte sim. Sendo assim, optamos por perguntar sobre o consumo de álcool durante todo o período gestacional.

Também com o objetivo de refinar o rastreamento de consumo de risco de álcool durante a gestação, optamos por inserir o questionário validado por Sokol, Martier e Ager (1989), o T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener).

Com relação à formulação diagnóstica orientada pelo MINI, foi adotada a forma de entrevista semi-estruturada, tal como proposto pelo instrumento, porém com atenção especial para o fato de que existem algumas condições especiais para a população de gestantes. Tais condições referem-se, por exemplo, à ausência de menstruação e ganho de peso, os quais confrontam com critérios pré-estabelecidos para o diagnóstico de Anorexia Nervosa, bem como a presença de sintomas relacionados aos transtornos de humor e ansiosos (problemas com o sono, fadiga, alterações de peso, entre outros) que não remetem um critério diagnóstico, mas sim sintomas decorrentes desta fase de vida.

Ainda referente às contribuições do estudo piloto, destaca-se a afiação do prazo para as entrevistas de seguimento (segundo tempo de coleta) para 15 dias após o parto, para eliminar a possibilidade de falsos-positivos para depressão, com erro induzido pela presença de sintomas depressivos ou disfóricos transitórios próprios da síndrome do "baby blues" ou tristeza do pós-parto.

3.5 - Local das entrevistas

As entrevistas durante o primeiro tempo da coleta de dados foram realizadas em unidades primárias e secundárias de atenção à saúde, vinculadas ao Sistema Único de Saúde da cidade de Juiz de Fora, bem como foram estendidas para grupos de gestantes de duas entidades religiosas.

Os locais de entrevistas e o número de gestantes entrevistadas em cada local foram: unidade básica de saúde do bairro Olavo Costa (oito gestantes), unidade básica de saúde de Ewbanck da Câmara (três gestantes), Casa de Parto da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) (dezessete gestantes), Instituto da Mulher (198 gestantes), unidade de Pronto Atendimento Municipal (PAM) Marechal (dezenove gestantes), Igreja do Rosário (sete gestantes), Igreja Catedral (sete gestantes), e no domicílio da gestante (uma gestante) quando a mesma aceitou participar da pesquisa, mas não poderia responder ao questionário no momento da abordagem.

No primeiro tempo da pesquisa as gestantes eram abordadas para participar da pesquisa na sala de espera da unidade ou centro de saúde enquanto aguardavam a consulta pré-natal. Nos casos em que as gestantes foram identificadas a partir dos grupos de gestantes das Igrejas Catedral e Igreja do Rosário, as mesmas foram entrevistadas antes das atividades em grupo oferecidas pelas instituições.

No segundo tempo da pesquisa as mulheres foram entrevistadas no próprio domicílio (149 mães), na unidade onde foi realizado o pré-natal (dezesseis mães), na unidade de saúde mais próxima de sua residência ou na maternidade onde estava sendo realizado o acompanhamento puerperal (seis mães), por telefone (cinco mães), no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF (uma mãe). Destaca-se que as

entrevistas do segundo tempo foram agendadas pelas entrevistadoras de acordo com a disponibilidade das mães e com os horários previamente agendados para consultas puerperais quando a participante possuía telefone e foi possível contactá-la. Em caso contrário, as mães foram procuradas pelo endereço residencial oferecido na primeira entrevista.

3.6 - Período da coleta

A coleta de dados da primeira fase da pesquisa iniciou-se em 25/10/2006 estendendo-se até 19/05/2008, e da segunda fase da pesquisa iniciou-se em 10/01/2007 estendendo-se até 09/08/2008.

O prazo estipulado para as entrevistas da segunda fase foi entre 15 dias até três meses após o parto. Tal procedimento justifica-se pelo conhecimento do período de tristeza materna (*maternity blues*). Os sintomas desta síndrome iniciam-se, geralmente, nos primeiros dias após o parto, diminuindo pelo décimo quinto dia e se resolvendo logo depois.

3.7 - Participantes da Pesquisa

Foram critérios de inclusão: estar no terceiro trimestre gestacional, fazer acompanhamento pré-natal em unidades primárias ou secundárias de saúde vinculadas ao SUS, ser capaz de compreender as questões perguntadas pelo entrevistador, e consentir a participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B). Foram excluídas as gestantes menores de idade sem o (a) responsável, e aquelas que não concluíram sua participação no primeiro tempo das entrevistas.

O cálculo de tamanho amostral foi estimado a partir da prevalência de 22% de uso de risco de álcool obtido em estudo semelhante, usando o instrumento de rastreamento T-ACE numa população de gestantes (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007). Para a variável de desfecho foi estimada uma diferença de médias obtida pela Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS) de três pontos, com desvio padrão igual a cinco pontos e força de correlação de 85% (GALLEGO, 2004). O cálculo foi realizado no programa EPIDAT versão 3.1, e o tamanho da amostra calculado foi de 227 mulheres no pós-parto.

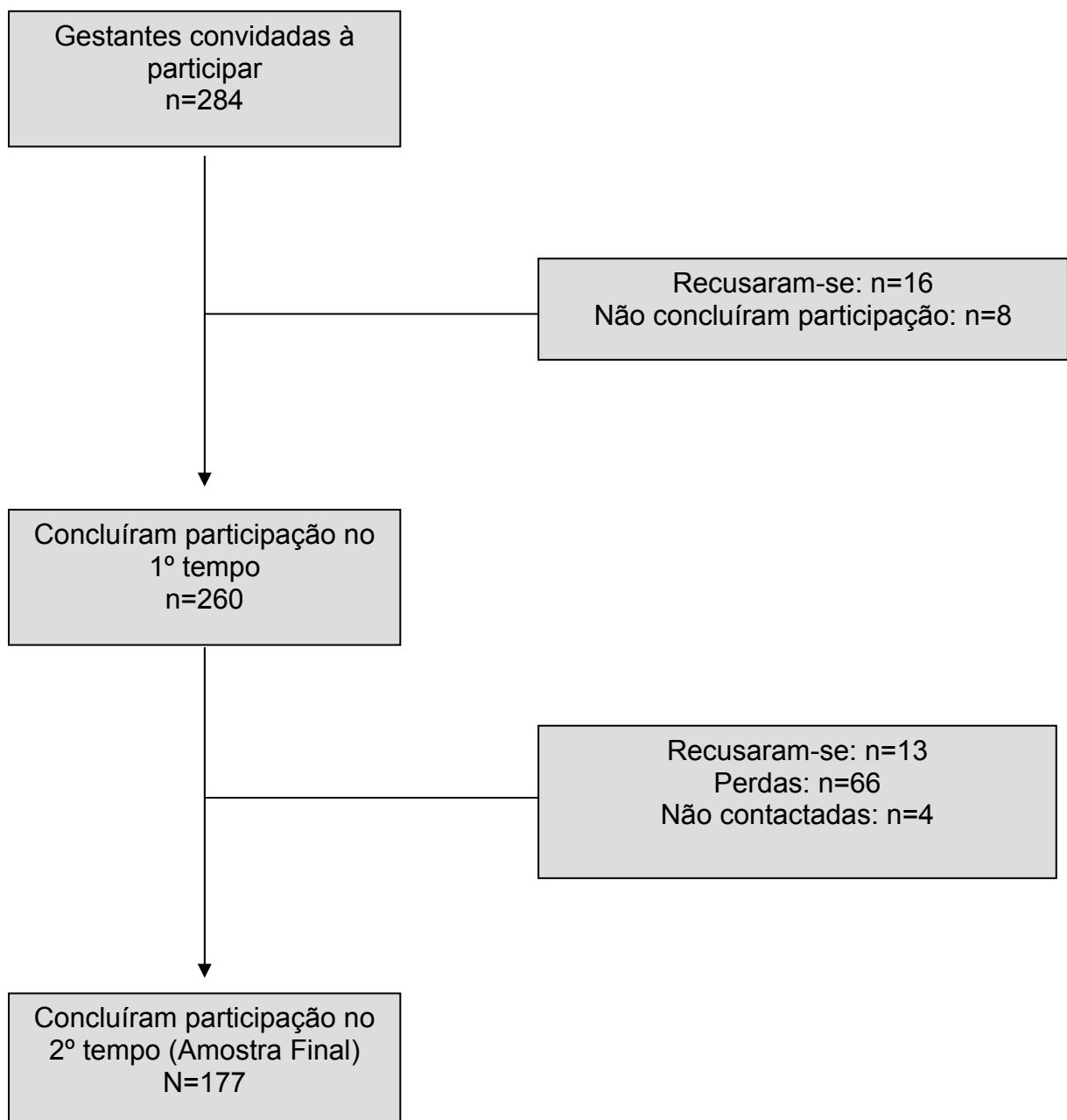
Foram abordadas um total de 284 gestantes, das quais, 260 aceitaram participar da pesquisa e responderam ao questionário completamente, oito (2,8%) aceitaram participar mas não responderam completamente ao questionário, e dezesseis (5,6%) se recusaram a participar da pesquisa.

Das 260 gestantes entrevistadas, 177 (68,1%) foram entrevistadas no pós-parto, 79 (30,4%) se recusaram ou foram perdidas no segundo tempo das entrevistas, e 4 (1,5%) não foram contactadas até o final do prazo metodologicamente estabelecido por ocasião do encerramento da coleta de dados.

Dentre as 79 gestantes que se recusaram ou foram perdidas no segundo tempo das entrevistas, destaca-se: vinte e duas mães não foram encontradas pelos contatos oferecidos dentro do prazo metodologicamente estipulado, vinte e duas foram perda de prazo do entrevistador, treze recusaram-se a participar, nove mudaram de endereço, seis marcaram horário para a entrevista e não compareceram ou não estavam em casa no horário agendado, quatro residiam em outra cidade e não tinham telefone de contato, uma gestante perdeu os bebês (gêmeos), uma o marido não consentiu sua participação, e uma negou que estivesse grávida.

Desta forma o número de mulheres que participaram no primeiro e segundo tempo da pesquisa foram 177. O Quadro 1 abaixo mostra o percurso realizado e o total da amostra pesquisada.

Quadro 1 – Percurso amostral



Participaram da pesquisa somente as gestantes que estiveram de acordo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para as gestantes de menor idade, foi solicitado o consentimento dos pais ou responsáveis após leitura do TCLE.

3.8 - Coleta dos dados

Os procedimentos para coleta dos dados foram: convidar a gestante a participar da pesquisa lendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aplicação do questionário sobre a forma de entrevista, e levantamento de dados do prontuário ou do cartão da gestante sobre a gestação atual e gestações anteriores. As gestantes eram informadas de que a pesquisa era realizada em dois tempos e que faríamos um contato para agendar nova entrevista após 15 dias do parto.

Quando não havia privacidade para a realização das entrevistas em salas reservadas aos pesquisadores, e a sala de espera encontrava-se cheia, optamos por não realizar a entrevista, a fim de diminuir as chances de respostas pouco fiéis por parte das gestantes.

Quando a entrevistada estava portando o cartão da gestante, os dados de prontuário foram retirados do próprio cartão os quais correspondem às anotações do prontuário médico.

Para o segundo tempo das entrevistas foi realizado um contato telefônico prévio para o agendamento da entrevista, considerando-se que nem todas as gestantes retornam à unidade de saúde logo após o parto para os procedimentos de vacinação e consulta puerperal. Quando a gestante não possuía ou não havia informado algum número de telefone, recebiam uma visita domiciliar do entrevistador.

Neste seguimento de entrevista foram adotadas algumas estratégias a fim de agilizar a realização da coleta de dados. Dentre as estratégias adotadas, destaca-se a seleção e treinamento de mais três acadêmicas do curso de Psicologia da UFJF (em 04/06/07) para realização da coleta de dados, e, aplicação de questionários em centros alternativos de atendimento a gestantes do SUS, tais como grupos de gestantes de igrejas da cidade.

Tais estratégias ampliaram o número de entrevistas realizadas no primeiro tempo (durante a gestação), porém o ritmo da coleta das entrevistas de seguimento permaneceu lento dado a dificuldade de encontrar as gestantes nos serviços onde foram realizadas as consultas de pré-natal, bem como dificuldade de agendamento com a gestante no serviço sendo necessárias visitas domiciliares.

Para tal dificuldade tentou-se agendar as entrevistas de seguimento com todas as mulheres que já haviam qualificado para o segundo tempo da entrevista no dia 22/08/07, no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF. Foram oferecidos vales-transporte para o deslocamento das mesmas. Tal estratégia não foi eficaz dado que somente uma mãe compareceu para a entrevista.

Sendo assim, adotamos as entrevistas domiciliares com agendamento prévio ou não, como a estratégia mais eficaz de realização de entrevistas de seguimento.

3.9 - Questionário

Foi elaborado um questionário para coleta dos dados no primeiro tempo da pesquisa contendo dados de identificação da gestante, dados sócio-demográficos, dados do prontuário da gestante e dados colhidos da gestante sobre a gestação atual e gestações anteriores, sobre a saúde geral, e sobre consumo de tabaco,

álcool e drogas informado pela gestante, conforme descritos abaixo (Apêndice C). Neste questionário foram incluídos também os instrumentos validados AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener), e a entrevista semi-estruturada MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), descritos na próxima seção.

1) Identificação da paciente:

Neste campo foram inseridos o nome da gestante, local da pesquisa, número de registro, o endereço e telefone da gestante ou de conhecidos para que pudéssemos entrar em contato para o segundo tempo das entrevistas, o período previsto para o parto e o local previsto para a consulta puerperal.

2) Roteiro estruturado de investigação sócio-demográfica:

Com questões sobre idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, escolaridade dos pais, situação de emprego, renda familiar e religião.

3) Dados do prontuário da paciente:

Contendo informações obstétricas e registro de uso de álcool, tabaco e outras drogas.

4) Dados colhidos da gestante:

Dados obstétricos, sobre uso de álcool, tabaco e drogas, problemas de saúde da gestante e de familiares.

No segundo tempo de coleta de dados o questionário elaborado continha: dados de identificação da participante, dados coletados do prontuário sobre o parto e o bebê, informações sobre uso de tabaco, álcool e drogas informado pela participante, conforme detalhamento abaixo (Apêndice D). Neste questionário foram incluídos também os instrumentos validados AUDIT (*Alcohol Use Disorders*

Identification Test), T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener), EPDS (Escala de depressão pós-parto de Edinburgh), e a entrevista semi-estruturada MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), descritos na próxima seção.

1) Identificação da paciente:

Neste campo foram inseridos o nome da gestante, local da entrevista, número de registro, o endereço e telefone da gestante, a data e o local do parto.

2) Dados do prontuário:

Contendo informações sobre o parto, o recém-nascido e a condição da criança na primeira consulta puerperal.

3) Dados colhidos da gestante:

Dados sobre uso de álcool, tabaco e drogas.

Foram contabilizados o tempo de duração de 23 entrevistas. O menor tempo de duração para aplicação do questionário completo foi de 18 minutos, e o maior tempo de duração foi de 50 minutos. O tempo médio para aplicação do questionário completo foi de 28,8 minutos.

3.10 - Instrumentos

Para avaliação do uso de álcool foram utilizados os instrumentos de rastreamento T-ACE (Anexo A) e AUDIT-C (Anexo B).

T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener):

O T-ACE é um instrumento de rastreamento que fornece uma medida de uso de risco de álcool para o desenvolvimento do feto. A versão brasileira foi

adaptada e validada por Fabbri, Furtado e Laprega (2007) para uma população de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

As qualidades psicométricas deste instrumento para um ponto de corte maior ou igual a dois são de 100% de sensibilidade e 97,9% de especificidade. O ponto de corte maior ou igual a dois indica um uso de álcool que oferece risco a saúde do feto.

AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test C):

O AUDIT-C é um instrumento de rastreamento, derivado do AUDIT, que fornece uma medida do padrão de uso de álcool. A validação deste instrumento para uma população de gestantes foi realizada por Dawson et al. (2005).

As qualidades psicométricas do instrumento para um ponto de corte maior ou igual a três são de 94,6% de sensibilidade e 84,6% de especificidade. O ponto de corte maior ou igual a três identifica gestantes com um padrão de uso de risco de álcool.

Para avaliação da depressão pós-parto foi utilizado o instrumento de rastreamento EPDS (Anexo C) e a entrevista diagnóstica semi-estruturada MINI (Anexo D).

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale):

A EPDS é uma escala para o rastreamento da depressão pós-parto. A validação desta escala no Brasil foi realizada por Santos et al. (2007) em uma população de gestantes de baixa renda.

As qualidades psicométricas desta escala para um ponto de corte maior ou igual a dez são de 83,3% de sensibilidade e 74,7% de especificidade. O ponto de corte maior ou igual a dez identifica mulheres com provável depressão pós-parto.

MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*):

A MINI é uma entrevista diagnóstica semi-estruturada que explora 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, incluindo o Episódio Depressivo Maior. A tradução deste instrumento para o português foi realizada por Amorim (2003).

As qualidades psicométricas do instrumento validado por Sheehan et al. (1998) são de 70% de sensibilidade e 85% de especificidade comparados à entrevista diagnóstica SCID-P (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R diagnoses*).

3.11 - Procedimentos éticos

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer número 037/2006 e protocolo número 720.026.2006, em dezoito de maio de 2006 (Anexo E). Esta pesquisa também tem o consentimento para ser realizada no Sistema Único de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (Anexo F).

As gestantes foram informadas sobre a ausência de riscos para sua participação na pesquisa, sobre a possibilidade de não responder alguma questão que a constrangesse, e sobre a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa sem nenhuma penalização ou prejuízo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, as gestantes e as mães diagnosticadas como casos graves de depressão, ou ainda as que manifestaram

desejo de receber ajuda terapêutica foram orientadas a buscar atendimento no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF.

3.12 - Apoio Financeiro

Este trabalho é um recorte do projeto temático “Estudo Longitudinal sobre o Uso de Álcool e Aspectos Psicossociais em Gestantes”, e contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento em Pesquisa (CNPq), processo nº 400360/2006-3, além de bolsa de mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 06/58381-6.

3.13 - Análise Estatística

Considerando o objetivo geral deste estudo que foi verificar se o consumo de álcool em gestantes está relacionado a um aumento de sintomas depressivos e/ou ao diagnóstico de depressão no pós-parto, foi definida como variável independente o uso de álcool durante a gestação avaliado por três medidas: T-ACE, AUDIT C e pelo relato da gestante da quantidade de álcool ingerida durante a gestação. Esta última foi informada pela gestante em termos de número de doses consumidas por semana e recodificada, para nossas análises, por quantidade em gramas de álcool ingerida durante a gestação, a partir do cálculo: [doses por semana no primeiro trimestre X 12 (semanas em um trimestre)] + [doses por semana no segundo trimestre X 12 (semanas em um trimestre)] + [doses por semana no segundo trimestre X 12 (semanas em um trimestre)] X 13 (concentração em gramas de álcool puro em uma dose de bebida).

Nas análises descritivas e inferenciais que se seguem são observados dois grupos referentes à presença ou ausência de uso de risco de álcool de acordo com

o ponto de corte maior ou igual a dois no T-ACE (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007). O AUDIT C e o total em gramas de álcool consumido durante a gestação foram utilizados somente como variáveis contínuas.

O uso dessas três variáveis para identificação do consumo de álcool na gestação justifica-se por suas características individuais, já que o T-ACE oferece uma medida de uso de risco para o feto, o AUDIT C mede o padrão de uso da gestante, e o total em gramas de acordo com o relato da gestante nos fornece uma medida de estimativa aproximativa do consumo da gestante tendo como unidade de tempo cada trimestre gestacional.

A variável dependente, de desfecho neste estudo, foi a presença de sintomas depressivos no pós-parto. Esta variável foi medida pelo instrumento de rastreamento EPDS e utilizada de forma contínua. Desta maneira, o EPDS ofereceu uma medida de intensidade de sintomas depressivos no pós-parto. O instrumento de diagnóstico MINI também foi utilizado como medida de desfecho, e informou a presença ou ausência de diagnóstico de Episódio Depressivo Maior no pós-parto. Destaca-se que as informações obtidas a partir dos instrumentos referidos são complementares já que uma oferece uma medida de intensidade de sintomas depressivos e a outra nos fornece um diagnóstico de depressão pós-parto.

Foram utilizadas estatísticas descritivas (frequências simples, porcentagens e médias) para as variáveis sócio-demográficas, tais como idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, entre outras, bem como para número de gestações anteriores, patologias e malformações no bebê, padrão de uso de risco de álcool, uso de risco de álcool para o feto, total em gramas de álcool consumido durante a gestação, sintomas depressivos no pós-parto e diagnóstico de depressão pós-parto.

Para a avaliação das associações entre proporções foi utilizado o teste do qui-quadrado para tabelas contingenciais, tipo 2x2, incluindo a avaliação de risco relativo, com determinação de intervalos de confiança e considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foram associadas uso de risco de álcool e diagnóstico de depressão na gestação e no pós-parto (DANCEY; REIDY, 2006).

Para a avaliação de correlação entre variáveis contínuas foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Foram analisadas as variáveis contínuas score total no AUDIT C (padrão de uso de álcool) com score total no EPDS (sintomas depressivos pós-parto), e consumo total em gramas de álcool durante a gestação com score total no EPDS (sintomas depressivos pós-parto) (DANCEY; REIDY, 2006).

A análise das diferenças entre os grupos positivo e negativo para uso de risco de álcool e para depressão pós-parto, conforme as variáveis sócio-demográficas utilizou tabelas contingenciais e análises de diferenças de médias, com o objetivo de verificar influências externas no fenômeno observado (DANCEY; REIDY, 2006).

4.0 - RESULTADOS

4.1 - Caracterização da amostra

A amostra de 177 mulheres que participaram deste estudo caracterizou-se por possuírem uma média de idade de 26,3 anos (DP=6,3) na data da primeira entrevista, por serem, a maioria, casadas ou amasiadas (69,5%), por possuírem escolaridade até o Ensino Médio ou Curso Técnico (97,2%), sendo que pouco mais da metade delas possuíam o Ensino Médio ou Curso Técnico (50,3%), e por terem sido reprovadas pelo menos um ano escolar (60,9%). A maioria destas mulheres encontrava-se em situação de emprego inativa na ocasião da entrevista (56,6%), com renda familiar de até cinco salários mínimos (94,7%), e se declararam praticantes de alguma religião (65,5%). Quanto ao número de filhos, a maioria era múltipara (57,6%); e quanto à presença de patologias ou malformações no bebê, 5,5% (nove) dos bebês apresentaram alguma patologia ao nascer e apenas um apresentou malformação. A tabela 1 caracteriza a amostra.

A amostra de 83 mulheres que não participaram do segundo tempo das entrevistas e que constituem o grupo de perdas e recusas, caracterizou-se por possuírem uma idade média de 27,4 anos (DP=6,4), por serem a maioria casadas ou amasiadas (66,3%), por possuírem escolaridade até o Ensino Médio ou Curso Técnico (96,4%), sendo que 49,4% possuíam o Ensino Médio ou Curso Técnico, e por terem sido reprovadas pelo menos um ano escolar (65,3%). A maioria destas mulheres encontrava-se em situação de emprego inativa na ocasião da entrevista (66,2%), com renda familiar até cinco salários mínimos (95,1%), e se declararam praticantes de alguma religião (50,6%). Quanto ao número de filhos a maioria era múltipara (66,7%).

A comparação entre a amostra final e a amostra de mulheres que não participaram no segundo tempo das entrevistas mostrou que esses grupos não se

distinguem estatisticamente com relação aos dados sócio-demográficos exceto pela prática de religião. No grupo das mulheres que não participaram do segundo tempo das entrevistas 50,6% declararam ser praticantes de alguma religião, enquanto na amostra final 65,5% declararam ser praticantes de alguma religião (Pearson Chi-Square, value=6,1; p=0,014; OR=1,3, IC=1,0-1,5).

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra

	Dados Sócio-demográficos	N (%)
Estado Civil	Casada/ Amasiada	123 (69,5)
	Solteira/ Separada	54 (30,5)
	Total	177 (100,0)
Escolaridade	Ensino Básico	19 (10,7)
	Ensino Fundamental	64 (36,2)
	Ensino Médio/Técnico	89 (50,3)
	Superior	5 (2,8)
	Total	177 (100,0)
Anos de Repetência Escolar	Nenhum	66 (39,1)
	Um ano	63 (37,3)
	Dois anos	28 (16,6)
	Três anos	11 (6,5)
	Quatro anos	1 (0,6)
	Total	169 (100,0)
Situação de emprego*	Ativa	66 (43,4)
	Inativa	86 (56,6)
	Total	152 (100,0)
Nível de renda familiar	Até um salário mínimo (SM)	49 (28,8)
	De um a cinco SM	112 (65,9)
	De cinco a dez SM	8 (4,7)
	Acima de dez SM	1 (0,6)
	Total	170 (100,0)
Praticante de religião	Sim	116 (65,5)
	Não	48 (27,1)
	Sem religião	13 (7,3)
	Total	177 (100,0)
Número de filhos	Primípara	75 (42,4)
	Múltipara	102 (57,6)
	Total	177 (100,0)
Patologia no bebê	Sim	9 (5,5)
	Não	155 (94,5)
	Total	164 (100,0)
Malformação do bebê	Sim	1 (0,6)
	Não	164 (99,4)
	Total	165 (100,0)

* Nota: As gestantes que declararam estar licenciadas foram consideradas em situação de emprego ativa.

4.2 - Prevalências de uso de álcool

O uso de álcool na gestação medido através do instrumento T-ACE, com ponto de corte maior ou igual a dois, rastreou 18,2% (N=30) de gestantes positivas, ou seja, cujo consumo de álcool oferece risco à saúde do feto. Já a medida fornecida pelo AUDIT sobre a quantidade e frequência do uso de álcool, obtidas através das três primeiras questões (AUDIT C), identificou uma pontuação média de 0,6, com desvio padrão de 1,6, num máximo de 12 pontos. Já o uso de álcool relatado pela gestante e convertido em total em gramas de álcool consumido durante a gestação, apresentou uma média de consumo de 163,7 gramas de álcool puro (o equivalente a aproximadamente doze doses e meia de uma bebida alcoólica, ou a doze latas e meia de cerveja, por exemplo), com um desvio padrão de 624,2 gramas.

A amostra de gestantes que não participaram do segundo tempo das entrevistas (N=83) apresentaram uma prevalência de uso de risco de álcool de 30,8% medida pelo instrumento T-ACE. Essa prevalência é muito superior àquela observada na amostra final deste estudo (N=177) que foi de 18,2% (Pearson Chi-Square, value=4,3; p=0,037; OR=1,3, IC=1,0-1,6).

Ao comparar estudos brasileiros que utilizaram o T-ACE como instrumento de medida para rastrear as prevalências de uso de risco de álcool em gestantes, observa-se que a prevalência encontrada neste estudo é ligeiramente inferior aos estudos encontrados na literatura como pode ser observado no Quadro 2, abaixo.

Quadro 2 – Comparação de estudos brasileiros quanto à prevalência de casos positivos no T-ACE e variáveis sócio-demográficas

	Presente estudo	Fabbri, Furtado e Laprega (2007)	Freire et al. (2005)	Moraes, Viellas e Reichenheim (2005)
Prevalência T-ACE ≥ 2	18,2%	22,1%	20,7%	24,1%
Tamanho da amostra	177	450	150	786
Idade	26,3	20 a 29 (61%)	23 anos e 6 meses	23,6
Estado civil (casadas/amasiadas)	69,5%	85,3%	50,7%	77%
Escolaridade	50,3% Ens. Médio	61,6% Ens. Fundamental	-----	Média de 6,6 anos de escolaridade
Renda familiar	94,7% até 05 SM	71,6% até 05 SM	-----	Baixa/moderada (US\$97,00 por mês, por pessoa)
Religião	65,5% praticantes	42% praticantes	-----	-----

Quanto às variáveis sócio-demográficas são observadas algumas diferenças entre os estudos. Em relação ao estado civil, a prevalência de mulheres casadas é maior nos estudos de Fabbri, Furtado e Laprega (2007) e Moraes Viellas e Reichenheim (2005). Já o presente estudo apresentou uma amostra de mais alta escolaridade, mais baixa renda e maior número de praticantes de religião que os demais. Essas diferenças são discutidas posteriormente levando-se em consideração as diferenças sócio-demográficas e a prevalência de uso de risco de álcool entre as gestantes.

4.3 - Prevalências de depressão pós-parto

Com relação à depressão pós-parto, a média da população no EPDS foi 4,7 (DP=5,3). O instrumento MINI identificou 26 mulheres deprimidas (14,7%). Na amostra de gestantes que não participaram do segundo tempo das entrevistas

(N=83) a prevalência de diagnóstico obtido pelo MINI foi de 27,7%. Esta prevalência foi bastante superior à encontrada na amostra final (Nonparametric Chi-Square, value=33,98; $p < 0,001$; OR=1,2, IC=0,9-1,5).

O Quadro 3, abaixo, mostra uma comparação entre estudos brasileiros sobre a prevalência de depressão pós-parto e variáveis metodológicas e sócio-demográficas que são discutidas posteriormente. Observa-se neste quadro uma ampla variação entre as prevalências de depressão pós-parto encontradas, entre os pontos de corte adotados para o EPDS, entre os tamanhos amostrais e estratégias de amostragem utilizadas, além de uma relativa semelhança entre os dados sócio-demográficos (idade média, maioria casadas ou amasiadas e baixa renda familiar).

Quadro 3 – Comparação de estudos brasileiros quanto à prevalência de depressão pós-parto, diferenças metodológicas e sócio-demográficas

	Presente estudo	Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005)	Da-Silva et al. (1998)	Ruschi et al. (2007)	Moraes et al. (2006)
Prevalência	14,9%	37,1%	12%	39,4%	19,1%
Instrumento	EPDS	EPDS	EPDS	EPDS	Hamilton
Ponto de corte	9/10	11/12	12/13	12/13	18/19
Período avaliação	15 dias à 3 meses pós-parto	12 a 16 semanas pós-parto	3º mês pós-parto	31 a 180 dias pós-parto	30 a 45 dias pós-parto
Tamanho da amostra	177	70	33	292	410
Amostragem	Unidades básicas e secundárias de saúde	Unidades básicas de Saúde (PSF)	Associação de Moradores de Anaiá/RJ	Unidade Básica e Regional de Saúde	Hospitalar (base populacional)
Idade média	26,3	25,8 anos	-----	24,7	25,74
Estado civil (casadas/amasiadas)	69,5%	82,8%	-----	95,9%	64,6%
Escolaridade	50,3% Ens. Médio	52,9% Ens. Fundamental	-----	57,9% Ens. Médio	53,8% Ens. Fundamental
Renda familiar (SM – salário mínimo)	65,9% de 1 a 5 SM	42,4% < 2 SM	De R\$110,00 a R\$ 550,00	15,8% < 1 SM; 36% de 1 – 2 SM	74,6% classificadas nas classes sociais C e D

4.4 - Prevalência de depressão na gestação e depressão pós-parto

Foi encontrada uma prevalência de depressão durante a gestação de 19,8% (N=35) obtida a partir do instrumento de diagnóstico MINI. Das 35 gestantes com diagnóstico de depressão, 17 (48,6%) continuaram com este diagnóstico após o parto. As outras 18 gestantes (51,4%) não se mantiveram deprimidas após o parto.

Não houve nenhum caso de tratamento psicoterapêutico e/ou farmacológico dentre o grupo de mulheres que estavam deprimidas durante a gestação e não se mantiveram deprimidas após o parto.

No pós-parto, dentre as 26 mães com diagnóstico de depressão, 17 (65,4%) já estavam deprimidas na gestação e as outras nove (34,6%) receberam este diagnóstico somente no pós-parto.

4.5 - Variáveis sócio-demográficas e uso de álcool

Todas as variáveis sócio-demográficas, número de filhos e presença de patologia ou malformação dos bebês foram cruzadas com as variáveis para medir uso de álcool a fim de verificar se houveram associações positivas. A tabela 2 mostra a distribuição das variáveis sócio-demográficas, comparando-as com os grupos positivos e negativos para uso de álcool através do T-ACE.

Com relação ao estado civil, observou-se que existe uma maior prevalência de mulheres casadas/amasiadas que não fazem uso de risco de álcool do que aquelas que fazem uso de risco. Também é possível observar que, entre as solteiras/separadas há uma maior prevalência das que fazem uso de risco de álcool se comparada com a prevalência de casadas/amasiadas que fazem uso de risco.

Quanto à escolaridade, os grupos positivos para o uso de álcool tendem a ser maiores à medida que diminui a escolaridade. Ou seja, quanto menor a escolaridade maior a prevalência de uso de risco de álcool.

Nenhuma das análises entre as variáveis sócio-demográficas e uso de risco de álcool mostrou existir uma relação de significância estatística.

Tabela 2 – Dados sócio-demográficos e uso de álcool na gestação

Dados Sócio-demográficos		TACE - N (%)	TACE + N (%)	Total (%)
Estado Civil	Casada/ Amasiada	96 (84,2)	18 (15,8)	114 (100,0)
	Solteira/ Separada	39 (76,5)	12 (23,5)	51 (100,0)
	Total	135 (81,8)	30 (18,2)	165 (100,0)
Escolaridade	Ensino Básico	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (100,0)
	Ensino Fundamental	47 (79,7)	12 (20,3)	59 (100,0)
	Ensino Médio/Técnico	69 (84,1)	13 (15,9)	82 (100,0)
	Superior	5 (100,0)	0 (0,0)	5 (100,0)
	Total	135 (81,8)	30 (18,2)	165 (100,0)
Anos de Repetência Escolar	Nenhum	52 (82,5)	11 (17,5)	63 (100,0)
	Um ano	48 (82,8)	10 (17,2)	58 (100,0)
	Dois anos	20 (74,1)	7 (25,9)	27 (100,0)
	Três anos	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (100,0)
	Quatro anos	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
	Total	129 (81,1)	30 (18,9)	159 (100,0)
Situação de emprego	Ativa	51 (81,0)	12 (19,0)	63 (100,0)
	Inativa	65 (83,3)	13 (16,7)	78 (100,0)
	Total	116 (82,3)	25 (17,7)	141 (100,0)
Nível de renda familiar	Até um salário mínimo (SM)	38 (80,9)	9 (19,1)	47 (100,0)
	Acima de um SM	92 (82,1)	20 (17,9)	112 (100,0)
	Total	130 (81,8)	29 (18,2)	159 (100,0)
Praticante de religião	Sim	89 (82,4)	19 (17,6)	108 (100,0)
	Não	38 (82,6)	8 (17,4)	46 (100,0)
	Sem religião	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (100,0)
	Total	135 (81,8)	30 (18,2)	165 (100,0)
Número de filhos	Primípara	61 (83,6)	12 (16,4)	73 (100,0)
	Múltipara	74 (80,4)	18 (19,6)	92 (100,0)
	Total	135 (81,8)	30 (18,2)	165 (100,0)
Patologia no bebê	Sim	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (100,0)
	Não	119 (82,1)	26 (17,9)	145 (100,0)
	Total	126 (82,4)	27 (17,6)	153 (100,0)
Malformação do bebê	Sim	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
	Não	126 (82,4)	27 (17,6)	153 (100,0)
	Total	127 (82,5)	27 (17,5)	154 (100,0)

4.6 - Variáveis sócio-demográficas e depressão pós-parto

Os dados sócio-demográficos, número de filhos e presença de patologia ou malformação dos bebês, também foram comparados com grupos positivos e negativos para depressão pós-parto, segundo o instrumento MINI (Tabela 3).

Verificou-se que o estado civil solteira ou separada relacionou-se ao diagnóstico de depressão pós-parto (Pearson Chi-Square, value=5,5; p=0,019; OR=2,7, IC=1,2-6,3), com uma maior frequência de solteiras/separadas com diagnóstico (24,1%), se comparadas ao grupo de casadas/amasiadas com diagnóstico (10,6%).

A relação entre escolaridade da gestante e depressão pós-parto, embora não tenha alcançado significância estatística, indicou que à medida que aumenta a escolaridade diminui a prevalência de casos positivos para depressão pós-parto.

A prevalência de mulheres nos grupos positivos para depressão pós-parto também é maior entre as mães em situação de emprego inativa se comparadas à prevalência de mães em situação de emprego ativa com depressão pós-parto.

A variável renda familiar foi categorizada em dois grupos (até um salário mínimo e acima de um salário mínimo) a fim de viabilizar as análises. Sendo assim, a renda familiar relacionada ao diagnóstico de depressão pós-parto obteve valores estatisticamente significantes (Pearson Chi Square, value=6,1; p=0,013; OR=2,5, IC=1,2-5,1; N=170), com uma maior frequência de gestantes com renda familiar até um salário mínimo e com diagnóstico de depressão (24,5%), se comparadas ao grupo de gestantes com renda familiar acima de um salário mínimo com diagnóstico de depressão (9,9%).

Foram comparadas também as médias de idade, número de filhos e anos de repetência escolar com os grupos positivos e negativos para uso de álcool e

depressão pós-parto. Essas variáveis não apresentaram diferenças de média significativa entre os grupos.

Tabela 3 – Dados sócio-demográficos e depressão pós-parto

Dados Sócio-demográficos		MINI – N (%)	MINI + N (%)	Total (%)
Estado Civil	Casada/ Amasiada	110 (89,4)	13 (10,6)	123 (100,0)
	Solteira/ Separada	41 (75,9)	13 (24,1) †	54 (100,0)
	Total	151 (85,3)	26 (14,7)	177 (100,0)
Escolaridade	Ensino Básico	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (100,0)
	Ensino Fundamental	53 (82,8)	11 (17,2)	64 (100,0)
	Ensino Médio/Técnico	79 (88,8)	10 (11,2)	89 (100,0)
	Superior	5 (100,0)	0 (0,0)	5 (100,0)
	Total	151 (85,3)	26 (14,7)	177 (100,0)
Anos de Repetência Escolar	Nenhum	59 (89,4)	7 (10,6)	66 (100,0)
	Um ano	52 (82,5)	11 (17,5)	63 (100,0)
	Dois anos	25 (89,3)	3 (10,7)	28 (100,0)
	Três anos	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (100,0)
	Quatro anos	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
	Total	144 (85,2)	25 (14,8)	169 (100,0)
Situação de emprego	Ativa	57 (86,4)	9 (13,6)	66 (100,0)
	Inativa	69 (80,2)	17 (19,8)	86 (100,0)
	Total	126 (82,9)	26 (17,1)	152 (100,0)
Nível de renda familiar	Até um salário mínimo (SM)	37 (75,5)	12 (24,5) ‡	49 (100,0)
	Acima de um SM	109 (90,1)	12 (9,9)	121 (100,0)
	Total	146 (85,9)	24 (14,1)	170 (100,0)
Praticante de religião	Sim	101 (87,1)	15 (12,9)	116 (100,0)
	Não	40 (83,3)	8 (16,7)	48 (100,0)
	Sem religião	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (100,0)
	Total	151 (85,3)	26 (14,7)	177 (100,0)
Número de filhos	Primípara	65 (86,7)	10 (13,3)	75 (100,0)
	Multípara	86 (84,3)	16 (15,7)	102 (100,0)
	Total	151 (85,3)	26 (14,7)	177 (100,0)
Patologia no bebê	Sim	9 (100,0)	0 (0,0)	9 (100,0)
	Não	132 (85,2)	23 (14,8)	155 (100,0)
	Total	141 (86,0)	23 (14,0)	164 (100,0)
Malformação do bebê	Sim	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
	Não	140 (85,4)	24 (14,6)	164 (100,0)
	Total	141 (85,5)	24 (14,5)	165 (100,0)

† - Pearson Chi Square, value=5,5; p=0,019; OR=2,7, IC=1,2-6,3; N=177

‡ - Pearson Chi Square, value=6,1; p=0,013; OR=2,5, IC=1,2-5,1; N=170

4.7 - Uso de álcool e depressão pós-parto

Foram comparados os grupos de mães que fizeram uso de risco de álcool, segundo o instrumento T-ACE (ponto de corte ≥ 2), e as mães sem uso de risco, com o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior, obtido a partir do instrumento de diagnóstico MINI. A distribuição encontrada aponta a existência de uma porcentagem maior de gestantes com diagnóstico de Episódio Depressivo Maior no grupo de uso de risco de álcool. Nesta análise, o cálculo de *odds ratio* permite identificar que as gestantes que fizeram uso de risco de álcool têm 3,1 vezes mais chance de ter um Episódio Depressivo Maior durante a gestação (Pearson Chi-Square, value=7,0; p=0,008; OR= 3,1; IC 1,3-7,6; N=165). No pós-parto, embora tenha-se observado um maior risco de ter um Episódio Depressivo Maior entre as mães que fizeram uso de risco de álcool, as análises não mostraram significância estatística (Pearson Chi-Square, value=2,3; p=0,131; OR= 2,1; IC 0,8-5,7; N=165).

A tabela 4 ilustra a distribuição das mulheres na gestação e pós-parto com relação ao diagnóstico de Episódio Depressivo Maior (EDM) e o uso de risco de álcool.

Tabela 4 – Uso de risco de álcool na gestação e Episódio Depressivo Maior na gestação e no pós-parto

	Uso de risco	EDM ausente N (%)	EDM presente N (%)
Gestação	Negativo (N= 135)	114 (84,4)	21 (15,6)
	Positivo (N = 30)	19 (63,3)	11 (36,7)
Pearson Chi-Square, value: 7,0, p=0,008, odds ratio = 3,1 (IC 1,3 – 7,6), N=165			
	Uso de risco	EDM ausente N (%)	EDM presente N (%)
Pós-parto	Negativo (N= 135)	118 (87,4)	17 (12,6)
	Positivo (N = 30)	23 (76,7)	7 (23,3)
Pearson Chi-Square, value: 2,3, p=0,131, odds ratio = 2,1 (IC 0,8 – 5,7), N=165			

O consumo de álcool medido pela quantidade e frequência de uso, obtido a partir do escore total do AUDIT C, comparado ao escore total do EPDS a partir de uma correlação de Spearman, mostrou que as duas grandezas crescem juntas. Ou seja, à medida que aumenta o padrão de uso de álcool, aumenta a sintomatologia depressiva (Spearman Correlation, $r=0,251$; $p<0,001$; $N=175$).

A variável uso de álcool durante a gestação foi comparada em forma de consumo total em gramas de álcool durante a gestação com o escore total da escala para depressão pós-parto (EPDS). A correlação de Spearman entre essas variáveis contínuas confirmou a existência de uma relação diretamente proporcional (Spearman Correlation, $r=0,185$; $p=0,01$; $N=157$). Desta forma, à medida que aumenta o consumo em gramas de álcool durante a gestação, aumenta a presença de sintomas depressivos no pós-parto.

Ao compararmos a média obtida no EPDS entre os grupos T-ACE positivo e negativo, observou-se que a média obtida na escala de depressão pós-parto foi maior no grupo positivo para uso de risco de álcool ($M=5,9$) que no grupo negativo para uso de risco de álcool ($M=4,3$). Embora tenhamos observado uma diferença entre as médias, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,131$) entre os grupos. Tal fato se deve, possivelmente, pelo alto desvio padrão observado no grupo das mães T-ACE positivas ($DP=7,8$).

A questão três do AUDIT C informa se a gestante já teve um *binge* alcoólico, ou seja, com que frequência consome mais de cinco doses numa ocasião. Foram observadas 6,2% ($N=11$) de mulheres que tiveram pelo menos um *binge* alcoólico durante a gestação. Destas, três mulheres (27,3%) apresentaram diagnóstico de depressão pós-parto. Entre as mulheres que não tiveram um *binge* alcoólico 13,9% tiveram diagnóstico de depressão pós-parto, ou seja, o grupo de

mulheres que teve um *binge* alcoólico na gestação apresentou maior prevalência de depressão pós-parto que o grupo de mulheres que não tiveram um *binge* alcoólico (Nonparametric Chi-Square, value=88,27; $p < 0,001$; OR= 2,3; IC 0,6-9,4; N=177).

Das mulheres que tiveram *binge* alcoólico 36,4% apresentaram diagnóstico de depressão na gestação. Entre as mulheres que não tiveram um *binge* alcoólico 18,7% tiveram diagnóstico de depressão na gestação, ou seja, o grupo de mulheres que teve um *binge* alcoólico apresentou maior prevalência de depressão na gestação que o grupo de mulheres que não tiveram um *binge* alcoólico (Nonparametric Chi-Square, value=64,68; $p < 0,001$; OR= 2,5; IC 0,7-9,0; N=177).

5.0 - DISCUSSÃO

A amostra de mulheres que participaram deste estudo (N=177) foi composta por 68,1% das gestantes entrevistadas no primeiro tempo da pesquisa. Destaca-se que 30,4% foram perdidas ou se recusaram a participar da entrevista de seguimento, e 1,5% não foram contactadas pelos entrevistadores até o final do prazo metodologicamente estabelecido por ocasião do encerramento da coleta de dados. Contudo, dentre as mulheres que não participaram do segundo tempo das entrevistas, a maioria delas não se recusou a participar da pesquisa, mas não foram encontradas pelos contatos oferecidos dentro do prazo metodologicamente estabelecido. Ou seja, a participante não foi encontrada na sua residência nas ocasiões da visita ou ligação do entrevistador ou, ainda, estando sem tempo ou bastante atarefada, pediu ao entrevistador que voltasse a fazer novo contato.

Esse grupo de mulheres que não participaram do segundo tempo das entrevistas foi caracterizado quanto às variáveis sócio-demográficas, uso de risco de álcool e depressão na gestação. Comparando este grupo de mulheres com a amostra final, observou-se uma semelhança entre os grupos quanto às variáveis sócio-demográficas, exceto pela prática de religião. O grupo das mulheres que compõem a amostra final apresentaram maior frequência de prática religiosa. Talvez, ser praticante de religião possa denotar um maior envolvimento e comprometimento com as atividades estabelecidas. Além disso, o grupo que não participou do segundo tempo das entrevistas apresentou maior prevalência de uso de risco de álcool e de depressão na gestação. Talvez, a presença de depressão observada neste grupo possa ter dificultado a participação dessas mulheres no segundo tempo da entrevista devido às próprias características da depressão enquanto psicopatologia (anedonia, cansaço, desânimo). Já, quanto ao uso de risco de álcool, a não participação das mulheres no segundo tempo das entrevistas pode

refletir um receio em relatar novamente sobre o uso de álcool por vergonha ou estigmatização visto que estas conheciam os objetivos da pesquisa.

Com o objetivo de verificar a representatividade da amostra de 177 mulheres entrevistadas para este estudo com a população geral de Juiz de Fora/MG, foram selecionados alguns dados provenientes do censo demográfico do ano de 2000 realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). As amostras foram comparadas com relação ao rendimento mensal domiciliar, escolaridade e situação de emprego.

Quanto ao rendimento mensal domiciliar, 32,1% da população de Juiz Fora recebe até um salário mínimo. Na amostra de gestantes 28,8% tinham renda mensal familiar de até um salário mínimo. Com relação ao nível de escolaridade, a população de Juiz de Fora a partir de 10 anos de idade possui uma média de 7,2 anos de estudo, o que representaria o Ensino Fundamental incompleto. Na amostra de gestantes, 50,3% têm até doze anos de estudo, representando o Ensino Médio ou Técnico (completo ou incompleto). Os dados sobre a escolaridade média da população obtidos pelo IBGE consideram uma ampla faixa etária incluindo a população de idosos, o que, provavelmente, diminui de maneira geral a escolaridade da população. Já na amostra de mulheres após o parto a faixa etária das entrevistadas variou de 15 a 43 anos, com idade média de 26,3 anos de idade. A situação de emprego das gestantes na ocasião da primeira entrevista era de 43,4% de ativas. Em Juiz de Fora, o censo de 2000 identificou 47,8% de pessoas ocupadas acima de 10 anos de idade.

Levando em consideração os aspectos relacionados à renda familiar, escolaridade e situação de emprego, observou-se que a amostra de gestantes

parece corresponder às características sócio-demográficas da população de Juiz de Fora.

O uso de risco de álcool entre as gestantes de Juiz de Fora foi de 18,2% considerado pelo instrumento de rastreamento T-ACE. A versão utilizada deste instrumento foi a mesma versão utilizada por Fabbri, Furtado e Laprega (2007) que fez a validação do T-ACE para população de gestantes e encontrou uma prevalência de casos positivos de 22,1%. Outros estudos, realizados no Brasil, utilizando o mesmo instrumento rastrearam 20,7% (FREIRE et al., 2005) de gestantes com uso de risco de álcool e 24,1% em um estudo realizado em maternidades públicas do Rio de Janeiro com puérperas de baixa escolaridade e baixa a moderada renda familiar (MORAES; VIELLAS; REICHENHEIM, 2005).

Observa-se que dentre os estudos realizados no Brasil utilizando o T-ACE como medida de uso de risco de álcool na gestação, o presente estudo é o que apresentou menor prevalência de casos positivos. Por não haverem diferenças metodológicas relevantes entre os estudos citados acima, as amostras foram comparadas em relação às variáveis sócio-demográficas e ao tamanho amostral, como descrito nos resultados (Quadro 2).

Observou-se, no quadro 2, que os estudos com maior tamanho amostral encontraram maior prevalência de casos positivos no T-ACE (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007; MORAES; VIELLAS; REICHENHEIM, 2005). Amostras maiores podem aumentar as chances de detecção de diferenças reais (COZBY, 2003) e, neste sentido, obter prevalências mais próximas à realidade.

Com relação ao estado civil, Fabbri, Furtado e Laprega (2007) e Moraes, Viellas e Reichenheim (2005) apresentam uma maior porcentagem de mulheres casadas ou amasiadas. Estes estudos foram os que apresentaram maior prevalência

de casos positivos no T-ACE. Este é um dado peculiar, já que os resultados apresentados no presente estudo indicaram que 84,2% das mulheres casadas ou amasiadas não fizeram uso de risco de álcool pelo T-ACE. Kerr-Corrêa et al. (2006) em uma revisão de literatura também citam o casamento como tendo um efeito de proteção, diminuindo o uso de álcool entre as mulheres.

Quanto à escolaridade, embora Freire et al. (2005) não apresentem dados da escolaridade de sua amostra, Fabbri, Furtado e Laprega (2007) e Moraes, Viellas e Reichenheim (2005) apresentam amostras com menor escolaridade que a do estudo presente. Este dado faz sentido com o que foi apresentado na tabela 2 sobre dados sócio-demográficos e uso de álcool na gestação, sendo que os grupos positivos para o uso de álcool tendem a ser maiores à medida que diminui a escolaridade. Estes dados sugerem que a escolaridade pode ter um papel de proteção para o uso de álcool em gestantes.

A renda familiar mais baixa foi a deste estudo que apresentou também a menor prevalência de casos positivos para o T-ACE. Porém, embora Freire et al. (2005) não tenham apresentado dados sobre a renda familiar, os estudos de forma geral apresentam amostras de baixa renda o que torna as análises sobre esta variável inconclusivas.

A prevalência de praticantes de religião é maior neste estudo do que no estudo realizado por Fabbri, Furtado e Laprega (2007) o que pode ter influenciado na prevalência mais baixa de casos positivos para o T-ACE. Estes dados corroboram o fator de proteção que a religião pode exercer sobre o uso de álcool (KERR-CORRÊA et al., 2006).

A prevalência de depressão pós-parto obtida a partir do instrumento de rastreamento (EDPS) foi de 14,9%. Em amostras brasileiras, utilizando o EPDS,

foram encontrados índices de depressão pós-parto de 12% (DA-SILVA et al., 1998), 37,1% (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005) e 39,4% (RUSCHI et al., 2007). Moraes et al. (2006), utilizando a escala Hamilton, encontraram uma prevalência de 19,1% de depressão pós-parto também em amostra brasileira.

Segundo Bennett et al. (2004), as variações encontradas nos índices de depressão, como as observadas nos estudos citados anteriormente, podem ser explicadas pela metodologia utilizada. Diferenças metodológicas incluem (1) o instrumento utilizado por cada pesquisador para identificação da depressão e de sintomas depressivos, (2) variação do ponto de corte adotado pelos pesquisadores para os instrumentos utilizados, (3) período da avaliação para depressão e (4) diferenças na composição das amostras. O quadro 3, apresentado anteriormente, compara os estudos brasileiros com relação à diferenças metodológicas e sócio-demográficas.

Entre os estudos citados, Da-Silva et al. (1998) e Ruschi et al. (2007) adotaram a escala EPDS com ponto de corte maior ou igual a treze, enquanto Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) adotaram, para a mesma escala, ponto de corte maior ou igual a doze. No presente estudo, foi adotado o ponto de corte maior ou igual a dez. Por sua vez, Moraes et al. (2006) adotaram a escala Hamilton com ponto de corte maior ou igual a dezenove.

Quanto ao período da avaliação de sintomas depressivos após o parto, houve uma ampla variação entre os estudos. Neste estudo, as mães foram entrevistadas entre quinze dias e três meses após o parto. Moraes et al. (2006) entrevistaram mães entre trinta a quarenta e cinco dias depois do parto, Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) entre doze e dezesseis semanas, Da-Silva et al. (1998) no terceiro mês e Ruschi et al. (2007) entre trinta e um e cento e oitenta dias.

Segundo Gavin et al. (2005) existe uma tendência à diminuição de sintomas depressivos a medida que se afasta o período do parto. Entretanto, esta tendência não foi observada entre os estudos citados, uma vez que os períodos de avaliação se interpõem.

Com relação ao método de amostragem, observa-se que os estudos que recrutaram suas amostras em unidades básicas e regionais de saúde apresentaram uma prevalência de depressão pós-parto maior que os demais. O presente estudo, embora tenha adotado as unidades primárias e secundárias de saúde como meio de recrutamento, agregou uma maioria de gestantes da unidade secundária Instituto da Mulher, que recebe gestantes de vários bairros da cidade de Juiz de Fora. Além disso, o presente estudo também recrutou gestantes que participavam de grupos em instituições religiosas e que faziam acompanhamento pré-natal pelo SUS, o que possivelmente tenha diversificado um pouco mais a amostra. Neste sentido, amostras mais representativas da população pesquisada podem fornecer estimativas mais exatas da prevalência real de depressão pós-parto.

Quanto à composição das amostras, observamos que os estudos realizados no Brasil assemelharam-se com relação à idade média das mães, ao estado civil (maioria casadas ou amasiadas) e baixa renda familiar. Com relação à escolaridade, foram encontrados no presente estudo e no estudo de Moraes et al. (2006) uma maioria de mulheres com Ensino Médio (completo ou incompleto), enquanto no estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) e Ruschi et al. (2007) a maioria tinha o Ensino Fundamental (completo ou incompleto).

Por tudo isso, observamos que entre os estudos realizados no Brasil, a variação dos instrumentos utilizados, do ponto de corte adotado pelos pesquisadores, do período da avaliação para depressão pós-parto, e do perfil sócio-

demográfica das amostras, não foi suficiente para justificar as diferentes prevalências encontradas. É possível que a composição das amostras com relação ao método de amostragem e à presença de fatores culturais e de fatores de risco para depressão pós-parto possa ter influenciado nas prevalências de depressão pós-parto mencionadas nos estudos brasileiros.

Como vimos nos resultados, algumas variáveis sócio-econômicas podem estar relacionadas a um aumento de sintomas e/ou diagnóstico de depressão pós-parto, conforme se observou com as variáveis estado civil e renda familiar. Estudos sobre fatores de risco para depressão pós-parto encontraram que baixa renda familiar (BROWNE; SCOTT; SILVERS, 2006; CHANDRAN et al., 2002; HOROWITZ et al., 2005; MORAES et al., 2006) e ser solteira ou separada (ABOTT; WILLIAMS, 2006; ADEWUYA et al., 2005; HOMISH et al., 2004) estão relacionados a um aumento de sintomas e/ou diagnóstico de depressão no pós-parto.

Dentre os estudos realizados no Brasil e citados anteriormente, Moraes et al. (2006) encontraram que a prevalência de depressão pós-parto foi maior entre as mães de nível sócio-econômico mais baixo e de menor escolaridade, e Ruschi et al. (2007) encontraram uma associação significativa entre depressão pós-parto e o grau de instrução da puérpera sendo que quanto menor o grau de escolaridade da mãe, maior a prevalência de depressão pós-parto. Sendo assim, amostras compostas por mulheres que reúnam uma ou mais destas variáveis podem apresentar maior prevalência de depressão pós-parto.

A depressão diagnosticada durante a gestação atingiu 19,8% do total de gestantes (N=35). Bennet et al. (2004) em uma revisão de literatura apontam que as taxas de depressão na gestação obtidas de entrevistas estruturadas variam de 2 a 21% e acima de 38% em mulheres com baixo nível sócio-econômico.

Segundo Brockington (1998), a depressão na gestação não é menos comum que a depressão pós-parto e pode estar associada a uma vulnerabilidade geral para instabilidade emocional e doença psiquiátrica, estresse e falta de suporte social.

Da-Silva et al. (1998) em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro com mulheres de baixa renda relatam uma prevalência de 37,9% de depressão na gestação e 12% de depressão pós-parto utilizando o EPDS. Em amostra estrangeira, com mulheres de melhor nível sócio-econômico, Verkerk et al. (2005) também encontrou uma maior prevalência de depressão durante a gestação (12,6%) que no terceiro (10,8%), sexto (8,7%) e décimo segundo (7,2%) meses pós-parto, utilizando o EPDS e entrevista diagnóstica (RDC). Já Gavin et al. (2005) em uma meta-análise sobre a prevalência e incidência de depressão no período perinatal encontraram que a prevalência de depressão durante a gestação é similar à prevalência de depressão durante os três primeiros meses após o parto.

Nesta amostra, observamos que dentre as 35 mulheres que foram diagnosticadas com depressão na gestação, 17 (48,6%) mantiveram-se deprimidas no pós-parto e as outras 18 (51,4%) recuperaram-se espontaneamente, e dentre as 26 mães que tiveram diagnóstico de depressão no pós-parto, 17 (65,4%) já estavam deprimidas durante a gestação e as outras nove (34,6%) receberam este diagnóstico somente no pós-parto. O'Hara et al. (1991) descrevem associações significantes entre depressão na gestação e depressão pós-parto e sugere que esta associação pode refletir uma depressão crônica em algumas mulheres ou ainda a continuidade da depressão antes e depois do parto. A depressão na gestação é reconhecidamente um fator de risco para depressão pós-parto (LEE; CHUNG, 2007).

Porém, entre as 18 mulheres que se recuperaram após o parto (51,4%), observou-se que nenhuma delas foi submetida a qualquer forma de tratamento psicoterapêutico. Segundo O'Hara et al. (1991), outros estudos reportaram resultados semelhantes, sugerindo que muitas mulheres que tiveram depressão na gestação não tiveram depressão pós-parto. Brockington (1998) relata que há casos em que a depressão na gestação está associada ao estado gravídico e que, nestes casos, foi observada uma melhora do quadro depressivo imediatamente após o parto ou aborto.

Para estas 18 mães que estavam deprimidas na gestação e se recuperaram espontaneamente, ter tido depressão na gestação não foi um fator de risco para depressão pós-parto. Esta trajetória chama a atenção para a existência de fatores de proteção que possam ter atuado na melhora desses casos.

Por outro lado, dentre as mães com diagnóstico de depressão pós-parto, 34,6% (N=9) não estavam deprimidas na gestação. Nestes casos, alguns fatores de risco poderiam estar envolvidos, especialmente aqueles com início após o parto, tais como preferência pelo sexo do bebê (ADEWUYA et al., 2005; MORAES et al., 2006), fadiga pós-parto (CORWIN et al., 2005), estresse pós-parto (CORWIN et al., 2005; LEUNG; MARTINSON; ARTHUR, 2005), problemas com o parto ou com a saúde da mãe e do bebê (ADEWUYA et al., 2005; AYDIN; INANDI; KARABULUT, 2005; LATORRE-LATORRE; CONTRERAS-PEZZOTI; HERRAN-FALLA, 2006), baixo suporte social no pós-parto (HO-YEN et al., 2007; LEUNG; MARTINSON; ARTHUR, 2005), prejuízo de sono (HUANG; CARTER; GUO, 2004), problemas com amamentação (LATORRE-LATORRE; CONTRERAS-PEZZOTI; HERRAN-FALLA, 2006), entre outros. Estes fatores de risco descritos na literatura não foram analisados aqui por não fazer parte do escopo de objetivos do presente estudo.

Em relação ao objetivo central deste estudo que foi verificar se o consumo de álcool em gestantes está relacionado a um aumento de sintomas depressivos e/ou ao diagnóstico de depressão no pós-parto, observou-se que as duas variáveis se relacionaram. O aumento do consumo de álcool (medido pelo total do AUDIT C e pelo total em gramas de álcool consumido durante toda a gestação) foi relacionado a um aumento de sintomatologia depressiva (medido pelo EPDS).

Embora tenha sido observada uma maior média de pontuação para a escala de depressão pós-parto (EPDS) nos grupos de mulheres com uso de risco de álcool medido pelo T-ACE, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Contudo amostras maiores, com menor variação de desvio padrão, poderão confirmar tal diferença estatística, visto que os índices de significância demonstraram esta tendência.

O uso de risco de álcool (medido pelo T-ACE) não foi associado à presença de diagnóstico de Episódio Depressivo Maior após o parto, embora tenha mostrado um risco aumentado para tal. Já a presença de pelo menos um *binge* alcoólico durante a gestação mostrou um risco aproximadamente duas vezes maior para o diagnóstico de depressão pós-parto.

Outros estudos que investigaram o uso de álcool e depressão pós-parto encontraram que essas variáveis estão relacionadas (BARNET et al., 1995, HOMISH et al., 2004; PAJULO et al., 2001b). Contudo, Barnet et al. (1995) mediu o uso de álcool no quarto mês após o parto, quando encontrou uma associação com sintomas depressivos. Além disso, Barnet et al. (1995) utilizou uma amostra de gestantes adolescentes.

Já Pajulo et al. (2001b) utilizou uma amostra de gestantes em tratamento para abuso de álcool e drogas e comparou os escores de depressão pós-parto

destas gestantes com os escores de um grupo controle. Enquanto Homish et al. (2004), comparou o uso de álcool na gestação com a comorbidade depressão pós-parto e uso de álcool.

Os resultados permitem inferir que a medida que aumenta o padrão de uso de álcool em frequência e quantidade de uso aumentam os sintomas de depressão pós-parto (quantidade e intensidade) e a prevalência de diagnóstico de depressão pós-parto. Porém, sabe-se que outras variáveis podem estar envolvidas para este desfecho. Além disso, muitas gestantes que apresentaram depressão pós-parto já estavam deprimidas durante a gestação e a depressão na gestação também esteve associada ao uso de álcool.

Durante a gestação, houve uma maior prevalência de mulheres com diagnóstico de Episódio Depressivo Maior no grupo das gestantes com uso de risco de álcool. Estudos que investigaram concomitantemente sintomas depressivos e uso de álcool durante a gestação também encontraram uma associação semelhante (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005, ZUCKERMAN et al., 1989).

Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) verificaram que entre gestantes com diagnóstico de uso nocivo ou dependência de álcool havia maior intensidade de sintomas depressivos se comparado às gestantes sem problemas com uso de álcool. Zucherman et al. (1989) encontraram que sintomas depressivos durante a gestação estavam associados à maior frequência de uso de álcool. Já outros estudos relacionaram depressão passada com uso de álcool na gestação, ou ainda dependência de álcool passada com depressão na gestação (HORRIGAN; SCHROEDER; SCHAFFER, 2000; PAJULO et al., 2001a).

Uma questão interessante que pode ser levantada a partir dos resultados apresentados neste estudo e nos estudos anteriormente citados, refere-se à

presença de vulnerabilidades e fatores de risco que possam estar presentes e permitam que o uso de álcool e depressão durante a gestação e no pós-parto possam estar relacionados. Esta reflexão permite ainda concluir que as intervenções adotadas para mudança de hábitos em população de gestantes devem abarcar questões relacionadas ao humor, especialmente sintomas depressivos, dentre outros fatores de risco e vulnerabilidades presentes que possam ter importantes implicações clínicas para a saúde da mãe e do bebê.

Os dados apresentados permitem concluir que existe um aumento de sintomatologia depressiva no pós-parto à medida que aumenta o uso de álcool durante a gestação. Não podemos concluir que exista um aumento estatisticamente significativo da prevalência de diagnóstico de depressão no pós-parto para as mães que fizeram uso de risco de álcool, mas sim para aquelas que tiveram pelo menos um *binge* alcoólico. Além disso, as chances de se ter um diagnóstico de Episódio Depressivo Maior, para as mulheres que fizeram uso de risco de álcool ou tiveram pelo menos um *binge* alcoólico durante a gestação, é maior para as gestantes que para as mães após o parto.

Dentre os limites do estudo destacam-se: a dificuldade de generalização dos resultados, uma vez que, embora a amostra possa ser representativa da população de Juiz de Fora, não foi realizado um estudo de levantamento populacional, o tamanho amostral não foi suficiente para detectar diferenças estatísticas significantes entre as médias dos grupos positivo e negativo para uso de risco de álcool. Além disso, as prevalências de depressão pós-parto, depressão na gestação e uso de risco de álcool podem estar subestimadas considerando que as prevalências de depressão na gestação e de uso de risco de álcool foram superiores

no grupo de mulheres que não participaram do segundo tempo das entrevistas comparado à amostra final.

Futuros trabalhos poderiam avaliar o uso de álcool como um fator de risco para depressão pós-parto num modelo que também avaliasse a depressão na gestação, variáveis sócio-demográficas, especialmente renda e estado civil, além de outros fatores conhecidamente associados à depressão pós-parto como, por exemplo, estresse e suporte social. Além disso, a avaliação de fatores de proteção para depressão pós-parto também teria muito a acrescentar uma vez que auxiliaria na elaboração de estratégias de prevenção para este transtorno.

6.0 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBOTT, M. W.; WILLIAMS, M. M. Postnatal depressive symptoms among Pacific mothers in Auckland: prevalence and risk factors. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 40, n. 3, p. 230-238, mar. 2006.
- ABELARDINO, V. Transtornos depressivos x Dependência de Álcool e outras substâncias. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, Suplemento, p. 32-34, dez. 2004.
- ADEWUYA, A. O.; FATOYE, F. O.; OLA, B. A.; IJAODOLA, O. R.; IBIGBAMI, S. M. Sociodemographic and obstetric risk factors for postpartum depressive symptoms in Nigerian women. **Journal of Psychiatry Practice**, v. 11, n. 5, p. 353-358, sep. 2005.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-related Neurodevelopmental Disorders. **Pediatrics**, v. 106, n. 2, p. 358-361, 2000.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106-115, set. 2000.
- AYDIN, N.; INANDI, T.; KARABULUT, N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. **Women and Health**, v. 41, n. 2, p. 1-12, 2005.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J. B.; MONTEIRO, M. G. AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool - Roteiro para Uso em Atenção Primária. **Organização Mundial de Saúde** – Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003.
- BARNET, B.; DUGGAN, A. K.; WILSON, M. D.; JOFFE, A. Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers. **Pediatrics**, v. 96, n. 4 (Pt I), p. 659-666, oct. 1995.
- BENNETT, H. A.; EINARSON, A.; TADDIO, A.; KOREN, G.; EINARSON, T. R. Depression during Pregnancy: Overview of Clinical Factors. **Clinical Drug Investigation**, v. 24, n. 3, p. 157-179, 2004.
- BROCKINGTON, I. F. Pregnancy and mental health. In: _____. **Motherhood and Mental Health**. Oxford: Oxford University Press, 1998. p. 61-134.

- _____. *. A portfolio of postpartum disorders. In: _____. **Motherhood and Mental Health**. Oxford: Oxford University Press, 1998. p. 135-199.
- BROWNE, J. C.; SCOTT, K. M.; SILVERS, K. M. Fish consumption in pregnancy and omega-3 status after birth are not associated with postnatal depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 90, n. 2-3, p. 131-139, Feb. 2006.
- CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, É.; RENNÓ, J. R. Transtornos Psiquiátricos na gestação e puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.
- CHANDRAN, M.; THARYAN, P.; MULIYIL, J.; ABRAHAM, S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. **The British Journal of Psychiatry**, v. 181, p. 499-504, Dec. 2002.
- CORWIN, E. J.; BROWNSTEAD, J.; BARTON, N.; HECKARD, S.; MORIN, K. The impact of fatigue on the development of postpartum depression. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing**, v. 34, n. 5, p. 577-586, Sep-Oct. 2005.
- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, v. 150, p.782-786, 1987.
- COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. Tradução Paula Inês Cunha Gomide. São Paulo: Atlas, 2003. 454 p.
- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 4, p. 181-8, 2005.
- DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia**. Porto Alegre: ArtMed – Bookman, 2006.
- DA-SILVA, V. A.; MORAES-SANTOS, A. R.; CARVALHO, M. S.; MARTINS, M. L. P.; TEIXEIRA, N. A. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 31, p. 799-804, 1998.
- DAWSON, D. A.; GRANT, B. F.; STINSON, F. S.; ZHOU, Y. Effectiveness of the Derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in Screening for

- Alcohol Use Disorders and Risk Drinking in the US General Population. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 29, n. 5, p. 844-854, 2005.
- EATON, W. W.; KALAYDJIAN, A.; SCHARFSTEIN, D. O.; MEZUK, B.; DING, Y. Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981–2004. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 116, p. 182–188, 2007.
- 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.
- 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.
- FURTADO, E. F. Dependência química e psiquiatria infanto-juvenil: um desafio atual. In: **Cidadania e Direito à Saúde Mental - ABP**. São Paulo: Frôntis Editorial, 1990. p. 147-155.
- GAVIN, N. I.; GAYNES, B. N., LOHR, K. N., Meltzer-Brody, S.; Gartlehner, G.; Swinson, T. Perinatal Depression: A systematic review of prevalence and incidence. **Obstetrics & Gynecology**, v. 106, n. 5, p. 1071-1083, nov, 2005.
- GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004**. São Paulo: CEBRID, 2005.
- GALLEGO, C. F. Cálculo del tamaño de la muestra. **Matronas Profesión**, v. 5, n. 18, p. 5-13, 2004.
- HOMISH, G. G.; CORNELIUS, J. R.; RICHARDSON, G. A.; DAY, N. L. Antenatal risk factors associated with postpartum comorbid alcohol use and depressive symptomatology. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 28, n. 8, p. 1242-1248, Aug. 2004.
- HOROWITZ, J. A.; DAMATO, E. G.; DUFFY, M. E.; SOLON, L. The relationship of maternal attributes, resources, and perceptions of postpartum experiences to depression. **Research in nursing & health**, v. 28, n. 2, p. 159-171, Apr. 2005.

- HORRIGAN, T. J.; SCHROEDER, A. V.; SCHAFFER, R. M. The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 18, n. 1, p. 55-58, 2000.
- HO-YEN, S. D.; BONDEVIK, G.T.; EBERHARD-GRAN, M.; BJORVATN, B. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 86, n. 3, p. 291-297, 2007.
- HUANG, C. M.; CARTER, P. A.; GUO, J. L. A comparison of sleep and daytime sleepiness in depressed and non-depressed mothers during the early postpartum period. **Journal of Nursing Research**, v. 12, n. 4, p. 287-296, Dec. 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 14/02/2008.
- JADRESIC, E. M.; JARA, C. V.; MIRANDA, M.; ARRAU, B.; ARAYA, R. B. Transtornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**, v. 30, p. 99-106, 1992.
- JADRESIC, E.M.; ARAYA, R.B. Prevalência de depressión postparto y factores asociados em Santiago, Chile. **Revista Médica de Chile**, v. 123, p. 694-699, 1995.
- JADRESIC, E. M.; JARÁ, C. V.; ARAYA, R. B. Depresión em el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. **Acta psiquiátrica y psicológica de América latina**, v. 39, n. 1, p. 63-74, 1992.
- KAUP, Z. O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 9, p. 575-580, 2001.
- KELLY, R. H.; ZATZICK, D.; ANDERS, T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 2, p. 213-219, 2001.
- KERR-CORRÊA, F.; IGAMI, T. Z.; HIROCE, V.; TUCCI, A. M. Patterns of alcohol use between genders: A cross-cultural evaluation. **Journal of Affective Disorders**, v. 102, n. 1-3, p. 265-275, 2006.
- KITAMURA, T.; YOSHIDA, K.; OKANO, T.; KINOSHITA, K.; HAYASHI, M.; TOYODA, N.; ITO, M.; KUDO, N.; TADA, K.; KANAZAWA, K.; SAKUMOTO,

- K.; SATOH, S.; FURUKAWA, T.; NAKANO, H. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. **Archives of Women's Mental Health**, v. 9, n. 3, p. 121-30, May. 2006.
- LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M.; RATTO, L. Comorbidades Psiquiátricas: uma visão Global. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**. Suplemento, p. 5-9, dez. 2004.
- LATORRE-LATORRE, J. F.; CONTRERAS-PEZZOTTI, L. M.; HERRAN-FALLA, O. F. Postnatal depression in a Colombian city. Risk factors. **Atención Primaria**, v. 37, n. 6, p. 332-338, Apr. 2006.
- LEE, D. T.; CHUNG, T. K. Postnatal Depression: an update. **Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 21, n. 2, p. 183-191, 2007.
- LEE, D. T.; YIP, A. S.; LEUNG, T. Y.; CHUNG, T. K. Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. **British Journal of Psychiatry**, v. 184, p. 34-40, Jan. 2004.
- LEUNG, S. S.; MARTINSON, I. M.; ARTHUR, D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. **Research in nursing & health**, v. 28, n. 1, p. 27-38, Feb. 2005.
- MARTINEZ-SCHALLMOSER, L.; TELLEEN, S.; MACMULLEN, N. J. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. **Journal of transcultural nursing**, v. 14, n. 4, p. 329-38, Oct. 2003.
- MORAES, C. L.; VIELLAS, E.F.; REICHENHEIM, M.E. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 66, n. 2, p. 165-173, 2005.
- MORAES, I. G. S.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; HORTA, B. L.; SOUSA, P. L. R.; FARIA, A. D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 65-70, Fev. 2006.
- NOELEN-HOEKSEMA, S. Epidemiology and Theories of Gender Differences in Unipolar Depression. In: SEEMAN, M.V. **Gender and Psychopathology**. Washington, DC. London, England: American Psychiatric Press Inc., 1995. p. 63-87.

- O'HARA, M.; SCHLECHTE, J. A.; LEWIS, D. A.; VARNER, M. W. Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Psychological, Environmental, and Hormonal Variables. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 100, n. 1, p. 63-73, 1991.
- O'HARA, M. W.; SWAIN, A. M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. **International Review of Psychiatry**, v. 8, p. 37-54, 1996.
- OLSHANSKY, E.; SEREIKA, S. The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women: a focus on depression. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 19, n. 6, p. 273-80, dec. 2005.
- PAJULO, M.; SAVONLAHTI, E.; SOURANDER, A.; AHLQVIST, S.; HELENIUS, H.; PIHA, J. An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 20, n. 2, p. 143-151, 2001(b).
- PAJULO, M.; SAVONLAHTI, E.; SOURANDER, A.; HELENIUS, H.; PIHA, J. Antenatal depression, substance dependency and social support. **Journal of Affective Disorders**, v. 65, p. 9-17, 2001(a).
- 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.
- RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- RUSCHI, G. E. C.; SUN, S. Y.; MATTAR, R.; FILHO, A. C.; ZANDONADE, E.; LIMA, V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**; v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.
- SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. F.; BARROS, A. J. D.; BOTELHO, I. P.; LAPOLLI, C.; MAGALHÃES, P. V. S.; BARBOSA, A. P. P. N.; BARROS, F. C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007.
- SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/index.html>

- SHAW, J.; KENNEDY, S. H.; JOFFE, R. T. Gender Differences in Mood Disorders – A clinical focus. In: SEEMAN, M. V. **Gender and Psychopathology**. Washington, DC. London, England: American Psychiatric Press Inc., 1995, p. 89-111.
- SHEEHAN, D. et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, suppl 20, p. 22-33, 1998.
- SOKOL, R. J.; MARTIER, S. S.; AGER, J. W. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk–drinking. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 160, n. 4, p. 863-868, 1989.
- STEIN, M. D.; CYR, M. G. Women and substance abuse. **Medical Clinics of North America**, v. 81, n. 4, p. 979-998, 1997.
- VERKERK, G. J.; DENOLLET, J.; VAN HECK, G. L.; VAN SON, M. J.; POP, V. J. Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. **Psychosomatic Medicine**, v. 67, p. 632–637, 2005.
- WILSNACK, R. W.; WILSNACK, S. C.; KLASSEN, A. D. Retrospective analysis of lifetime changes in women’s drinking behavior. **Advances in Alcohol & Substance Abuse**, v. 5, p. 9-28, 1986.
- ZUCKERMAN, B.; AMARO, H.; BAUCHNER, H.; CABRAL, H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviours. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 160, n. 5, p. 1107-1111, 1989.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA PARTICIPANTES MAIORES DE 18 ANOS)****PESQUISA:**

Estudo Longitudinal sobre Uso de Álcool e Aspectos Psicossociais entre Gestantes

Informações à participante:

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o uso de álcool e aspectos psicossociais durante a gestação e no puerpério, através de entrevistas e de consulta ao prontuário de gestantes da rede de Saúde Pública de Juiz de Fora.

A sua participação como voluntária não lhe trará nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, nem a envolverá em quaisquer riscos ou despesas.

As informações obtidas serão tratadas de forma confidencial. Serão garantidos o sigilo e a privacidade, sendo que os resultados serão destinados somente a análises para pesquisa, sem citar os nomes das participantes.

Sua participação é muito importante para que a pesquisa tenha sucesso, e não lhe trará nenhum risco ou desvantagem. No entanto, se se sentir constrangida, você terá o direito de se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Durante a entrevista, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que por acaso lhe causar algum constrangimento.

Este Termo será assinado em 02 (duas) vias, ficando uma com a participante e outra com o pesquisador responsável.

A minha assinatura abaixo indica que concordo com este termo, concordo em participar como voluntária desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Participante: _____

Doc. Identidade: _____ Tel: _____

Endereço: _____

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani - R. Prof. Benjamin Colucci, 115/302. Tel: 8822-2933.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFJF:

Pró-Reitoria de Pesquisa - Campus Universitário UFJF. Juiz de Fora - MG.
Telefone: 032-3229-3784 (func. segunda a sexta-feira, das 8h às 12h).

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(para participantes menores de 18 anos)**
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA PARTICIPANTES MENORES DE 18 ANOS)**

PESQUISA: Estudo Longitudinal sobre Uso de Álcool e Aspectos Psicossociais entre Gestantes

Informações ao responsável legal pela participante:

A gestante sob sua responsabilidade está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o uso de álcool e aspectos psicossociais durante a gestação e no puerpério, através de entrevistas e de consulta ao prontuário de gestantes da Rede de Saúde Pública de Juiz de Fora.

A participação como voluntária não trará a ela nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, nem a envolverá em quaisquer ou riscos ou despesas.

As informações obtidas serão tratadas de forma confidencial. Serão garantidos o sigilo e a privacidade, sendo que os resultados serão destinados somente a análises para pesquisa, sem citar os nomes das participantes.

Sua participação é muito importante para que a pesquisa tenha sucesso, e não lhe trará nenhum risco ou desvantagem. No entanto, se se sentir constrangida, a participante terá o direito de se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Durante a entrevista, ela poderá se recusar a responder qualquer pergunta que por acaso lhe causar algum constrangimento.

Este Termo será assinado em 02 (duas) vias, ficando uma com o responsável legal pela participante e outra com o pesquisador responsável.

A minha assinatura abaixo indica que concordo com este termo, e autorizo a gestante sob minha responsabilidade a participar como voluntária desta pesquisa, dando meu consentimento.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Participante: _____

Doc. Identidade: _____ Tel: _____

Endereço: _____

Responsável legal: _____

Doc. Identidade: _____ Tel: _____

Endereço: _____

Assinatura do responsável legal: _____

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani - R. Prof. Benjamin Colucci, 115/302. Tel: 8822-2933.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFJF:

Pró-Reitoria de Pesquisa - Campus Universitário UFJF. Juiz de Fora - MG.

Telefone: 032-3229-3784 (func. segunda a sexta-feira, das 8h às 12h).

APÊNDICE C – Questionário de pesquisa (primeiro tempo de coleta de dados)**ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE USO DE ÁLCOOL E
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS ENTRE GESTANTES****FICHA DE REGISTRO DE DADOS****1ª Fase - Gestantes no 3º Trimestre de Gravidez****I- Identificação da paciente:**

Nº Registro: _____ Local da Entrevista: _____ Nº Prontuário: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Telefone de conhecido: _____

Nome do responsável: _____

Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

Local previsto da consulta de puerpério: _____ Previsão parto: ____ / ____ / ____

II - Dados sócio-demográficos:

1. Idade: _____ anos

2. Biotipo e cútis (*autodefinição*): (1) branca (2) negra (3) mestiça/mulata
(4) asiática

3. Estado civil: (1) casado/amasiado (2) solteiro/separado (3) viúvo (4) outro

4. Escolaridade: (1) nenhuma (2) até 4 anos – Ensino Básico
(3) até 8 anos – Ensino Fundamental (4) até 12 anos – Ensino Médio/Técnico
(5) acima de 12 anos – Superior Anos c/ Repetência: _____5. Escolaridade do pai/responsável paterno: (1) nenhuma (2) Ensino Básico
(3) Ensino Fundamental (4) Ensino Médio/Técnico (5) Superior (6) Não sabe6. Escolaridade da mãe/responsável materna: (1) nenhuma (2) Ensino Básico
(3) Ensino Fundamental (4) Ensino Médio/Técnico (5) Superior (6) Não sabe7. Emprego: Última Profissão exercida: _____
Situação de emprego: (1) ativo (2) inativo (3) do lar
(4) estudante (5) aposentado (6) licença maternidade/ tratamento8. Nível de renda familiar: (1) até 1 S.M. (2) até 5 S.M. (3) até 10 S.M.
(4) acima de 10 S.M.

9. Religião:

- (1) católica () praticante
 (2) protestante tradicional () praticante
 (3) protestante pentecostal ou neo-pentecostal () praticante
 (4) testemunha de Jeová () praticante
 (5) espírita kardecista () praticante
 (6) religiões afrobrasileiras () praticante
 (7) cultos asiáticos () praticante
 (8) outras: _____ () praticante
 (9) sem religião

III- Dados do prontuário da paciente:

1. Número de gestações anteriores: Totais: _____ Para: _____ Abortos: _____
2. Partos: Vaginais (hospitalares): _____ Cesáreas: _____ Domiciliares: _____
3. Óbitos: Natimortos: _____ Óbitos na 1ª semana: _____ Óbitos após a 1ª semana: _____
4. Data da última menstruação: _____
5. Houve registro de uso de álcool? (1) Sim (2) Não
 Padrão de uso: _____
 Período de uso: _____
6. Houve registro de antecedentes familiares relacionados a álcool/drogas?
 (1) Sim (2) Não
7. Houve indicação de algum tratamento específico para transtorno relacionado ao álcool?
 (1) Sim (2) Não
8. Houve registro de consumo de tabágicos? (1) Sim (2) Não
 Padrão de uso: _____
 Período de uso: _____
9. Houve registro de uso de drogas ilícitas? (1) Sim (2) Não

Drogas relacionadas	Padrão de uso	Período de uso

10. Há intercorrências nesta gestação? (1) Sim (2) Não
 Quais? _____

IV- Dados colhidos da Gestante:

1. Número de gestações anteriores: Totais: _____ Para: _____ Abortos: _____
2. Partos: Vaginais (hospitalares): _____ Cesáreas: _____ Domiciliares: _____

3. Óbitos: Natimortos: _____ Óbitos na 1ª semana: _____ Óbitos após a 1ª semana: _____

4. Data da última menstruação: _____ (mês/ano)

5. Idade na ocasião da primeira gestação: _____ anos

6. Quantas semanas da gestação atual? _____

7. Qual o seu peso no início da gravidez? _____ kg

8. Qual o seu peso atual? _____ kg

9. A Sra. faz tratamento para algum problema de saúde ? (1) Sim (2) Não

Que problemas de saúde?

10. A Sra. faz tratamento psiquiátrico ou psicoterapêutico? (1) Sim (2) Não

Faz uso de algum medicamento psiquiátrico prescrito pelo médico? _____

11. Liste as doenças ou hábitos dos seus familiares mais próximos:

Parentesco	Doenças	Álcool(A), Drogas (D), Fumo (F)
Pai		
Mãe		
Irmãos		
Esposo(a)		
Filhos		
Outros		

12. A Sra. fuma atualmente? (somente tabaco - exemplificar, se necessário)

(1) Sim (2) Não

13. Período da gestação e padrão de consumo de cigarros por dia:

1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre

14. A Sra. consome alguma bebida alcoólica? (exemplificar, se necessário)

(1) Sim (2) Não

15. Período da gestação e padrão de consumo de doses de álcool por semana:

1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre

16. A Sra. usa alguma outra substância psicoativa? (exemplificar, se necessário)

(1) Sim (2) Não

17. Período da gestação e padrão de consumo de substâncias por semana:

1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre

APÊNDICE D - Questionário de pesquisa (segundo tempo de coleta de dados)

ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE USO DE ÁLCOOL E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS ENTRE GESTANTES



FICHA DE REGISTRO DE DADOS

2ª Fase - Gestantes no Puerpério

I- Identificação da paciente:

Nº Registro: _____ Local da Entrevista: _____ Nº Prontuário: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Nome do responsável: _____

Entrevistador: _____ Data: ___ / ___ / ___ Local do parto: _____

II- Dados do prontuário da paciente:

1. Parto: (1) Espontâneo (2) Eletivo ou Induzido (3) Epsiotomia
(1) Normal (2) Cesárea (3) Fórceps

Intercorrências: _____

2. Recém-nascido: (1) Vivo (2) Morto

Peso: _____ g Comprimento: _____ cm

Apgar 1': _____ Apgar 5': _____

Patologias: (1) Sim _____

(2) Não

Malformações: (1) Sim _____

(2) Não

3. Condição da criança na data da 1ª consulta de puerpério:

(1) Boa (2) Doente (3) Óbito

III- Dados colhidos da Gestante:

1. A Sra. fuma atualmente? (*somente tabaco - exemplificar, se necessário*)

(1) Sim (2) Não

Padrão de consumo de cigarros por dia: _____

2. A Sra. consome alguma bebida alcoólica? (*exemplificar, se necessário*)

(1) Sim (2) Não

Padrão de consumo de álcool em doses por semana: _____

3. A Sra. usa alguma outra substância psicoativa? (*exemplificar, se necessário*)

(1) Sim (2) Não

Padrão de consumo de substâncias por semana: _____

ANEXO A - Avaliação do consumo de risco de álcool (T-ACE)

T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye opener)

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”? (Avaliar conforme nº de drinques-padrão)

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

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) (0) Não (1) Sim

Tem trabalhado durante a gravidez? _____

Quais atividades você faz para descansar/relaxar? _____

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

(0) Não (1) Sim

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)? (0) Não (1) Sim

Pontos obtidos no T-ACE: _____

ANEXO B - Avaliação do consumo de risco de álcool (AUDIT C)

AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-C*)

Perguntas	0	1	2	3	4
1 – Com que frequência você toma bebida alcoólica?	Nunca (vá p/ questões 9-10)	Mensal- mente ou menos	De 2 a 4 vezes por mês	De 2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7, 8 ou 9	10 ou mais
3 – Com que frequência você toma “cinco ou mais doses” de uma vez?	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensal- mente	Semanal- mente	Todos ou quase todos os dias
Total					

ANEXO C - Avaliação da depressão pós-parto (EPDS)

EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*)

Nos últimos sete dias

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- 0-Como eu sempre fiz.
- 1-Não tanto quanto antes.
- 2-Sem dúvida menos que antes.
- 3-De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- 0-Como sempre senti.
- 1-Talvez menos do que antes.
- 2-Com certeza menos.
- 3-De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- 3-Sim, na maioria das vezes.
- 2-Sim, algumas vezes.
- 1-Não muitas vezes.
- 0-Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- 0-Não, de maneira alguma.
- 1-Pouquíssimas vezes.
- 2-Sim, algumas vezes.
- 3-Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- 3-Sim, muitas vezes.
- 2-Sim, algumas vezes.
- 1-Não muitas vezes.
- 0-Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- 3-Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- 2-Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- 1-Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- 0-Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

- 3-Sim, na maioria das vezes.
- 2-Sim, algumas vezes.
- 1-Não muitas vezes.
- 0-Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- 3-Sim, na maioria das vezes.
- 2-Sim, muitas vezes.
- 1-Não muitas vezes.
- 0-Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- 3-Sim, quase todo o tempo.
- 2-Sim, muitas vezes.
- 1-De vez em quando.
- 0-Não, nenhuma vez.

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- 3-Sim, muitas vezes, ultimamente.
- 2-Algumas vezes nos últimos dias.
- 1-Pouquíssimas vezes, ultimamente
- 0-Nenhuma vez.

ANEXO D - Avaliação da depressão pós-parto (MINI)

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (M.I.N.I.)

↗ : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	(0) NÃO	(1) SIM
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	(0) NÃO	(1) SIM
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	↗	(1) SIM
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:		
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	(0) NÃO	(1) SIM
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	(0) NÃO	(1) SIM
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	(0) NÃO	(1) SIM
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	(0) NÃO	(1) SIM
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	(0) NÃO	(1) SIM
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	(0) NÃO	(1) SIM
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO")	(0) NÃO	(1) SIM
	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL		
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:		
A5 a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos (SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g)?	↗	(1) SIM
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	(0) NÃO	(1) SIM
	A5b É COTADA SIM?	(0) NÃO	(1) SIM
	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO		

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ? Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	(0) NÃO	(1) SIM
b	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?	(0) NÃO	(1) SIM
	A6a <u>OU</u> A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:			
A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	(0) NÃO	(1) SIM
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	(0) NÃO	(1) SIM
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	(0) NÃO	(1) SIM
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	(0) NÃO	(1) SIM
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	(0) NÃO	(1) SIM
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?	(0) NÃO	(1) SIM
		EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses?	(0) NÃO	→ (1) SIM
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:		
a	O seu apetite mudou de forma significativa?	(0) NÃO	(1) SIM
b	Tem problemas de sono ou dorme demais?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Sente-se cansado ou sem energia?	(0) NÃO	(1) SIM
d	Perdeu a auto-confiança?	(0) NÃO	(1) SIM
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões?	(0) NÃO	(1) SIM
f	Sente-se sem esperança?	(0) NÃO	(1) SIM
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ (0) NÃO	(1) SIM
B4	Esses problemas causam-lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes?	→ (0) NÃO	(1) SIM
	B4 É COTADA SIM?	(0) NÃO	(1) SIM
		DISTIMIA ATUAL	

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?		(0) NÃO	(1) SIM
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a)?		(0) NÃO	(1) SIM
C3	Pensou em suicidar-se ?		(0) NÃO	(1) SIM
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?		(0) NÃO	(1) SIM
C5	Tentou o suicídio ?		(0) NÃO	(1) SIM
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?		(0) NÃO	(1) SIM
	HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ? SE SIM , ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO: C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO		(0) NÃO	(1) SIM
			RISCO DE SUICÍDIO ATUAL (1) LEVE (2) MODERADO (3) ELEVADO	

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual? NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL. SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: “Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).”	(0) NÃO	(1) SIM
b	SE “ SIM ” Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	(0) NÃO	(1) SIM
D2 a	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.	(0) NÃO	(1) SIM
b	SE “ SIM ” Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	(0) NÃO	(1) SIM
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
D3	SE D1b OU D2b = “ SIM ”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “ NÃO ”: EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE		
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :		
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	(0) NÃO	(1) SIM
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono)?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a)?	(0) NÃO	(1) SIM
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?	(0) NÃO	(1) SIM
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?	(0) NÃO	(1) SIM
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa?	(0) NÃO	(1) SIM
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	(0) NÃO	(1) SIM
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM D3 OU 4 SE D1a = “ NÃO ” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “ NÃO ” (EPISÓDIO ATUAL)?	→ (0) NÃO	(1) SIM
D4	Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais, ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	(0) NÃO	(1) SIM
	D4 É COTADA “NÃO” ? SE SIM , ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO	(0) NÃO	(1) SIM EPISÓDIO HIPOMANÍACO (1) Atual (2) Passado
	D4 É COTADA “SIM” ? SE SIM , ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO	(0) NÃO	(1) SIM EPISÓDIO MANÍACO (1) Atual (2) Passado

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	(0) NÃO	(1) SIM
	SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.		
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis provocasse/ sem motivo ?	(0) NÃO	(1) SIM
	SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.		
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	(0) NÃO	(1) SIM
	SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.		
E4	Durante a crise em que se sentiu pior:		
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	(0) NÃO	(1) SIM
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	(0) NÃO	(1) SIM
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	(0) NÃO	(1) SIM
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	(0) NÃO	(1) SIM
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	(0) NÃO	(1) SIM
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	(0) NÃO	(1) SIM
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	(0) NÃO	(1) SIM
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	(0) NÃO	(1) SIM
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	(0) NÃO	(1) SIM
k	Tinha medo de morrer ?	(0) NÃO	(1) SIM
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	(0) NÃO	(1) SIM
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	(0) NÃO	(1) SIM
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4 ?	(0) NÃO	(1) SIM Transtorno de Pânico Vida inteira
	SE E5 = “NÃO”, PASSAR a E7.		
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	(0) NÃO	(1) SIM Transtorno de Pânico Atual
	SE E6 = “SIM”, PASSAR A F1.		
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	(0) NÃO	(1) SIM Ataques Pobres em Sintomas Vida Inteira

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	(0) NÃO	(1) SIM
	SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.		
F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	(0) NÃO	(1) SIM
		Agorafobia Atual	
	F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO” e E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?	(0) NÃO	(1) SIM
		TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	
	F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM” e E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?	(0) NÃO	(1) SIM
		TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	
	F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM” e E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?	(0) NÃO	(1) SIM
		AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	(0) NÃO	(1) SIM
	G4 É COTADA “SIM” ?	(0) NÃO	(1) SIM
		FOBIA SOCIAL ATUAL	

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas? Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.	(0) NÃO	(1) SIM
	SE H1 = "NÃO", PASSAR A H4.		
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas?	(0) NÃO	(1) SIM
	SE H2 = "NÃO", PASSAR A H4		
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior?	(0) NÃO	(1) SIM
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	(0) NÃO	(1) SIM
	H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as)?	→ (0) NÃO	(1) SIM
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo?	(0) NÃO	(1) SIM
	H6 É COTADA "SIM" ?	(0) NÃO (1) SIM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ (0) NÃO	(1) SIM
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ (0) NÃO	(1) SIM
I3	Durante o último mês:		
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	(0) NÃO	(1) SIM
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	(0) NÃO	(1) SIM
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	(0) NÃO	(1) SIM
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	(0) NÃO	(1) SIM
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	(0) NÃO	(1) SIM
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
I4	Durante o último mês:		
a	Teve dificuldade para dormir ?	(0) NÃO	(1) SIM
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	(0) NÃO	(1) SIM
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	(0) NÃO	(1) SIM
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	(0) NÃO	(1) SIM
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4	→ (0) NÃO	(1) SIM
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	(0) NÃO	(1) SIM
	I5 É COTADA SIM?	(0) NÃO (1) SIM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ (0) NÃO (1) SIM
J2	Durante os últimos 12 meses:	
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	(0) NÃO (1) SIM
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	(0) NÃO (1) SIM
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	(0) NÃO (1) SIM
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	(0) NÃO (1) SIM
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	(0) NÃO (1) SIM
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	(0) NÃO (1) SIM
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	(0) NÃO (1) SIM
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?	(0) NÃO (1) SIM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL
	O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?	→ (0) NÃO (1) SIM
J3	Durante os últimos 12 meses:	
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	(0) NÃO (1) SIM
b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso...?	(0) NÃO (1) SIM
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	(0) NÃO (1) SIM
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas?	(0) NÃO (1) SIM
	HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?	(0) NÃO (1) SIM ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?	→ (0) NÃO (1) SIM
	<p>ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA</p> <p><u>Estimulantes</u> : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas. <u>Cocaína</u>: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca <u>Opiáceos</u>: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina <u>Alucinogêneos</u>: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy. <u>Solventes voláteis</u>: “cola”, éter. <u>Canabinóides</u>: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC <u>Sedativos</u>: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos <u>Diversos</u>: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?</p> <p>ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____</p>	
	ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:	
	<ul style="list-style-type: none"> • SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE): CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE <input type="checkbox"/> SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA <input type="checkbox"/> • SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS): SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) <input type="checkbox"/> 	
K2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], durante os últimos 12 meses:	
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?	(0) NÃO (1) SIM
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO	(0) NÃO (1) SIM
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	(0) NÃO (1) SIM
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	(0) NÃO (1) SIM
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?	(0) NÃO (1) SIM
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ?	(0) NÃO (1) SIM
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	(0) NÃO (1) SIM

	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ? ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____	(0) NÃO (1) SIM DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL
	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?	(0) NÃO (1) SIM →
K3	Durante os últimos 12 meses:	
a	Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS	(0) NÃO (1) SIM
b	Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?	(0) NÃO (1) SIM
c	Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?	(0) NÃO (1) SIM
d	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?	(0) NÃO (1) SIM
	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ? ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____	(0) NÃO (1) SIM ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTA MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

	Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.			
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	(0) NÃO	(1) SIM	BIZARRO (2) SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	(0) NÃO	(1) SIM	(2) SIM L6a
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	(0) NÃO	(1) SIM	(2) SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	(0) NÃO	(1) SIM	(2) SIM L6a
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	(0) NÃO		(2) SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	(0) NÃO		(2) SIM L6a
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	(0) NÃO		(2) SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	(0) NÃO		(2) SIM L6a
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " SIM " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	(0) NÃO	(1) SIM	(2) SIM
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	(0) NÃO	(1) SIM	(2) SIM
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " SIM " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	(0) NÃO	(1) SIM	(2) SIM
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	(0) NÃO	(1) SIM	(2) SIM L8b
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR " SIM " SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	(0) NÃO	(1) SIM	
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	(0) NÃO	(1) SIM	

L8b	OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	(0) NÃO	(1) SIM
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	(0) NÃO	(1) SIM
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	(0) NÃO	(1) SIM
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (<u>NÃO BIZARRO</u>) ?	(0) NÃO	(1) SIM
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (<u>NÃO BIZARRO</u>) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	(0) NÃO	(1) SIM
L 13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
L 13b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
L13 c	SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	(0) NÃO	(1) SIM
L13 d	L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?	(0) NÃO	(1) SIM

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	cm	
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	kg	
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	(0) NÃO	(1) SIM
	Durante os últimos 3 meses:		
M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	(0) NÃO	(1) SIM
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	(0) NÃO	(1) SIM
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
	PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ? PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?	(0) NÃO	(1) SIM
		ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ (0) NÃO	(1) SIM
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ (0) NÃO	(1) SIM
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO” , PASSAR A N8	(0) NÃO	(1) SIM
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ? * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)	(0) NÃO	(1) SIM
N8	N5 É COTADA “SIM” E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	(0) NÃO	(1) SIM
		BULIMIA NERVOSA ATUAL	
	N7 É COTADA “SIM” ?	(0) NÃO	(1) SIM
		ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL	

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ? NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...	→ (0) NÃO	(1) SIM
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ (0) NÃO	(1) SIM
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer? DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE	→ (0) NÃO	(1) SIM
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:		
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	(0) NÃO	(1) SIM
	b	Tinha os músculos tensos?	(0) NÃO	(1) SIM
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	(0) NÃO	(1) SIM
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	(0) NÃO	(1) SIM
	e	Ficava particularmente irritável ?	(0) NÃO	(1) SIM
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	(0) NÃO	(1) SIM
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?	(0) NÃO	(1) SIM
			TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1	Antes dos 15 anos:		
a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	(0) NÃO	(1) SIM
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?	(0) NÃO	(1) SIM
d	Destruiu ou incendiou coisas porque quis?	(0) NÃO	(1) SIM
e	Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?	(0) NÃO	(1) SIM
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	(0) NÃO	(1) SIM
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?	→ (0) NÃO	(1) SIM
P2	Não cotar "SIM" as respostas abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.		
	Depois dos 15 anos:		
a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário?	(0) NÃO	(1) SIM
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	(0) NÃO	(1) SIM
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	(0) NÃO	(1) SIM
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	(0) NÃO	(1) SIM
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	(0) NÃO	(1) SIM
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	(0) NÃO	(1) SIM
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?	(0) NÃO	(1) SIM
		TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA	

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 037/2006

Protocolo CEP-UFJF: 720.026.2006 **FR:** 85057 **CAAE:** 0159.0.000.180-06

Projeto de Pesquisa: "Estudo Longitudinal sobre Uso de Álcool e Aspectos Psicossociais entre Gestantes"

Pesquisador responsável: Telmo Mota Ronzani

Instituição: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora / Subgerência de Atenção Primária a Saúde

Sumário/comentários

O CEP analisou o Protocolo 720.026.2006, Grupo III e considerou que:

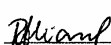
- Justificativa: O protocolo enfoca que desde o início da gravidez o feto é atingido por diversos fatores biopsicossociais que influenciam seu desenvolvimento, sendo o álcool um desses fatores que predispõe a criança adquirir patologias além de alterações neuro-comportamentais.
- Objetivo geral é avaliar longitudinalmente o uso de álcool em gestantes e a presença / ausência de sintomas psiquiátricos relevantes durante a gestação e no puerpério.
- Metodologia empregará abordagem estatística do uso de álcool por gestantes nos três trimestres da gestação e no puerpério respectivamente. Utilizará questionário, entrevista e consulta a prontuários para coletar dados.
- Revisão e referências bibliográficas sustentam os objetivos propostos.
- Tamanho da amostra é de 500 sujeitos, composto por gestantes cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família do município de Juiz de Fora.
- Orçamento está detalhado e informa que o pesquisador será o responsável pelo financiamento da pesquisa.
- Critérios de participação levarão em conta incluir todas gestantes cadastradas nas Equipes de Saúde da Família.
- Instrumento de coleta de dados são questionários entrevistas e prontuários.
- Cronograma detalha diversas etapas da pesquisa e mostra que em abril de 2006 se dará o início da coleta de dados e previsto para julho de 2007 o término.
- Identificação de riscos e desconfortos possíveis não existem. Benefícios esperados referem-se elevar a qualidade dos programas de acompanhamento e orientação de gestantes.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito.
- O pesquisador tem qualificação para desenvolver a pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 18 de maio de 2006.


Prof. Dra. Angela Maria Gollner
Coordenadora em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: 20 / 06 / 2006
ASS: 

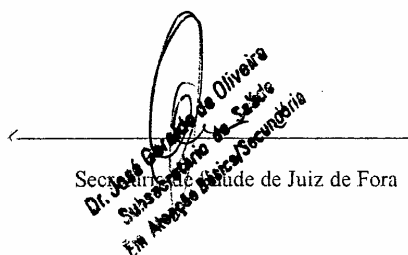
ANEXO F – Declaração de concordância da Secretaria Municipal de Saúde

10

DECLARAÇÃO DE INFRA-ESTRUTURA E CONCORDÂNCIA

Declaro, através desta, minha concordância com a realização do projeto “Estudo Longitudinal sobre Uso de Álcool e Aspectos Psicossociais em Gestantes” na rede pública de saúde do município de Juiz de Fora. O projeto inclui entrevistas com gestantes cadastradas nas Equipes de Saúde da Família (ESF) e pesquisa documental dos prontuários da Ficha da Família, disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Declaro também que as Unidades Básicas de Saúde dispõem de infra-estrutura necessária para a realização do projeto.



Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
Dr. João Roberto de Oliveira
Superintendente de Saúde
Em Atividade Pública